



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

OBSAN RAPPORT 45

45

La santé dans le canton de Genève

Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007
et de l'exploitation d'autres banques de données

Editeur: Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur mandat
du Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

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

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

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur mandat du Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)

Auteurs

- Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG)
- Jean-Luc Heeb (Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO)
- Niklas Baer et Tanja Fasel (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Laila Burla, Hélène Jaccard Ruedin, Stéphane Luyet, Florence Moreau-Gruet, Daniela Schuler, Isabelle Sturny, Maik Roth, France Weaver, Marcel Widmer et Andrea Zumbrunn (Obsan)

Reviewboard

- Jean-Luc Heeb (Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO)
- Niklas Baer (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind, France Weaver, Florence Moreau-Gruet et Laila Burla (Obsan)

Groupe d'accompagnement

- Henri Briant et Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne
- Véronique Delley, Blaise Martin, Philippe Sudre, Nicola Marzo et Elisabeth Débenay, Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Genève
- Reto Fausch, Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Herisau
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztliche Dienste Luzern
- Beat Planzer, Amt für Gesundheit Uri, Altdorf
- Antoine Casabianca et Jacqueline Quaglia, Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino, Bellinzona
- Annick Rywalski, Service de la santé du canton de Fribourg, Fribourg

Direction du projet à l'Obsan

Sarah Vilpert, Laila Burla, Florence Moreau-Gruet, Andrea Zumbrunn et Oliver Egger

Série et numéro

Obsan Rapport 45

Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé (Eds.) (2010). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et de l'exploitation d'autres banques de données* (Obsan Rapport 45). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Office fédéral de la statistique, OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 (Personne de contact: Marilina Galati-Petrecca), www.statistik.admin.ch

Langues du texte original

Français et allemand

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Révision

Sophie Neuberger, Wortlabor, Berlin

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress / Print, OFS

Renseignements et commande

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)

Direction générale de la santé

Av. de Beau-Séjour 24

CH-1206 Genève

Tél. +41 (0)22 546 50 00

www.ge.ch/dares

Prix

10 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

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

ISBN

978-3-907872-78-9

© Obsan 2010

Table des matières

Préambule	3	2.3.3 Sentiment de cohérence	39
Abréviations	4	2.3.4 Symptômes dépressifs	41
L'essentiel en bref	5	2.4 Santé sociale	42
1 Introduction	9	2.4.1 Sentiments de solitude	42
1.1 Objectifs	9	2.4.2 Personne de confiance	43
1.2 Orientation thématique	10	2.5 Mortalité et causes de décès	44
1.3 Sources de données et méthodologie	12	2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Genève	44
1.4 Le canton de Genève en comparaison régionale	15	2.5.2 Comparaison régionale	45
2 Etat de santé	19	2.5.3 Principales causes de décès	45
2.1 Santé subjective	19	2.5.4 Années potentielles de vie perdues	47
2.2 Santé physique	22	2.6 Résumé	49
2.2.1 Problèmes de santé de longue durée	23	3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	51
2.2.2 Troubles physiques	25	3.1 Attention portée à la santé	52
2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles	26	3.1.1 Compétence en matière de santé	53
2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne	27	3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique	55
2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires	29	3.2.1 Surcharge pondérale	55
2.2.6 Accidents	31	3.2.2 Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide	58
2.2.7 Chutes	34	3.2.3 Activité physique	60
2.3 Santé psychique	35	3.3 Consommation de substances psychoactives	64
2.3.1 Problèmes psychiques	35	3.3.1 Consommation de tabac	64
2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie	38	3.3.2 Fumée passive	67
		3.3.3 Consommation d'alcool	69
		3.3.4 Consommation de cannabis	71
		3.3.5 Consommation de médicaments	73
		3.4 Comportements face au VIH/sida	76
		3.5 Résumé	77

4	Conditions de logement et situation professionnelle	78	6.2	Recours aux examens préventifs	117
4.1	Nuisances à la maison	79	6.2.1	Dépistage des maladies chroniques	117
4.2	Nuisances au travail	82	6.2.2	Dépistage des cancers	119
4.2.1	Nuisances au travail	82	6.2.3	Prévention de la grippe	122
4.2.2	Charges physiques et tensions psychiques au travail	84	6.3	Recours à la médecine complémentaire	124
4.3	Satisfaction dans la vie professionnelle	87	6.4	Recours aux hôpitaux	125
4.4	Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver un emploi comparable	87	6.5	Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)	127
4.5	Résumé	91	6.6	Résumé	129
5	Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale	92	7	Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)	130
5.1	Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention	92	7.1	Les coûts de l'AOS dans le canton de Genève	131
5.1.1	Situation	92	7.2	Modèles d'assurance et primes	134
5.1.2	Méthode d'analyse des groupes à risque	93	7.3	Résumé	137
5.1.3	Résultats	94	Glossaire	138	
5.1.4	Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche	98	Index des figures et des tableaux	140	
5.2	Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales	99	Bibliographie	145	
5.2.1	Introduction	99	Annexes	152	
5.2.2	Méthode	100	Annexe 1:		
5.2.3	Résultats	102	Méthodologie de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)	152	
5.2.4	Discussion	106	Annexe 2:		
5.3	Résumé	107	Caractéristique de la population	154	
5.3.1	Bilan et perspectives	107	Annexe 3:		
6	Recours aux services de santé	109	Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève	155	
6.1	Recours aux consultations médicales en cabinet	109			

Préambule

Les Genevoises et les Genevois sont-ils en bonne santé? Certains d'entre eux sont-ils plus souvent malades? Quels sont les problèmes les plus fréquents et les plus graves? Telles sont certaines des questions auxquelles l'Enquête suisse sur la santé (ESS) donne des réponses.

Mise à jour tous les cinq ans, cette enquête donne une vision globale de l'état sanitaire de la population genevoise et de ses principaux déterminants. Elle met aussi en perspective les besoins de planification sanitaire et l'impact des programmes de promotion, de prévention et de dépistage.

Les données collectées sont représentatives de l'ensemble des tranches d'âge dès 15 ans et mettent en évidence la progression dans le temps des principaux problèmes. Une attention particulière est portée aux maladies évitables par des activités de promotion et de prévention.

Le système de soins et l'accès à des soins efficaces et de qualité est un agent déterminant du maintien en bonne santé. Toutefois, d'autres facteurs ont également un impact majeur, comme certains comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool), l'alimentation, l'activité physique, ou encore l'environnement physique mais aussi social, économique et familial.

Il est rassurant de constater que les conclusions de cette enquête sont celles d'une population genevoise en bonne, voire en très bonne santé. Pourtant, certains groupes de population – les familles monoparentales, les personnes ayant un niveau de formation plutôt bas, les personnes sans insertion sociale, les migrants – sont plus souvent que les autres confrontées à des problèmes sanitaires.

Le lien établi entre le niveau de formation et la surcharge pondérale ou l'obésité en est une bonne illustration.

Les personnes qui n'ont suivi que l'école obligatoire semblent particulièrement exposées: 51% d'entre elles sont en surcharge pondérale, voire obèses contre 35% de celles qui ont fait au minimum un apprentissage.

Si l'on compare les résultats de cette enquête aux précédentes, force est de constater que le fossé demeure, et même se creuse, entre l'état de santé des groupes privilégiés et celui des groupes défavorisés.

Peut-on contester cette évolution? Est-elle irrémédiable? Impose-t-elle une remise en question des priorités et des actions menées, de leur pertinence et de leurs cibles? Autant de questions que ce rapport permet d'aborder sur la base de données factuelles.

La réduction des inégalités est naturellement une préoccupation permanente. Il faudra porter une attention particulière aux groupes les plus vulnérables en cherchant à améliorer la capacité de chacun à prendre sa santé en charge. C'est à ce prix que l'on parviendra à améliorer l'état de santé global.



Anne-Geneviève Bütikofer,
Directrice générale de la santé du canton de Genève

Abréviations

AA	Assurance-accidents	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (Organisation for Economic Cooperation and Development OECD)
ADL/AVQ	Activities of daily living/Activités de la vie quotidienne	OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development OECD (Organisation de coopération et de développement économiques OCDE)
AI	Assurance-invalidité	OFS	Office fédéral de la statistique
AM	Assurance militaire	OFSP	Office fédéral de la santé publique
AOS	Assurance obligatoire des soins	OMS	Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization WHO)
APVP	Années potentielles de vie perdues	PIB	Produit intérieur brut
AVS	Assurance-vieillesse et survivants	SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
BADL/AFVQ	Basic activities of daily living/Activités fondamentales de la vie quotidienne	SSN	Société Suisse de Nutrition
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population	TMS	Taux de mortalité standardisé
CUDIT	Cannabis Use Disorders Identification Test	UMSA	Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (Swiss Multicenter Adolescent Survey: SMASH)
EMS	Etablissement médico-social	WHO	World Health Organization (Organisation mondiale de la Santé OMS)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs		
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population		
ESS	Enquête suisse sur la santé		
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children		
HEPA	Réseau suisse Santé et activité physique (Health Enhancing Physical Activity)		
HMO	Health Maintenance Organization (organisation pour le maintien en bonne santé)		
IADL/AIVQ	Instrumental activities of daily living/Activités instrumentales de la vie quotidienne		
ICD/CIM	International Classification of Diseases/Classification internationale des maladies		
IMC	Indice de masse corporelle		
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies		
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie		
LCA	Loi sur le contrat d'assurance		
LiMA	Liste des moyens et appareils		
MCA	Médecine alternative et complémentaire		
n	Nombre de personnes interrogées		
n.s.	non-significatif		

L'essentiel en bref

Une activité ciblée de prévention et de promotion de la santé nécessite une bonne connaissance préalable de la santé de la population. Le présent rapport traite de données du canton de Genève et s'attache à identifier certains problèmes de santé dans divers groupes de population, à mettre en évidence des comportements favorables ou nuisibles à la santé, à décrire certaines conditions de logement et de travail défavorables à la santé, enfin, à présenter l'utilisation et les coûts des prestations médicales. Les données utilisées dans ce rapport reposent en premier lieu sur l'Enquête suisse sur la santé 2007 et, pour les comparaisons temporelles, sur l'enquête de 2002. D'autres données ont été tirées de la statistique des causes de décès et de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique ou du «pool de données» de santésuisse. Une grande partie des résultats est ainsi fondée sur des réponses auto-déclarées par les personnes interrogées. Le rapport a été établi par l'Observatoire suisse de la santé sur mandat du canton de Genève.

Malgré une bonne santé subjective, la population genevoise déclare des problèmes de santé fréquents

La majorité de la population genevoise (84,8%) se sent en bonne voire en très bonne santé, ce qui était déjà le cas en 2002. Les hommes déclarent être en bonne ou très bonne santé un peu plus souvent que les femmes. Toutefois, 24,7% des personnes interrogées souffrent d'un problème de santé de longue durée (handicap ou maladie chronique). Une proportion presque semblable (27,2%) de personnes interrogées se plaignent de troubles physiques importants comme des maux de dos ou de reins, des insomnies, un sentiment de faiblesse généralisée ou de lassitude. On observe ici une différence entre les sexes: les femmes souffrent plus souvent de troubles physiques importants que les hommes. Ces derniers présentent par contre plus souvent des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires que les femmes (p. ex. excédent de poids et taux de cholestérol élevé). Les jeunes hommes (15 à 34 ans) sont aussi deux fois plus exposés

au risque d'accident que les femmes du même âge. On note également qu'avec l'avancée en âge, le sentiment d'être en bonne santé diminue et les problèmes de santé de longue durée, les chutes, les limitations dans les activités quotidiennes ainsi que les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires augmentent.

Près d'un cinquième de la population genevoise a des problèmes psychiques moyens ou importants

Dans la population genevoise, 23,0% des individus semblent avoir des problèmes psychiques moyens à importants (nervosité, abattement, déprime, etc.) et 23,2% d'entre eux se disent affectés par des symptômes dépressifs (le plus souvent faible). Ces derniers ne sont pas des maladies diagnostiquées, mais ont des conséquences importantes sur la qualité de vie, l'aptitude au travail et les relations sociales. Ils sont souvent les signes avant-coureurs d'une éventuelle dépression ultérieure. Les deux pourcentages susmentionnés se situent au-dessus de la moyenne suisse. Dans le canton de Genève comme dans l'ensemble de la Suisse, ils sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

Comme l'ont montré des analyses approfondies sur la dépression (chapitre 5), les symptômes dépressifs sont étroitement liés à la présence de troubles physiques (chroniques), au sentiment de solitude et d'insécurité ainsi qu'à l'insatisfaction et aux tensions psychiques au travail. Il s'avère que les personnes manifestant un faible sentiment de maîtrise de la vie et un faible sentiment de cohérence face aux événements de la vie souffrent plus fréquemment de troubles psychiques moyens à forts. Il est alors intéressant d'observer que les prévalences du sentiment de maîtrise de la vie et de celui de cohérence sont plus faibles dans la population genevoise que dans l'ensemble de la Suisse et que les problèmes psychiques moyens à importants y sont plus fréquents qu'au niveau national.

En plus de l'âge et du sexe, la formation est un élément essentiel pour la santé. La corrélation suivante peut être mise en évidence, tant dans le canton de Genève

que dans la Suisse entière: plus le niveau de formation et le revenu sont élevés, mieux une personne se sent, physiquement comme psychologiquement.

Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont les principales causes de décès

Au cours des vingt dernières années, l'espérance de vie – en particulier celle des personnes de 65 ans et plus – s'est constamment allongée dans le canton de Genève comme dans l'ensemble de la Suisse. La mortalité dans le canton de Genève se situe au-dessous de la moyenne suisse. Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès chez les femmes et la seconde chez les hommes (après les cancers). Par ailleurs, les maladies cardio-vasculaires entraînant un décès sont moins fréquentes dans le canton de Genève qu'au niveau suisse. Le nombre de décès dus aux cancers de la prostate et du sein est également plus faible dans le canton que dans l'ensemble de la Suisse.

Les principales causes de décès diffèrent en fonction du groupe d'âge: chez les personnes de 15 à 34 ans, les principales causes de décès sont les accidents, les morts violentes et les suicides; entre 50 et 79 ans, ce sont les cancers et, à partir de 80 ans, les maladies cardio-vasculaires. Les cancers sont à l'origine de 42% des années potentielles de vie perdues (APVP) chez les femmes et 27% chez les hommes. Les accidents, les morts violentes et les suicides représentent également 27% des APVP chez les hommes contre seulement 19% chez les femmes.

Evolution positive des habitudes alimentaires et de la pratique d'une activité physique dans la population genevoise

Entre 2002 et 2007, la part des personnes physiquement actives dans le canton de Genève est passée de 31,1% à 36,3%. Les personnes ne pratiquant aucune activité physique représentent 22,4% de la population, avec une fréquence plus élevée parmi les personnes ayant un faible niveau de formation. Par ailleurs, les femmes et les personnes âgées sont moins actives physiquement que les hommes et les personnes jeunes. En comparaison avec la moyenne suisse, le canton de Genève recense moins de personnes physiquement actives (CH: 41,4%) et plus d'individus physiquement inactifs (CH: 15,9%).

En ce qui concerne les habitudes alimentaires, 37,7% des personnes interrogées (femmes: 42,9%; hommes: 32,1%) suivent la recommandation de consommer au

moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour, une proportion supérieure à la moyenne nationale. Toutefois, la population genevoise déclare beaucoup moins faire attention à son alimentation (55,9%) qu'en moyenne suisse (70,5%).

La proportion d'individus en surcharge pondérale s'élève, dans le canton de Genève, à 30,4% et celle de personnes souffrant d'obésité à 7,5%. Ces pourcentages sont très proches de ceux calculés au niveau suisse. La part des personnes en surpoids est restée relativement stable depuis 2002. La proportion des personnes en surcharge pondérale ou obèses tend à augmenter avec l'âge et à diminuer avec le niveau de formation. La part des personnes en surpoids est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et cela dans tous les groupes d'âge.

La consommation de médicaments, de tabac et d'alcool est variable selon le sexe

Le canton de Genève recense en 2007 29,3% de fumeurs et de fumeuses, proportion qui a diminué depuis 2002 (34,0%). Cette proportion se situe dans la moyenne suisse (27,9%). Cette baisse concerne surtout les gros fumeurs qui sont passés de 18,7% en 2002 à 13,6% en 2007. La part des fumeurs (hommes et femmes confondus) diminue avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes. La part des personnes exposées quotidiennement à la fumée passive (au moins 1 heure par jour) dans l'année de l'enquête est plus élevée dans le canton de Genève (18,7%) que dans l'ensemble de la Suisse (15,6%). La prévalence à vie de la consommation de cannabis s'élève à 40,4% dans le canton de Genève, proportion nettement supérieure à la moyenne nationale (32,8%).

Dans le canton de Genève, 19,1% des individus boivent de l'alcool quotidiennement, 37,5% au moins une fois par semaine (mais moins d'une fois par jour) et 43,5% occasionnellement ou jamais. La proportion de consommateurs d'alcool journaliers est plus élevée dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse (CH: 14,2%), de même que la proportion d'abstinents (GE: 22,0%, CH: 17,0%). Il existe de nettes différences de comportement entre les sexes quant à la consommation d'alcool: 54,1% des femmes en boivent occasionnellement ou jamais, contre 32,7% des hommes. Par ailleurs, la part des personnes buvant de l'alcool tous les jours est plus élevée parmi les hommes (25,9%) que parmi les femmes (12,5%). Sur le plan de la quantité

d'alcool consommée, 6,6% de la population genevoise consomme une quantité d'alcool qui se traduit par un risque moyen à élevé pour la santé.

Dans le canton de Genève, si la part des personnes ayant pris au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête (51,9%) est supérieure à la moyenne suisse (46,3%), elle n'a que peu progressé depuis 2002 (48,8%), contrairement à la tendance au niveau suisse (40,8%). La population genevoise consomme davantage d'analgésiques, de tranquillisants, de somnifères et d'antidépresseurs qu'en moyenne suisse. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir consommé un médicament, aussi bien dans le canton de Genève (61,2%) qu'à l'échelle nationale (51,3%).

La moitié de la population genevoise a déjà effectué un test VIH (hors don du sang) au moins une fois au cours de sa vie

Plus de huit Genevois sur dix ont déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie, cette proportion est similaire dans l'ensemble de la Suisse. Lors de relations sexuelles avec un partenaire stable rencontré au cours des douze mois précédant l'enquête, 80,7% des femmes et 65,4% des hommes résidant dans le canton de Genève déclarent s'être protégés au moyen d'un préservatif (au moins au début de la relation). Parmi les personnes qui ont eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête, 78,6% des hommes se sont systématiquement protégés au moyen d'un préservatif contre 71,4% des femmes. La moitié de la population genevoise a déjà été testée pour le VIH dans sa vie (CH: 33,8%) et 9,7% des individus se sont fait tester au cours des douze derniers mois (CH: 5,5%). Les rapports sexuels avec des partenaires du même sexe sont plus répandus dans la population genevoise âgée de 16 à 30 ans que parmi l'ensemble des jeunes Suisses du même âge. Par ailleurs, l'activité sexuelle et les comportements de protection des jeunes de cette classe d'âge ne diffèrent pas entre le canton de Genève et l'ensemble de la Suisse.

Nuisances à la maison et au travail: plus fréquentes lorsque le statut social est bas

Seuls 28,8% de la population genevoise ne sont exposés à aucune nuisance (bruit du trafic automobile et bruit provoqué par d'autres personnes...) dans leur environnement résidentiel, contre 46,8% au niveau national. Parmi les personnes exposées à des nuisances dans leur maison, celles ayant un faible niveau de formation et un

bas revenu sont plus particulièrement touchées. Contrairement à ce que l'on observe au niveau suisse, la population genevoise dont l'état de santé est moyen à mauvais ou qui souffre de problèmes psychiques moyens à importants ne subit pas davantage de nuisances que les autres personnes. Sur le lieu de travail, les personnes ayant un statut social modeste sont aussi davantage touchées par des nuisances telles que la fumée du tabac, le bruit et des températures trop élevées ou trop basses.

Dans le canton de Genève, la majorité des personnes professionnellement actives (62,3%) est très satisfaite de son travail (CH: 65,8%). Néanmoins, 17,5% de la population genevoise professionnellement active sont soumis à des charges physiques importantes au travail et 44,2% à des tensions psychiques élevées. La faible présence des secteurs primaire et secondaire dans le canton de Genève explique sûrement pourquoi les problèmes relatifs au fait de soulever des charges importantes au travail y sont moins répandus qu'au niveau suisse (23,3%). Les charges physiques sont mentionnées en particulier par des personnes exerçant des professions manuelles, alors que les tensions psychiques le sont avant tout par des cadres. En 2007, 21,3% des actifs occupés craignent de perdre leur emploi, proportion significativement plus faible dans l'ensemble de la Suisse (12,5%), et 45,0% n'éprouvent aucune crainte à ce sujet.

Les Genevoises effectuent plus souvent une mammographie que la moyenne des Suissesses

Dans le canton de Genève, le recours aux différents services ambulatoires est plus élevé qu'en moyenne suisse. Depuis 2002, le nombre de consultations médicales a globalement augmenté aussi bien dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Genève. La population genevoise a plus fréquemment recours aux médecins spécialistes qu'en moyenne suisse et c'est l'inverse concernant les médecins de famille. D'ailleurs, seuls 76,0% des répondants genevois déclarent avoir un médecin de famille contre 87,7% au niveau suisse.

Durant les 12 mois précédant l'enquête, 46,6% des Genevoises âgées de plus de 20 ans se sont soumises à un examen de dépistage du col de l'utérus et 37,4% de celles âgées de plus de 50 ans ont effectué une mammographie. Chez les hommes, 30,7% des Genevois âgés de plus de 20 ans ont subi un contrôle de la prostate. Les examens de dépistage du cancer du sein sont plus fréquents dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Genève, l'intensité du recours aux médecines complémentaires est parmi les

plus élevées de Suisse. Le recours à ces médecines est plus fréquent parmi les Genevoises que parmi les Genevois. Le taux d'hospitalisation de la population genevoise est plus bas qu'en moyenne nationale, par contre les séjours y sont plus longs.

Des coûts de santé (AOS) supérieurs à la moyenne nationale, mais qui progressent moins vite

De 2003 à 2007, les coûts de la santé relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont moins augmenté dans le canton de Genève (+3,9%) que dans la Suisse entière (+4,5%), cependant ils restent supérieurs à la

moyenne nationale (GE: 3737 francs par personne assurée, CH: 2860 francs). Une forte progression des coûts s'observe en particulier pour les médicaments délivrés dans les cabinets médicaux, dans le secteur des soins et de l'assistance à domicile ainsi que dans le secteur des soins ambulatoires et semi-hospitaliers des hôpitaux.

Le modèle d'assurance avec franchise à option est le plus répandu dans le canton de Genève (53,8% des assurés), cette proportion est supérieure à la moyenne suisse (43,6%). La franchise de 500 francs est plus souvent choisie par les Genevois qu'en moyenne suisse. Les modèles du Managed Care et avec franchise ordinaire ont pris de l'importance ces dernières années.

1 Introduction

Andrea Zumbrunn, Laila Burla et Isabelle Sturny

1.1 Objectifs

La santé de la population est un thème essentiel de la politique cantonale. Jusqu'ici, la politique de la santé portait en premier lieu sur le développement et le financement des prestations médicales. Aujourd'hui, on tend à considérer les choses sous un angle différent: les facteurs sociaux et économiques à l'origine de certaines maladies prennent une place de plus en plus importante dans la politique de la santé (2004). Les dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé sont cependant très modestes en Suisse (2,2% des dépenses de santé) comparées à celles consacrées à la médecine curative, et sont relativement faibles en comparaison internationale (moyenne des pays de l'OCDE: 2,7%; OCDE, 2006). L'appréhension plus globale que l'on a actuellement de la santé met en lumière l'importance de nombreux facteurs qui l'influencent et montre à quel point elle doit être prise en considération dans différents domaines de l'action politique et sociale. Certaines mesures de politique sanitaire peuvent ainsi viser des changements structurels: lutte contre la pauvreté et le chômage, améliorations des conditions de travail et de l'environnement, mais aussi renforcement du soutien social au niveau communal ou promotion de la santé et de la prévention au niveau individuel (p. ex. alimentation, mouvement, consommation de certaines substances) (Dahlgren & Whitehead, 1991). C'est la raison pour laquelle on parle aujourd'hui du principe d'une politique de santé multisectorielle («Health in all Policies»).

Objectifs du deuxième rapport sur la santé dans le canton de Genève

Pour pouvoir aménager une politique de la santé axée sur la création de conditions sociales favorables à la santé, il est indispensable de disposer de données de base sur l'état de santé de la population et sur ses facteurs déterminants. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels

de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population genevoise et des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé.

Principaux objectifs:

- le rapport sur la santé est une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- les groupes à risque et les groupes-cibles y sont identifiés en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- les changements intervenus entre 2002 et 2007¹ y sont définis et décrits (apparition de nouveaux problèmes de santé, aggravation de problèmes de santé);
- les spécificités du canton de Genève sur le plan socio-démographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé y sont mises en évidence;
- les conditions et les facteurs influant sur la santé y sont illustrés par le biais de deux thèmes de santé publique: la surcharge pondérale et la dépression.

Collaboration intercantonale coordonnée pour la réalisation des rapports de santé

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé d'analyser les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et d'autres sources de données, et d'établir un rapport sur la santé pour les cantons de Lucerne, d'Appenzell-Rhodes extérieures, de Fribourg, de Genève, du Tessin, d'Uri et de Vaud. Ces rapports s'inscrivent dans le prolongement des rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993, 1997 et 2002 (p. ex. Observatoire valaisan de la santé & IUMSP, 2004; Obsan, 2005; Weiss, 2000). Il s'agit donc pour le canton de Genève du premier rapport cantonal effectué par l'Obsan. L'élaboration du rapport a eu lieu dans le cadre d'une collaboration coordonnée entre l'Observatoire suisse de la santé et les cantons concernés. Les travaux ont été réalisés par des collaboratrices et

¹ Ce rapport se base principalement sur les données genevoises de l'Enquête suisse sur la santé, disponibles pour les années 2002 et 2007

collaborateurs de l'Obsan ainsi que par des expertes et experts externes. Le projet était placé sous la houlette d'un groupe de pilotage composé de personnes représentant les cantons concernés. La liste des membres du groupe de pilotage et du Reviewboard (évaluation du contenu du rapport) figure à l'intérieur de la couverture de ce rapport.

1.2 Orientation thématique

L'état de santé de la population genevoise, analysé sous différents angles, constitue le point de départ du rapport genevois sur la santé. Au fil des années, une approche globale de la santé s'est imposée dans la littérature se rapportant à la santé publique. La démarche adoptée dans ce rapport adhère également à cette conception de la santé. La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, mais elle est un état de bien-être physique, mental et social (OMS, 1946). Elle doit être comprise comme un élément en perpétuelle recherche d'équilibre, profondément marqué par les ressources disponibles et les événements de la vie.

- Le *chapitre 2* de ce rapport décrit de manière détaillée comment les diverses dimensions de la santé se combinent et l'état de bonne ou mauvaise santé des Genevoises et Genevois. Il traite également de la mortalité et des principales causes de décès de la population genevoise.

Les principaux déterminants de la santé

Divers facteurs exercent une influence sur l'état de santé des individus. Ces facteurs comportent différents niveaux qui sont mis en avant à l'aide de modèles explicatifs. Le concept des déterminants de la santé², par exemple, souvent utilisé dans les rapports nationaux et internationaux sur la santé (Meyer, 2009), distingue les niveaux suivants (figure 1): les modes de vie individuels, les réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail et, finalement, la qualité de l'environnement socio-économique, culturel et physique. Ces facteurs d'influence agissent sur la santé d'un individu ainsi que sur ses ressources et compétences personnelles sur le plan de la santé.

Dans le présent rapport, certains facteurs d'influence importants sont traités de manière détaillée, d'autres sont abordés plus brièvement. Le choix des thèmes a été déterminé en premier lieu par les intérêts et besoins des

instances cantonales. Des effectifs parfois trop faibles au niveau cantonal ont aussi influencé la sélection de certaines thématiques. Les facteurs d'influence suivants sont présentés dans le rapport:

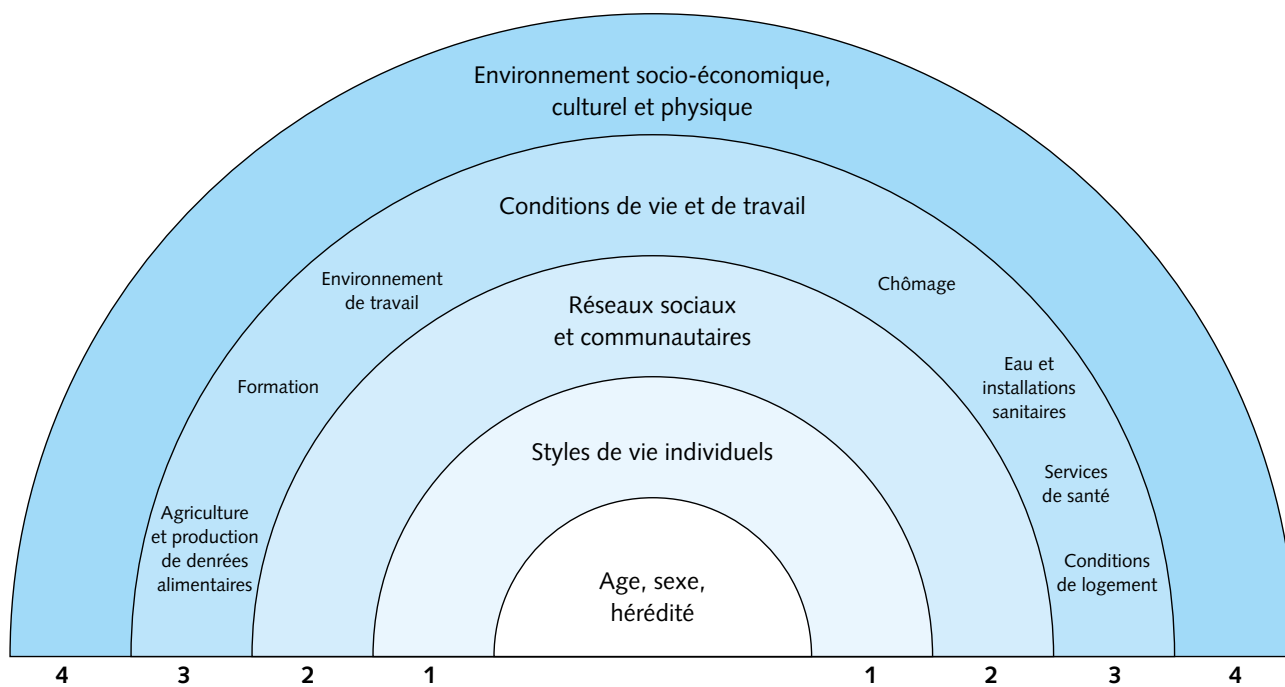
- Le *point 1.4* présente une sélection de données cantonales sur les caractéristiques sociodémographiques et structurelles de la population genevoise. Il donne un aperçu de la situation contextuelle dans le canton, par exemple, concernant la structure par âge de la population ou la composition des ménages.
- Le *point 2.4* aborde brièvement la question de l'existence d'un réseau social et de sa qualité.
- Le *chapitre 3* expose, de manière approfondie, une sélection de comportements et attitudes influençant la santé des individus (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives).
- Le *chapitre 4* traite des aspects des conditions de vie, de logement et de travail de la population genevoise (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).
- Afin d'aller au-delà de la description des facteurs influençant la santé, le *chapitre 5* met en évidence, à l'aide d'exemples, les liens (à l'échelle suisse) entre les facteurs explicatifs de l'évolution de deux problèmes de santé, la dépression et l'obésité, et leur importance.

Informations complémentaires sur le système de prise en charge médicale

Des informations sur le système de soins viennent compléter les résultats sur l'état et les comportements de santé ainsi que sur le contexte de vie. La considération des prestations médicales donne, par exemple, d'autres indications sur les problèmes de santé ainsi que sur les comportements de la population par rapport à la santé.

- Dans ce rapport, des renseignements sont fournis par les personnes interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le canton de Genève (*chapitre 6*), et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs. Le *point 1.3* fournit par ailleurs des chiffres clés sur le système de soins dans le canton de Genève tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.
- Pour les personnes interrogées, le recours aux soins représente une charge financière qui se reflète notamment dans l'évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le *chapitre 7* en donne un aperçu.

² Déterminants de la santé et facteurs d'influence sont considérés comme synonymes dans ce rapport.

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé

Source: Dahlgren & Whitehead, 1991

Les différences entre les groupes de population

Les conditions de vie et les comportements varient parfois fortement selon les groupes de population. Ce constat est déterminant pour prendre des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées. Dans le rapport genevois sur la santé, les différents groupes de population sont systématiquement comparés entre eux. Des tableaux uniformisés présentent la fréquence de différentes problématiques selon le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et le degré d'urbanisation (p. ex. tableau 2.1). On part du principe que les conditions de vie et les comportements sont différents en fonction de la catégorie d'appartenance socio-économique. L'encadré gris (ci-dessous) illustre les différences observées par rapport à la santé entre les femmes et les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi qu'entre les personnes les mieux et les moins formées et/ou fortunées. L'état de santé et les comportements vis-à-vis de la santé varient également selon le pays d'origine et l'histoire migratoire des personnes (OFSP, 2007a). Pour des raisons méthodologiques, ce rapport ne procède qu'à une distinction grossière entre deux groupes, celui des

Suisses et Suissesses et celui des étrangers et étrangères³. La thématique abordée est présentée ensuite en fonction de la population urbaine ou rurale (variable du degré d'urbanisation), selon la région linguistique et une sélection de cantons, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les différentes structures de population régionales.

La pertinence de certains déterminants de la santé varie selon le sexe

La variable sexe n'est pas considérée comme une variable isolée et simple, mais comme le résultat d'un grand nombre de processus individuels et structurels. Les femmes et les hommes doivent être vus comme deux groupes sociaux présentant chacun des expériences, des ressources et des facteurs de risque différents. Sur le plan de la santé, certains facteurs sont plus fréquents et/ou plus importants chez les femmes que chez les hommes: p. ex. dans la vie professionnelle (travail à temps partiel, conditions de travail précaires, bas revenus), dans la vie privée (parent élevant seul des enfants, compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale) ou au niveau de l'état de santé (espérance de vie plus

³ Une présentation par nationalité ne peut être établie en raison du faible nombre de cas observés. La catégorie des étrangers/étrangères comprend donc toutes les nationalités et aussi bien les migrantes et migrants arrivés récemment en Suisse que les étrangers faisant partie de la deuxième ou de la troisième génération. Il est par conséquent difficile d'interpréter la modalité étrangers/étrangères. Le monitoring de la santé de la population migrante établi par l'OFSP fournit des informations détaillées sur ce thème sur le plan national (www.migres.admin.ch).

longue, plus grande fréquence de maladies chroniques et de troubles psychiques) (OFSP, 2008b). Les différences entre les sexes susceptibles d'influencer la santé peuvent subsister même à un âge avancé, p. ex. au niveau de l'importance du soutien social et de la fréquence de vie en institution (les femmes vivent plus longtemps que les hommes et meurent plus souvent après leur conjoint).

Nettes différences entre les groupes d'âge quant à la morbidité et aux comportements dans le domaine de la santé

Les résultats de ce rapport se réfèrent principalement aux données de l'Enquête suisse sur la santé 2007, dans le cadre de laquelle seules des personnes de 15 ans et plus ont été interrogées. Ce rapport ne traite donc pas des déterminants de la santé des enfants et des jeunes⁴. Chez les personnes adultes, certaines situations de vie ne sont pas favorables à la santé, par exemple la situation des parents élevant seuls des enfants, la situation des personnes migrantes et certaines situations liées à des conditions de travail particulières. Sur le plan des conditions de travail, l'augmentation des exigences psychiques et psychosociales dans le monde du travail – simultanément fréquente de diverses étapes de travail, nombreux délais, fréquentes nouveautés – peut poser des problèmes et nécessiter un aménagement du travail pour les actifs occupés plus âgés (Höpflinger & Weiss, 2009). Avec l'âge, les problèmes de santé et les infirmités deviennent plus fréquents et conduisent assez souvent à une morbidité multiple. On observe cependant de grandes différences entre les individus âgés quant à la santé physique et psychique, à l'autonomie et au bien-être. Des relations sociales intactes, l'indépendance, des ressources financières suffisantes ainsi que le respect et la reconnaissance représentent des éléments particulièrement importants pour le maintien de la qualité de vie à un âge avancé (ISPM Zürich, 2008 ; Perrig-Chiello, 2005). Les personnes très âgées sont souvent affectées par des troubles cognitifs et psychiques. En Suisse, 1 à 2 % des personnes de 65 à 69 ans souffrent de troubles démentiels, une proportion qui passe à plus de 30 % chez les plus de 90 ans (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009).

Les personnes ayant un faible niveau de formation ont davantage de problèmes de santé

La formation est un bien réparti de manière inégale dans la société et elle a de multiples effets sur la santé et les comportements vis-à-vis de la santé. Les personnes ayant achevé une formation supérieure ont généralement un comportement plus favorable à la santé et une espérance de vie plus longue que les personnes dont le niveau de formation est bas (Stamm & Lamprecht, 2005). Des études menées en Suisse montrent aussi qu'un travailleur non qualifié vit en moyenne quatre à cinq années de moins qu'un universitaire (Kickbusch & Engelhardt, 2009). On relève des différences considérables de mortalité et de morbidité entre les personnes n'ayant suivi que l'école obligatoire et celles qui ont achevé un apprentissage professionnel. Les différences sont

par contre bien plus faibles entre ce dernier groupe de population et celui des personnes ayant un diplôme du degré tertiaire. Au cours des vingt dernières années, la part de la population suisse sans formation post-obligatoire est passée de 47 % à moins de 30 % (Stamm & Lamprecht, 2009).

Le concept d'« inégalité en matière de santé » – que l'on peut définir comme le rapport entre le statut social d'une part, la morbidité et la mortalité d'autre part – englobe, en plus du facteur formation, les différences selon le statut professionnel et le revenu. Dans ce rapport, les différences entre groupes professionnels (catégories socioprofessionnelles) sont traitées essentiellement au chapitre 4 « conditions de logement et situation professionnelle ». Cependant, étant une variable centrale, le revenu⁵ est présenté systématiquement dans le tableau comparatif malgré certains problèmes méthodologiques. Etant donné qu'il ne s'agit pas d'un rapport thématique sur les inégalités sociales et la santé, ces variables ne sont discutées que ponctuellement.

Dans ce rapport, les catégories de la variable formation sont les suivantes:

Ecole obligatoire:

Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation post-obligatoire⁶.

Degré secondaire II:

Les personnes qui ont achevé une formation élémentaire, une formation professionnelle, le cursus d'une école professionnelle à plein temps, qui ont obtenu une maturité professionnelle, et celles qui ont un diplôme d'une école de commerce d'un à deux ans, d'une école de degré diplôme, d'une école de culture générale, d'une école préparant à la maturité ou d'une école d'économie domestique.

Niveau tertiaire:

Les personnes qui ont achevé une formation à l'école normale, obtenu une maîtrise, un brevet fédéral, un diplôme d'une école technique ou professionnelle, d'une école supérieure, haute école spécialisée, université ou autre.

1.3 Sources de données et méthodologie

La principale source de données est l'Enquête suisse sur la santé

Le présent rapport est basé essentiellement sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'année 2007 (enquête la plus récente). La santé de la population, en règle générale, ne change pas de manière déterminante d'une année à l'autre, c'est pourquoi il est possible de rendre compte de manière satisfaisante de la

⁴ Au niveau cantonal, il n'est pas possible de procéder à des analyses approfondies concernant les jeunes à l'aide de l'ESS 2007 en raison du faible nombre d'observations.

⁵ Dans ce rapport, la variable revenu se réfère au revenu d'équivalence du ménage, c'est-à-dire au revenu de chacun des membres du ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et du nombre d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage. Concernant les problèmes méthodologiques, se référer au dernier paragraphe du point 1.3.

⁶ En tout, 90 % environ des personnes dans cette catégorie ont achevé l'école obligatoire et 10 % environ n'ont pas suivi ou achevé l'école obligatoire.

situation actuelle à partir des résultats de 2007⁷. Cette enquête de l'Office fédéral de la statistique représente une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé en raison de son large éventail de thèmes et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes sont couverts par cette seule enquête. A la différence, par exemple, de la statistique des hôpitaux, les enquêtes représentatives menées auprès de la population, telles que l'ESS, ne fournissent pas seulement des informations sur les patients et les personnes malades, mais aussi sur les personnes plus ou moins en bonne santé et sur leurs troubles, douleurs et handicaps passagers ou chroniques (Weiss, 2000). L'état de santé individuel peut de plus être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie et les comportements favorables ou défavorables à la santé ainsi que la manière de faire face à des problèmes de santé. Un point fort de cette enquête est qu'elle se répète tous les cinq ans, ce qui permet d'évaluer les changements dans le temps (pour des informations complémentaires sur l'ESS, consulter le tableau 1.1, l'annexe 1 ou les publications citées dans la bibliographie (OFS, 2008b, 2008c, 2010).

Malgré ses atouts, l'Enquête suisse sur la santé se heurte à certaines limites. Ainsi, elle ne considère que les personnes vivant dans des ménages privés et ayant un raccordement téléphonique. Les personnes qui résident dans des homes ou dans d'autres institutions ne sont pas représentées, ce qui est le cas notamment de bon

nombre de personnes âgées. On peut donc supposer que les résultats de l'ESS donnent une image trop positive de la santé de ces dernières, et que cette image serait moins favorable si l'on tenait compte des personnes vivant dans des homes pour personnes âgées⁸. De plus, ne sont interrogées dans le cadre de l'ESS que des personnes capables de s'exprimer suffisamment bien dans l'une des trois langues officielles français, allemand et italien. De la sorte, les personnes issues de la migration et ne maîtrisant pas suffisamment l'une des trois langues sont sous-représentées. En outre, l'enquête ne s'adresse qu'à des personnes disposant d'un raccordement au réseau téléphonique fixe dans leur ménage. Ainsi, les personnes sans domicile fixe et les individus en situation de grande précarité sont exclus de cette enquête.

Dans l'interprétation des résultats, il ne faut pas non plus négliger le fait que les informations sont fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données: le biais de désidérabilité sociale, les faiblesses de la mémoire peuvent rendre difficile l'évaluation de la fréquence d'une certaine activité ou l'occurrence d'un événement.

Les principales informations concernant l'Enquête suisse sur la santé sont réunies dans le tableau 1.1. D'autres informations, notamment sur l'échantillon, le relevé des données et la méthode de pondération, figurent dans l'annexe 1 ou dans les publications citées dans la bibliographie.

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

Producteur de données:	Office fédéral de la statistique OFS, section Services de santé, Neuchâtel
Bases légales:	Loi sur la statistique fédérale, ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.
Objet de l'enquête:	L'Enquête suisse sur la santé fournit entre autres des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladie et sur l'utilisation des services de santé.
Milieux interrogés:	Echantillon aléatoire représentatif formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.
Echantillonnage:	La sélection des personnes interrogées s'est faite en deux étapes: 1. Echantillon régional de ménages privés, stratifié par cantons, 2. Sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage. Dans le cadre de l'ESS 2007, 18'760 personnes ont pris part à l'enquête principale menée par téléphone. Parmi ces personnes, 14'432 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le canton de Genève, 1044 personnes ont été interviewées par téléphone et 737 ont aussi donné des renseignements par écrit. 13 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.
Périodicité:	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.
Pertinence:	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

⁷ Des aspects spécifiques comme la satisfaction au travail peuvent cependant très bien changer brusquement par l'effet d'un événement comme celui de la crise financière.

⁸ Pour compléter l'Enquête suisse sur la santé, l'Office fédéral de la statistique a mené en 2009 une enquête auprès des personnes âgées vivant dans des établissements médico-sociaux afin d'obtenir des informations plus détaillées sur la situation (sanitaire) de ces personnes.

Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidante du canton de Genève selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)

Classes d'âge	Hommes				Femmes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 ans	128	26,9	56 014	32,3	127	22,4	57 770	29,9	255	24,4	113 784	31,0
35–49 ans	138	29,0	51 926	29,9	156	27,5	53 988	28,0	294	28,2	105 914	28,9
50–64 ans	103	21,6	38 024	21,9	149	26,2	41 432	21,5	252	24,1	79 456	21,7
65 ans et plus	107	22,5	27 564	15,9	136	23,9	39 764	20,6	243	23,3	67 328	18,4
Total	476	100	173 528	100	568	100	192 954	100	1 044	100	366 482	100

Source de données: OFS, ESPOP 2007

Le tableau 1.2 présente le nombre de personnes interrogées et de personnes résidant dans le canton de Genève (âgées de 15 ans et plus, en 2007), selon le sexe et la classe d'âge.

Parmi les 366'482 habitantes/habitants âgés de 15 ans et plus, 1044 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'ESS, dont 568 femmes et 476 hommes.

La composition de l'échantillon a ensuite été ajustée à la structure de la population du canton à l'aide d'une méthode de pondération pour que les indications recueillies auprès des personnes interrogées soient pertinentes pour toute la population genevoise.

Autres sources de données

Des données autres que celles de l'Enquête suisse sur la santé sont utilisées dans certains chapitres de ce rapport (notamment les chapitres 2 et 7); elles sont tirées des statistiques suivantes:

– *Statistique des causes de décès*

La Statistique des causes de décès, établie par l'Office fédéral de la statistique, fournit une vue d'ensemble de la mortalité ainsi que des informations sur les causes de décès en Suisse.

– *Pool de données santésuisse*

Le Pool de données de l'association faïtière des assureurs-maladie (santésuisse) recense les données agrégées d'environ 97% des assurés (en 2007) et fournit des renseignements sur le comportement des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes dans le domaine de l'AOS.

– *ESPOP*

La Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), établie par l'Office fédéral de la statistique, fournit des informations sur l'état et la structure de la population résidante permanente ainsi que sur les mouvements enregistrés de cette dernière.

– *Statistique médicale des hôpitaux*

La Statistique médicale des hôpitaux recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé est effectué par chaque clinique et hôpital. Des informations sociodémographiques des patients ainsi que des données administratives et médicales sont recueillies.

Ces sources de données sont décrites de manière plus détaillée dans les chapitres concernés.

Indications méthodologiques sur l'exploitation des données dans ce rapport

Dans le rapport genevois sur la santé, la plupart des analyses ont un caractère descriptif. Une bonne partie des figures et des tableaux présentent la fréquence des différentes valeurs des variables. Chaque figure et chaque tableau indiquent le nombre de personnes interrogées prises en compte dans l'exploitation des données. Les résultats se basent sur les données pondérées (voir l'annexe 1 pour la procédure de pondération). Cette pondération permet d'obtenir des valeurs aussi représentatives que possible pour les cantons et la Suisse, et de réduire les biais liés à la procédure d'échantillonnage. Comme c'est le cas en général pour les analyses de l'Enquête suisse sur la santé (consignes de l'Office fédéral de la statistique), aucun résultat reposant sur les indications de moins de 10 personnes n'est présenté ici. Cette absence de résultats est indiquée par un point dans les tableaux. Les valeurs qui représentent les réponses de 10 à 29 personnes figurent entre parenthèses dans les tableaux et les figures et n'ont qu'une pertinence limitée du fait du faible nombre de cas. Dans certains cas, les résultats pour les petits groupes de population ou certains événements ne peuvent donc pas être établis au niveau cantonal, mais seulement à l'échelle suisse.

Les différences de distribution de fréquence de chaque variable entre le canton respectif et l'ensemble de la Suisse (l'ensemble de la Suisse sans le canton en question) et, si possible, entre les années 2002 et 2007 ont fait l'objet d'un examen systématique. Le test de z a été utilisé pour les comparaisons régionales et temporelles et le test du Chi2 pour les autres comparaisons. Un écart est «statistiquement significatif» lorsque la probabilité d'erreur est $p < 5\%$. Dans ce cas, la probabilité que le résultat obtenu soit le fruit du hasard est faible. Les différences statistiquement significatives sont mentionnées en tant que telles dans les tableaux des comparaisons régionales. Pour augmenter la représentativité, il a fallu tenir compte du plan d'échantillonnage pour les comparaisons régionales pour pouvoir calculer correctement l'erreur standard ou l'intervalle de confiance.

Enfin, aucune correction due aux variations liées à l'âge ou au sexe n'a été apportée dans les comparaisons régionales (et temporelles), sauf dans le chapitre sur la mortalité, parce que d'autres facteurs déterminants que l'âge et le sexe auraient dû être pris en compte. Le canton de Genève accorde une attention particulière aux fréquences réelles de certains résultats, importantes pour la planification de ses activités. Etant donné que les valeurs sont présentées selon différentes caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, il est possible de comparer directement certains sous-groupes de population entre le canton de Genève et la Suisse (p. ex. tableau 2.1).

La précision statistique des résultats présentés dans ce rapport doit être brièvement illustrée par un exemple. Alors que la part des fumeurs et des fumeuses est estimée à 29,4% pour le canton de Genève (estimée pour la population du canton sur la base d'un échantillon de 1044 personnes), la probabilité est de 95% que la part effective de fumeurs et de fumeuses se situe entre 26,2% et 37,2% (intervalle de confiance de 95%). Plus l'échantillon est petit (p. ex. si de nombreuses valeurs font défaut), plus l'intervalle de confiance est important. Par ailleurs, les résultats des analyses bivariées réalisées dans le cadre de ce rapport ne disent souvent rien sur le lien avec d'autres facteurs et l'influence de ceux-ci. Des analyses multivariées ont été réalisées uniquement au chapitre 5 consacré aux symptômes de la dépression et à l'obésité. Mentionnons enfin la question des valeurs manquantes. Tous les groupes de population n'ont pas répondu aussi fréquemment aux questions portant sur le revenu. La part des valeurs manquantes est particulièrement élevée chez les femmes âgées et chez les jeunes gens, ce qui implique que les résultats collectés ne sont pas représentatifs pour toute la population. Malgré cette

faiblesse, la variable revenu est conservée, car ces distorsions concernent tant la Suisse dans son ensemble que le canton de Genève et parce qu'elle revêt un rôle particulièrement important.

1.4 Le canton de Genève en comparaison régionale

Le présent rapport vise entre autres à fournir des éléments de comparaison intercantonale pour évaluer si tel problème de santé ou tel comportement défavorable à la santé présente dans le canton une fréquence supérieure à la moyenne. Certaines caractéristiques cantonales générales, notamment les caractéristiques sociodémographiques ou structurelles, peuvent se traduire par des différences dans l'état de santé de la population ou dans ses comportements face à la santé. Le tableau 1.3 présente divers chiffres-clés pour le canton de Genève et pour la Suisse entière. Ces chiffres ne sont pas utilisés dans les autres chapitres du rapport; ils servent uniquement à établir des hypothèses concernant d'éventuelles différences entre les cantons.

Le rapport repose sur les données disponibles les plus récentes, celles des années 2002 à 2007. Il ne présente donc pas d'évolution plus actuelle. Voici un aperçu des résultats pour le canton de Genève.

La quasi-totalité de la population genevoise vit en ville

Genève est un canton-ville, 99,2% de la population vivent en zone urbaine. En comparaison, en Suisse, 73,4% de la population vivent en région urbaine, à Fribourg ce chiffre s'élève à 55,5%, tandis qu'il est nul à Uri. Entre 2002 et 2007, le canton de Genève a vu sa population s'accroître de 4,6%, le plaçant ainsi au 7^e rang des cantons suisses à connaître une croissance démographique. La première place revient au canton de Fribourg avec une croissance démographique de 8,2%. La population genevoise est relativement jeune puisque les individus âgés de 0 à 49 ans représentent 66,6% de la population, cette proportion étant de 64,7% en moyenne suisse. D'ailleurs, le taux de natalité y est l'un des plus élevés de Suisse avec 11 nouveau-nés pour 1000 habitants en 2007 contre 9,9 en moyenne en Suisse. Par ailleurs, une large majorité de la population qui immigre à Genève a moins de 50 ans.

Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés du canton de Genève en comparaison avec la Suisse entière

Indice	GE	CH	Rang GE ¹	Description de l'indicateur et des sources
Population résidente en 2007				
Femmes	227 952	3 866 480	6	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2007)
Hommes	210 225	3 727 014	6	
Total	438 177	7 593 494	6	
Evolution démographique 2002–2007 (en %)				
Femmes	4,2	3,4	8	Hausse/Baisse en % entre 2002 et 2007 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2002-2007)
Hommes	5,2	4,3	7	
Total	4,6	3,8	7	
Structure par âge en 2007 (en %)				
0–14 ans	16,4	15,5	9	Population résidente à la fin de l'année par classe d'âge (OFS: ESPOP 2007)
15–34 ans	26,0	25,1	5	
35–49 ans	24,2	24,1	11	
50–64 ans	18,1	19,0	23	
65 ans et plus	15,4	16,4	19	
Taux de natalité 2007 (pour 1000 habitants)				
	11,0	9,9	3	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants (OFS: ESPOP, BEVNAT 2007)
Proportion de la population en régions urbaines en 2007 (en %)				
	99,2	73,4	2	Proportion de la population habitant en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente (OFS: ESPOP, répartition selon le recensement de la population 2000)
Proportion d'étrangers en 2007 (en %)				
	37,4	21,1	1	Proportion de la population étrangère résidente rapportée à l'ensemble de la population à fin 2007 (OFS: ESPOP 2007)
Proportion de la population de langue étrangère en 2000 (en %)				
	16,6	9,0	1	Proportion de la population indiquant parler une autre langue principale que les quatre langues nationales (OFS, recensement de la population 2000)
Niveau de formation des 25–64 ans en 2000 (en %)				
Sans formation post-obligatoire	21,4	22,9	21	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population résidente, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS: recensement de la population 2000)
Degré secondaire II	34,5	49,2	26	
Degré tertiaire	30,6	21,5	1	
Structure des ménages en 2000				
Nombre de personnes par ménage	2,1	2,2	25	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé, proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages et proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans rapportée à l'ensemble des ménages ayant au moins 1 enfant de moins de 18 ans (OFS: recensement de la population 2000)
Ménages d'une seule personne (en %)	42,1	36,0	2	
Familles monoparentales; ménages (en %)	19,0	13,1	2	
Taux de chômage en 2007 (en %)				
	6,3	2,8	1	Proportion de chômeurs enregistrés en milieu d'année 2007 rapportée à l'ensemble de la population active selon le recensement de la population 2000 (seco, OFS)
Taux d'activité en 2000 (en %)				
	64,0	65,3	17	Proportion des personnes actives dans la population dès 15 ans (OFS: recensement de la population 2000)

Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés du canton de Genève en comparaison avec la Suisse entière (suivante)

Indice	GE	CH	Rang GE ¹	Description de l'indicateur et des sources
Structure de l'emploi en 2005 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	1,1	5,3	25	Emplois par secteur économique en 2005 en proportion de l'ensemble des emplois (OFS: Recensement des entreprises)
Salariés dans le secteur secondaire	15,8	25,5	26	
Salariés dans le secteur tertiaire	83,1	69,2	1	
Revenu d'équivalence du ménage en 2006 (en CHF)	66 166	55 047	3	Revenu moyen annuel net pondéré par taille et composition des ménages (Administration fédérale des contributions AFC)
Taux d'aide sociale en 2007 (en %)	3,8	3,1	5	Proportion des bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population (OFS: Statistique de l'aide sociale 2007)
Densité de médecins en 2007 (pour 1000 habitants)				
Médecins généralistes	0,6	0,6	14	Nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet privé pour 1000 habitants (FMH: statistique médicale 2007)
Médecins spécialistes	2,7	1,5	2	Nombre de médecins spécialistes exerçant en cabinet privé pour 1000 habitants (FMH: statistique médicale 2007)
Dentistes	0,6	0,5	3	Nombre de dentistes pour 1000 habitants en 2007: membres de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) et non-membres reconnus par les assurances sociales (Annuaire médical suisse 2007)
Densité de pharmacies en 2007 (pour 1000 habitants)	0,4	0,2	2	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 1000 habitants (pour 1000 habitants) (Annuaire médical suisse 2007)
Densité de lits d'hospitalisation en 2007 (pour 1000 habitants)				
Hôpitaux de soins généraux	3,2	3,3	10	Nombre de lits hospitaliers occupés pour 1000 habitants (OFS: Statistique des hôpitaux 2007)
Cliniques spécialisées (cliniques psychiatriques, de réhabilitation, spécialisées)	3,1	2,1	4	
Densité de places dans les institutions médico-sociales en 2007 (pour 1000 habitants dès 65 ans)	51	72	26	Nombre de places d'hébergement en service, occupées ou non, au 1 ^{er} janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS: Statistique des institutions médico-sociales 2007)
Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus en 2007 en jours (médiane)	6,7(5)	7,3 (5)	24	Moyenne et médiane. Patients dès 15 ans, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile, distribution tronquée au 99e percentile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Taux d'hospitalisation en 2007 (pour 1000 habitants)	129,0	134,1	18	Hospitalisations dans les hôpitaux de soins aigus (K1), cas intra-muros, cas A, pour 1000 habitants (sorties en 2007) (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Taux d'hospitalisation multiple en 2007 (en %)	20,0	19,8	9	Proportion des personnes hospitalisées plus d'une fois rapportée au total des personnes hospitalisées, Seulement hôpitaux de soins aigus, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Contribution cantonale (dépenses publiques) de santé en CHF par personne en 2005 (y compris dépenses des communes)	2 174	1 085	1	Besoins financiers nets par personne en 2005, selon la classification fonctionnelle point 4 (Administration fédérale de finances AFF; OFS)

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

Une population genevoise cosmopolite et essentiellement employée dans le secteur tertiaire

Une des particularités du canton de Genève est son caractère international: 37,4% de sa population est étrangère. En moyenne suisse, cette part est de 21,1%. Les nombreuses organisations internationales qui siègent à Genève expliquent en partie cette concentration étrangère. Le tissu économique genevois est dominé par le secteur tertiaire, 83,1% de la population y est employée (1^{er} rang en Suisse), ce qui explique aussi la forte présence d'individus de niveau de formation universitaire ou équivalent. En effet, le secteur bancaire, les organisations internationales et les entreprises multinationales drainent une population instruite: 30,6% des Genevoises et des Genevois ont une formation de degré tertiaire, cela représente la plus forte concentration en Suisse. La composition de la population en fonction du niveau de formation diffère beaucoup en Suisse. Le canton d'Uri a une population dont la proportion ayant suivi une formation de degré tertiaire est la plus faible, 13,3%.

Genève compte aussi son lot de population précaire

Bien que le revenu d'équivalence du ménage soit dans le canton de Genève un des plus élevés de Suisse, 66'166 CHF annuels (3^e place en Suisse), Genève abrite aussi une population dont les conditions de vie sont précaires. A Genève, le taux de chômage est le plus élevé de Suisse, 6,3% de chômeurs contre 2,8% en moyenne en Suisse. Par ailleurs, la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale y est légèrement supérieure à la moyenne suisse (Genève 3,8%, Suisse 3,1%). De plus, Genève recense un grand nombre de familles monoparentales (19%) et de ménages composés d'une seule personne (42,1%). Ces structures de ménage caractérisent les individus les plus exposés à un risque de précarité. En Suisse, les ménages composés de familles monoparentales s'élèvent à 13,1% et ceux ne comptant qu'une seule personne à 36%.

Des médecins spécialistes en cabinet privé surnuméraires

Le canton de Genève se distingue également par ses prestataires de soins et les coûts de son système de santé. Il compte un nombre élevé de médecins spécialistes pratiquant en cabinet privé: en moyenne 2,7 médecins spécialistes pour 1000 habitants, contre 1,5/1000 habitants dans l'ensemble de la Suisse. Depuis l'introduction de la «clause du besoin» au niveau fédéral en 2002, le canton de Genève cherche à réorienter l'offre médicale en faveur de la médecine de famille. Par ailleurs, la densité de lits d'hospitalisation en cliniques spécialisées est élevée, 3,1 lits pour 1000 habitants (en Suisse 2,1/1000) alors qu'elle est semblable à la moyenne suisse pour les lits d'hôpitaux de soins généraux (3,2 lits pour 1000 habitants à Genève, 3,3/1000 en Suisse).

Des dépenses cantonales de santé les plus élevées de Suisse

Malgré une durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus plutôt courte, 6,7 jours, un taux d'hospitalisation plus bas que la moyenne suisse (129 hospitalisations pour 1000 habitants à Genève, 134/1000 en Suisse) et une densité de places dans les institutions médico-sociales faible (51 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus à Genève, 72/1000 en Suisse), la contribution cantonale (dépenses publiques) de santé par habitant sont les plus élevées de Suisse avec un montant de 2174 CHF par personne (en Suisse, 1085 CHF). Une large part de ce financement est attribuée aux soins intra-muros. Ces importants frais de santé cantonaux sont à mettre en relation avec la présence d'un hôpital universitaire sur le territoire genevois (Hôpitaux universitaires de Genève). Les coûts d'une telle infrastructure de soins sont notables et s'expliquent notamment par une large offre de prestations d'intérêt général (médecine communautaire), par sa mission de recherche et formation mais aussi par le coût élevé de ses services. Par ailleurs, dans le canton de Genève, ce ne sont pas seulement les dépenses cantonales de santé qui sont élevées mais aussi les coûts de l'assurance obligatoire des soins (voir chapitre 7).

2 Etat de santé

*Jean-Luc Heeb (2.1 à 2.4 et 2.6),
Maik Roth (2.5 et 2.6)*

Si la santé se conçoit par la négative comme absence de maladie dans l'approche biomédicale, elle se trouve au cœur même de la définition qu'avance l'OMS (1946): «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». Cette définition sert couramment de référence dans le domaine de la santé publique, car elle considère la santé comme un tout et elle tient compte, en plus de critères objectifs, de la perception que les individus ont de leur santé. Cependant, elle ne va pas sans poser de problèmes dans la mesure où elle s'appuie sur une approche par trop statique de la santé et une conception, fortement normative, d'un bien-être complet qui reste difficile à atteindre. Il paraît dès lors plus pertinent de considérer la santé dans la perspective d'un continuum santé-maladie multidimensionnel. Au fil du temps, la santé de l'individu évoluera entre deux pôles que sont un état de parfaite santé et un état de grave maladie. L'idée d'une continuité entre santé et maladie se démarque fondamentalement de l'approche biomédicale (Antonovsky, 1997). En effet, la distinction entre malades et bien-portants y est remplacée par une subdivision plus fine, dans laquelle les individus sont plus ou moins en bonne respectivement en mauvaise santé. La santé n'est plus considérée comme un état d'équilibre que la maladie viendrait perturber passagèrement (homéostasie), mais comme un état évoluant (hétérostasie) selon les ressources personnelles de l'individu et les contraintes auquel ce dernier est exposé. Les comportements individuels et les stratégies d'adaptation jouent à cet égard un rôle déterminant: le bien-être dépend également des ressources que l'individu peut mettre en œuvre pour surmonter ses problèmes de santé, comme le montre par exemple le paradoxe – apparent – des personnes âgées, qui jugent souvent favorablement leur bien-être en dépit du déclin de leur santé physique (voir Staudinger, 2000; Wahl & Heyl, 2004).

Le présent chapitre passe en revue différents indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Ces indicateurs permettent de situer la population genevoise sur

un continuum santé-maladie⁹. Dans un premier temps, la santé subjective – soit la perception, par les personnes interrogées, de leur état de santé – et ses liens avec les trois dimensions de la santé seront présentés (point 2.1). Ensuite, différents aspects de la santé physique (point 2.2), de la santé psychique (point 2.3) et de la santé sociale (point 2.4) seront examinés plus en détail. Une attention particulière sera portée aux rapports que ces trois dimensions de la santé entretiennent entre elles et avec les principaux déterminants sociodémographiques. Le chapitre se termine par la description de la mortalité et des principales causes de décès dans le canton de Genève (point 2.5), suivie d'un résumé (point 2.6).

2.1 Santé subjective

La santé subjective met l'accent sur l'évaluation, par l'individu, de sa propre santé. Cette évaluation ne se fonde pas seulement sur l'état de santé objectif, mais englobe également les ressources personnelles et l'environnement. Le bien-être peut dès lors être considéré comme l'équilibre perçu entre un ensemble de ressources et de contraintes. L'auto-évaluation de la santé revêt une importance particulière, car elle est étroitement liée à la mortalité et à la morbidité (Idler & Benyamini, 1997; Manor et al., 2001), mais aussi parce qu'elle peut être mesurée de manière très simple. Dans l'ESS la question correspondante était formulée de la manière suivante: «Comment est votre santé en général?».

⁹ La sélection des indicateurs tient largement compte des précédents rapports de l'Observatoire suisse de la santé réalisés à partir des données de l'ESS 2002, ce afin de faciliter les comparaisons. Les indicateurs utilisés dans l'ESS 2007 sont parfois différents de ceux de 2002, en particulier pour la santé psychique. Les différences sont signalées dans le texte. Il convient en outre de souligner que les indicateurs reposent exclusivement sur des indications fournies par les personnes interrogées; il s'agit toujours d'une évaluation de la santé du point de vue de ces dernières. Par conséquent, les résultats ne doivent pas être interprétés comme un diagnostic au sens médical, mais comme des auto-évaluations de la santé des personnes interrogées.

Plus de huit Genevois sur dix jugent leur santé bonne ou très bonne

Dans une large mesure, la population genevoise estime être en bonne ou en très bonne santé (84,8%). Un peu plus d'une personne interrogée sur dix juge sa santé moyenne, alors que les répondants considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise sont peu nombreux (figure 2.1). Les hommes – et ce en particulier dans le canton de Genève – déclarent plus souvent être en bonne ou en très bonne santé que les femmes. Cependant, la santé subjective des Genevois demeure largement comparable à celle de la population suisse dans son ensemble.

En comparaison régionale, la part de personnes se sentant en bonne ou en très bonne santé est plus élevée en Suisse alémanique, en particulier en Suisse centrale, que dans le canton de Genève. Elle est en revanche plus basse dans le canton du Tessin. Entre 2002 et 2007, la part des personnes qui déclarent être en bonne ou en très bonne santé semble être restée stable, ce tant dans le canton de Genève (de 85,4% à 84,8%) que dans l'ensemble de la Suisse (de 85,8% à 86,7%)¹⁰.

La santé subjective est intimement liée à l'âge et à la formation (tableau 2.1). Les autres facteurs sociodémographiques jouent un rôle moindre. Les personnes interrogées évaluent leur santé d'autant plus favorablement qu'elles sont jeunes. Ainsi, dans le canton de Genève, neuf répondants sur dix entre 15 et 34 ans se déclarent en bonne ou en très bonne santé contre sept sur dix chez les

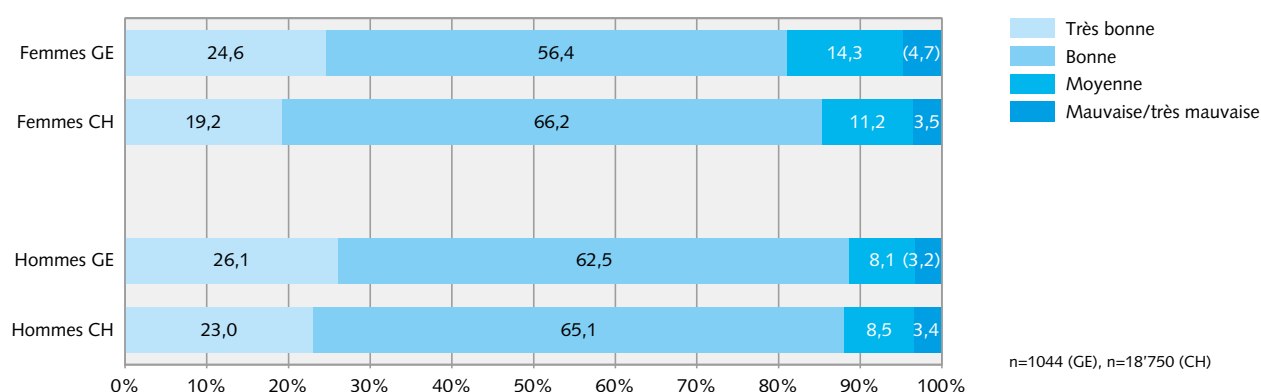
personnes de 65 ans et plus. Un écart similaire s'observe selon le niveau de formation. Les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire se sentent moins souvent en bonne ou en très bonne santé que celles qui bénéficient d'une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

La santé subjective varie selon la formation surtout chez les personnes âgées

L'âge et la formation comptent parmi les principaux déterminants de la santé (Meyer, 2009); voir point 1.2). Lorsque l'âge augmente, les atteintes à la santé et les infirmités sont plus fréquentes, tandis qu'un faible niveau de formation va souvent de pair avec des ressources limitées pour surmonter les problèmes de santé, mais aussi, par exemple, avec des contraintes physiques au travail. Dès lors, il peut être intéressant d'examiner la santé subjective en considérant simultanément les deux déterminants que sont l'âge et la formation (figure 2.2). La combinaison de ces deux facteurs révèle un écart d'autant plus prononcé entre les classes d'âge que le niveau de formation est bas. C'est surtout chez les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire que la santé subjective se détériore à mesure que l'âge croît. Si le bien-être des répondants de 15 à 34 ans ne se différencie que de façon modérée selon la formation, les personnes de 50 ans et plus en bonne ou en très bonne santé sont sensiblement moins nombreuses parmi celles qui ont suivi la seule scolarité obligatoire que parmi celles qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

Santé subjective selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.1



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁰ Ce constat doit cependant être considéré avec prudence, car la question sur la santé subjective figurant dans l'ESS 2002 («Comment allez-vous actuellement?») n'était pas la même que celle de l'ESS 2007.

Tab. 2.1 Santé subjective, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Bonne ou très bonne		Moyenne à mauvaise	
		GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	81,0	85,4	19,0	14,6
	Hommes	88,6	88,2	11,4	11,8
Classes d'âge	15–34 ans	91,0	94,7	(9,0)	5,3
	35–49 ans	89,8	90,9	10,2	9,1
	50–64 ans	80,0	82,7	20,0	17,3
	65 ans et plus	71,6	71,8	28,4	28,2
Formation	Scolarité obligatoire	69,5	71,8	30,5	28,2
	Degré secondaire II	85,6	87,8	14,4	12,2
	Degré tertiaire	91,1	92,6	8,9	7,4
Nationalité	Suisses	85,2	87,3	14,8	12,7
	Etrangers	84,1	84,7	15,9	15,3
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	82,2	84,8	17,8	15,2
	De 3000 à 4499 CHF	85,5	86,4	14,5	13,6
	De 4500 à 5999 CHF	88,4	89,2	(11,6)	10,8
	6000 CHF et plus	89,9	92,1	10,1	7,9
Degré d'urbanisation	Ville	84,8	86,5	15,2	13,5
	Campagne	.	87,3	.	12,7

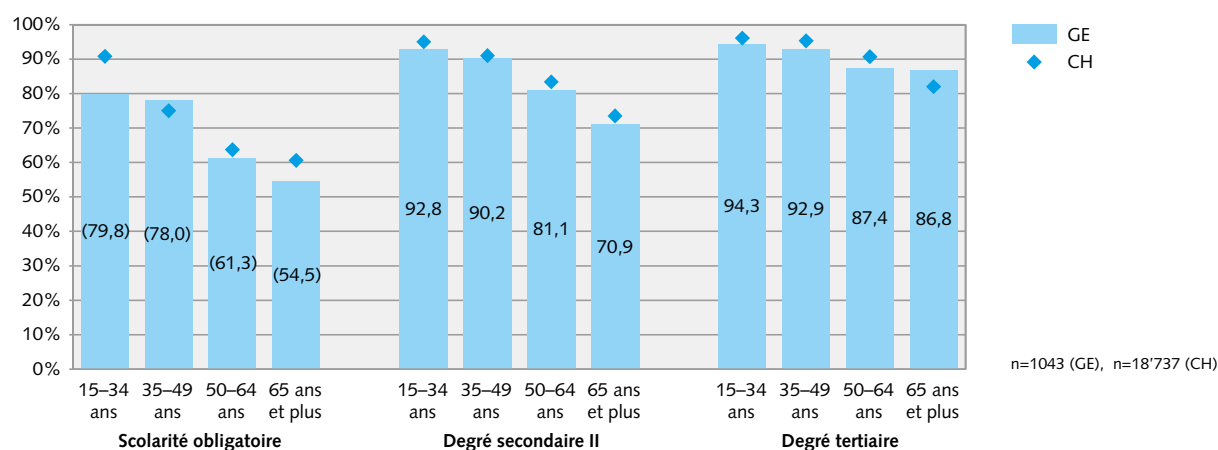
		Bonne ou très bonne	Moyenne à mauvaise
Comparaison régionale	Genève	84,8	15,2
	Suisse	86,7	13,3
	Ville de Zurich	86,9	13,1
	Tessin	80,8*	19,2*
	Suisse centrale	88,9*	11,1*
	Suisse alémanique	87,5*	12,5*
	Suisse romande	85,6	14,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n = 1044 (GE); n = 18 750 (CH)

. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n = 10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, 2007**Fig. 2.2**

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n = 10–29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

La santé subjective reflète la santé physique et psychique

Quel rapport existe-t-il entre la santé subjective et les indicateurs de la santé physique, psychique et sociale? Des études étrangères ont mis en évidence des corrélations entre la santé subjective d'une part, les atteintes à la santé physique et psychique d'autre part (Segovia et al., 1989; Krause & Jay, 1994; Idler & Kasl, 1995; Manor et al., 2001). On observe des liens semblables dans la population du canton de Genève et dans la population suisse: les problèmes de santé de longue durée (point 2.2.1), les troubles physiques (point 2.2.2), les problèmes psychiques (point 2.3.1) et les sentiments de solitude (point 2.4.1) vont de pair avec une moindre santé subjective (figure 2.3). En comparaison avec la santé physique, les variations de la santé subjective selon la santé physique et la santé sociale, mesurée par le sentiment de solitude, sont moins affirmées.

Les problèmes de santé de longue durée et les troubles physiques importants ont un effet particulièrement défavorable sur la santé subjective. Dans le canton de Genève, moins de six personnes interrogées sur dix évoquant un problème de santé de longue durée et deux tiers de celles qui sont atteintes de troubles physiques jugent leur état de santé bon ou très bon. Ces proportions s'élèvent à près de 95% chez les répondants sans problème de santé de longue durée ou qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Environ trois quarts des personnes qui déclarent des problèmes psychiques moyens ou importants s'estiment en bonne ou en très bonne santé contre neuf sur dix chez les personnes

ayant de faibles problèmes psychiques. Dans un rapport semblable, les répondants qui éprouvent des sentiments de solitude – qu'ils soient occasionnels ou fréquents – déclarent une moins bonne santé subjective que les personnes qui ne se sentent jamais seules.

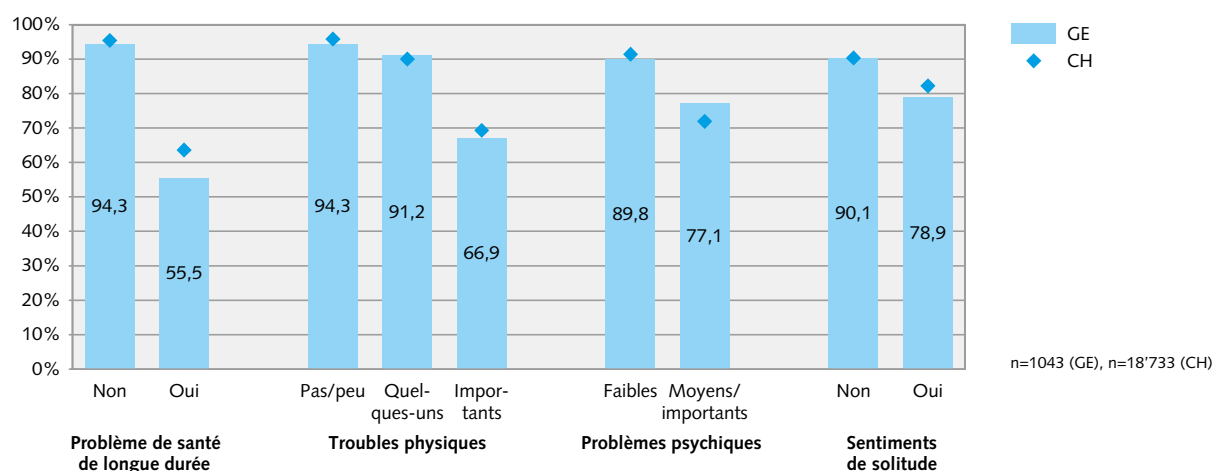
Le cumul d'atteintes à la santé physique et à la santé psychique influe encore plus nettement sur la santé subjective. Ainsi, chez les Genevois qui présentent simultanément un problème de santé de longue durée et des problèmes psychiques moyens ou importants, 50,6% des répondants considèrent être en bonne ou en très bonne santé (CH: 45,9%). Ce taux s'élève à 71,5% (62,4%) chez les personnes déclarant à la fois des troubles physiques importants et des troubles psychiques moyens ou importants.

2.2 Santé physique

La santé subjective est étroitement liée à la santé physique. Dans ce qui suit, on examinera d'abord plus avant les problèmes de santé de longue durée (point 2.2.1) et les troubles physiques (point 2.2.2) dont il vient d'être question. Puis, on abordera les limitations passagères (point 2.2.3) et durables (point 2.2.4) – provoquées essentiellement par des atteintes à la santé physique – affectant l'accomplissement des activités quotidiennes. Il sera ensuite question de facteurs de risque pour la santé physique par le biais de l'exemple, particulièrement pertinent du point de vue de la prévention, des maladies cardio-vasculaires (point 2.2.5). Enfin, les accidents

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.3



Sentiments de solitude: non: jamais de sentiments de solitude, oui: parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

(point 2.2.6) et les chutes (point 2.2.7) en tant qu'atteintes majeures à la santé physique seront passés en revue.

2.2.1 Problèmes de santé de longue durée

Dans le canton de Genève, un quart des personnes interrogées déclarent un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique au moment de l'enquête¹¹ (tableau 2.2). Les problèmes de santé de longue durée paraissent un peu moins fréquents dans le canton de Genève qu'à l'échelle de la Suisse (24,7% vs 27,3%, n.s.).

Les problèmes de santé de longue durée augmentent selon l'âge

Les problèmes de santé de longue durée augmentent continûment selon l'âge. Ils sont jusqu'à trois fois plus fréquents chez les personnes de 65 ans et plus que chez les 15-34 ans (figure 2.4). Dans le canton de Genève, près de quatre personnes sur dix âgées de 65 ans et plus indiquent un problème de santé de longue durée. Toujours dans cette tranche d'âge, les Genevois semblent moins souvent confrontés à des problèmes de santé de longue durée que les répondants à l'échelle de la Suisse.

Les problèmes de santé de longue durée sont plus fréquents chez les répondants ayant suivi la seule scolarité obligatoire que chez ceux qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire. Ils se rencontrent également un peu plus souvent chez les citoyens suisses que chez les étrangers (tableau 2.2). Dans le canton de

Genève, les problèmes de santé de longue durée s'observent dans une proportion similaire à l'ensemble de la Suisse romande; ils sont moins fréquents qu'en Suisse alémanique.

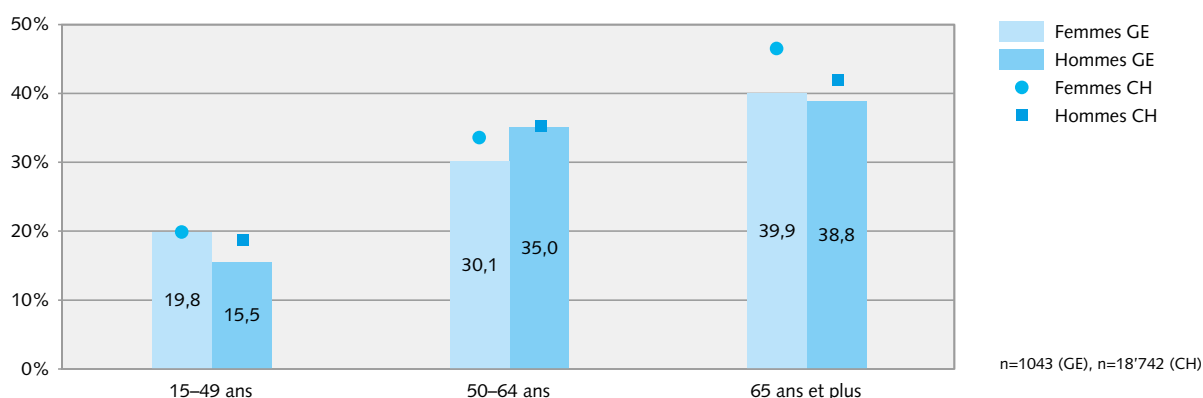
Bonne santé subjective en dépit de problèmes de santé de longue durée

Les problèmes de santé de longue durée peuvent considérablement diminuer la santé subjective (point 2.1). Cependant, les ressources personnelles et sociales sont susceptibles de contribuer à surmonter les conséquences de problèmes de santé de longue durée. A titre d'exemple de telles ressources, on peut citer le sentiment de maîtrise de la vie, c'est-à-dire la conviction de pouvoir influencer le cours de sa propre vie (point 2.3.2), et le soutien social, appréhendé ici par le biais de l'existence de sentiments de solitude (point 2.4.1). La santé subjective des personnes évoquant un problème de santé de longue durée est d'autant meilleure qu'elles font état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou qu'elles déclarent ne jamais éprouver de sentiments de solitude (figure 2.5).

En présence d'un problème de santé de longue durée, 45,5% des Genevois ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie et 41,8% de ceux qui éprouvent des sentiments de solitude déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Ces proportions s'élèvent jusqu'à sept personnes sur dix lorsque le sentiment de maîtrise est moyen ou élevé de même qu'en l'absence de sentiments de solitude. Chez les répondants n'ayant aucun problème de santé de longue durée, les facteurs précités ne

Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge
canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹¹ La question était formulée ainsi: «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps?» En raison de formulations différentes, les comparaisons avec l'ESS 2002 ne sont pas possibles.

Tab.2.2 Personnes ayant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Problème de santé de longue durée		Troubles physiques importants	
		GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	25,9	28,2	34,3	30,8
	Hommes	23,5	26,3	20,2	17,3
Classes d'âge	15–34 ans	16,9	15,4	32,4	22,3
	35–49 ans	18,5	23,5	23,3	23,3
	50–64 ans	32,2	34,5	26,6	23,3
	65 ans et plus	39,3	44,5	25,3	29,4
Formation	Scolarité obligatoire	34,0	33,4	37,1	32,3
	Degré secondaire II	22,7	26,5	27,0	24,0
	Degré tertiaire	23,4	25,9	22,9	20,2
Nationalité	Suisses	26,3	28,6	28,6	24,4
	Etrangers	22,2	22,1	25,0	23,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	25,9	26,1	29,7	26,3
	De 3000 à 4499 CHF	22,8	29,6	23,8	24,1
	De 4500 à 5999 CHF	25,8	28,3	26,0	23,1
	6000 CHF et plus	26,7	26,1	22,8	19,5
Degré d'urbanisation	Ville	24,9	27,6	27,4	24,7
	Campagne	.	26,3	.	22,6

		Problème de santé de longue durée	Troubles physiques importants
Comparaison régionale	Genève	24,7	27,2
	Suisse	27,3	24,2
	Ville de Zurich	28,2	24,6
	Tessin	21,9	26,0
	Suisse centrale	25,3	22,4*
	Suisse alémanique	28,2*	23,4*
	Suisse romande	25,6	26,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

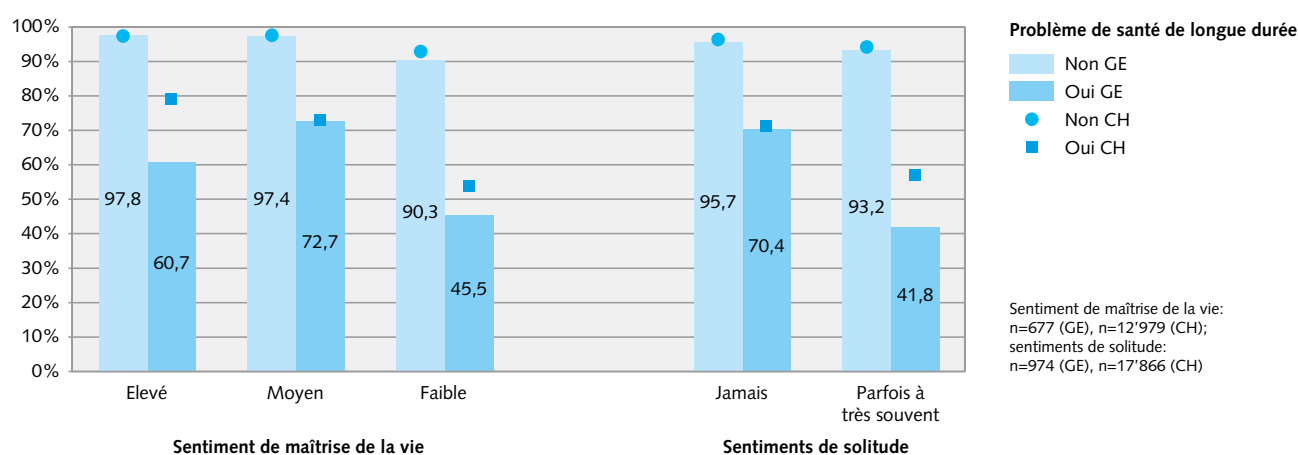
Problèmes de santé de longue durée: n= 1043 (GE), n= 18 742 (CH); troubles physiques: n=952 (GE), n= 17 421 (CH)

. Entre 0 et 9 réponses seulement.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, avec ou sans problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise de la vie et les sentiments de solitude, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

jouent pratiquement aucun rôle. Les ressources personnelles et sociales semblent ainsi contribuer à réduire les différences en termes de santé subjective entre les personnes connaissant un problème de santé de longue durée et celles qui n'en présentent pas.

2.2.2 Troubles physiques

La santé subjective n'est pas seulement affectée par des problèmes de santé de longue durée, mais également par des troubles physiques qui se sont manifestés durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête (point 2.1). Huit troubles, qui peuvent être partagés en trois groupes selon leur fréquence, sont présentés (figure 2.6).

Les maux de dos, les insomnies, la faiblesse ou la lassitude et les maux de tête sont fréquents

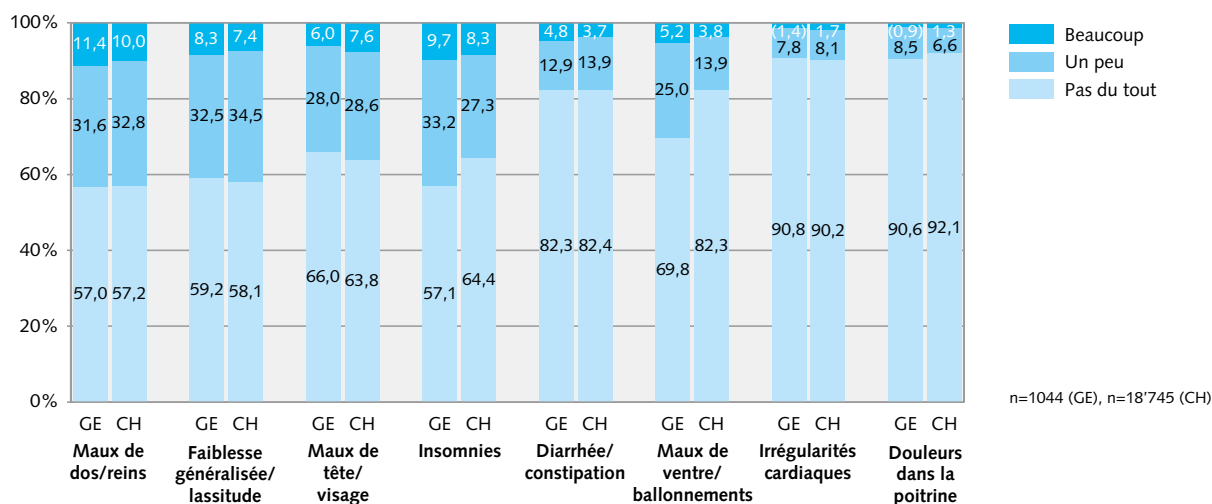
Dans le canton de Genève, les troubles physiques les plus répandus, concernant chacun plus de quatre personnes sur dix, sont les maux de dos et de reins (43,0%), les difficultés d'endormissement et insomnies (43,0%) de même qu'un sentiment de faiblesse généralisée ou de lassitude (40,7%). Environ un tiers des répondants évoquent des maux de tête et autres douleurs du visage (34,0%) ou des maux de ventre et ballonnements

(30,2%). La diarrhée et la constipation (17,7%) et, surtout, les douleurs dans la poitrine (9,4%) et les irrégularités cardiaques (9,2%) sont plus rarement citées. La plupart des personnes interrogées n'évoquent que de légers troubles physiques (réponse «un peu»). De forts troubles (réponse «beaucoup») s'observent surtout pour les maux de dos et de reins, les difficultés d'endormissement et insomnies ou un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude; près d'un Genevois sur dix est concerné par chacun de ces troubles. Quelque 5% à 6% des répondants se plaignent par ailleurs de forts troubles physiques en rapport avec des maux de tête ou autres douleurs du visage, des maux de ventre et ballonnements ou encore la diarrhée et la constipation.

Les huit indicateurs ont été réunis pour examiner les troubles physiques dans leur ensemble en distinguant les catégories suivantes: troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles¹². Dans le canton de Genève, plus de six personnes interrogées sur dix présentent des troubles importants (27,2%) ou quelques troubles (35,8%). Les troubles physiques importants paraissent un peu plus fréquents dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse, tandis que les atteintes dues à la présence de quelques troubles ont une fréquence similaire¹³. La fréquence des troubles

Troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.6



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

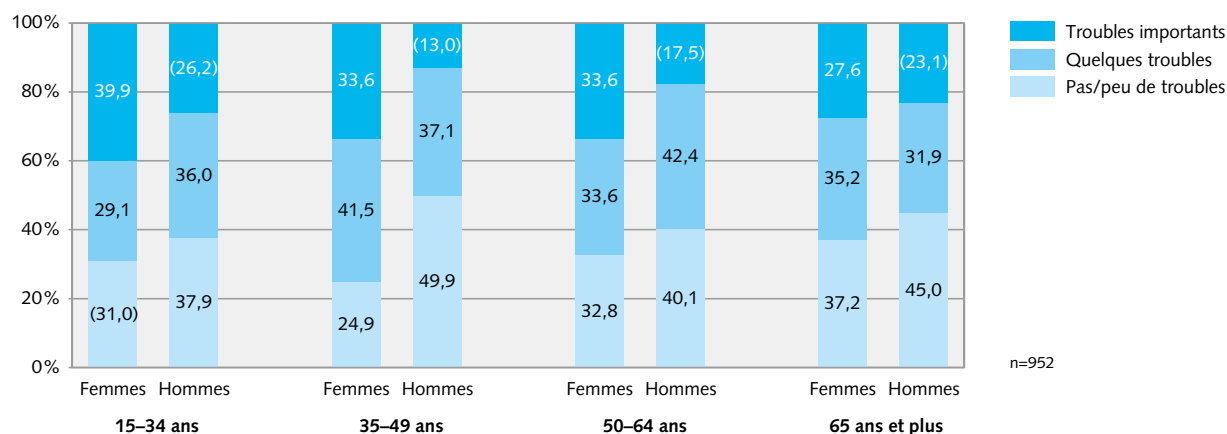
© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹² Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories: pas du tout (0 point), un peu (1) et beaucoup (2). Avec un total de 8 points ou plus, les troubles sont qualifiés d'importants. Il est question de quelques troubles lorsque le total est compris entre 4 et 7 points et de peu ou pas de troubles lorsqu'il ne dépasse pas 3 points. Les personnes atteintes de fièvre ont été exclues afin de ne pas tenir compte de maladies telles la grippe (voir OFS, 2008a).

¹³ Les pourcentages s'élèvent resp. à 24,2% et à 35,5%.

Troubles physiques selon le sexe et l'âge, canton de Genève, 2007

Fig. 2.7



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

physiques paraît un peu moins élevée en 2002 qu'en 2007, ce tant dans le canton de Genève (61,3% vs 63,0%) qu'à l'échelle de la Suisse (58,8% vs 59,7%).

Les troubles physiques s'accompagnent souvent de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, les Genevois déclarant un problème de santé de longue durée sont deux fois plus nombreux à se plaindre de troubles physiques importants que ceux qui ne connaissent pas de tel problème (45,8% vs 21,5%). Inversement, les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques se rencontrent plus fréquemment dans le groupe des personnes ne déclarant pas de problème de santé de longue durée que dans le groupe ayant de tels problèmes (42,4% vs 19,3%).

Les troubles physiques sont fréquents chez les femmes

Contrairement aux problèmes de santé de longue durée, la fréquence des troubles physiques varie selon le sexe et, de manière moindre, selon l'âge (figure 2.7). Dans toutes les classes d'âge, les femmes genevoises signalent plus fréquemment des troubles physiques que les hommes genevois. Cet écart est le plus affirmé chez les répondants d'âge moyen entre 35 et 64 ans. Il apparaît également que les femmes et les hommes se démarquent le plus quant aux troubles physiques importants: les femmes évoquent une fois et demie plus souvent de tels troubles que les hommes (34,3% vs 20,2%). Quelle que soit la classe d'âge, plus d'un quart des femmes genevoises se plaignent de troubles importants.

La fréquence des troubles physiques importants varie selon le niveau de formation (tableau 2.2). Dans le canton de Genève, plus d'un tiers des personnes interrogées

qui ont suivi la seule scolarité obligatoire présentent de tels troubles. Cette part est de moins d'un quart chez les répondants ayant achevé une formation de degré tertiaire.

2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles

L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles peut avoir des conséquences défavorables au plan à la fois personnel, familial et économique. Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 14,4% des personnes interrogées dans le canton de Genève – 17,1% à l'échelle de la Suisse – n'avaient pas pu exercer leurs activités comme elles en ont l'habitude pour des raisons de santé¹⁴. Durant ce même laps de temps, les Genevois se trouvant dans l'incapacité de poursuivre normalement leurs activités n'avaient pas pu vaquer comme de coutume à leurs occupations pendant 9,5 jours. Dans l'ensemble de la Suisse, on observe une durée un peu moins longue de 8,1 jours. La part des personnes se trouvant dans l'incapacité d'effectuer leurs activités comme d'habitude est similaire en 2002 et en 2007 dans le canton de Genève (resp. 13,0% et 12,0%), tandis qu'elle paraît avoir légèrement crû dans l'ensemble de la Suisse (resp. 15,2% et 17,1%). En 2002, la durée moyenne des limitations passagères dans les activités habituelles semble plus longue dans le canton de Genève qu'en 2007, alors qu'elle est semblable à l'échelle de la Suisse (resp. 11,1 et 8,2 jours). L'incapacité d'accomplir ses activités habi-

¹⁴ Part des personnes qui ont répondu par au moins un jour à la question: «Pendant combien de jours avez-vous été handicapé(e) par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines?».

tuelles est avant tout due à des maladies, et ce dans le canton de Genève plus souvent que dans l'ensemble de la Suisse (resp. 83,5% et 72,9%). Les accidents en sont à l'origine dans un peu plus d'un cas sur dix (resp. 11,2% et 14,4%).

Problèmes de santé et troubles physiques vont de pair avec une limitation passagère des activités

Les limitations passagères dans les activités habituelles se manifestent surtout en cas de problème de santé de longue durée et de troubles physiques (figure 2.8). Dans le canton de Genève, presque trois personnes interrogées sur dix signalant un problème de santé de longue durée n'ont pas pu se consacrer comme d'habitude à leurs activités au cours des quatre semaines précédant l'enquête. En l'absence de problème de santé de longue durée, un répondant sur dix est concerné. Dans une proportion similaire, un cinquième des Genevois ayant des troubles physiques importants déclarent des limitations passagères dans les activités habituelles contre environ un répondant sur quinze présentant au plus quelques

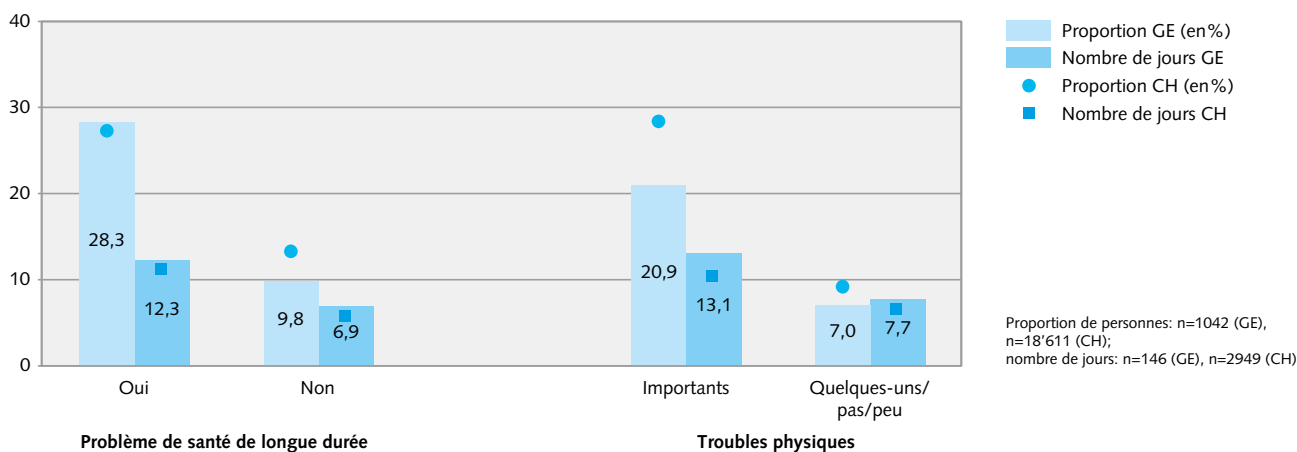
troubles physiques. La durée de l'incapacité est également plus longue en présence d'un problème de santé de longue durée ou de troubles physiques importants. Chez les personnes qui ont un tel problème ou de tels troubles, la durée est en moyenne presque deux fois plus longue que chez les autres répondants.

2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne

Lorsque l'âge avance, les problèmes de santé sont plus fréquents, entraînant des limitations fonctionnelles et restreignant l'autonomie dans la vie de tous les jours. Il en résulte une augmentation du besoin d'aide et de soins. La présente section traite de l'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Il y sera question de limitations fonctionnelles dans les activités de base, comme se nourrir ou s'habiller, et dans les activités instrumentales, comme préparer les repas ou faire les courses¹⁵.

Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité¹ selon différents indicateurs de santé canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)

Fig. 2.8



¹ Seules les personnes déclarant une limitation passagère dans les activités habituelles sont prises en considération

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁵ L'ESS 2007 recense cinq activités de base de la vie quotidienne (ou BADL, basic activities of daily living en anglais; voir Katz et al., 1963, soit: se nourrir; se coucher et se lever du lit, se lever d'un fauteuil; s'habiller et se déshabiller; aller aux toilettes; prendre un bain ou une douche. De plus, les huit activités instrumentales (ou IADL, instrumental activities of daily living en anglais; voir Lawton & Brody, 1969) suivantes ont été recensées: préparer les repas; téléphoner; faire les achats; faire la lessive; effectuer de petits travaux ménagers; effectuer occasionnellement de gros travaux ménagers; tenir ses comptes; utiliser les transports publics. Comme l'ESS a été conduite auprès de ménages privés, les personnes ayant des besoins élevés en aide et en soins sont vraisemblablement sous-représentées.

Dans le canton de Genève, une personne interrogée sur sept déclare rencontrer des difficultés dans l'accomplissement des activités quotidiennes (13,6%; CH 14,4%)¹⁶. Les activités instrumentales occasionnent trois à quatre fois plus souvent des difficultés que les activités de base (GE: 13,0% vs 4,1%; CH: 14,0% vs 3,4%). Les difficultés à effectuer les activités de base de la vie quotidienne vont en général de pair avec des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités instrumentales. Chaque activité de base occasionne des difficultés à environ 2% des répondants. Cette proportion s'élève jusqu'à 4% pour les différentes activités instrumentales, environ une personne sur dix éprouvant des difficultés à accomplir occasionnellement de gros travaux ménagers.

Dès 65 ans, les activités quotidiennes posent des difficultés à plus d'un tiers des personnes

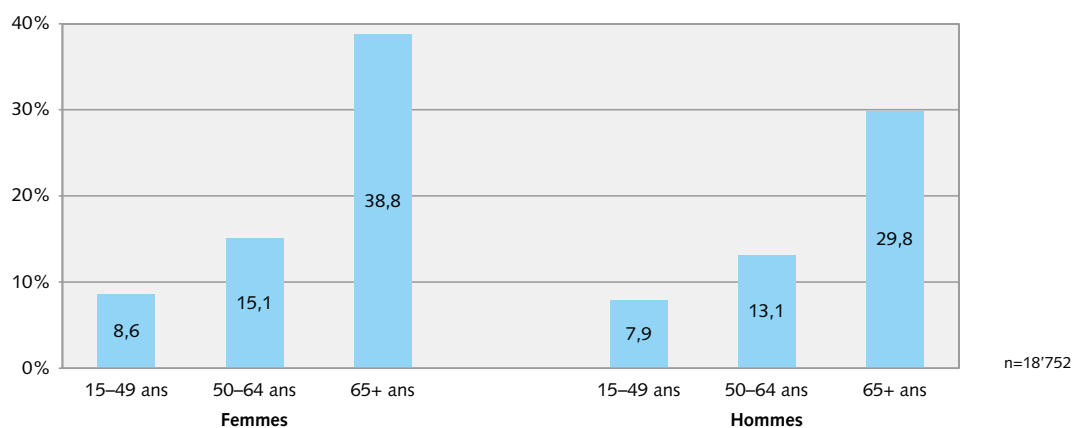
Les difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne dépendent fortement de l'âge (figure 2.9). Dès 65 ans, autant les femmes que les hommes mentionnent jusqu'à environ quatre fois plus souvent de telles difficultés que les personnes plus jeunes. Toujours dans la même classe d'âge, les femmes rencontrent plus fréquemment des difficultés que les hommes¹⁷.

Parmi les personnes interrogées de 65 ans et plus, un tiers ont des difficultés à accomplir des activités instrumentales (figure 2.10). Dans cette classe d'âge, les activités de base posent également des difficultés à une personne sur dix. En même temps, l'autonomie dans la vie quotidienne est essentiellement mise à mal par les atteintes à la santé physique: en comparaison avec la population totale, les personnes interrogées déclarant un problème de santé de longue durée rencontrent deux à trois fois plus souvent des difficultés à effectuer des activités de base et instrumentales. De manière un peu moins prononcée, les troubles physiques importants rendent difficiles l'accomplissement des activités de la vie quotidienne – environ une personne sur cinq est concernée dans le canton de Genève.

Plus ou moins la moitié des répondants de 65 ans et plus qui ont un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants évoquent des difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales¹⁸. En l'absence de problème de santé de longue durée – toujours dans le groupe des 65 ans et plus –, près d'une personne sur quatre est concernée; chez les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques, moins d'une personne sur cinq est touchée¹⁹.

Personnes ayant des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007

Fig. 2.9



Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne: activités de base et activités instrumentales réunies

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁶ La question sur les activités de base était formulée ainsi: «Je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficulté, ou pas du tout». Celle sur les activités instrumentales avait la teneur suivante: «Je vais énumérer d'autres activités quotidiennes. Dites-moi, pour chacune d'elles, ...». Dans le texte, les personnes qui rencontrent des difficultés sont celles qui, pour au moins une activité, ont choisi l'une des trois dernières possibilités de réponse.

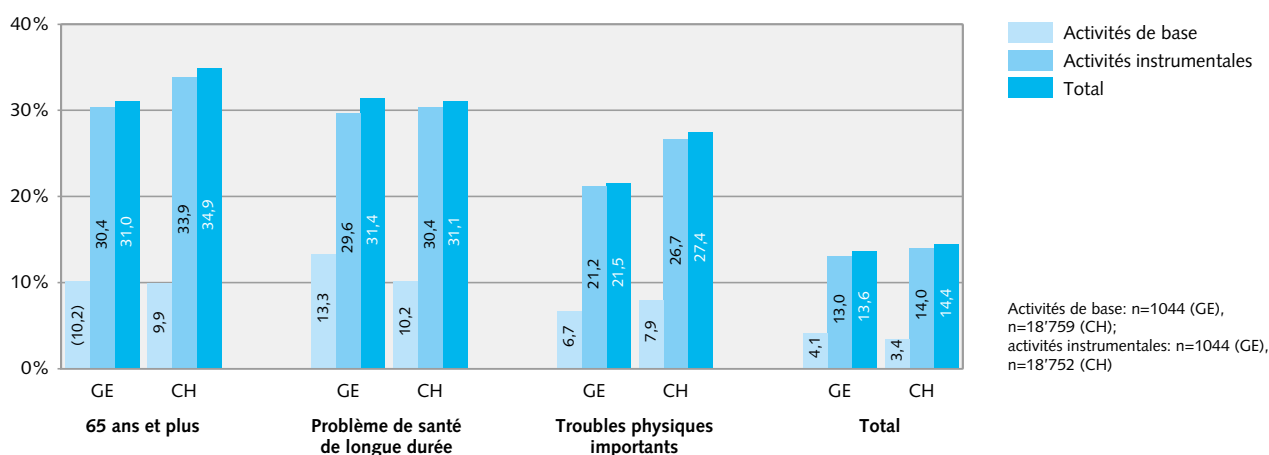
¹⁷ Encore une fois, on rappellera qu'il s'agit ici de personnes vivant en ménage privé, celles qui résident dans des homes, par exemple, n'étant pas interrogées.

¹⁸ Problème de santé de longue durée: GE: 41,5%, CH: 49,7%; troubles physiques importants: resp. 55,1% et 53,7%

¹⁹ Aucun problème de santé de longue durée: GE: 24,7%, CH: 23,3%; peu ou pas de troubles physiques: resp. 17,3% et 18,4%. Le pourcentage de 17,3% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.10



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Fortes limitations fonctionnelles en cas de problèmes d'ouïe, de vue et de locomotion

En lien avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il sera encore brièvement question des problèmes d'ouïe, de vue et de locomotion. Les personnes âgées sont les premières touchées par ces problèmes. Parmi les Genevois de 65 ans et plus, une personne sur dix déclare ne pas avoir une vue suffisante pour lire, ou alors seulement avec de grandes difficultés, un livre ou un journal (GE: 12,1%; CH: 10,4%). Dans une proportion voisine, les répondants ne peuvent pas suivre une conversation à laquelle participent deux autres personnes (resp. 10,5%²⁰ et 13,2%). Un peu plus rarement, les Genevois de 65 ans et plus ne parviennent pas à parcourir à pied une distance de 200 mètres sans s'arrêter et sans rencontrer de difficultés (resp. 7,1%²¹ et 9,6%)²². Environ une personne sur cinq de 65 ans et plus évoque un des trois problèmes cités, tandis qu'une sur vingt signale plusieurs problèmes à la fois.

Une forte association se dessine entre les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne et les problèmes d'ouïe, de vue ou de locomotion. Environ une personne sur dix qui ne déclare aucun problème d'ouïe, de vue et de locomotion fait état de difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne

²⁰ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

²¹ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

²² Chez les Genevois de 15 ans et plus, ces pourcentages s'élèvent resp. à 4,4%, à 3,2% et à 2,7% (CH: 4,3%, 5,0% et 2,8%). Le pourcentage de 2,7% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

(GE: 9,5%; CH: 10,1%). Lorsqu'il existe un problème de ce type, ce sont plus de la moitié des répondants genevois qui évoquent des difficultés (resp. 55,1% et 47,0%); en présence de deux ou trois problèmes, il s'agit de huit personnes sur dix (resp. 78,7%²³ et 83,0%).

2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont non seulement la principale cause de mortalité, mais aussi l'une des plus fréquentes causes d'hospitalisation dans la population suisse. Les maladies chroniques des vaisseaux coronaires (maladies cardiaques ischémiques) et les maladies cérébro-vasculaires (infarctus cérébral, hémorragies cérébrales) jouent un rôle prépondérant en tant que causes de mortalité (Meyer et al., 2009; voir aussi 2.5). Dans près d'une hospitalisation sur dix, le diagnostic principal est une maladie cardio-vasculaire (OFS, 2008f)²⁴. Les maladies cardiaques ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires représentent respectivement 6,2% et 3,3% de la charge totale de morbidité en Suisse²⁵ (OCDE, 2006). La prévention des risques associés aux maladies

²³ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

²⁴ En 2007, sur un total de 1'509'181 cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation recensés dans la Statistique médicale des hôpitaux, 142'283 étaient imputables à des maladies cardio-vasculaires (chapitre IX de la CIM).

²⁵ La charge totale de morbidité (global burden of disease en anglais) correspond aux années de vie en bonne santé perdues pour cause de problèmes de santé ou de mortalité prématurée (exprimée en DALY, disability-adjusted life years en anglais, ou AVCI, années de vie corrigée de l'incapacité en français). Les termes français font référence à la terminologie de l'OMS (2000).

cardio-vasculaires permet d'agir de manière ciblée sur la mortalité et la morbidité. Du point de vue de la prévention, les facteurs de risque susceptibles d'être modifiés, en particulier par l'adoption d'un comportement adéquat, sont particulièrement intéressants.

L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie – soit un taux élevé de cholestérol –, le surpoids et l'obésité de même que le tabagisme comptent parmi les principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires. Pour la prévention, l'importance de ces facteurs est à voir dans le fait qu'il s'agit des quatre principaux facteurs de risque associés à la mortalité en Suisse. De plus, ils représentent, avec la consommation d'alcool, les cinq principaux facteurs de risque en lien avec la charge totale de morbidité. Plus de la moitié des cas de décès et près d'un tiers de la charge totale de morbidité sont attribués à l'hypertension artérielle (19,2% des cas de décès et 7,3% de la charge totale de morbidité), à un taux élevé de cholestérol (resp. 12,0% et 5,1%), au surpoids et à l'obésité (resp. 8,6% et 6,0%) et au tabagisme (resp. 15,3% et 11,2%; OCDE, 2006).

Avec le tabagisme, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque fréquents

Le surpoids et l'obésité constituent le facteur de risque le plus fréquent, suivi du tabagisme (tableau 2.3). Plus d'un tiers des Genevois sont en surpoids ou obèses et près de trois sur dix fument. Environ un répondant sur sept est concerné par l'hypertension artérielle ou un taux élevé de cholestérol²⁶. La fréquence des facteurs de risque se situe dans la moyenne suisse, à l'exception de l'hypercholestérolémie. A l'instar de la Suisse romande et du Tessin, un taux de cholestérol élevé est plus souvent mentionné dans le canton de Genève qu'en Suisse alémanique. Souvent, ces facteurs de risque sont concomitants. Ainsi, 34,0% des Genevois (CH: 35,3%) ne présentent aucun des quatre facteurs de risque, 40,6% (39,7%) un facteur et 25,4% (25,1%) plusieurs facteurs. A cet égard, il convient de signaler le rapport entre le surpoids et l'obésité d'une part, l'hypertension artérielle

et l'hypercholestérolémie d'autre part. En effet, les Genevois en surpoids ou obèses font deux fois plus souvent état d'hypertension artérielle (22,6%; CH: 28,3%) que les Genevois ayant un poids normal ou se trouvant en sous-poids (resp. 10,3% et 10,1%). En cas de surpoids ou d'obésité, un taux élevé de cholestérol (GE: 21,3%; CH: 16,6%) est également deux fois plus fréquent qu'en cas de poids normal ou de sous-poids (resp. 10,5% et 7,3%).

La distribution des différents facteurs de risque dépend en grande partie du sexe et de l'âge (tableau 2.3). D'une part, les femmes présentent plus rarement les facteurs de risque en question, en particulier le surpoids et l'obésité. D'autre part, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie de même que le surpoids et l'obésité sont d'autant plus fréquents que l'âge augmente. Les personnes jeunes ne font que rarement état d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie, tandis que chez les Genevois de 65 ans et plus, l'hypertension artérielle concerne quatre personnes interrogées sur dix, trois sur dix ayant un taux de cholestérol élevé. Le surpoids et l'obésité s'observent chez près d'un répondant genevois sur deux de 65 ans et plus contre un peu moins de trois personnes sur dix âgées de 15 à 34 ans. Le tabagisme est le seul facteur de risque qui est moins fréquent chez les personnes âgées que chez les jeunes répondants.

Enfin, on relèvera le lien que le surpoids et l'obésité entretiennent avec le niveau de formation, les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire paraissant particulièrement exposées (voir aussi point 3.2). Par ailleurs, les répondants qui ont achevé une formation de degré secondaire II sont ceux qui fument le plus (voir aussi point 3.3).

²⁶ Il est question d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie lorsque la personne interrogée déclare que sa pression artérielle respectivement son taux de cholestérol est trop élevé au moment de l'enquête ou qu'elle a pris un antihypertenseur respectivement un médicament hypocholestérolémiant au cours des sept jours précédant l'enquête. Cette définition concorde avec le codage utilisé dans l'ESS 2002, ce qui permet d'effectuer des comparaisons avec les travaux antérieurs (OFS, 2008g). Il convient cependant de rappeler qu'il s'agit ici d'indications fournies par les personnes interrogées elles-mêmes; en même temps, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie ne sont en principe pas directement décelables, mais demandent une mesure. Des changements intervenus depuis la dernière mesure, voire l'absence d'une telle mesure, ou des problèmes de mémoire peuvent fausser les indications recueillies.

Tab.2.3 Facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Hypertension artérielle		Hypercholestérolémie		Surpoids/obésité ¹		Fumeur	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	14,7	15,6	10,8	8,8	29,2	29,8	24,6	23,6
	Hommes	14,9	17,4	18,1	12,4	46,6	48,5	34,3	32,3
Classes d'âge	15–34 ans	.	2,5	.	1,1	28,9	23,3	37,2	35,1
	35–49 ans	(9,8)	7,6	14,5	6,3	37,8	38,0	29,3	30,4
	50–64 ans	18,4	22,1	16,6	15,7	43,1	48,7	30,4	27,0
	65 ans et plus	42,1	46,3	30,7	24,9	46,4	50,6	13,6	12,6
Formation	Scolarité obligatoire	17,8	24,6	(15,8)	13,0	51,2	53,0	22,0	23,2
	Degré secondaire II	16,8	16,0	13,9	9,6	35,7	37,5	31,2	30,0
	Degré tertiaire	10,4	13,8	14,3	11,5	34,8	35,5	29,9	25,3
Nationalité	Suisses	17,3	17,6	14,6	11,0	36,1	38,2	31,3	26,9
	Etrangers	10,5	11,6	13,7	8,3	40,6	41,9	26,5	31,6
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	16,2	14,3	(10,5)	8,2	38,6	39,3	27,1	28,1
	De 3000 à 4499 CHF	14,4	18,5	18,7	11,9	34,4	40,6	30,9	27,4
	De 4500 à 5999 CHF	(16,8)	18,2	(10,9)	12,0	45,8	38,2	32,5	29,6
	6000 CHF et plus	12,3	16,2	17,7	12,1	34,6	35,7	31,7	29,7
Degré d'urbanisation	Ville	14,8	16,8	14,4	10,8	37,7	37,7	29,5	28,4
	Campagne	.	15,7	.	9,7	.	42,5	.	26,5

		Hypertension artérielle	Hypercholestérolémie	Surpoids/obésité ¹	Fumeur
Comparaison régionale	Genève	14,8	14,3	37,9	29,4
	Suisse	16,5	10,5*	38,9	27,9
	Ville de Zurich	18,0	10,7*	32,3*	30,5
	Tessin	17,9	13,4	39,9	27,4
	Suisse centrale	13,1	8,3*	36,7	27,5
	Suisse alémanique	16,6	9,4*	38,9	28,0
	Suisse romande	16,0	13,1	38,8	27,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Hypertension artérielle: n=918 (GE), n=16 966 (CH); hypercholestérolémie: n=820 (GE), n=14 730 (CH); surpoids/obésité: n=1003 (GE), n=17 879 (CH); tabagisme: n=1044 (GE), n=18 754 (CH)

. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

¹ Les pourcentages portant sur le surpoids et l'obésité se réfèrent aux 18 ans et plus.

2.2.6 Accidents

La santé physique est souvent mise à mal par un accident. Actuellement, le nombre d'accidents non professionnels – en recul – est estimé à environ un million par an en Suisse (voir Niemann et al., 2008). Environ 1800 de ces accidents ont une issue fatale. La proportion d'accidents mortels est presque deux fois plus élevée pour les accidents de la circulation que pour les autres accidents non professionnels. Néanmoins, toujours en ce qui concerne les accidents non professionnels, quatre accidents mortels sur cinq et neuf accidents non mortels sur dix ont lieu au domicile, durant les loisirs ou lors de la pratique d'un sport.

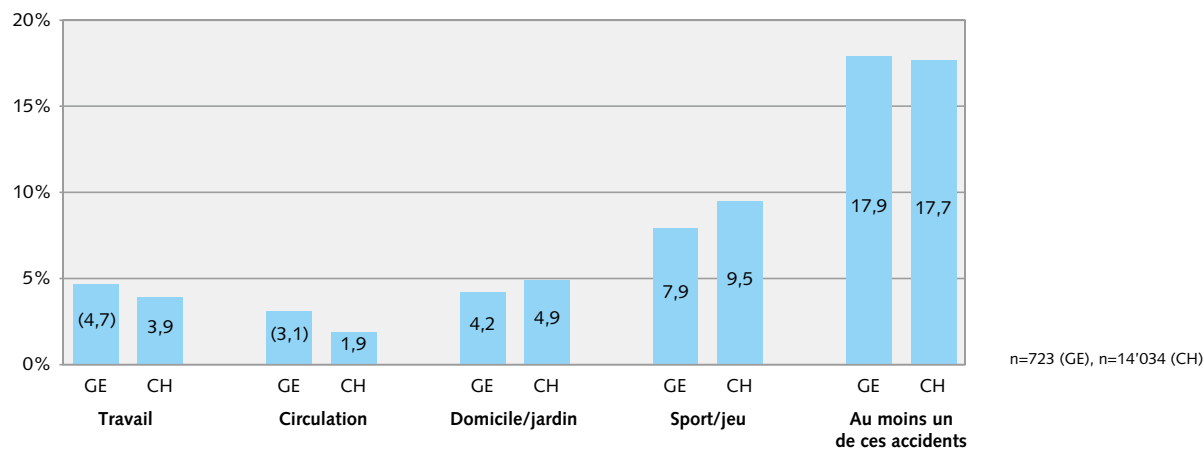
Chaque année, plus d'une personne sur six est victime d'un accident

Dans le canton de Genève, plus d'une personne interrogée sur six a eu un accident au cours des douze mois précédant l'enquête²⁷ (figure 2.11). Un peu moins de la moitié des personnes accidentées se sont blessées en pratiquant un sport ou un jeu. Un quart des répondants citent un accident de travail, presque autant de personnes mentionnent un accident au domicile ou au jardin. Un peu moins souvent, il s'agit d'un accident de la circulation. Dans le canton de Genève, la fréquence des

²⁷ La question était formulée comme suit: «Avez-vous été victime, au cours des 12 derniers mois, d'une atteinte corporelle à la suite d'un accident?». Les réponses sont classées en accidents de travail, accidents de la circulation, accidents au domicile ou au jardin et accidents de sport et de jeu.

Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 2.11



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

accidents est comparable à l'ensemble de la Suisse, et cela tant en 2007 (resp. 17,9% et 17,7%) qu'en 2002 (resp. 16,4% et 17,2%). Le risque d'accident est le plus élevé entre 15 et 34 ans, près d'une personne sur quatre étant concernée (tableau 2.4). Ce risque diminue – du moins à l'échelle du pays – à mesure que l'âge augmente.

Après un accident, il faut souvent compter avec des limitations dans la vie quotidienne. Selon le type d'accident, des différences apparaissent. A l'échelle de la Suisse, les conséquences sont les plus marquées pour les accidents de travail, ces derniers entraînant une incapacité de travail d'au moins un jour chez 62,0% des répondants déclarant un tel accident. A la suite d'un accident de la circulation, 46,1% des personnes accidentées n'ont pas pu accomplir leurs activités comme à l'accoutumée. Cette part s'élève à 36,7% en cas d'accident au domicile ou au jardin et à 34,8% en cas d'accident de sport ou de jeu²⁸.

Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident

Le risque d'accident dépend fortement du sexe (figure 2.12). Chez les femmes, la fréquence des accidents est un peu plus élevée chez les 15–34 ans que dans les trois autres classes d'âge; chez les hommes, cette fréquence diminue continûment à mesure que l'âge augmente. Les hommes jeunes, âgés de 15 à 34 ans, sont particulièrement exposés; ils sont deux fois plus souvent victimes d'un accident que les femmes du même âge. Dans les classes d'âge supérieures, la fréquence des accidents des hommes se rapproche de celle des femmes. Ces différences s'expliquent principalement par les accidents de sport et de jeu, qui sont très fréquents surtout chez les hommes jeunes. La propension à adopter des comportements à risque, plus forte chez les hommes que chez les femmes, est susceptible de jouer ici un rôle (voir BAG, 2006).

²⁸ Chez les personnes sans activité lucrative, il est question d'incapacité lorsqu'elles ne peuvent pas accomplir leurs tâches domestiques usuelles ou qu'elles sont empêchées de fréquenter les cours. Au plan suisse, la durée moyenne de l'incapacité varie entre 22,7 (accident de sport ou de jeu) et 33,2 jours (accident de travail; incapacité d'un jour au moins). Indépendamment du type d'accident, environ quatre répondants sur dix mentionnent une durée comprise entre un et cinq jours.

Tab.2.4 Personnes victimes d'un accident ou d'une chute, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Accident		Chute	
		GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	11,5	13,5	24,7	25,3
	Hommes	24,6	22,1	(19,9)	21,1
Classes d'âge	15–34 ans	25,7	25,1	.	.
	35–49 ans	(13,7)	15,3	.	.
	50–64 ans	14,9	14,7	(15,8)	19,9
	65 ans et plus	(14,7)	12,6	25,0	24,8
Formation	Scolarité obligatoire	.	17,4	(23,8)	23,9
	Degré secondaire II	19,9	17,8	24,7	22,8
	Degré tertiaire	18,4	17,6	(17,0)	24,7
Nationalité	Suisses	20,5	17,2	27,3	23,9
	Etrangers	(13,9)	19,7	(10,4)	18,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	21,9	18,3	(26,7)	25,8
	De 3000 à 4499 CHF	(11,5)	16,4	(26,5)	21,0
	De 4500 à 5999 CHF	(15,8)	16,3	(21,0)	21,7
	6000 CHF et plus	21,8	18,5	(15,2)	24,8
Degré d'urbanisation	Ville	18,1	17,6	22,4	24,1
	Campagne	.	18,2	.	21,1

		Accident	Chute
Comparaison régionale	Genève	17,9	22,5
	Suisse	17,7	23,4
	Ville de Zurich	14,6	23,2
	Tessin	15,6	19,0
	Suisse centrale	20,4	23,4
	Suisse alémanique	17,8	23,9
	Suisse romande	17,9	22,9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Accident: n=723 (GE), n=14 034 (CH); chute n=316 (GE), n=6108 (CH)

Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

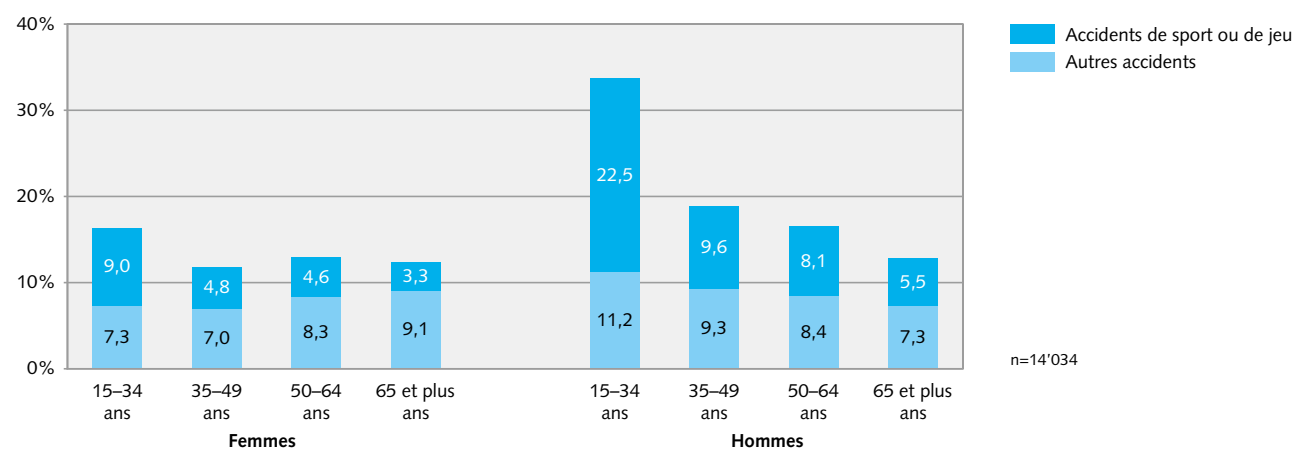
¹ Accidents de travail, de la circulation, au domicile et au jardin de même que de sport et de jeu (voir figure 2.11).

² Personnes de 60 ans et plus.

Personnes victimes d'un accident de sport et de jeu ou d'un autre accident selon le sexe et l'âge

Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 2.12



Par autres accidents, il faut entendre les accidents du travail, les accidents de la circulation ainsi que les accidents au domicile et au jardin (voir fig. 2.11)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.2.7 Chutes

Si les accidents de sport ou de jeu sont particulièrement fréquents chez les jeunes personnes, les chutes touchent en premier lieu la population âgée. Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes représentent plus de quatre accidents sur cinq au domicile ou durant les loisirs; le plus souvent, il s'agit de chutes de plain-pied (voir Niemann et al., 2008). L'augmentation du risque de chute chez les personnes âgées est entre autres dû à un affaiblissement de la musculature, à des troubles de l'équilibre, à un ralentissement des réactions et à la présence d'obstacles sur le sol.

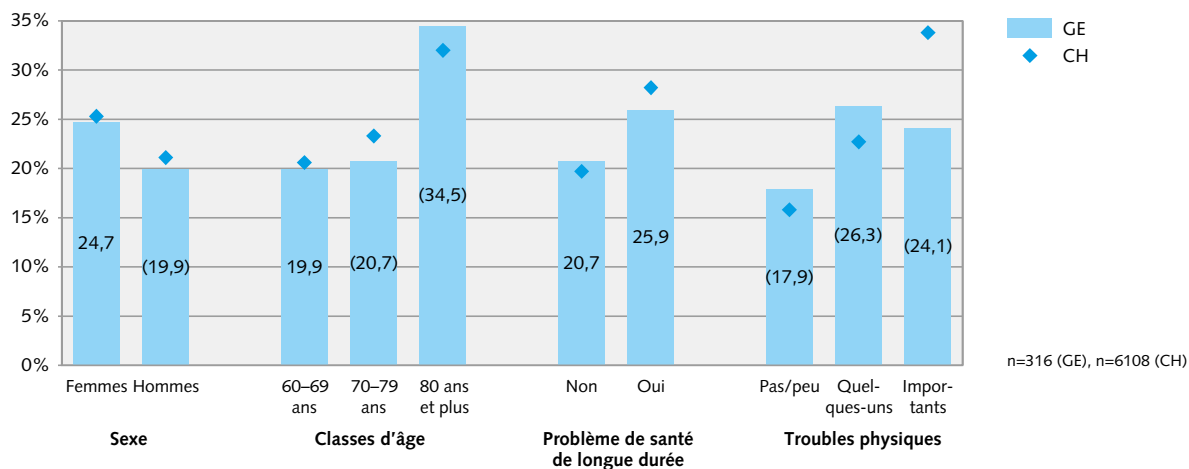
Chaque année, près d'un quart des personnes de 60 ans et plus font une chute

Dans le canton de Genève, un peu moins d'une personne interrogée sur quatre de 60 ans et plus a au moins une fois été victime d'une chute au cours des douze mois précédant l'enquête (22,5%; tableau 2.4). Cette part est voisine de celle de l'ensemble de la Suisse (23,4%). Parmi les personnes qui ont fait une chute, environ deux tiers sont tombées une seule fois, un sixième deux fois et un autre sixième trois fois ou plus. Entre 2002 et 2007, la fréquence des chutes a augmenté aussi bien dans le canton de Genève (de 20,6% à 22,5%) qu'à l'échelle de la Suisse (de 20,1% à 23,4%).

Contrairement aux accidents, les femmes présentent un risque de chute sensiblement plus élevé que les hommes (figure 2.13). La fréquence des chutes augmente selon l'âge; un tiers des personnes âgées de 80 ans et plus sont tombées au cours des douze mois précédant l'enquête. Le risque de chute est également étroitement lié à la santé physique: les problèmes de santé de longue durée et – du moins à l'échelle du pays – les troubles physiques importants s'accompagnent d'un risque accru de chute. Au plan suisse, et ce quelle que soit la classe d'âge, les personnes interrogées qui déclarent des troubles physiques importants tombent deux fois plus souvent que les personnes ne connaissant que peu ou pas de troubles physiques. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont particulièrement exposées: en présence de troubles physiques importants, la fréquence des chutes atteint 44,2%.

Personnes âgées de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 2.13



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.3 Santé psychique

Durant les dernières décennies, l'importance des troubles de la santé psychique n'a cessé d'augmenter et cette évolution se poursuivra vraisemblablement à l'avenir (WHO, 2001; Murray & Lopez, 1996). En Suisse, les maladies psychiques représentent désormais la principale cause de la charge totale de morbidité²⁹ (OCDE, 2006). Au cours de leur vie, la moitié des Suisses sont confrontés au moins une fois à une maladie psychique nécessitant une prise en charge (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Au sens étroit du terme, les maladies psychiques désignent des affections d'une certaine gravité, d'une durée généralement longue et aux conséquences souvent lourdes, déterminées selon des critères diagnostiques (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Par opposition, les atteintes moins sévères, qui ne font pas l'objet d'un diagnostic, sont considérées ici comme des troubles psychiques. L'étude de tels troubles permet notamment d'évaluer l'état de santé psychique sur un continuum santé-maladie³⁰. En effet, des problèmes plus ou moins marqués sont révélateurs de différences en matière de santé psychique. En ce sens, la santé psychique est souvent interprétée de diverses façons, par exemple en tant

que sentiment d'auto-efficacité, d'autonomie ou de compétence (WHO, 2001). Dès lors, la présente section examine d'abord les problèmes psychiques (point 2.3.1), puis la relation entre ces derniers et les ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie (point 2.3.2) et le sentiment de cohérence (point 2.3.3). Enfin, les symptômes dépressifs, susceptibles d'être liés à des atteintes marquées à la santé psychique, seront examinés en particulier (point 2.3.4)³¹.

2.3.1 Problèmes psychiques

Près d'un tiers des femmes genevoises de moins de 50 ans font état de problèmes psychiques

Dans le canton de Genève, près d'une personne interrogée sur cinq déclare des problèmes psychiques moyens ou importants³² (tableau 2.5). Cette part est sensiblement plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse, où un

²⁹ Exprimée en années de vie en bonne santé perdues pour cause de problèmes de santé ou de mortalité prématurée (voir note de bas de page 25). Les troubles dépressifs unipolaires représentent 10,3% et les démences 4,7% de la charge totale de morbidité.

³⁰ Une telle lecture de la santé psychique se justifie, en outre, dans la mesure où les personnes affectées de maladies psychiques graves séjournent souvent en institution ou en hôpital, de sorte qu'elles sont vraisemblablement sous-représentées dans une enquête menée auprès de ménages privés telle l'ESS.

³¹ Les comparaisons temporelles ne sont possibles que de manière limitée, car seuls les symptômes dépressifs et le sentiment de maîtrise de la vie sont recensés à la fois dans l'ESS 2002 et l'ESS 2007. Les problèmes psychiques et le sentiment de cohérence remplacent les indicateurs de l'équilibre psychique et du bien-être psychique qui étaient utilisés auparavant (voir OFS, 2003, 2008a).

³² Les problèmes psychiques ont été mesurés à l'aide de la sous-échelle MHI de la version courte du MOS (SF-36; Ware et Sherbourne, 1992; Bullinger, Kirchberger et Ware, 1995). La sous-échelle correspond au cumul des fréquences des cinq états suivants au cours des quatre semaines précédant l'enquête: se sentir «très nerveux(se)», avoir «le cafard», être «calme et paisible», se sentir «abattu(e) et déprimé(e)» et se sentir «heureux(se)». Elle s'étend de 0 à 100 points et est subdivisée en problèmes psychiques importants (de 0 à 52), moyens (de 53 à 72) et faibles (de 73 à 100), cette dernière catégorie tenant compte des personnes n'ayant pas de problèmes psychiques. Comme seules 5,0% des personnes interrogées déclarent des problèmes psychiques importants dans le canton de Genève (CH: 4,3%), les problèmes psychiques moyens et importants ont été regroupés.

répondant sur six évoque de tels problèmes. De manière générale, les problèmes psychiques sont plus fréquents dans les cantons latins que dans les cantons alémaniques. La fréquence des problèmes psychiques diminue lorsque l'âge ou le revenu augmente. Par ailleurs, à l'échelle du pays, les problèmes psychiques moyens ou importants se rencontrent moins fréquemment chez les citoyens suisses que chez les étrangers ou lorsque le niveau de formation croît.

Les femmes évoquent plus souvent des problèmes psychiques que les hommes, que ce soit dans le canton de Genève ou dans l'ensemble du pays. Cependant, cet écart est particulièrement prononcé dans le canton de Genève. Ce sont surtout les femmes genevoises qui semblent plus souvent faire état de problèmes psychiques, la part des hommes genevois concernés ne dépassant que peu celle des hommes signalant de tels problèmes à l'échelle du pays. La différence est particulièrement prononcée chez les femmes de moins de 50 ans. Dans le canton de Genève, presque un tiers des femmes de cette tranche d'âge signalent des problèmes psychiques moyens ou importants (figure 2.14).

Les atteintes à la santé physique s'accompagnent de problèmes psychiques

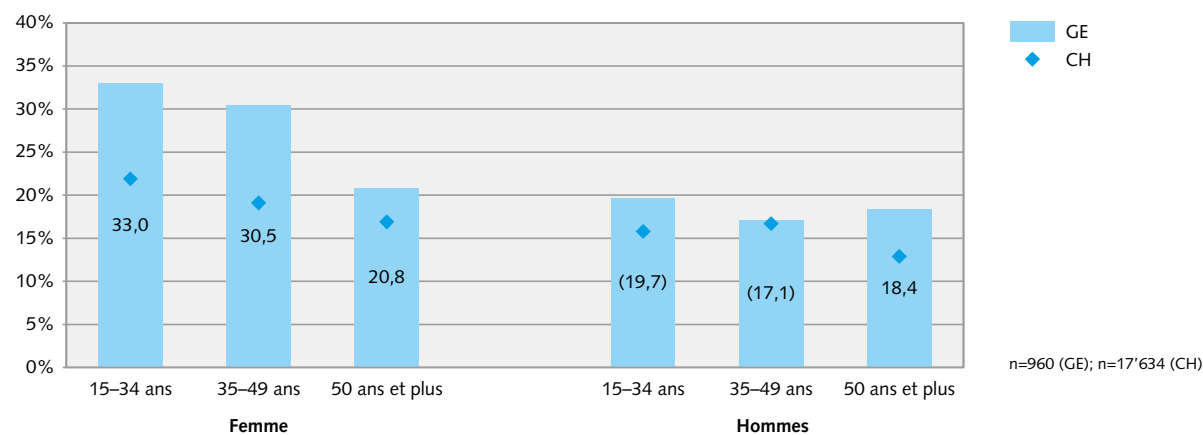
Plus qu'au sexe, à l'âge ou aux différences régionales, les problèmes psychiques sont liés au type de ménage, à la santé physique et à la santé sociale (figure 2.15). Les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants mentionnent jusqu'à une fois et demie plus souvent des problèmes psychiques moyens ou importants que les répondants qui vivent en couple. C'est le cas de

plus d'un quart des Genevois qui ne vivent pas en couple, ce qui peut traduire l'absence d'appui et de soutien de la part d'un conjoint, notamment pour l'éducation des enfants. L'importance des contacts sociaux en tant que ressource favorable à la santé psychique apparaît encore plus clairement en lien avec le sentiment de solitude. Ainsi, dans le canton de Genève, un répondant sur six qui ne se sent jamais seul fait état de problèmes psychiques moyens ou importants. Chez les personnes qui éprouvent des sentiments de solitudes occasionnels ou fréquents, presque quatre répondants sur dix évoquent de tels problèmes psychiques.

Les problèmes psychiques s'accroissent en cas d'atteintes à la santé physique. Ce lien est particulièrement marqué pour les troubles physiques. Plus de quatre Genevois sur dix déclarant des troubles physiques importants présentent des problèmes psychiques moyens ou importants contre moins d'un dixième des répondants n'ayant que peu ou pas de troubles physiques. La part de personnes évoquant des problèmes psychiques moyens ou importants est une fois et demie plus élevée chez les répondants qui ont un problème de santé de longue durée – cette part s'élevant à environ un tiers dans le canton de Genève – que chez ceux qui n'en mentionnent pas. L'écart moins prononcé pour les problèmes de santé de longue durée que pour les troubles physiques pourrait, du moins en partie, s'expliquer par des maladies chroniques relativement bien tolérées telles le diabète ou en raison de stratégies d'adaptation, mises en place au fil du temps, qui atténuent les effets des atteintes. Au contraire, des troubles physiques douloureux, survenant brusquement ou de manière inattendue, pourraient davantage affecter la santé psychique.

Proportion de personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.14



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab.2.5 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants, un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou un sentiment élevé de cohérence, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Problèmes psychiques moyens ou importants		Sentiment élevé de maîtrise de la vie		Sentiment élevé de cohérence ¹	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	27,2	19,0	31,2	37,3	61,7	61,5
	Hommes	18,5	14,9	34,9	41,8	60,3	61,3
Classes d'âge	15–34 ans	26,1	18,9	32,6	35,5	49,5	47,4
	35–49 ans	24,0	17,9	28,8	37,6	60,2	61,0
	50–64 ans	21,4	16,3	27,5	40,3	66,5	69,1
	65 ans et plus	17,3	13,3	51,1	50,7	76,9	78,0
Formation	Scolarité obligatoire	20,6	23,8	(35,3)	37,3	39,7	52,4
	Degré secondaire II	24,7	16,7	31,2	39,4	65,0	60,5
	Degré tertiaire	21,5	14,7	34,5	40,5	63,3	67,1
Nationalité	Suisses	22,7	15,8	32,7	40,1	64,3	63,8
	Etrangers	23,4	22,3	33,4	37,2	55,9	52,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	27,5	19,6	32,2	36,7	56,7	56,8
	De 3000 à 4499 CHF	25,0	17,2	36,9	40,4	66,4	63,6
	De 4500 à 5999 CHF	20,6	14,2	30,2	39,8	62,0	64,6
	6000 CHF et plus	16,9	12,7	34,4	44,3	65,4	67,5
Degré d'urbanisation	Ville	23,0	17,5	33,1	39,5	60,8	61,3
	Campagne	.	15,8	.	39,5	.	61,7

		Problèmes psychiques moyens ou importants	Sentiment élevé de maîtrise de la vie	Sentiment élevé de cohérence ¹
Comparaison régionale	Genève	23,0	33,0	61,0
	Suisse	17,0*	39,5*	61,4
	Ville de Zurich	16,0*	33,5	56,2
	Tessin	21,8	29,9	61,4
	Suisse centrale	12,5*	44,8*	63,5
	Suisse alémanique	15,1*	42,1*	61,8
	Suisse romande	21,8	33,7	60,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problèmes psychiques: n=960 (GE), n=17 634 (CH); sentiment de maîtrise de la vie: n=677 (GE), n=12 992 (CH); sentiment de cohérence: n=703 (GE), n=13 548 (CH)

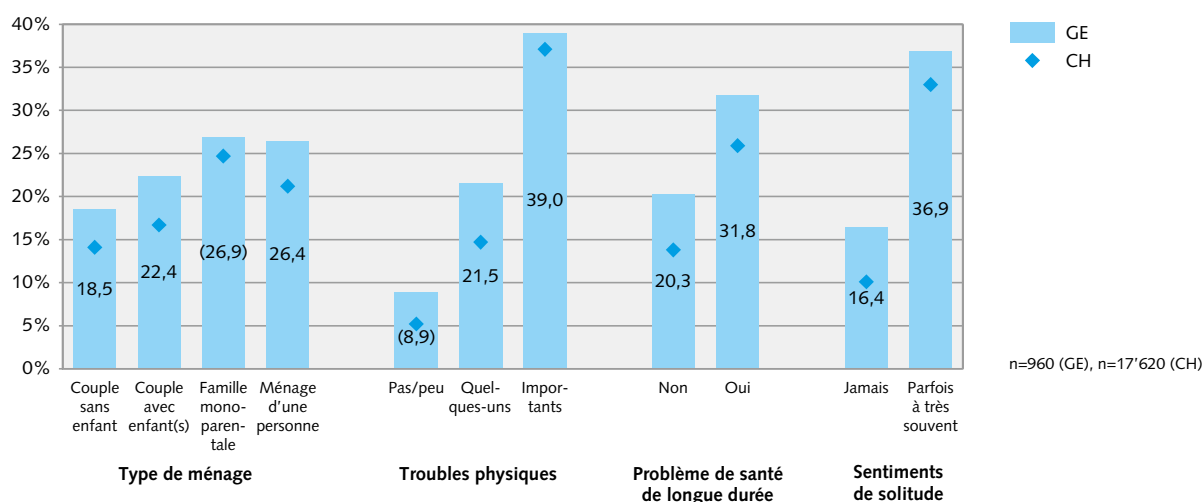
Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

¹ Personnes ayant un score compris entre 14 et 18 sur une échelle de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé).

Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le type de ménage et différents indicateurs de santé
canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.15



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie

Le degré selon lequel une personne estime pouvoir influencer le cours de sa vie peut aller d'un sentiment de contrôle interne à un sentiment de contrôle externe. Le premier s'interprète en principe comme facteur de protection, le second comme facteur de risque. L'affirmation du contrôle interne signifie qu'une personne a dans une large mesure le sentiment de déterminer elle-même le déroulement et l'organisation de sa vie (ci-après sentiment élevé de maîtrise de la vie). Le contrôle externe, en revanche, renvoie à des facteurs extérieurs à l'individu, tels le hasard, le destin ou le fonctionnement de la société, qui influenceraient sa vie (faible sentiment de maîtrise de la vie). Plus le sentiment de maîtrise de la vie est élevé, plus la personne a la conviction de pouvoir agir sur le cours et les événements de l'existence par ses propres actes.

La moitié des Genevois de 65 ans et plus ont un sentiment élevé de maîtrise de la vie

La plupart des Genevois ont un sentiment élevé (33,0%) ou moyen (40,6%) de maîtrise de la vie³³. A l'échelle de la Suisse, un sentiment élevé de maîtrise de la vie s'observe plus souvent, tandis qu'un sentiment moyen est à peu près aussi fréquent (resp. 39,5% et 40,1%).

³³ Le sentiment de maîtrise de la vie repose sur l'évaluation, par les répondants, de quatre affirmations sur la maîtrise de leur propre vie (ne pas arriver à surmonter certains problèmes, avoir l'impression d'être ballotté dans tous les sens, avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, se sentir submergé par les problèmes) sur une échelle qui va de 1 («tout à fait d'accord») à 4 («pas du tout d'accord»). Selon le score total, le sentiment de maîtrise de la vie est qualifié de faible (4 à 11 points), de moyen (12 à 14) ou d'élevé (15 ou 16; OFS, 2008a).

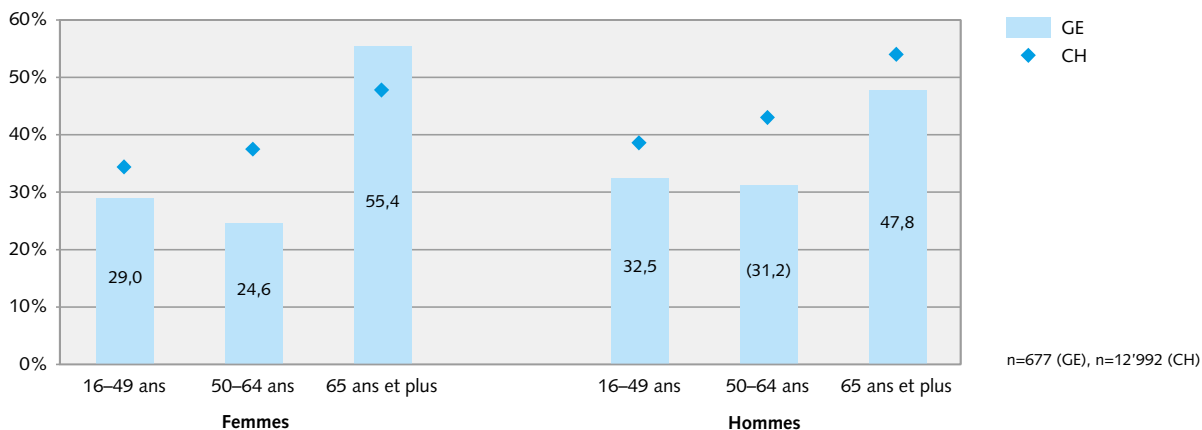
Dans le canton de Genève – à l'instar des autres cantons latins –, les répondants déclarent moins souvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie qu'en Suisse alémanique; la proportion de personnes mentionnant un sentiment élevé de maîtrise de la vie y est comparable à la moyenne romande (tableau 2.5).

Ces différences régionales sont en accord avec la fréquence des problèmes psychiques moyens ou importants, plus élevée dans les cantons romands et du Tessin que dans les cantons alémaniques (voir point 2.3.1). De même, un sentiment élevé de maîtrise de la vie se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes; il est également le plus fréquent chez les personnes de 65 ans et plus. Les écarts dus à la formation, au plan suisse, semblent moins marqués. Entre 2002 et 2007, la part des personnes interrogées faisant état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie ne semble avoir que peu varié, et cela tant dans le canton de Genève (resp. 31,0% et 33,0%) que dans l'ensemble de la Suisse (resp. 39,0% et 39,5%).

A partir de 65 ans, plus de la moitié des femmes et près d'un homme sur deux ont un sentiment élevé de maîtrise de la vie dans le canton de Genève (figure 2.16). Tandis que l'on observe une amélioration du sentiment de maîtrise de la vie selon l'âge à l'échelle de la Suisse, les classes d'âge de 16 à 49 ans et de 50 à 64 ans ne se distinguent que peu dans le canton de Genève. Les femmes genevoises entre 50 et 64 ans signalent le moins souvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie – seules un quart d'entre elles en font état. En comparaison avec

Personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.16



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

la Suisse, ce sont surtout les répondants âgés de 50 à 64 ans qui semblent avoir moins souvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie dans le canton de Genève. Aussi l'augmentation des atteintes à la santé physique avec l'âge (voir points 2.2.1 et 2.2.2) ne s'accompagne-t-elle pas nécessairement du sentiment de ne plus pouvoir influencer sur le cours de sa propre existence. La mise en place de stratégies d'adaptation pour faire face à d'éventuels problèmes de santé est, à cet égard, susceptible de jouer un rôle.

2.3.3 Sentiment de cohérence

Dans l'approche salutogénétique, le sentiment de cohérence représente une ressource centrale permettant à l'individu de conserver et de renforcer sa santé (Antonovsky, 1997). Un sentiment marqué de cohérence permet de faire plus facilement face aux facteurs de stress qui viennent perturber l'équilibre de santé momentanément. Le sentiment de cohérence comprend trois dimensions, qui émanent de facteurs protégeant ou favorisant la santé³⁴, à savoir le sentiment de comprendre les événements de la vie (reconnaître et ordonner les sollicitations), celui de les gérer (agir face aux sollicitations grâce aux ressources disponibles) et enfin celui de leur attribuer un sens (il est souhaitable de faire face aux sollicitations).

³⁴ Antonovsky parle de ressources de résistance générales (general resistance resources en anglais) pour désigner les facteurs qui protègent ou renforcent la santé. Le revenu, la formation, le soutien social ou la confiance en soi en font par exemple partie.

Sur une échelle allant de 0 (sentiment de cohérence le plus faible) à 18 (sentiment de cohérence le plus élevé)³⁵, le score moyen des Genevois est de 13,8 (CH: 13,9). Six personnes interrogées sur dix font état d'un sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 14 et 18; tableau 2.5). Contrairement aux problèmes psychiques (voir point 2.3.1) et au sentiment de maîtrise de la vie (voir point 2.3.2), les femmes mentionnent aussi souvent que les hommes un sentiment élevé de cohérence et les variations régionales sont peu prononcées. En particulier, la part de répondants mentionnant un sentiment élevé de cohérence est semblable dans le canton de Genève et à l'échelle de la Suisse.

Le lien avec l'âge et la formation est particulièrement affirmé: environ la moitié des personnes de 15 à 34 ans et de celles ayant suivi la seule scolarité obligatoire – quatre personnes sur dix dans le canton de Genève – ont un sentiment élevé de cohérence. Cette proportion s'élève à trois quarts chez les répondants de 65 ans et plus, tandis que près de deux tiers des personnes

³⁵ Les personnes interrogées étaient invitées à répondre à une question pour chaque dimension du sentiment de cohérence, soit «Vos sentiments et vos pensées sont-ils souvent confus?» (sous-échelle allant de «très souvent», codé 0, à «très rarement ou jamais», codé 6; comprendre les événements de la vie), «Avez-vous quelques fois le sentiment de vous trouver dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir que faire?» (même sous-échelle; gérer les événements) et «Les choses que vous faites quotidiennement sont-elles pour vous une source de joie profonde et de contentement ou de souffrance et d'ennui?»; (sous-échelle allant de «de souffrance et d'ennui», codé 0, à «de joie profonde et de contentement», codé 6; attribuer un sens aux événements). L'échelle du sentiment de cohérence correspond à la somme des trois sous-échelles. Toutefois, davantage d'items servent habituellement à mesurer le sentiment de cohérence (ainsi, le questionnaire original comprend 29 items dans sa version longue et 13 items dans sa version courte, Antonovsky, (Antonovsky, 1987); pour un questionnaire comportant trois items, voir Lundberg & Nystrom Peck, 1995, et pour une comparaison des trois échelles, voir Olsson et al., 2009). Les seuils de l'échelle à trois items ne sont pas suffisamment établis dans la littérature spécialisée. Pour cette raison, les indications portent parfois également sur les scores moyens.

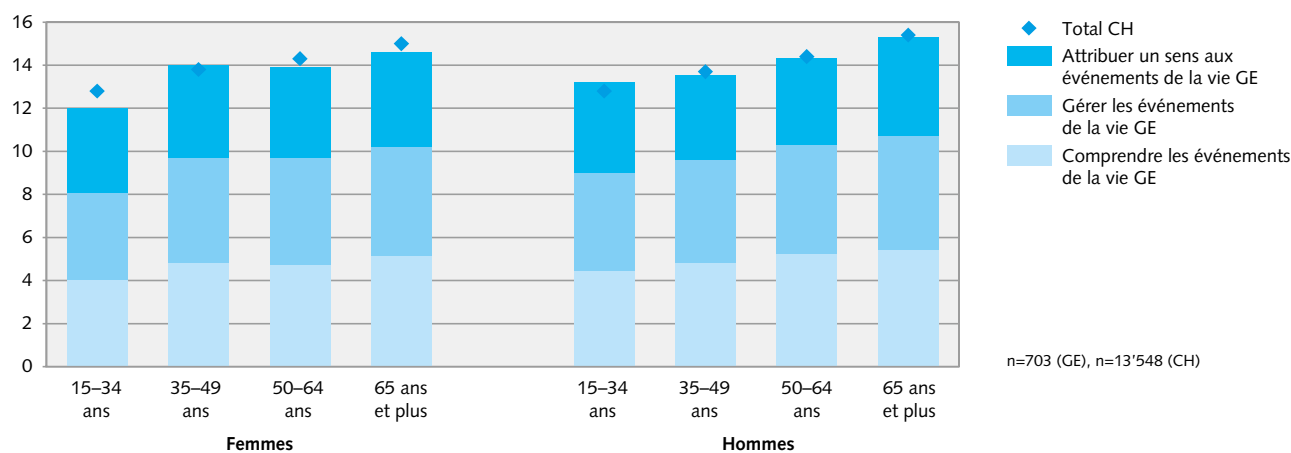
disposant d'une formation de degré tertiaire indiquent un sentiment élevé de cohérence. Par ailleurs, les étrangers et les personnes disposant d'un faible revenu ont moins souvent un sentiment élevé de cohérence.

Le sentiment de cohérence s'affirme selon l'âge

Le sentiment de cohérence croît graduellement selon l'âge, et cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes (figure 2.17). Ce constat s'applique au canton de Genève comme à l'ensemble de la Suisse. La progression concerne principalement les dimensions de la compréhension et de la gestion des événements de la vie.

La fréquence des problèmes psychiques est intimement liée aux ressources disponibles pour influencer le cours de sa vie et faire face aux facteurs de stress liés (figure 2.18). Un sentiment élevé de maîtrise de la vie et un sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 16 et 18) semblent largement prévenir les troubles psychiques moyens ou importants: au plan suisse, environ une personne interrogée sur vingt est alors concernée par de tels problèmes. Lorsque ces ressources font défaut, les proportions sont sensiblement plus élevées. Quatre répondants sur dix disposant d'un faible sentiment de maîtrise de la vie et trois personnes sur dix ayant un

Scores moyens d'après l'échelle du sentiment de cohérence, par dimension, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007 Fig. 2.17

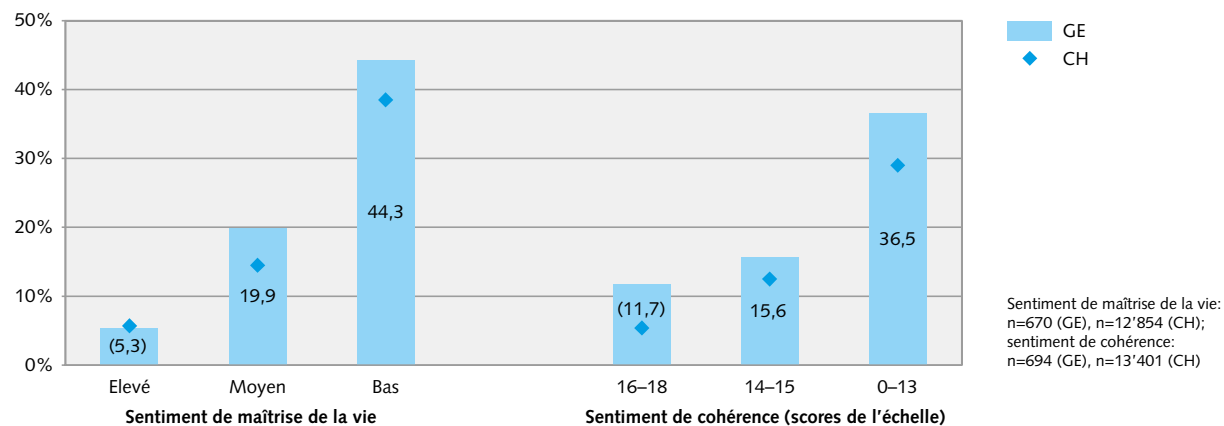


Scores sur une échelle allant de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé), représentant la somme des scores des trois sous-échelles de la compréhension, de la gestion et de l'attribution de sens allant de 0 (score le plus bas) à 6 (score le plus élevé)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence canton de Genève et Suisse, 2007 Fig. 2.18



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
 Les scores sur l'échelle du sentiment de cohérence vont de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

faible sentiment de cohérence (scores compris entre 0 et 13) évoquent des problèmes psychiques moyens ou importants – ces proportions semblant plus élevées dans le canton de Genève.

2.3.4 Symptômes dépressifs

La dépression fait partie des maladies psychiques les plus répandues, l'anxiété et la dépendance étant des comorbidités fréquentes (WHO, 2001; voir point 5.1). Elle peut nécessiter un traitement de longue durée et précède la plupart des suicides (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Tant l'Enquête suisse sur la santé de 2002 que celle de 2007 comportent des questions sur les symptômes dépressifs³⁶.

Près d'une personne sur quatre présente des symptômes dépressifs dans le canton de Genève

Dans le canton de Genève, 23,2% des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs. Comme pour les problèmes psychiques (point 2.3.1), cette part se situe au-dessus de la moyenne suisse (18,9%). Il s'agit le plus souvent de symptômes faibles (GE: 17,7%; CH: 15,8%) et, plus rarement, de symptômes moyens ou

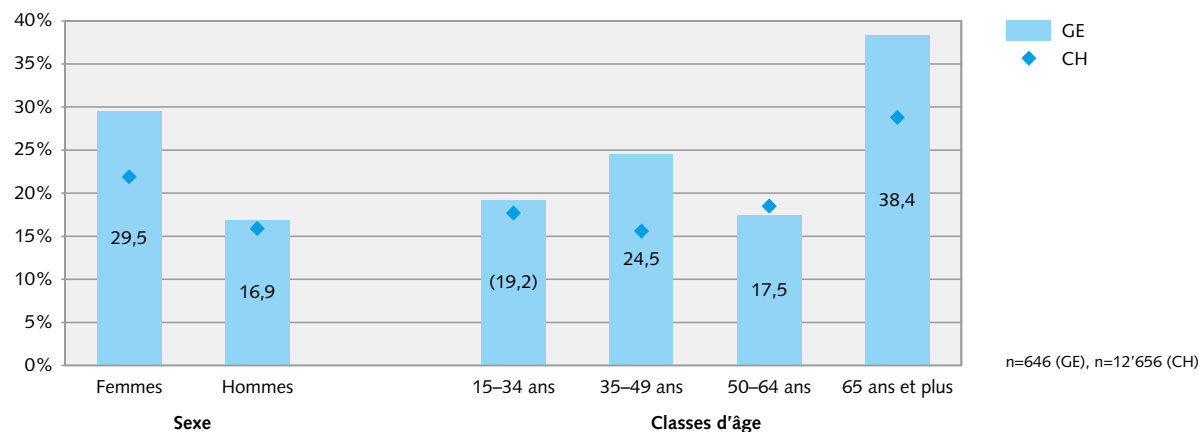
sévères (resp. 5,5% et CH: 3,1%)³⁷. Par rapport à 2002, les symptômes dépressifs semblent plus fréquents dans le canton de Genève en 2007 (20,0% vs 23,2%). A l'échelle suisse, la progression est moindre (17,8% vs 18,9%).

Les personnes de 65 ans et plus déclarent le plus souvent des symptômes dépressifs: c'est le cas de presque quatre répondants sur dix dans le canton de Genève et de trois sur dix à l'échelle de la Suisse (figure 2.19). Dans les trois autres classes d'âge, la fréquence des symptômes dépressifs est semblable à l'échelle de la Suisse, tandis qu'elle paraît un peu plus élevée chez les 35–49 ans dans le canton de Genève. Les femmes genevoises semblent plus souvent présenter des symptômes dépressifs que les femmes à l'échelle du pays, ce qui pourrait être mis en lien avec les problèmes psychiques, plus fréquemment cités par les premières que les secondes (voir point 2.3.1).

Les symptômes dépressifs se manifestent plus fréquemment en présence de problèmes psychiques moyens ou importants qu'en cas de faibles problèmes psychiques (GE: 46,1% vs 15,9%; CH: 43,3% vs 14,1%). En outre, plus les ressources personnelles sont modestes, plus les symptômes dépressifs sont fréquents³⁸.

Personnes présentant des symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.19



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁶ Les réponses portent sur la fréquence de dix symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête: tristesse, abattement ou sentiment de déprime; manque d'intérêt; fatigue ou épuisement; perte d'appétit ou de poids; troubles du sommeil; lenteur de déplacement ou d'élocution; baisse de la libido; perte de confiance en soi ou auto-reproches; difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort ou de suicide. Les symptômes dépressifs peuvent être classés en quatre catégories: aucun symptôme, symptômes faibles, symptômes moyens et symptômes sévères (Wittchen et al., 2000). Les symptômes déclarés par les répondants, sont susceptibles de signaler une humeur dépressive, mais ne constituent pas un diagnostic.

³⁷ La fréquence des symptômes les plus graves est vraisemblablement sous-estimée, car l'enquête porte sur des personnes vivant en ménage privé. Or, il s'ensuit généralement une hospitalisation lorsque les symptômes sont graves.

³⁸ Sentiment de maîtrise de la vie faible ou moyen respectivement élevé: GE: 27,8% et 10,3%, CH: 24,7% et 9,0%; sentiment de cohérence faible respectivement élevé: GE: 36,1% et 14,0%, CH: 30,2% et 11,2%. Le pourcentage de 10,3% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

2.4 Santé sociale

Souvent négligée par rapport à la santé psychique et surtout à la santé physique, la santé sociale représente la troisième dimension de la santé selon la définition de l'OMS. Elle concerne la participation sociale, le soutien reçu de l'entourage et la qualité de vie. Elle participe à la fois de l'environnement social de l'individu et du contexte sociétal plus large (voir par exemple Kolip & Hurrelmann, 1994). La participation sociale et le soutien sont souvent bénéfiques à la santé et contribuent à surmonter les événements difficiles (Bachmann, 2000; Berkman & Glass, 2000). Le texte qui suit est consacré à la présentation de deux indicateurs centraux de la santé sociale, à savoir l'existence de sentiments de solitude d'une part (point 2.4.1), la présence et le manque occasionnel d'une personne de confiance d'autre part (point 2.4.2).

2.4.1 Sentiments de solitude

Dans le canton de Genève, plus de sept personnes interrogées sur dix – soit à peu près autant que dans l'ensemble de la Suisse – ne se sentent jamais seules (resp. 67,5% et 69,7%). Le plus souvent, les autres répondants déclarent éprouver parfois des sentiments de solitude (resp. 27,6% et 27,1%). Seule une minorité évoque des sentiments de solitude assez ou très fréquents. En 2007, la part des personnes qui ne se sentent jamais seules est voisine de celle de 2002 (GE: 67,1%; CH: 70,2%).

Les sentiments de solitude sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes

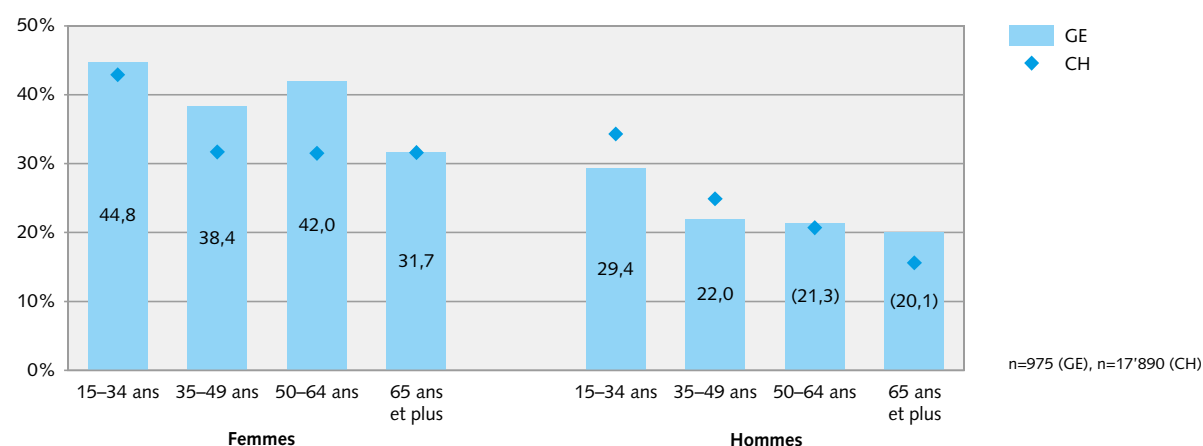
La fréquence des sentiments de solitude varie à la fois selon le sexe et l'âge³⁹ (figure 2.20). Les femmes font plus souvent état de sentiments de solitude que les hommes, et ce quelle que soit la classe d'âge. Les jeunes personnes sont le plus fortement touchées: les répondants évoquent une fois et demie plus souvent des sentiments de solitude entre 15 et 34 ans qu'à partir de l'âge de 65 ans. Plus de quatre femmes sur dix dans la classe d'âge de 15 à 34 ans déclarent éprouver des sentiments de solitude; chez les hommes du même âge, trois répondants sur dix sont concernés – à peu près autant que chez les femmes de 65 ans et plus.

Les personnes ayant des problèmes psychiques et des troubles physiques se sentent souvent seules

Les sentiments de solitude sont particulièrement fréquents chez les personnes qui vivent seules, près de six répondants sur dix étant touchés dans le canton de Genève⁴⁰ (figure 2.21). De tels sentiments se manifestent également plus fréquemment chez les personnes qui élèvent seules leurs enfants que chez les répondants vivant en couple (figure 2.21). Chez ces derniers, les femmes éprouvent sensiblement plus souvent des sentiments de solitude que les hommes (GE: 33,4% vs 15,6%, CH: 29,8% vs 20,3%). Par ailleurs, plus le

Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge
canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.20



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

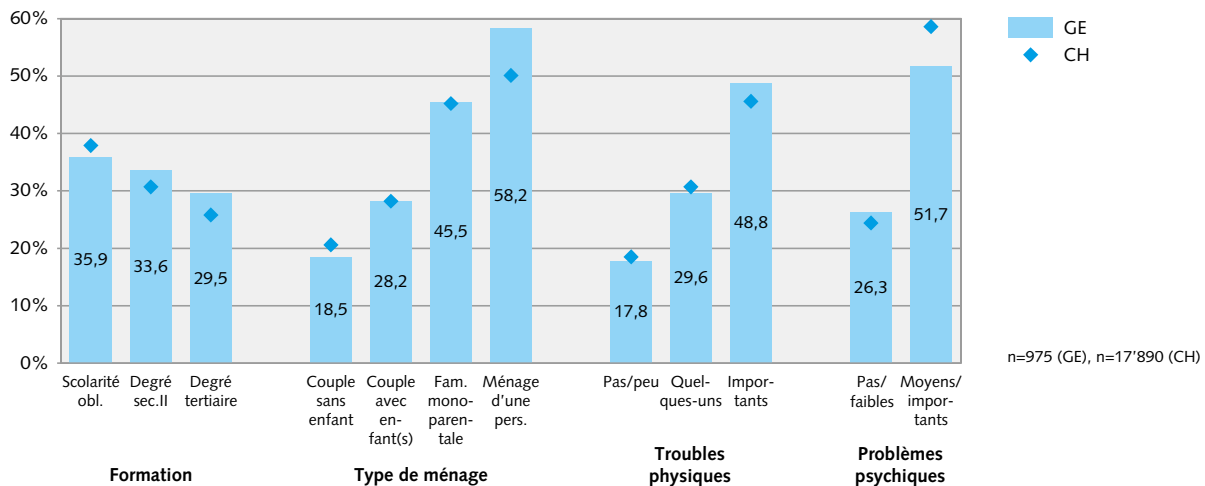
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁹ Les personnes interrogées qui éprouvent parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude ont été regroupées.

⁴⁰ Cette fréquence est semblable chez les femmes et chez les hommes (GE: resp. 58,9% et 57,2%; CH: 50,1% dans les deux cas).

Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007 Fig. 2.21



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

niveau de formation est bas, plus les sentiments de solitude sont fréquents: les personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire se sentent une fois et demie plus souvent seules que celles qui ont achevé une formation de degré tertiaire. De même, les sentiments de solitude vont souvent de pair avec des atteintes à la santé physique et psychique. Les personnes déclarant des troubles physiques importants se sentent presque trois fois plus souvent seules que les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Quant aux personnes qui mentionnent des problèmes psychiques moyens ou importants, elles évoquent deux fois plus souvent des sentiments de solitude que celles qui signalent de faibles problèmes psychiques.

2.4.2 Personne de confiance

Dans le canton de Genève, la plupart des répondants comptent parmi leurs proches au moins une personne de confiance avec laquelle ils peuvent parler de leurs problèmes personnels (GE: 92,3%; CH: 94,9%). Deux personnes interrogées sur trois évoquent même plusieurs personnes de confiance – une proportion qui est légèrement plus élevée au plan suisse (GE: 65,6%; CH: 71,3%).

Une personne sur cinq manque parfois de soutien social

Cependant, une personne interrogée sur cinq a le sentiment de manquer parfois d'une telle personne de confiance, ce dans le canton de Genève comme à l'échelle de la Suisse (GE: 19,9%; CH: 20,2%). Les répondants privés de personne de confiance déclarent deux fois plus souvent – même davantage dans le canton de Genève – manquer parfois de soutien social que

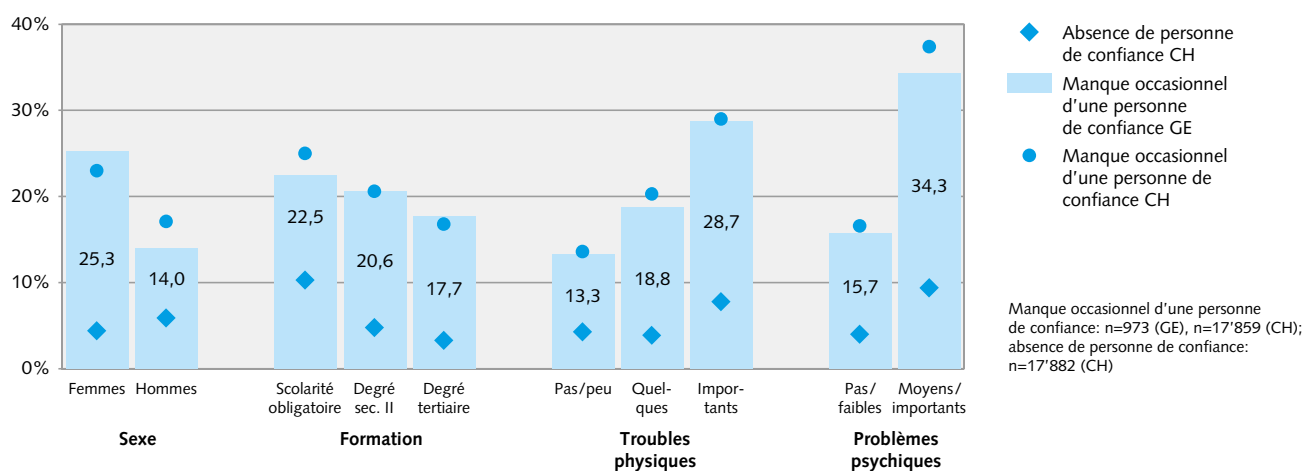
ceux qui signalent au moins une personne de confiance (GE: 47,1% vs 17,7%; CH: 41,6% vs 19,0%). En 2007, la part de répondants mentionnant au moins une personne de confiance était presque la même qu'en 2002 (GE: 92,7%; CH: 95,3%).

Si les femmes ont plus souvent au moins une personne de confiance que les hommes, elles mentionnent en revanche plus fréquemment manquer parfois de soutien social (figure 2.22). A cet égard, un niveau élevé de formation peut constituer un avantage: les répondants ayant achevé une formation de degré tertiaire évoquent moins souvent l'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance que les répondants qui ont suivi la seule scolarité obligatoire.

Des liens étroits existent également avec les indicateurs de la santé physique et psychique. L'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance sont plus fréquents en cas de troubles physiques. Une personne interrogée sur huit n'ayant que peu ou pas de troubles physiques manque parfois de soutien social, alors que cette proportion s'élève à près de trois sur dix chez les répondants déclarant des troubles physiques importants. On observe un écart similaire en lien avec les problèmes psychiques, le manque occasionnel d'une personne de confiance étant plus souvent cité en cas de problèmes psychiques moyens ou importants. En présence de tels problèmes, plus d'un tiers des répondants manquent parfois d'une personne de confiance. Près d'une personne sur dix qui mentionne des troubles physiques importants ou des problèmes psychiques moyens ou importants n'a pas de personne de confiance parmi ses proches.

Personnes n'ayant pas ou manquant parfois d'une personne de confiance selon le sexe, la formation et différents indicateurs de santé canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 2.22



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.5 Mortalité et causes de décès

La répartition et l'évolution des causes de décès fournissent des indications importantes sur la fréquence des maladies et sur l'état de santé de la population. Du point de vue de la prévention, il est particulièrement intéressant d'analyser les causes des décès pour lesquels les principaux facteurs de risque sont connus (voir chapitre 3). Il convient de préciser que certaines maladies – le cancer, notamment – ont un long temps de latence jusqu'à leur diagnostic, si bien que les évolutions actuelles, en termes de mortalité, sont en fait le reflet de causes plus anciennes (Meslé, 2004). D'autres comportements, en revanche, occasionnent une mort immédiate (p. ex. accident, suicide). Outre les causes de décès, la mortalité générale est un indicateur descriptif important de l'état de santé.

Dans les paragraphes suivants, il sera d'abord question de l'évolution de la mortalité générale dans le canton de Genève, puis d'une comparaison avec d'autres cantons. Les principales causes de décès seront ensuite décrites et enfin, l'indicateur des années potentielles de vie perdues donnera quelques indications sur la mortalité prématurée.

2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Genève

Dans le canton de Genève, l'espérance de vie à la naissance pour la période 2006/2007 était de 80,2 ans pour les hommes (CH: 79,2) et de 84,9 ans pour les femmes (CH: 84,1) (OFS, 2008e), soit un avantage de 1 an pour les hommes et de 0,8 an pour les femmes dans la popu-

lation genevoise. Comme pour l'ensemble de la Suisse, l'espérance de vie a augmenté régulièrement chaque année (figure 2.23). Elle était de 74,5 ans pour les hommes (CH: 73,8) et 80,9 ans pour les femmes (CH: 80,5) en 1986/87. L'espérance de vie des personnes âgées a aussi augmenté de façon importante. En 2006/2007, à l'âge de 65 ans, elle s'élevait à 22,5 ans pour les femmes et à 19,2 ans pour les hommes domiciliés dans le canton de Genève. Ces vingt dernières années, l'espérance de vie à 65 ans a progressé de 2,8 années pour les femmes et 3,4 années pour les hommes.

Par ailleurs, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes tend à se réduire: il était de 3,9 années en 1986/87 contre 3,3 années en 2006/2007.

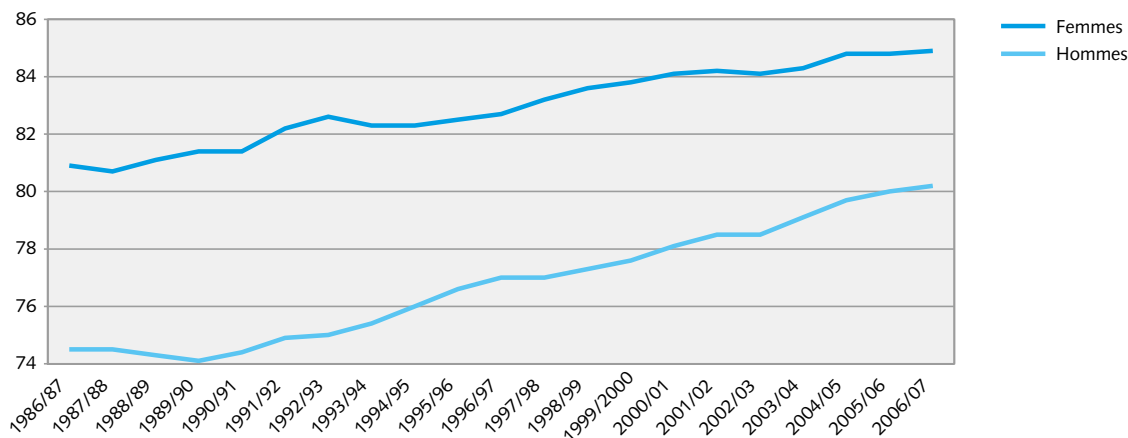
Statistique des causes de décès

La statistique des causes de décès renseigne sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Elle permet de tirer des conclusions importantes sur l'état de santé de la population et les tendances chronologiques, de signaler les évolutions qui se dessinent et d'indiquer les mesures préventives ou curatives susceptibles de prolonger l'espérance de vie de la population. Il s'agit d'un relevé exhaustif, basé sur les indications des offices d'état civil (registres d'état civil) et les déclarations de décès rendues par les médecins. Les résultats sont généralement publiés sous forme de chiffres absolus pour 100'000 habitants (population résidante permanente au milieu de l'année selon la statistique de l'état annuel de la population, ESPOP).

Source: OFS, www.bfs.admin.ch

Espérance de vie à la naissance selon le sexe canton de Genève, 1986/87 à 2006/07

Fig. 2.23



Source: OFS, ESPOP 1986-2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

En 2006, 1615 femmes et 1397 hommes ont perdu la vie dans le canton de Genève, soit un total de 3012 décès. Ce sont seulement 5 cas de décès de plus qu'en 1986, tandis que la part de personnes âgées dans la population augmente. La part de personnes âgées de 80 ans et plus dans la population est passée de 3,5% en 1986 à 4,3% en 2006. De manière générale, on observe un recul du nombre de décès des personnes âgées de moins de 80 ans et une hausse des décès des personnes âgées de plus de 80 ans. A partir de 1995, le nombre de décès des personnes âgées de 80 ans et plus dépasse pour la première fois le nombre de décès des personnes plus jeunes (moins de 80 ans).

2.5.2 Comparaison régionale

Le taux de mortalité standardisé par âge (figure 2.24) permet ici de comparer le canton de Genève à la ville de Zurich, à différents cantons, à différentes régions et à l'ensemble de la Suisse en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population. L'intervalle de confiance pour les taux standardisés permet de comparer chacune des régions au canton de Genève. Il varie en fonction de la population du canton et de son taux de mortalité. Les régions marquées d'un astérisque diffèrent de manière significative de la moyenne observée dans le canton de Genève. Le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Genève est en moyenne de 489 décès pour 100'000 habitants par année pour la période 2000/2006. Ce taux est significativement inférieur à la moyenne suisse (538 décès pour 100'000 habitants) et aux régions de Suisse centrale, Suisse alémanique et romande, ainsi qu'à la ville de Zurich. Il n'est en revanche pas significativement différent de celui du Tessin. Le faible taux observé

dans les cantons du Tessin et de Genève peut s'expliquer en raison de l'effet dit du «healthy worker effect» (travailleur en bonne santé). Cet effet s'observe dans les cantons qui emploient une main d'œuvre étrangère importante. Les immigrés sont généralement jeunes et en bonne santé. Puis ils retournent généralement au pays pour la retraite ou pour des raisons de santé (OFS 2008d). Le chapitre suivant permet de comprendre plus en détail au travers des causes de décès, les différences observées entre le canton de Genève et le reste de la Suisse.

2.5.3 Principales causes de décès

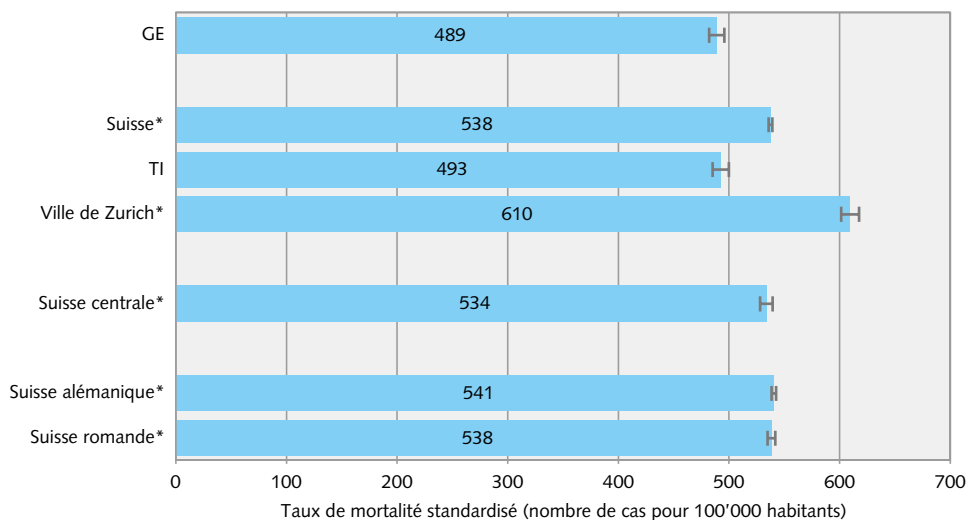
Cette partie aborde dans un premier temps l'évolution des taux de mortalité par âge ainsi que les causes principales de décès y relatives. Dans un deuxième temps, les différentes causes de mortalité dans le canton de Genève sont discutées et comparées à la moyenne suisse.

Si l'on compare le taux brut de mortalité pour 100'000 habitants de 1980/86 avec celui de 2000/06, on constate qu'il a reculé pour toutes les classes d'âge de façon importante dans le canton de Genève. Le recul est particulièrement marqué pour les hommes de 15 à 34 ans, le taux brut de mortalité passant, entre 1980/86 et 2000/06, de 123 à 69, soit un recul de 44%. Cette tendance se confirme pour l'ensemble de la Suisse. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, un recul, pour la même période, de 18,8% est observé pour les femmes (CH: -11,8%) et de 24,6% pour les hommes (CH: +2,1%). Le tableau 2.6 montre que le taux brut de mortalité du canton de Genève est légèrement au-dessous de la moyenne suisse pour toutes les classes d'âge à partir de 50 ans.

Comparaison régionale des taux standardisés

Données agrégées 2000–2006 (avec intervalle de confiance à 95%)

Fig. 2.24



*Régions ou cantons dont le taux de mortalité diffère de manière significative du canton de Genève

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le tableau 2.6 présente les principales causes de décès selon la classe d'âge pour les hommes et les femmes. Les causes de décès varient dans le canton de Genève d'un groupe d'âge à l'autre de façon comparable à l'ensemble de la Suisse. Les causes externes (accidents, morts violentes, suicides) occupent la première place pour les jeunes âgés de 15 à 34 ans. Le suicide est la principale cause de décès des hommes et des femmes de 15 à 49 ans. Les cancers sont la première cause de décès des hommes et des femmes de 50 à 79 ans. Il s'agit principalement du cancer du sein pour les femmes et du cancer du poumon, des bronches et de la trachée pour les hommes. Pour les personnes âgées de 65 à 79 ans, ce sont les cancers du poumon, des bronches et de la trachée qui sont prépondérants chez les hommes et les femmes. A partir de 80 ans et plus, les décès sont dus principalement aux maladies cardio-vasculaires. Plus spécifiquement, les maladies coronariennes sont la première cause de décès et représentent 12% des cas de décès chez les femmes et les hommes âgés de 80 ans et plus.

Le tableau 2.7 présente le nombre de cas moyen selon la cause de décès et compare le canton de Genève à la moyenne suisse à l'aide de l'indicateur SMR. L'indice standardisé de mortalité (SMR) mesure la différence de mortalité entre deux régions en tenant compte de la structure d'âge de ces dernières. Un SMR de 100 signifie qu'il n'y a aucune différence entre les deux régions observées pour la cause de décès étudiée. Une valeur de

110 dans un canton indique un taux de mortalité supérieur de 10% par rapport à la moyenne suisse. En revanche, un résultat de 90 reflète un taux de mortalité inférieur de 10% à la moyenne nationale dans le canton considéré (Bisig & Beer, 1996). Un test statistique permet de déterminer si les différences observées sont significatives ou non.

Dans le canton de Genève, 3047 décès ont été observés en moyenne annuelle entre 2000 et 2006, soit 1617 femmes (53%) et 1430 hommes (47%). Le nombre de décès observés chez les hommes et les femmes du canton est significativement plus bas que celui observé pour l'ensemble de la Suisse. Les raisons de cette différence peuvent s'expliquer en analysant en détail les différentes causes de décès.

Les maladies du système cardio-vasculaire représentent la première cause de décès dans le canton de Genève chez les femmes avec 31% des décès et la seconde cause chez les hommes avec 26% des décès. Les maladies du système cardio-vasculaire sont significativement moins fréquentes dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Ce constat est valable pour les principales maladies du système cardio-vasculaire (maladies coronariennes, maladies cérébro-vasculaires). Le nombre de décès par démence est également inférieur qu'en moyenne suisse. Ces causes de décès, fortement liées au vieillissement, frappent principalement en fin de vie.

Tab. 2.6 Causes de mortalité les plus fréquentes selon l'âge et le sexe, canton de Genève, données agrégées 2000–2006

Classe d'âge	Sexe	Nombre de cas moyen par année	Taux brut de mortalité par année ¹		Causes de décès les plus fréquentes (en % de tous les cas)
			GE	CH	
0–14 ans	Hommes et Femmes	25	36,3	31,8	Causes de décès périnatales (36%) Malformations congénitales (19%)
15–34 ans	Hommes	41	68,9	68,5	Accidents, suicides et autres morts violentes (57%)
	Femmes	15	24,7	28,8	Accidents, suicides et autres morts violentes (35%)
35–49 ans	Hommes	84	186,9	183,0	Accidents, suicides et autres morts violentes (26%)
	Femmes	50	106,3	105,3	Cancers (39%)
50–64 ans	Hommes	240	755,7	773,6	Cancers (44%)
	Femmes	143	400,8	410,2	Cancers (53%)
65–79 ans	Hommes	474	3 288,2	3 650,4	Cancers (41%)
	Femmes	351	1 629,3	1 782,4	Cancers (39%)
80 ans et plus	Hommes	576	12 523,3	15 606,0	Système cardio-vasculaire (33%)
	Femmes	1 047	12 651,2	14 774,4	Système cardio-vasculaire (37%)

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

¹ Nombre de cas pour 100 000 habitants par année.

Les cancers sont la première cause de décès chez les hommes et la seconde chez les femmes. Il s'agit ici d'une particularité du canton de Genève car en moyenne suisse, les cancers sont généralement la seconde cause de décès après les maladies du système cardio-vasculaire. Chez les hommes, le nombre de cancers n'est pas différent entre le canton de Genève et le reste de la Suisse, tandis qu'il est inférieur à la moyenne suisse chez les femmes. Le cancer du gros intestin est moins fréquent chez les hommes, avec en moyenne 26 cas par année. Contrairement aux hommes, les cancers du poumon, de la trachée et des bronches sont plus fréquents chez les femmes, avec 57 cas en moyenne par année. La tendance à l'augmentation du nombre de décès dus au cancer du poumon observée au niveau suisse (OFS, 2009b) se confirme aussi pour le canton de Genève.

Avec une moyenne de 68 cas par année, le cancer du sein reste le type de cancer le plus fréquent chez les femmes. Le nombre de cas observés dans le canton de Genève est toutefois significativement plus bas qu'en moyenne suisse et qu'en Suisse alémanique, mais aucune différence n'est observée entre le canton de Genève et la Suisse romande. Le canton de Genève est l'un des premiers cantons suisses à avoir introduit un programme de dépistage du cancer du sein en 1999⁴¹.

⁴¹ Ces programmes s'adressent aux femmes de 50 à 70 ans, domiciliées et assurées dans l'un des cantons dotés d'un programme de dépistage (GE, VS, VD, FR, JU et JU bernois, NE. En projet en 2007: SG) et ne présentant aucun problème connu aux seins. Tous les deux ans, elles sont automatiquement invitées à un contrôle par le centre de dépistage. L'examen consiste en une radiographie des seins. Si celle-ci dévoile un problème, elle sera complétée ultérieurement par d'autres examens, facturés en sus (www.depistage-sein.ch).

Les résultats de l'ESS 2007 montrent aussi que le taux de dépistage du cancer du sein est plus élevé dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse et est comparable à celui observé en Suisse romande (voir point 6.2.2).

Le cancer de la prostate est le second cancer le plus fréquent après le cancer du poumon chez les hommes et provoque en moyenne 60 décès par année dans le canton, le nombre de cas est significativement plus faible qu'en moyenne suisse.

Les maladies de l'appareil respiratoire et en particulier les pneumonies sont significativement plus observées dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Les décès liés à la consommation d'alcool (cirrhose du foie et troubles dus à l'alcool) sont nettement moins fréquents chez les hommes du canton de Genève qu'en moyenne suisse.

Le taux de mortalité par morts violentes (suicides, accidents, etc.) est significativement inférieur à la moyenne suisse chez les hommes. Les accidents de la circulation et les autres morts violentes sont significativement moins fréquents. En ce qui concerne les suicides, leur nombre est comparable à la moyenne suisse chez les hommes. Ils sont en revanche significativement plus fréquents chez les femmes avec en moyenne 31 décès par année dans le canton.

2.5.4 Années potentielles de vie perdues

La médecine préventive a, entre autres, pour objectif l'étude des causes de mortalité prématurée ou évitable, mesurée en fonction du nombre d'années potentielles de

Tab.2.7 Nombre, part (en %) des cas de décès et indice standardisé de mortalité (SMR) selon la cause de décès et le sexe, canton de Genève, données agrégées 2000–2006

Cause de décès	Femmes				Hommes			
	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif
	N	%			N	%		
Maladies infectieuses	17	1	96	n.s.	19	1	113	n.s.
Cancers	368	23	95	**	445	31	99	n.s.
Estomac	11	1	-	-	14	1	-	-
Gros intestin	31	2	100	n.s.	26	2	81	***
Pancréas	24	1	89	n.s.	23	2	97	n.s.
Poumon, trachée, bronches	57	4	122	***	104	7	98	n.s.
Sein	68	4	90	*	-	-	-	-
Col de l'utérus	4	0	-	-	-	-	-	-
Ovaires	22	1	94	n.s.	-	-	-	-
Prostate	-	-	-	-	60	4	90	*
Autres cancers	150	9	91	***	219	15	107	*
Diabète	23	1	45	***	18	1	52	***
Démence	103	6	81	***	40	3	80	***
Système cardio-vasculaire	497	31	68	***	369	26	68	***
Maladies coronariennes	148	9	54	***	141	10	55	***
Embolie pulmonaire	9	1	-	-	5	0	-	-
Maladies cérébro-vasculaires	128	8	88	***	70	5	80	***
Autres maladies du système cardio-vasculaire	212	13	71	***	153	11	80	***
Maladies de l'appareil respiratoire	132	8	124	***	112	8	101	n.s.
Grippe	1	0	-	-	0	0	-	-
Pneumonie	68	4	139	***	51	4	147	***
Bronchite	36	2	108	n.s.	38	3	70	***
Asthme	2	0	-	-	1	0	-	-
Autres maladies de l'appareil respiratoire	26	2	155	***	22	2	129	***
Alcool²	8	1	-	-	18	1	66	***
Organes urinaires	11	1	-	-	10	1	-	-
Causes de décès périnatales	3	0	-	-	5	0	-	-
Malformations congénitales	4	0	-	-	5	0	-	-
Accidents, suicides et autres morts violentes	79	5	98	n.s.	105	7	87	***
Accidents de la circulation	5	0	-	-	15	1	81	*
Suicides	31	2	129	***	47	3	94	n.s.
Autres morts violentes	43	3	87	*	43	3	83	***
Autres causes de décès	371	23	154	***	283	20	154	***
Total	1617	100	91	***	1430	100	92	***

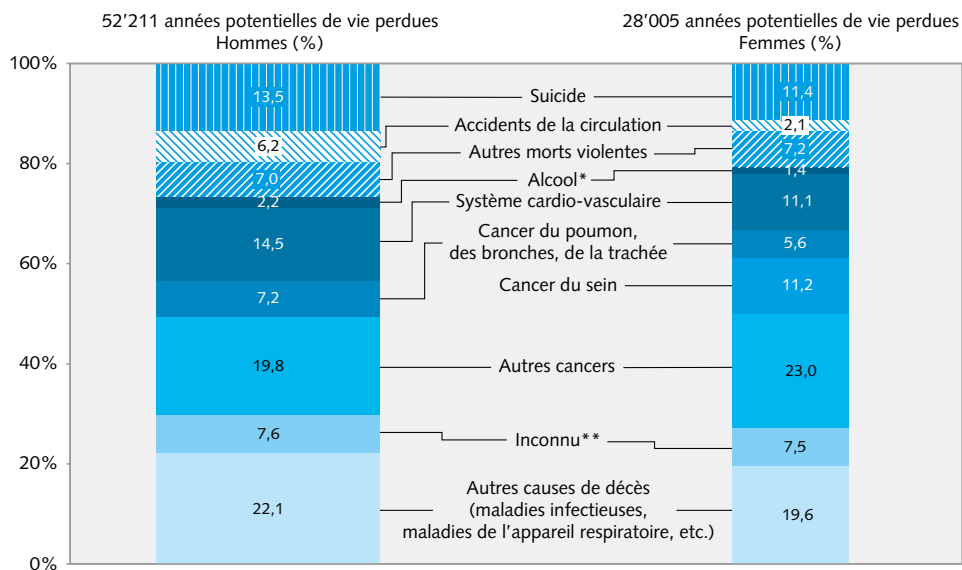
Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

¹ Indice standardisé de mortalité (SMR), CH=100, Chi2: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05. Le SMR n'est pas calculé si le nombre de cas est inférieur à 100 entre 2000 et 2006.

² Alcool: Code ICD-10 K703 et F10.

Années potentielles de vie perdues selon le sexe canton de Genève, données agrégées 2000–2006

Fig. 2.25



Années perdues avant 70 années révolues; décès à partir de l'âge de 1 an

* Alcool: Code ICD-10 F10 et K703

** Inconnu: Code ICD-10 R99

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

© Office fédéral de la statistique (OFS)

vie perdues (APVP). Cet indicateur permet d'identifier les principales causes des décès compromettant notablement l'espérance de vie de la population résidant d'un canton. Son analyse donne des indications sur la mortalité prématurée en pondérant plus fortement les décès survenus avant la 70^e année.

Cet indicateur additionne les années que les personnes décédées avant 70 ans auraient dû vivre pour atteindre cet âge. Ainsi les causes de décès qui interviennent tôt dans la vie (accidents de la route, suicides, etc.) ont-elles un poids plus élevé. La figure 2.25 présente la distribution en pour cent des APVP selon les causes de décès sur la période 2000/2006. Le canton de Genève compte en moyenne 11'460 APVP par année pour la période 2000/2006, dont 4001 (35%) pour les femmes et 7459 (65%) pour les hommes.

Environ 42% des années potentielles de vie perdues par les femmes sont à imputer aux cancers, soit en moyenne 1658 années potentielles de vie perdues par année. Le cancer du sein représente une part importante avec 11% d'APVP. Chez les hommes, les cancers représentent environ 27% des APVP, soit 1996 APVP par année. Le cancer du poumon, des bronches et de la trachée représente à lui seul 7% des APVP des hommes. Les accidents, morts violentes et suicides reflètent une différence de comportement importante entre hommes et femmes: ils représentent 27% des APVP des hommes, soit 2010 APVP par année, contre 19% chez les femmes,

soit 760 APVP par année. Notons finalement une part non négligeable de 14% d'APVP due aux suicides chez les hommes et 11% chez les femmes.

2.6 Résumé

Etat de santé

Les Genevois évaluent favorablement leur santé. Plus de huit personnes interrogées sur dix jugent leur état de santé bon ou très bon. Les personnes jeunes déclarent plus souvent être en bonne ou en très bonne santé que les personnes âgées. De même, la santé subjective est meilleure lorsque le niveau de formation est élevé plutôt que bas. Elle est étroitement liée aux problèmes de santé de longue durée, aux troubles physiques et, dans une certaine mesure, aux problèmes psychiques et aux sentiments de solitude.

Environ une personne interrogée sur quatre mentionne un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique. Une proportion similaire de répondants se plaignent de troubles physiques importants – principalement de maux de dos, d'insomnies, de faiblesse ou de lassitude et de maux de tête. Dans le canton de Genève, les femmes font une fois et demie plus souvent état de problèmes physiques importants que les hommes. Cependant, les atteintes à

la santé physique ne se traduisent pas nécessairement par une mauvaise santé subjective. Ainsi, le lien entre la santé subjective et les ressources personnelles ou sociales est particulièrement marqué en présence d'atteintes à la santé physique.

Une personne sur six est victime d'un accident chaque année, tandis que près d'un répondant sur quatre de 60 ans et plus fait une chute. Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident – avant tout lors de la pratique d'un sport ou d'un jeu –, alors que ce sont les 80 ans et plus qui tombent le plus souvent. Par ailleurs, environ un tiers des répondants de 65 ans et plus rencontrent des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne. Dans le canton de Genève, un peu moins de deux tiers des personnes interrogées présentent l'un des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires que sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids ou l'obésité et le tabagisme, un quart même plusieurs.

La santé psychique est meilleure chez les répondants âgés que chez les plus jeunes, sauf en ce qui concerne les symptômes dépressifs. Les femmes font plus souvent état de symptômes dépressifs que les hommes. A l'instar de la Suisse romande et du canton du Tessin, les personnes interrogées semblent mentionner une moins bonne santé psychique dans le canton de Genève qu'à l'échelle de la Suisse. Elles y signalent plus souvent des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs que la population suisse dans son ensemble, mais évoquent également plus rarement un sentiment élevé de maîtrise de la vie. Près d'une personne interrogée sur quatre déclare des problèmes psychiques moyens ou importants dans le canton de Genève, tandis qu'une proportion similaire présente des symptômes dépressifs. Les problèmes psychiques sont intimement associés aux ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence. Dans le canton de Genève, plus de quatre personnes sur dix mentionnant un faible sentiment de maîtrise de la vie et plus d'un tiers des répondants ayant un faible sentiment de cohérence font état de problèmes psychiques moyens ou importants.

Un peu plus de trois personnes interrogées sur dix éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents, tandis qu'une sur cinq déclare manquer parfois d'une personne de confiance parmi ses proches. Les sentiments de solitude se rencontrent particulièrement souvent chez les femmes, chez les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants et chez celles qui présentent des troubles physiques ou des problèmes psychiques.

Mortalité

Au cours des vingt dernières années, le canton de Genève a connu une forte croissance de son espérance de vie, la mortalité étant en net recul et l'espérance de vie des personnes âgées (plus de 65 ans) progressant. Le canton de Genève connaît l'une des espérances de vie cantonales les plus élevées en Suisse. En comparaison nationale et pour les deux sexes, le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Genève en 2000/2006 est significativement plus bas.

Les maladies du système cardio-vasculaire représentent la première cause de décès dans le canton de Genève (28% des décès), suivies de près par les cancers (27%). Ces deux causes sont responsables d'environ 53% des décès dans le canton et sont significativement moins fréquentes en comparaison nationale. Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches est responsable de 5% des décès du canton. Il faut noter que les pneumonies sont plus fréquemment observées dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Enfin, les suicides sont plus fréquents chez les femmes qu'en moyenne suisse, tandis que chez les hommes, les accidents, suicides et autres morts violentes sont moins fréquents qu'en moyenne suisse.

La médecine préventive s'intéresse particulièrement aux causes de décès qui touchent une part importante de la population, qui sont à l'origine d'un nombre élevé d'années potentielles de vie perdues (APVP) et dont les facteurs peuvent être modifiés. Il s'agit notamment des tumeurs malignes ou cancers qui, dans le canton de Genève, sont à l'origine d'environ 31% des APVP avant 70 ans. Chez les femmes, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent et représente 11% d'APVP. Les accidents, les morts violentes et les suicides sont la seconde plus importante cause d'APVP: ils sont à l'origine de 25% d'APVP. Les suicides sont la première cause de décès des hommes de 15 à 49 ans et des femmes de 15 à 34 ans et représentent 14% d'APVP pour les hommes, respectivement 11% pour les femmes.

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

Florence Moreau-Gruet (3.1, 3.3 et 3.5)

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (3.2)

Giovanna Meystre-Agustoni⁴² (3.4)

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs. Certains de ces facteurs comme les facteurs génétiques sont immuables, tandis que d'autres, comme les comportements à l'égard de la santé, le style de vie, les conditions environnementales, peuvent être modifiés. Les comportements à risque exposent les individus à des problèmes de santé, voire à des maladies. A l'inverse, les comportements protecteurs préservent la santé des individus et diminuent les risques de maladie.

Les conséquences sur la santé des comportements à risque et de l'absence de comportements protecteurs ne sont pas négligeables. En Suisse, comme le montre une étude de l'OCDE (2006) pour l'année 2002, 60% de la mortalité peuvent être attribués à cinq facteurs de risque: l'hypertension artérielle, la consommation de tabac, un taux de cholestérol sanguin trop élevé, le surpoids et l'inactivité physique. Ces facteurs comptent parmi les facteurs de risque les plus importants dans l'apparition de maladies cardio-vasculaires. Trois d'entre eux, l'hypertension artérielle, l'excès de cholestérol et le surpoids résultent, au moins en partie, d'une alimentation trop riche et du manque d'activité physique.

Ce chapitre traite des attitudes et des comportements qui peuvent constituer un risque pour la santé. Deux autres facteurs de risque, l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé, sont examinés au point 2.2.5. Les décès dus aux maladies cardio-vasculaires font l'objet du point 2.5.3. Dans le présent chapitre, nous commencerons par décrire les dispositions individuelles qui peuvent influencer les comportements de santé. Nous examinerons notamment la place qu'occupe la santé dans les préoccupations des Suisses et des Suissesses ainsi que la perception qu'ils ont de leurs connaissances dans le domaine de la santé. Nous considérerons ensuite les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population genevoise, puisqu'un manque d'activité physique et de mauvaises habitudes alimentaires favorisent les maladies du cœur, les attaques cérébrales et le diabète.

La surcharge pondérale de la population genevoise sera mesurée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), une mesure de l'embonpoint qui met en relation le poids et la taille et qui témoigne dans une certaine mesure des comportements alimentaires et du niveau d'activité physique de la population.

Dans ce chapitre, la consommation de substances psychoactives de la population genevoise, soit des substances entraînant une dépendance, comme le tabac, l'alcool, le cannabis et certains médicaments psychotropes, sera examinée. Le tabagisme, facteur de risque important associé à de nombreux types de cancers et aux maladies cardio-vasculaires, sera décrit en premier. Bien que n'étant pas un comportement volontaire, l'exposition à la fumée de cigarettes, cigares, etc. (désignée dans ce rapport par le terme de «fumée passive») a aussi été reconnue comme pouvant augmenter le risque de développer certaines maladies. La fumée passive est donc également présentée dans ce chapitre, en lien avec la consommation de tabac. Nous examinerons également la consommation d'alcool dans la population genevoise. Des études montrent qu'une consommation excessive d'alcool augmente le risque de nombreuses maladies (nombreux cancers, maladies du cœur, voir Rehm et al., 2003). Nous parlerons brièvement du cannabis, dont la consommation régulière peut présenter des risques pour la santé. Puis, nous nous intéresserons à la consommation de certains médicaments psychotropes, qui est révélatrice de divers problèmes de santé et qui peut, en cas de consommation régulière, engendrer une dépendance. Et enfin, un résumé sur les comportements face au VIH/sida est présenté.

Les comportements des Suisses et des Suissesses dans le domaine de la santé sont souvent en rapport avec leur attitude individuelle face à la santé et avec leurs connaissances dans ce domaine. Nous commencerons donc par ces deux aspects de la question.

⁴² Meystre-Agustoni G. (2009). Comportements face au VIH/sida dans la population générale. In T. Huisoud, S. Locicero, C. Gumy, G. Meystre-Agustoni, H. Balthasar & F. Dubois-Arber, *Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2008* (pp. 30-43). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 152).

3.1 Attention portée à la santé

L'importance que les individus donnent à la santé compte probablement beaucoup dans leur manière de se comporter à l'égard de ses facteurs de risque. Les individus qui portent beaucoup d'attention à leur santé ont en général des comportements et des attitudes la renforçant. A l'inverse, les personnes peu concernées par la santé sont probablement moins motivées à changer leurs comportements la prônant. Dans le canton de Genève, à la question de l'importance portée à la santé, 17,2% ont déclaré «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé», la majorité des répondants (64,0%) estiment pour leur part que la proposition «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» correspond le mieux à leur rapport à la santé, et 18,8% pensent que «Des considérations relatives à [leur santé] déterminent dans une large mesure [leur] manière de vivre» (tableau 3.1). L'attention portée à la santé dans le canton de Genève n'a pas beaucoup évolué entre 2002 et 2007, les chiffres correspondants pour 2002 étant de 16,4%, 62,5% et 21,2%.

Les hommes portent moins d'attention à leur santé

Dans le canton de Genève, les hommes disent plus fréquemment que les femmes ne pas se soucier de leur santé. Mais contrairement à ce qu'on observe au niveau de la Suisse, la part des personnes qui ne se soucient pas de leur santé n'est pas plus élevée chez les jeunes et les personnes sans formation post-obligatoire que chez les personnes plus âgées et plus éduquées (tableau 3.1).

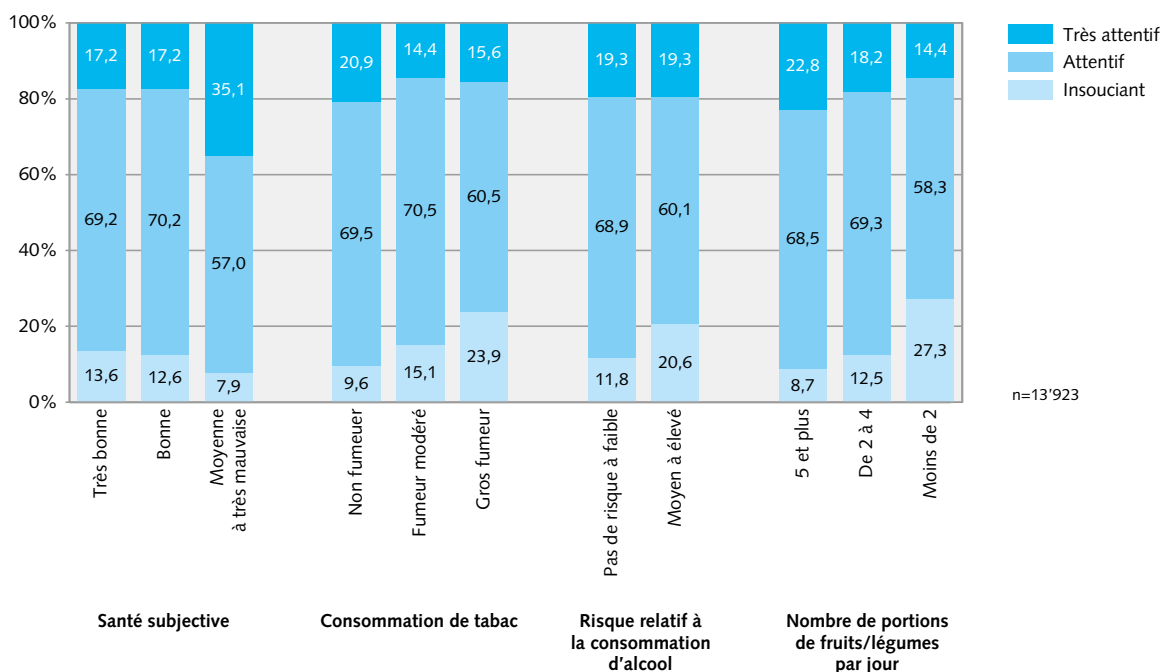
La figure 3.1 montre que les personnes qui évaluent leur état de santé comme moyen à (très) mauvais disent moins fréquemment vivre sans se préoccuper de leur santé (7,9%) que les individus se considérant en bonne santé. De plus, plus d'un tiers des mal portants disent qu'ils sont très attentifs à leur santé (35,1%).

Les personnes qui ne se soucient pas de leur santé sont plus nombreuses à adopter des comportements préjudiciables à leur santé

Les personnes qui adoptent des comportements préjudiciables à leur santé sont plus nombreuses à ne pas s'en préoccuper (figure 3.1): au niveau suisse, 23,9% des gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour) disent ne pas se soucier de leur santé alors que cette proportion s'abaisse à 15,1% chez les fumeurs modérés (jusqu'à 9 cigarettes) et à 9,6% chez les non-fumeurs. De même,

Etat de santé et comportements en fonction de l'attention portée à la santé
Suisse, 2007

Fig. 3.1



Pour la définition de la variable "Santé subjective" voir point 2.1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 3.1 Attention portée à la santé, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Insouciance		Attention		Grande attention	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		17,2	12,3	64,0	68,4	18,8	19,4
Sexe	Femmes	13,7	9,3	64,3	68,8	22,0	22,0
	Hommes	21,0	15,4	63,7	68,0	15,3	16,6
Classes d'âge	15–34 ans	18,6	17,9	65,9	69,4	(15,5)	12,8
	35–49 ans	20,4	11,3	59,2	71,8	20,4	16,9
	50–64 ans	(11,2)	9,2	68,7	69,8	20,1	21,0
	65 ans et plus	(16,9)	7,8	62,7	59,3	20,4	32,9
Formation	Scolarité obligatoire	(14,8)	15,6	55,6	54,3	(29,5)	30,1
	Degré secondaire II	19,4	13,2	66,3	67,6	14,2	19,2
	Degré tertiaire	14,9	8,6	63,8	76,2	21,3	15,2
Nationalité	Suisses	17,6	11,7	65,8	69,5	16,7	18,7
	Etrangers	16,6	14,4	61,3	64,0	22,0	21,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	19,5	12,8	58,1	66,0	22,4	21,2
	De 3000 à 4499 CHF	18,7	12,4	61,6	66,5	19,8	21,1
	De 4500 à 5999 CHF	(11,1)	10,6	74,4	72,1	(14,5)	17,3
	6000 CHF et plus	17,0	10,9	63,2	75,0	19,8	14,1
Degré d'urbanisation	Ville	17,3	11,6	63,8	69,0	18,9	19,3
	Campagne	8,4	13,9	79,9	66,7	11,7	19,4

		Insouciance		Attention		Grande attention	
Comparaison régionale	Genève	17,2		64,0		18,8	
	Suisse	12,3*		68,4*		19,4	
	Ville de Zurich	8,2*		74,0*		17,8	
	Tessin	13,1		71,8*		15,1	
	Suisse centrale	9,1*		68,4		22,5	
	Suisse alémanique	9,9*		70,5*		19,6	
	Suisse romande	18,7		61,9		19,5	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n= 715 (GE), n= 13 923 (CH)

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Question ESS: Quelle importance revêt pour vous la santé? «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé» (insouciance), «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» (attention), «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre» (grande attention).

20,6% des personnes présentant une consommation d'alcool élevée ne se soucient pas de leur santé, contre 11,8% des personnes qui ne présentent pas de risque par rapport à leur consommation d'alcool. Parmi les personnes qui consomment moins de 2 portions de fruits et/ou légumes⁴³ par jour, 27,3% des individus disent ne pas se soucier de leur santé, par comparaison cette proportion est de 8,7% chez celles qui disent manger 5 portions de fruits et/ou légumes par jour.

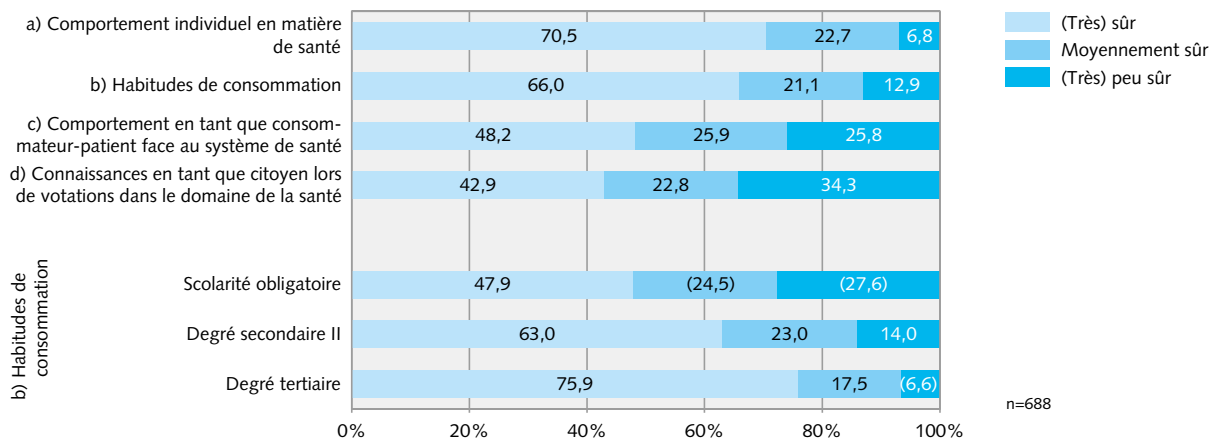
3.1.1 Compétence en matière de santé

La compétence en matière de santé est la capacité de l'individu à prendre, à la maison, dans la société, sur le lieu de travail, dans le système de santé, dans son environnement et au niveau politique, des décisions dans sa vie quotidienne qui ont une influence positive sur sa santé. «La compétence en matière de santé permet aux personnes l'autodétermination et l'exercice d'une liberté de choix et d'organisation concernant leur santé. Elle améliore la capacité à trouver des informations sur la santé, à comprendre et à assumer leur responsabilité pour leur propre santé» (Kickbusch, 2006, p. 69). Les recherches actuelles ont mis en évidence un décalage

⁴³ Une portion de fruits et/ou légumes correspond à la grosseur du poing (environ 120g).

Connaissances auto-évaluées en matière de santé canton de Genève, 2007

Fig. 3.2



Question ESS: On entend souvent dire que le système de santé devient de plus en plus compliqué. Avez-vous le sentiment de le connaître suffisamment pour vous y retrouver ? Comment décririez-vous votre niveau de connaissances dans les quatre domaines suivants: réponses: très sûr(e) à très peu sûr(e).

- a) Comportement individuel en matière de santé (p.ex. alimentation, exercice physique)
 b) Habitudes de consommation (p.ex. achat d'aliments bons pour la santé, de compléments alimentaires, médicaments en vente libre)
 c) Comportement en tant que consommateur et patient face au système de santé et aux assurances (p.ex. choix de l'assurance-maladie, communication avec le médecin)
 d) Connaissances en tant que citoyen(ne) lors de votations concernant le domaine de la santé.
 Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

entre les exigences du système de santé et les compétences moyennes de santé de ses utilisateurs. Selon une vaste étude américaine, seuls 12% des Américains seraient «compétents» dans le domaine de la santé, c'est-à-dire capables d'obtenir, de suivre et de comprendre des informations de base sur la santé et les services de soins nécessaires pour prendre des décisions appropriées dans le domaine de la santé (National Center for Education Statistics, 2006).

La mesure de la compétence en matière de santé est obtenue par l'auto-évaluation des répondants de leurs connaissances en matière de santé dans quatre domaines (pour connaître le libellé exact, voir sous la figure 3.2). Ces questions permettent uniquement de connaître la perception que les répondants ont de leurs compétences en matière de santé (souvent désignées par le terme anglais de Health Literacy).

Les Genevois et les Genevoises se sentent compétents en matière de comportements de santé

Les répondants du canton de Genève se sentent les plus compétents au niveau de leurs connaissances sur les comportements en matière de santé (70,5% s'estiment sûrs ou très sûrs) (figure 3.2). Ils s'estiment légèrement moins compétents concernant leurs habitudes de consommation (66,0% s'estiment sûrs ou très sûrs). Face aux possibilités de choix relatifs au système de santé et

aux assurances, la proportion de personnes sûres ou très sûres n'est plus que de 48,2%. Moins de la moitié des personnes (42,9%) s'estiment sûres lors de votations concernant le domaine de la santé. A l'échelle de la Suisse, les proportions de personnes ayant répondu s'estimer sûres ou très sûres quant à leur connaissance en matière de santé sont plus élevées que dans le canton de Genève: 75,4% (question a), 68,0% (ns) (question b), 50,3% (ns) (question c) et 48,9% (question d). On peut dire que de manière générale, la compétence auto-évaluée des Suisses alémaniques est supérieure à celle des Suisses romands et des Tessinois: au niveau des habitudes de consommation, 54,7% des Tessinois se sentent (très) sûrs, 62,8% des Suisses romands et 70,5% des Suisses alémaniques (résultats non présentés).

Les personnes de formation supérieure se sentent plus compétentes

Les personnes ayant bénéficié d'une formation de niveau tertiaire se sentent plus sûres que celles qui ont une formation moins élevée concernant le comportement individuel et les habitudes de consommation (figure 3.2). Une différence entre les sexes s'observe dans le domaine des votations sur des questions de santé: les hommes (50,1%) se sentent à cet égard nettement plus sûrs de leurs connaissances que les femmes (35,5%).

Les différences en fonction de l'âge sont peu marquées pour le comportement individuel en matière de santé et les habitudes de consommation, mais elles sont prononcées pour les connaissances en tant que consommateur et patient ((très) sûr, moins de 35 ans: 34,9%, 65 ans et plus: 67,8%) ainsi que pour les connaissances en tant que citoyen lors de votations au sujet de la santé ((très) sûr, moins de 35 ans: 40,8%, 65 ans et plus: 57,8%) (résultats non présentés).

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

La question du poids corporel est souvent associée à celles de l'alimentation et de l'activité physique. Une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante jouent en effet un rôle important dans la lutte contre les problèmes de poids. Ces trois notions reviennent également dans les programmes actuels de promotion de la santé tels que le «Programme national alimentation et activité physique 2008–2012» (OFSP, 2008a) ou, à Genève, le programme «Marchez et mangez malin, 2008–2012»⁴⁴.

Bien que la question de la surcharge pondérale se réfère aux facteurs de risque pour la santé traités dans le chapitre 2, son étroite corrélation avec l'alimentation et l'activité physique justifie qu'elle soit abordée dans ce chapitre. Le point 3.2.1 présente l'étendue des problèmes de poids dans le canton de Genève; les deux points suivants (3.2.2 et 3.2.3) sont consacrés aux habitudes alimentaires et à l'activité physique. Les résultats sont repris et comparés dans le chapitre 5.

3.2.1 Surcharge pondérale

Le nombre de personnes présentant une surcharge pondérale augmente depuis des décennies dans le monde entier. Différents observateurs et organismes parlent depuis quelques années d'une épidémie (voir WHO, 2000; OFSP, 2008a; OECD, 2009), voire d'une pandémie de l'obésité (OFS, 2007). Un excédent de poids est considéré comme un facteur de risque pour diverses maladies (voir WHO, 2000; OFSP, 2008a). Les mesures de prévention, de promotion et d'amélioration de la santé axées sur la lutte contre les problèmes de surpoids revêtent donc une grande importance.

Il existe différents moyens de déterminer si quelqu'un est en surpoids ou non. Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) constitue une méthode simple et largement reconnue qui prend en compte la taille et le poids de la personne concernée (voir encadré). L'IMC est toutefois une mesure relativement grossière qui ne donne pas d'indication, p. ex., sur la proportion de graisse dans le corps et qui, dans le cadre d'une enquête, tend à sous-estimer l'étendue des problèmes de poids dans la population, les personnes interrogées ayant tendance à déclarer un poids inférieur à leur poids réel (Faeh et al., 2008).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2000) a défini les catégories suivantes pour les personnes âgées de 18 ans et plus:

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

Le tableau 3.2 et les figures 3.3 et 3.4 montrent, malgré les réserves formulées plus haut sur l'IMC auto-déclaré, qu'une part importante de la population du canton de Genève et de la Suisse présente un excès de poids. Dans le canton de Genève, 30,4% des personnes de 18 ans ou plus sont en surcharge pondérale et 7,5% souffrent d'obésité. Plus du tiers de la population genevoise (37,9%) est donc concernée par l'excès de poids – la proportion est tendanciellement un peu plus élevée au niveau de la Suisse (38,9%).

Les hommes sont deux fois plus souvent en surpoids que les femmes

Comme le montre la figure 3.3, on ne peut pas parler actuellement d'une augmentation marquée, épidémique, des cas de surcharge pondérale. Entre 2002 et 2007, la proportion des cas de surcharge pondérale et d'obésité dans l'ensemble de la population est restée relativement stable. Dans le canton de Genève, la part des personnes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité est passée de 34,3% en 2002 à 37,9% en 2007 (différence n.s.).

L'IMC varie sensiblement selon le sexe, l'âge, la formation et la situation socio-économique. La figure 3.4 montre que le surpoids touche, suivant les classes d'âge, jusqu'à deux fois plus d'hommes que de femmes. Les valeurs extrêmes s'observent chez les femmes de 18 à 34 ans (environ 20,0% de personnes en surpoids) et chez

⁴⁴ Consulté le 14 juin 2010 sous: www.ca-marche.ch/

les hommes de 50 à 64 ans (60,8%). Comparés aux différences liées à l'âge et au sexe, les écarts liés à la formation, à la nationalité, au revenu et au degré d'urbanisation sont relativement faibles (tableau 3.2). Les personnes jeunes et celles qui ont un niveau de formation élevé tendent à avoir plus souvent un poids normal que les personnes plus âgées ou peu formées. Les différences entre cantons et entre régions sont peu marquées. Dans le canton de Genève, la part des personnes souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité correspond à la moyenne suisse.

Le poids corporel: une source d'insatisfaction répandue

Les personnes en surpoids sont plus fréquemment insatisfaites de leur poids corporel que les personnes qui ont un poids normal. Dans le canton de Genève, la part des personnes insatisfaites de leur poids est d'environ une sur quatre (22,5%) parmi les personnes qui ont un poids normal ou inférieur à la normale et de plus d'une sur deux (58,8%) parmi les personnes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité. La figure 3.5 fait apparaître ici encore une différence considérable entre les sexes. Chez les femmes, près d'un quart (24,8%) des personnes qui ont un poids normal ou inférieur à la normale et plus de

Tab. 3.2 Indice de masse corporelle (IMC) de la population, canton de Genève et Suisse, 2007
(personnes de 18 ans et plus, en %)

		Insuffisance pondérale		Poids normal		Surcharge pondérale		Obésité	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		3,9	3,3	58,2	57,8	30,4	30,4	7,5	8,5
Sexe	Femmes	6,6	5,6	64,2	64,6	21,2	21,7	8,0	8,1
	Hommes	.	0,8	52,1	50,7	39,7	39,5	(7,0)	9,0
Classes d'âge	18–34 ans	(7,1)	5,3	64,0	71,4	24,6	19,0	(4,3)	4,3
	35–49 ans	.	2,8	59,7	59,3	29,2	30,0	(8,6)	8,0
	50–64 ans	.	2,3	53,9	49,0	32,8	36,5	(10,2)	12,1
	65 ans et plus	.	2,3	51,6	47,2	38,9	39,6	(7,4)	11,0
Formation	Scolarité obligatoire	.	2,2	47,2	44,9	41,4	37,6	(9,9)	15,4
	Degré secondaire II	(4,5)	3,7	59,7	58,8	27,2	29,0	8,6	8,5
	Degré tertiaire	(3,7)	2,8	61,6	61,8	30,0	30,3	(4,2)	5,2
Nationalité	Suisses	4,8	3,4	59,1	58,6	28,8	30,0	7,3	8,2
	Etrangers	.	2,8	56,9	55,3	32,8	32,0	(7,7)	9,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	(5,1)	3,5	56,3	57,2	28,8	29,8	(9,8)	9,5
	De 3000 à 4499 CHF	.	3,0	62,3	56,3	28,4	31,6	(6,1)	9,1
	De 4500 à 5999 CHF	.	3,1	49,3	58,8	40,1	30,7	.	7,5
	6000 CHF et plus	.	3,1	61,7	61,2	29,0	29,8	(5,6)	5,8
Degré d'urbanisation	Ville	3,9	3,4	58,4	58,9	30,3	29,4	7,4	8,2
	Campagne	.	2,8	.	54,7	.	33,1	.	9,4

		Insuffisance pondérale	Poids normal	Surcharge pondérale	Obésité
Comparaison régionale	Genève	3,9	58,2	30,4	7,5
	Suisse	3,3	57,8	30,4	8,5
	Ville de Zurich	4,6	63,2	24,7	7,6
	Tessin	4,7	55,3	30,3	9,6
	Suisse centrale	3,7	59,6	29,0	7,7
	Suisse alémanique	2,9	58,2	30,4	8,5
	Suisse romande	3,9	57,3	30,3	8,5

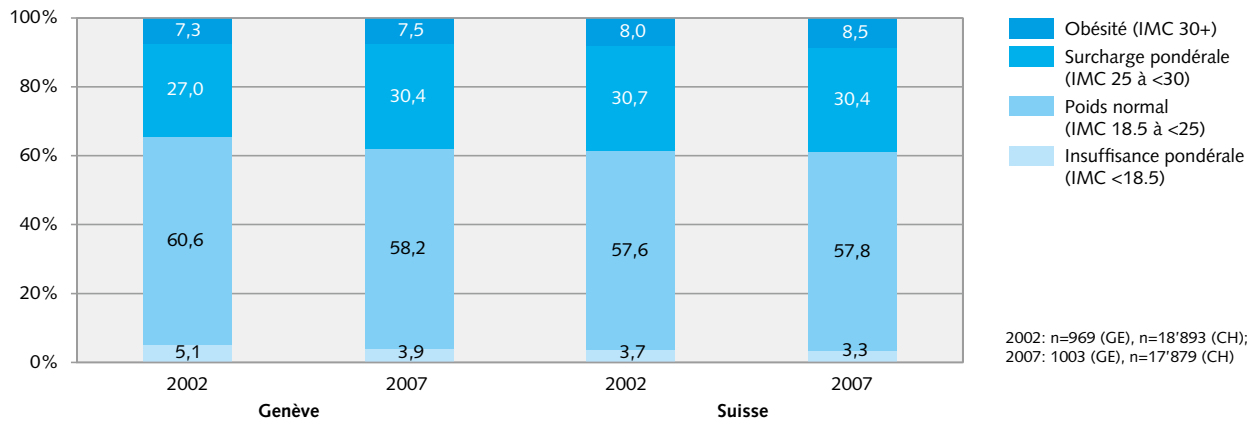
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n = 1003 (GE), n = 17'879 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n = 10–29).

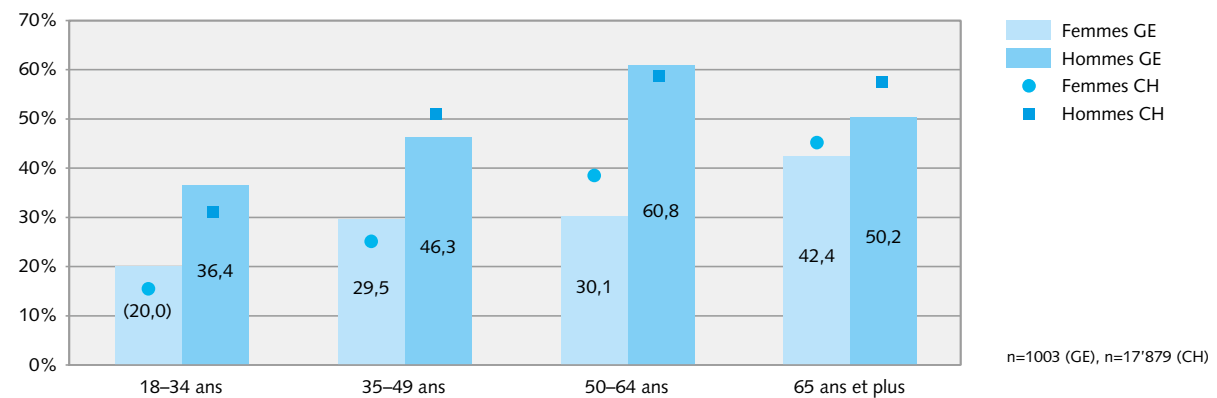
* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Evolution temporelle de l'indice de masse corporelle (IMC)
canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007 (personnes de 18 ans et plus) **Fig. 3.3**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007 © Office fédéral de la statistique (OFS)

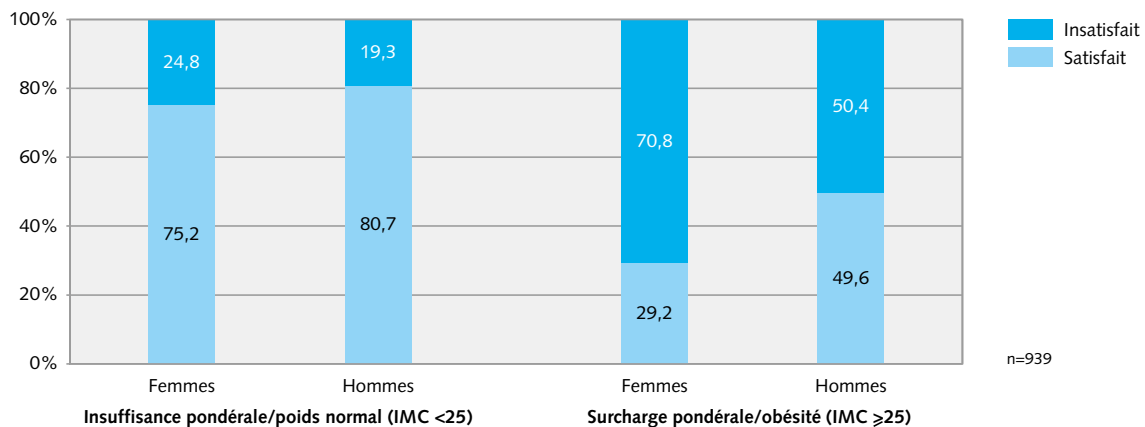
Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le sexe et la classe d'âge
canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus) **Fig. 3.4**



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 © Office fédéral de la statistique (OFS)

Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la satisfaction à l'égard de son poids corporel selon le sexe
canton de Genève, 2007 (personnes de 18 ans et plus) **Fig. 3.5**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007 © Office fédéral de la statistique (OFS)

deux tiers (70,8%) des personnes en surpoids sont insatisfaites de leur poids corporel, contre respectivement 19,3% et 50,4% chez les hommes. Les hommes s'accommodent donc mieux d'un excès de poids que les femmes.

Une différence entre les sexes apparaît aussi lorsqu'on demande aux gens s'ils ont suivi un régime alimentaire au cours des 12 mois écoulés: 13,0% des Genevoises interrogées répondent par oui, contre seulement 6,6% des Genevois. A noter qu'on n'observe pas ici de différence entre les personnes en surpoids et les personnes qui ont un poids normal.

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

Une alimentation équilibrée contribue, par la normalisation de l'apport énergétique, au maintien d'un poids corporel normal et fait partie intégrante d'un mode de vie sain. En revanche, une alimentation malsaine a des conséquences négatives sur la santé. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2008a), se référant aux publications de l'OMS, désigne les six principales maladies liées à l'alimentation (voir aussi WHO, 2000; OFS, 2007): l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies dentaires et l'ostéoporose. Une alimentation saine et équilibrée repose sur la consommation régulière de fruits, de légumes et de produits à base de céréales complètes, un apport suffisant en liquide et une consommation modérée de viande, de produits laitiers, d'œufs, de sucreries, d'aliments riches en sel et de certaines graisses (Société Suisse de Nutrition, 2006; OFSP, 2007c).

Pour avoir une alimentation saine et équilibrée, il faut tout d'abord disposer des connaissances nécessaires et être conscient de l'enjeu. Seules les personnes qui connaissent les bienfaits pour la santé des fruits et des légumes peuvent adapter leur comportement en conséquence. L'ESS comporte quelques données sur l'attention portée à l'alimentation et sur le comportement alimentaire de la population. Les quelques résultats disponibles montrent toutefois clairement que, dans le canton de Genève et en Suisse en général, il reste encore beaucoup à faire en faveur d'une alimentation équilibrée.

La moitié de la population se soucie peu de son alimentation

La partie gauche du tableau 3.3 montre la part des personnes interrogées qui disent «faire attention à quelque chose» dans leur alimentation. La proportion est nettement moins élevée dans le canton de Genève – environ la

moitié de la population – que dans le reste de la Suisse. La partie inférieure du tableau montre les différences entre les régions: le canton de Genève se situe à peu près dans la moyenne de la Suisse romande (56,3%), mais nettement au-dessous de la Suisse alémanique, où trois quarts de la population (75,5%) disent faire attention à leur alimentation.

L'attention portée à l'alimentation varie en outre dans le canton de Genève entre les femmes (62,0%) et les hommes (49,7%). Elle varie également selon l'âge, la nationalité et le niveau de formation. Par rapport à 2002 (58,2%), la part des personnes qui font attention à leur alimentation n'a pas évolué de manière significative dans le canton de Genève, alors qu'on observe une évolution légère mais significative dans l'ensemble de la Suisse (de 69,1% à 70,5%).

Consommation plutôt faible de légumes mais relativement forte de viande

Des différences apparaissent également dans les comportements alimentaires. La partie droite du tableau 3.3 montre quel pourcentage de la population observe la recommandation selon laquelle il convient de manger cinq portions de fruits et/ou de légumes par jour. La consigne «5 par jour» est observée par tout juste 30% de la population suisse. La proportion est significativement plus élevée dans le canton de Genève (37,7%). Les femmes (42,9%) suivent cette consigne nettement plus fréquemment que les hommes (32,1%), et les personnes ayant accompli une formation de degré tertiaire plus fréquemment que les autres. On n'observe pas de différences claires pour les autres critères présentés dans le tableau. Cette absence de différence est intéressante notamment en ce qui concerne le revenu: elle infirme l'idée très répandue qu'une alimentation saine coûte particulièrement cher⁴⁵. A noter, ici encore, une différence entre d'une part le canton de Genève et la Suisse romande (34,6%) et d'autre part la Suisse alémanique (27,7%), où la consigne «5 par jour» est moins souvent suivie, malgré la plus grande attention que les Alémaniques portent à leur alimentation.

Dans le canton de Genève, la part des personnes qui mangent de la viande au moins six fois par semaine (21,6%) est inférieure à la moyenne suisse (25,6%)

⁴⁵ La population estime que le prix est le principal facteur l'empêchant d'opter pour des aliments sains. Dans l'ESS 2007, 52% des personnes interrogées mentionnent le coût élevé des aliments sains, alors que 48% préfèrent s'adonner aux plaisirs de la table, 45% se réfèrent aux habitudes et contraintes quotidiennes, 35% mettent l'accent sur le grand investissement en temps induit par les achats et seuls 10% dénoncent une offre lacunaire dans le commerce (plusieurs réponses possibles; résultats concernant toute la Suisse, n=13'181).

Tab. 3.3 Attention portée à l'alimentation et respect de la recommandation «5 par jour»
canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Faire attention à son alimentation ¹		Observer la recommandation «5 par jour» ²	
		GE	CH	GE	CH
Total		55,9	70,5	37,7	29,3
Sexe	Femmes	62,0	77,3	42,9	37,8
	Hommes	49,7	63,4	32,1	20,2
Classes d'âge	15–34 ans	47,7	60,9	35,6	29,1
	35–49 ans	57,5	72,8	39,6	29,5
	50–64 ans	63,8	77,0	40,6	31,4
	65 ans et plus	58,4	75,2	34,6	26,5
Formation	Scolarité obligatoire	56,6	63,3	35,8	24,6
	Degré secondaire II	54,4	69,1	37,1	28,7
	Degré tertiaire	58,1	78,0	39,6	32,9
Nationalité	Suisses	57,9	72,8	37,8	29,8
	Etrangers	52,8	61,8	37,6	27,0
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	57,2	66,6	41,1	29,0
	De 3000 à 4499 CHF	55,0	71,6	35,2	28,8
	De 4500 à 5999 CHF	57,0	74,7	37,9	30,5
	6000 CHF et plus	56,5	76,6	35,4	29,3
Degré d'urbanisation	Ville	55,8	71,0	37,8	29,8
	Campagne	.	69,3	.	27,8

Comparaison régionale		Faire attention à son alimentation ¹		Observer la recommandation «5 par jour» ²	
		Genève	Suisse	Genève	Suisse
	Genève	55,9	70,5*	37,7	29,3*
	Suisse				
	Ville de Zurich	76,1*		30,0*	
	Tessin	71,5*		25,4*	
	Suisse centrale	74,3*		29,3*	
	Suisse alémanique	75,5*		27,7*	
	Suisse romande	56,3		34,6*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Attention portée à l'alimentation: n = 1044 (GE), n = 18 742 (CH); habitudes alimentaires: n = 975 (GE), n = 17 903 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

¹ Part des personnes ayant répondu «Oui, je fais un peu attention» à la question «Faites-vous attention à certaines choses en particulier dans votre alimentation?».² Pour les habitudes alimentaires, un indice a été établi sur la base des deux questions suivantes:

a) «Combien de portions de fruits et de jus de fruits consommez-vous en moyenne par jour?».

b) «Combien de portions de légumes et de jus de légumes (sans les pommes de terre et le maïs) consommez-vous en moyenne par jour?».

La recommandation de manger 5 fruits/légumes par jour est considérée comme suivie si la somme des deux réponses donne au moins 5 portions.

Tab. 3.4 Fréquence de la consommation de viande, de poisson et de produits laitiers, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

	6–7 fois par semaine		4–5 fois par semaine		1–3 fois par semaine		Rarement, jamais	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Viande	21,6	25,6*	27,0	28,5	46,4	41,4*	4,9	4,5
Poisson	.	0,4	4,5	1,3*	75,0	61,7*	19,0	36,6*
Lait et produits laitiers	63,1	68,1*	8,1	8,0	18,6	16,4	10,2	7,5*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Viande/saucisses: n = 1042 (GE), n = 18 702 (CH); poisson: n = 1044 (GE), n = 18 722 (CH); lait/produits laitiers: n = 1043 (GE), n = 18 717 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et la Suisse (p < 0,05).

(tableau 3.4). Globalement toutefois, la population genevoise consomme un peu plus de viande mais moins de lait et de produits laitiers que la population suisse dans son ensemble.

Consommation de liquide inférieure à la moyenne

Une alimentation saine passe non seulement par un régime équilibré, mais aussi par une consommation suffisante de liquides non alcoolisés. Dans ce contexte, l'OFSP et la Société suisse de nutrition (SSN) recommandent de consommer chaque jour entre un et deux litres de boissons non alcoolisées (Société Suisse de Nutrition, 2006; OFSP, 2007c).

La figure 3.6 montre que cette recommandation est suivie dans le canton de Genève par près de la moitié de la population (48,9%). Un peu moins d'un dixième de la population (8,8%) boit plus de deux litres par jour⁴⁶. Plus des deux cinquièmes de la population (42,3%) ont donc une consommation de liquide inférieure aux recommandations de l'OFSP. Cette proportion se situe bien au-dessus de la moyenne suisse (24,5%).

La même figure montre que, dans le canton de Genève, la recommandation est suivie bien plus rarement par les personnes âgées (65 ans et plus) que par les personnes plus jeunes. La même chose s'observe à l'échelle de la Suisse. Comme la part des personnes qui boivent moins d'un litre de boisson par jour est plus élevée dans

le canton de Genève, la consommation quotidienne moyenne de liquide est, avec tout juste 1,5 litre, nettement au-dessous de la moyenne suisse (1,8 litre). La moyenne est nettement (et significativement) plus élevée en Suisse alémanique (près de 1,9 litre) qu'en Suisse romande (1,6 litre) et en Suisse italienne (1,5 litre).

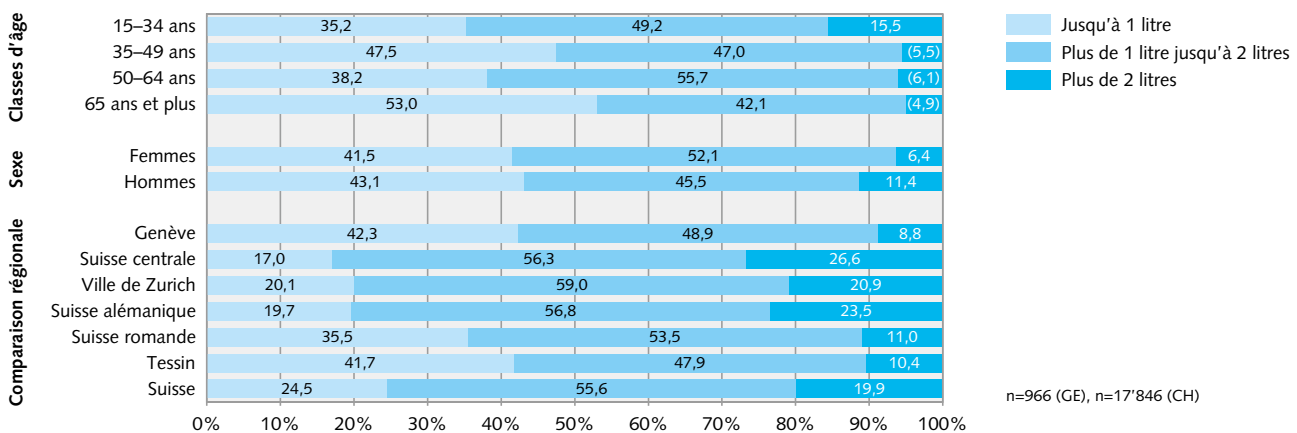
3.2.3 Activité physique

Avoir une activité physique régulière compte parmi les principaux éléments d'un comportement favorable à la santé. D'après la littérature spécialisée, les effets positifs de l'activité physique vont d'un meilleur équilibre psychique à une diminution du risque de diabète et de certains cancers (Marti & Hättich, 1999), en passant par une réduction de la surcharge pondérale.

Pour que l'activité physique ait un effet positif sur la santé, elle doit être pratiquée avec une certaine intensité et pendant une durée minimale. L'Office fédéral du sport, l'Office fédéral de la santé publique, le réseau suisse «Santé et activité physique» et «Promotion Santé Suisse» recommandent aux femmes et aux hommes de tout âge au moins une demi-heure d'activité physique par jour sous forme d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité au moins moyenne (OFSP et al., 2007; OFSP, 2006)⁴⁷. Dans le cas particulier de l'activité physique, il est même souhaitable d'aller au-delà des recommandations minimales. Les personnes qui le font

Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Genève, 2007

Fig. 3.6



Question ESS: «Combien de liquide buvez-vous approximativement d'ordinaire par jour pendant la semaine, sans compter les boissons alcoolisées?»

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴⁶ Les avantages et les inconvénients d'une forte consommation de liquide font l'objet de discussions controversées parmi les spécialistes (voir NZZ du 16 août 2008). Il y a quelques années seulement, il était recommandé de «boire autant que possible même si l'on n'avait pas soif». Cette recommandation n'est plus d'actualité, comme le montre entre autres celle de l'OFSP (2007c).

⁴⁷ Les documents mentionnés font référence par le terme d'«intensité moyenne» à toute activité physique lors de laquelle la personne est au moins légèrement essouffée sans pour autant forcément transpirer: la marche ou le vélo pratiqués rapidement, le pelletage de la neige ou différents travaux de jardinage, ainsi que d'autres activités de loisirs, quotidiennes ou sportives (OFSP, 2006; OFSP et al., 2007).

en retirent un bénéfice accru pour leur bien-être et leur santé. Ce n'est qu'à partir d'un très haut niveau d'activité physique que certains risques (épuisement, carences, etc.) viennent contrebalancer les effets favorables de cette activité.

Sur la base des données collectées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, un indice de l'activité physique a pu être établi, qui fait la distinction entre les niveaux d'activité suivants:

Personnes entraînées/actives: ces personnes suivent les recommandations susmentionnées. Elles pratiquent au moins trois fois par semaine pendant leurs loisirs des activités physiques qui les font transpirer ou vont jusqu'à l'essoufflement au moins 5 jours par semaine dans des activités physiques d'au moins 30 minutes (d'intensité moyenne).

Personnes irrégulièrement ou partiellement actives: ces personnes bougent de temps à autre mais pas dans la mesure recommandée. Font partie de cette catégorie les personnes qui bougent moins que les personnes «entraînées/actives», mais qui pratiquent pendant leurs loisirs une activité physique hebdomadaire d'au moins 30 minutes jusqu'à l'essoufflement, ou au moins une fois jusqu'à la transpiration.

Personnes inactives: personnes qui ne pratiquent aucune activité physique pendant leurs loisirs.

Nette augmentation de l'activité physique

La figure 3.7 montre, pour le canton de Genève comme pour l'ensemble de la Suisse, une augmentation nette de la part des personnes physiquement actives. Dans le canton de Genève, la proportion est passée de 31,1% en 2002 à 36,3% en 2007, tandis que la part des personnes physiquement inactives s'est réduite de 3,2 points de pourcentage, passant à 22,4% (différence n.s.). L'évolution est un peu moins favorable dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse, où l'on observe également une augmentation nette des personnes physiquement actives.

Ce résultat est d'autant plus étonnant que la part des personnes inactives physiquement s'était encore fortement accrue dans les années 1990 (OFS, 2006). Il rejoint toutefois les conclusions d'une étude récente sur le comportement sportif de la population suisse (Lamprecht et al., 2008), et concorde avec un autre résultat de l'ESS qui montre que les activités physiques liées aux déplacements quotidiens ont augmenté: alors qu'en 2002, 51% de la population suisse se déplaçaient encore peu à pied ou à vélo, ce n'était plus le cas que de 43% de la population en 2007. On peut aussi en déduire que les nombreuses initiatives lancées ces dernières années pour accroître le niveau d'activité physique de la population commencent à porter leurs fruits⁴⁸.

⁴⁸ Parmi ces initiatives, citons l'ouverture de places de jeux plus sportives pour les activités extra-scolaires, le remboursement partiel des abonnements de fitness par les assurances-maladie, l'amélioration continue des réseaux de cyclotourisme et de randonnée, l'offre variée des sociétés sportives et d'autres prestataires pour toutes les classes d'âge.

Malgré cette évolution positive, il faut noter que plus de la moitié de la population interrogée dans le canton de Genève et dans toute la Suisse n'atteint pas le niveau d'activité physique nécessaire pour qu'il en résulte un effet bénéfique sur la santé. On observe par ailleurs des différences entre les groupes de population et les régions (voir le tableau 3.5). Dans le canton de Genève, la part des personnes physiquement actives est moins élevée chez les femmes (32,8%) que chez les hommes (40,1%). Les personnes âgées (65 ans et plus) sont plus souvent inactives et moins souvent actives que les personnes plus jeunes. On peut toutefois observer, dans une perspective à plus long terme, que les différences selon l'âge, selon les générations et selon le sexe sont nettement moins marquées aujourd'hui que dans les années 1980 et 1990 (voir OFS, 2006; Lamprecht & Stamm, 2002). Dans le canton de Genève, les femmes d'âge moyen (50 à 64 ans) dépassent aujourd'hui les hommes de même âge dans le domaine de l'activité physique.

Disparités importantes selon le niveau de formation, la nationalité et la région linguistique

Les différences selon le niveau de formation sont parfois marquées, aussi bien dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Genève, la part des personnes physiquement inactives est supérieure à la moyenne (34,8%) parmi les personnes sans formation postobligatoire, et la part des personnes physiquement actives est la plus élevée (39,3%) parmi les personnes ayant accompli des études dans une haute école⁴⁹. Les différences selon l'âge sont tout aussi nettes: les personnes jeunes sont plus fréquemment actives physiquement que les personnes plus âgées.

On observe enfin des différences entre les régions linguistiques. Le niveau d'activité physique de la population genevoise correspond à peu près à celui de la Suisse romande. Il est supérieur à celui du Tessin, mais inférieur à celui de la Suisse alémanique. La part des personnes physiquement actives est de 36,3% dans le canton de Genève, de 36,2% en Suisse romande et de moins d'un tiers (30,8%) au Tessin. A l'inverse, la part des personnes

⁴⁹ Les données de l'ESS ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle les personnes les mieux qualifiées compensent le peu de mouvement que leur permet leur travail par des activités physiques. A niveau égal d'activité physique au travail, les personnes les plus qualifiées sont en moyenne plus actives que celles dont le niveau de formation est plus bas. La part des personnes actives physiquement dans la population déclarant ne jamais bouger au travail au point de transpirer est de 31% chez les personnes diplômées du degré secondaire I et de 39% chez celles diplômées du degré tertiaire. Étonnamment, la part des personnes actives physiquement est même plus élevée chez celles exerçant une activité professionnelle très physique: 45% (degré secondaire I) ou 58% (degré tertiaire) des personnes qui transpirent au moins trois fois par semaine lors de leur activité professionnelle sont actives physiquement pendant leurs loisirs. L'effet de la formation se fait également sentir chez les personnes sans activité professionnelle (données pour l'ensemble de la Suisse).

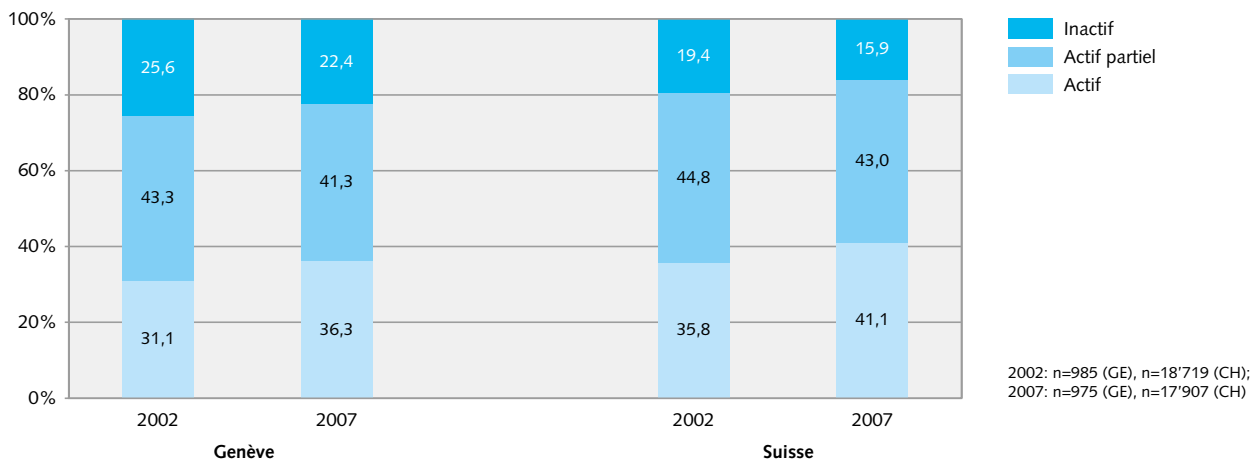
physiquement inactives est de près de dix pour cent plus élevée dans le canton de Genève (22,4%) qu'en Suisse alémanique (13,9%).

La figure 3.8 montre que la part des personnes en surpoids n'est guère plus élevée parmi les personnes physiquement inactives (38,2%) que parmi les personnes physiquement actives (37,2%) ou partiellement actives (38,0%). Ce rapport vaut, selon une analyse

complémentaire qui n'est pas présentée ici, quels que soient l'âge et le sexe⁵⁰. Aucun lien de cause à effet ne peut bien entendu être tiré des chiffres présentés ici. En d'autres termes, ceux-ci ne permettent pas de déterminer si l'activité physique contribue véritablement à un poids corporel sain ou si, à l'inverse, la surcharge pondérale constitue un facteur décourageant en matière d'activité physique.

Evolution temporelle de l'activité physique canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007

Fig. 3.7

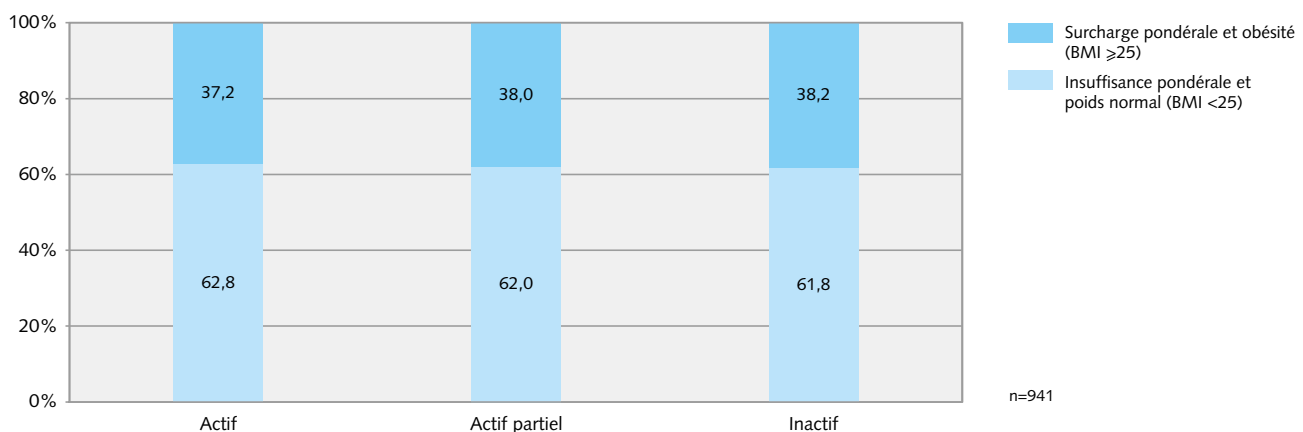


Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 2002/2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Lien entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (IMC) canton de Genève, 2007 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵⁰ Compte tenu du peu de cas observés, cette analyse complémentaire n'a été réalisée qu'au niveau de l'ensemble de la Suisse. Il en ressort, par exemple, que parmi les moins de 35 ans inactifs physiquement, 31% des femmes et 21% des hommes sont en surcharge pondérale, contre 23% des hommes et 11% des femmes du même âge qui pratiquent une activité physique. Ce rapport est moins marqué parmi les 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, la proportion correspondante est de 46% chez les femmes et de 62% chez les hommes, parmi les personnes physiquement inactives, alors qu'elle atteint 41% chez les femmes et 56% chez les hommes pratiquant une activité physique. Ces liens sont présentés plus en détail au chapitre 5.

Tab. 3.5 Activité physique, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Entraîné/actif		Irrégulièrement/ partiellement actif		Inactif	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		36,3	41,1	41,3	43,0	22,4	15,9
Sexe	Femmes	32,8	39,1	40,0	43,0	27,2	17,9
	Hommes	40,1	43,3	42,7	42,9	17,2	13,8
Classes d'âge	15–34 ans	47,1	47,8	37,7	42,0	15,2	10,2
	35–49 ans	30,4	39,2	45,4	46,7	24,2	14,1
	50–64 ans	33,0	38,6	47,0	45,6	20,0	15,8
	65 ans et plus	29,7	36,1	33,4	35,1	36,9	28,8
Formation	Scolarité obligatoire	28,6	36,5	36,6	34,1	34,8	29,4
	Degré secondaire II	36,4	41,6	41,8	42,9	21,8	15,5
	Degré tertiaire	39,3	42,3	42,6	47,2	18,0	10,5
Nationalité	Suisses	36,5	41,9	42,6	43,8	20,9	14,3
	Etrangers	35,9	37,7	39,2	39,2	24,9	23,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	30,1	40,2	41,1	41,6	28,8	18,2
	De 3000 à 4499 CHF	37,9	40,0	35,6	43,0	26,6	17,0
	De 4500 à 5999 CHF	35,4	41,6	46,8	45,7	17,8	12,7
	6000 CHF et plus	40,2	43,4	46,4	46,4	13,4	10,2
Degré d'urbanisation	Ville	36,5	40,8	41,2	42,8	22,4	16,4
	Campagne	.	42,0	.	43,4	.	14,6

		Entraîné/actif		Irrégulièrement/ partiellement actif		Inactif	
Comparaison régionale	Genève	36,3		41,3		22,4	
	Suisse	41,4*		43,0		15,9*	
	Ville de Zurich	40,3		44,0		15,7*	
	Tessin	30,8*		41,2		27,9*	
	Suisse centrale	42,1*		45,1		12,8*	
	Suisse alémanique	43,5*		42,7		13,9*	
	Suisse romande	36,2		44,1		19,7*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=975 (GE), n= 17 907 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Voir l'encadré pour la définition des catégories de l'activité physique.

Les résultats présentés au point 3.2 dressent un tableau contrasté. La part des personnes en surcharge pondérale se stabilise actuellement à un niveau élevé, alors que celle des personnes physiquement actives augmente, malgré une part toujours importante d'inactifs. Les recommandations de diverses organisations concernant l'alimentation ne sont que partiellement suivies. L'augmentation de l'activité physique peut être interprétée comme un signe de l'efficacité des mesures prises ces dernières années pour promouvoir le mouvement et le

sport dans la population. Les programmes intégrés mentionnés en introduction visant un poids corporel sain grâce à une alimentation équilibrée et à une activité physique suffisante, tels qu'ils sont réalisés en particulier dans le canton de Genève, représentent un pas supplémentaire important dans la lutte contre l'«épidémie de surcharge pondérale». Les liens entre le surpoids, l'alimentation, l'activité physique et d'autres facteurs font l'objet d'une analyse complémentaire au chapitre 5 du présent rapport.

3.3 Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes peuvent modifier l'état de conscience, l'humeur et les pensées. La consommation de substances psychoactives, que ce soit pour trouver du plaisir ou ne pas ressentir de douleur, peut nuire à la santé et engendrer des dépendances (OMS, 2004).

Dans cette partie de ce chapitre, quatre substances sont considérées: le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes. Elles sont présentées en fonction du sexe car les différences de genre sont importantes.

3.3.1 Consommation de tabac

Originaire d'Amérique, importé par Christophe Colomb, le tabac fut d'abord utilisé comme médicament contre les migraines. Il envahit l'Europe surtout après la deuxième guerre mondiale. En Suisse, les fabricants de cigarettes réalisent un chiffre d'affaires annuel d'environ trois milliards de francs. Plus de la moitié de l'impôt sur le tabac est versée aux caisses de l'AVS et de l'AI.

Selon les statistiques relatives à la vente de cigarettes, la consommation de tabac par habitant en Suisse n'a cessé d'augmenter entre les années 1950 et le milieu des années 1970. Depuis, la consommation de tabac par habitant est en baisse continue et atteint environ 12 millions de cigarettes par année⁵¹. En 2008, ces chiffres étaient pour la première fois à nouveau légèrement en hausse (ISPA, 2009).

Au cours de la deuxième partie du XX^e siècle, les conséquences négatives de la consommation de tabac ont été mises en évidence. Le nombre de décès en Suisse dus à la consommation de tabac est estimé à environ 9000 (OFS, 2009b) pour l'année 2007, soit 15% de l'ensemble des décès. Pour l'année 2007, parmi les personnes dont le décès est imputable au tabac, 41% sont mortes d'une maladie cardio-vasculaire, 41% d'un cancer et 18% d'une maladie pulmonaire. Le nombre total de décès imputables au tabac a baissé de 5% entre 1997 et 2007. Ce recul des décès liés au tabagisme ne concerne que les hommes (jusqu'à 64 ans: -11%, 65 ans et plus: -9%). Chez les femmes, le nombre de décès a augmenté de 7% (jusqu'à 64 ans: +17%, 65 ans et plus: +5%).

Les coûts directs de la consommation de tabac (traitement des maladies) sont estimés à 1,5 milliards de francs, les coûts indirects (pertes de productivité générées par les maladies, décès et invalidité) à 4 milliards et les coûts humains (p. ex. baisse de la qualité de vie suite à la souffrance physique ou psychique) à 5,2 milliards (Vitale et al., 1998).

La proportion de fumeurs a diminué entre 2002 et 2007

En 2007 dans le canton de Genève, presque un tiers de la population fume (29,3%, voir tableau 3.6), proportion comparable à celle de l'ensemble de la Suisse (27,9%). La moitié des fumeurs environ fument modérément (jusqu'à 9 cigarettes par jour) alors que l'autre moitié appartient à la catégorie des gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour).

Entre 2002 et 2007, la proportion de fumeurs a diminué en Suisse (passant de 30,5% à 27,9%) et dans le canton de Genève (passant de 34,0% à 29,3%, baisse tout juste significative). C'est surtout la part des gros fumeurs qui a diminué, passant de 18,7% à 13,6% (CH: de 16,5% à 13,6%).

Tab.3.6 Evolution de la consommation de tabac, canton de Genève, 2002 et 2007 (en %)

	2002	2007		2002	2007
Non fumeur	66,0	70,6	Jamais fumé	44,5	46,5
			Ex-fumeur	21,5	24,1
Fumeur	34,0	29,3	Fumeur modéré ¹	15,3	15,7
			Gros fumeur ²	18,7	13,6

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 2002/2007

2002: n=1017; 2007: n=1044

Questions ESS: Fumez-vous, même occasionnellement? Oui ou non. Combien fumez-vous de cigarettes par jour?

¹ jusqu'à 9 cigarettes par jour.

² 10 cigarettes et plus par jour.

⁵¹ www.swiss-cigarette.ch/fr/tabac/statistiques.html (accédé le 20 janvier 2010)

Consommation de tabac plus élevée chez les hommes à tout âge

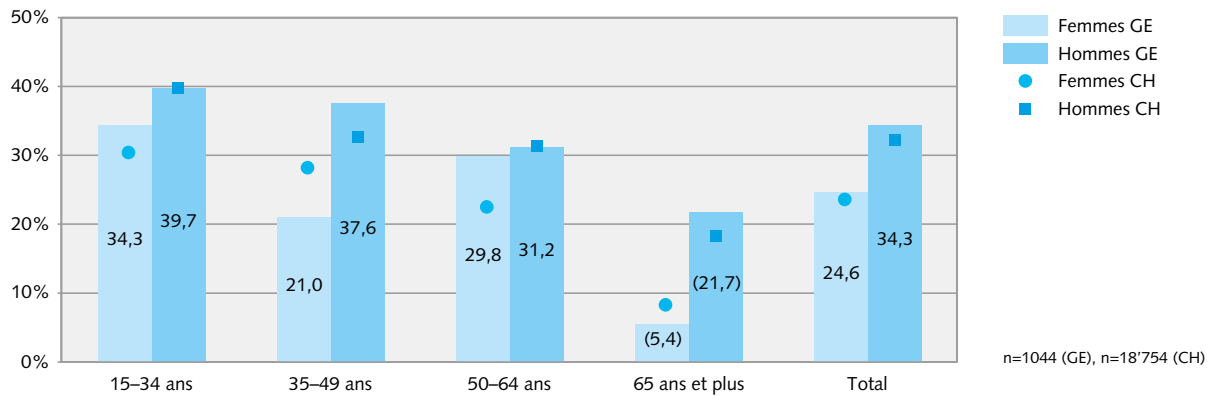
La consommation de tabac est associée à l'âge et au sexe (figure 3.9 et tableau 3.7). Les hommes fument plus fréquemment que les femmes et ceci à tout âge (GE: 34,3% versus 24,6%). La proportion de fumeurs diminue avec l'âge. Dans le canton de Genève, 34,3% des femmes de 15 à 34 ans, et 39,7% des hommes du même âge fument, cette proportion n'est plus que de 5,4% et 21,7%⁵² chez les 65 ans et plus.

Au niveau suisse, parmi les hommes de 65 ans et plus, presque la moitié sont des anciens fumeurs (47,4%), cette proportion n'étant que d'un cinquième chez les

femmes du même âge (20,4%). Par contre, chez les 35 à 49 ans, la proportion d'ex-fumeurs est équivalente pour les deux sexes (19,1% (F) et 21,8% (H)) et comparable chez les personnes âgées de 50 à 64 ans (26,6% (F) et 33,6% (H)) (données non présentées). Depuis les années 1950, les femmes ont été de plus en plus nombreuses à fumer, ce qui a eu notamment une incidence négative sur la mortalité par cancers du poumon. En 1970, une femme pour 11 hommes décédait d'un cancer du poumon, ce ratio est actuellement d'environ une pour deux parmi les plus jeunes générations (OFS, 2009b).

Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe
canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 3.9



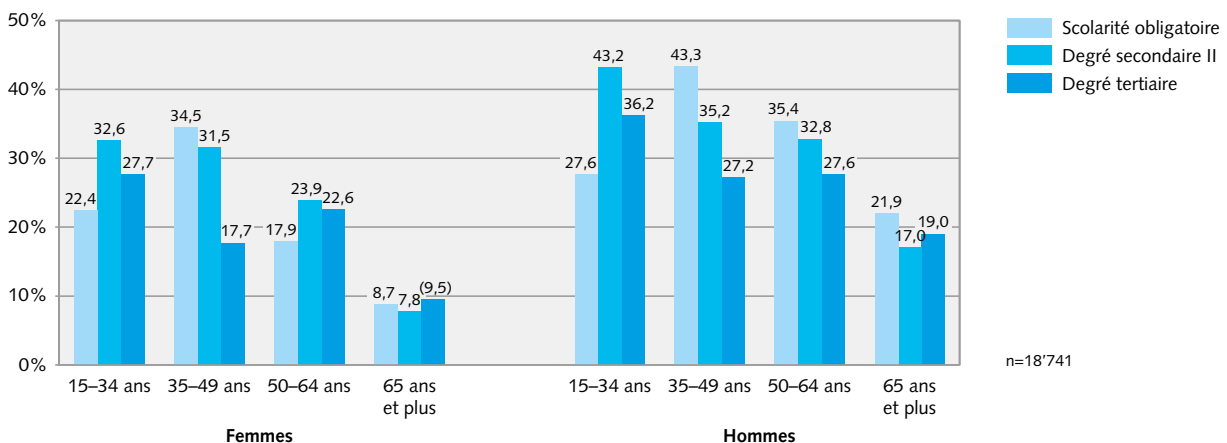
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
Question ESS: Fumez-vous, même occasionnellement? Oui ou non

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Proportions de fumeurs selon l'âge, le sexe et la formation, Suisse, 2007

Fig. 3.10



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵² Ces deux pourcentages reposent sur moins de 30 cas et ont une fiabilité réduite.

Pour l'ensemble de la population suisse, c'est parmi les personnes ayant terminé une formation de niveau secondaire II que l'on trouve la plus grande proportion de fumeurs et de fumeuses. Dans la classe d'âge des 15 à 34 ans, les personnes sans formation post-obligatoire fument moins que les personnes ayant une formation plus élevée (figure 3.10). Parmi les 35 à 49 ans, les fumeurs et les fumeuses sont les plus nombreux chez les personnes sans formation post-obligatoire puis chez celles qui ont terminé une formation de niveau secondaire II (différences non significatives pour les classes d'âge supérieures).

Au niveau suisse, la consommation de produits du tabac diffère en fonction du sexe: la quasi-totalité des femmes fument des cigarettes (98%) alors que ce n'est le cas que de quatre cinquièmes des hommes dont certains fument (aussi) des cigares (17,2%), des cigarillos (10,7%), la pipe (7,2%) ou la pipe à eau (7,8%).

Tab.3.7 Consommation de tabac, canton de Genève, 2007 (en %)

		Non fumeurs		Fumeurs	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Total		75,4	65,7	24,6	34,3
Classes d'âge	15–34 ans	65,7	60,3	34,3	39,7
	35–49 ans	79,0	62,4	21,0	37,6
	50–64 ans	70,2	68,8	29,8	31,2
	65 ans et plus	94,6	78,3	(5,4)	(21,7)
Formation	Scolarité obligatoire	86,3	(65,1)	(13,7)	(34,9)
	Degré secondaire II	72,8	64,6	27,2	35,4
	Degré tertiaire	72,6	68,1	27,4	31,9
Nationalité	Suisses	72,1	65,0	27,9	35,0
	Etrangers	81,0	66,7	(19,0)	33,3
Degré d'urbanisation	Ville	75,3	65,5	24,7	34,5
	Campagne	.	.	.	.
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	77,2	68,1	22,8	31,9
	De 3000 à 4499 CHF	75,5	61,4	24,5	38,6
	De 4500 à 5999 CHF	73,4	62,6	(26,6)	37,4
	6000 CHF et plus	69,5	67,7	(30,5)	32,3
Catégories socio-professionnelle	Ouvrier	74,8	68,4	25,2	31,6
	Petit entrepreneur	69,7	64,0	30,3	(36,0)
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	78,5	61,9	.	(38,1)
	Cadre moyen et supérieur	81,3	60,6	(18,7)	39,4

		Non fumeurs		Fumeurs	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Comparaison régionale	Genève	75,4	65,7	24,6	34,3
	Suisse	76,4	67,7	23,6	32,3
	Ville de Zurich	72,4	66,5	27,6	33,5
	Tessin	74,2	70,8	25,8	29,2
	Suisse centrale	77,9	66,3	22,1	33,7
	Suisse alémanique	76,7	67,2	23,3	32,8
	Suisse romande	75,9	68,6	24,1	31,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

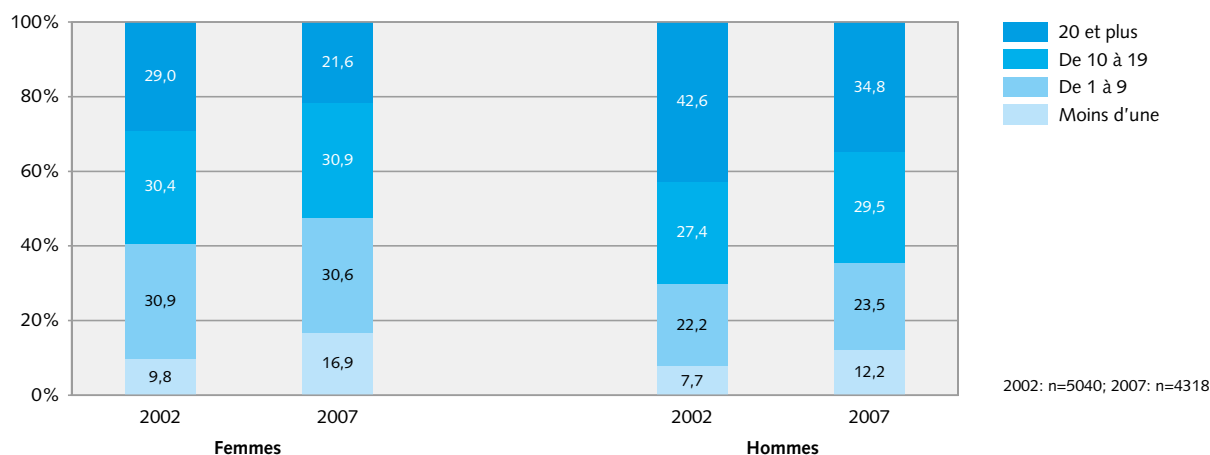
n=1044 (GE), n=18'754 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n = 10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs par sexe
Suisse, 2002 et 2007

Fig. 3.11



Question ESS: Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 2002/2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Augmentation des fumeurs modérés

Non seulement les hommes sont plus nombreux à fumer, mais ils sont plus nombreux à être de très gros consommateurs (20 cigarettes et plus) que les femmes (voir figure 3.11). En 2007 en Suisse, un tiers des hommes fument 20 cigarettes et plus par jour, ce qui n'est le cas que d'un cinquième des femmes. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des femmes (47,5%) fument moins de 10 cigarettes par jour, ce qui n'est le cas que d'un tiers environ des hommes (35,7%).

La proportion de fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour)⁵³ a augmenté entre 2002 et 2007, tant chez les hommes que chez les femmes. Parallèlement, on observe une diminution significative des très gros fumeurs (20 cigarettes et plus) pour les deux sexes.

3.3.2 Fumée passive

La fumée passive, ou fumée secondaire, se compose de la fumée qui s'échappe de l'extrémité incandescente de la cigarette et de la fumée exhalée par les fumeurs. La fumée de tabac contient plus de 4000 substances chimiques identifiées à ce jour dont 40 sont cancérigènes. Le Centre international de recherche sur le cancer a formellement déclaré la fumée passive comme cancérigène en 2002 (International Agency for Research on Cancer, 2004). Chez les non-fumeurs exposés, la fumée passive peut aussi provoquer cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires, asthme et infections des voies

respiratoires. Dans l'Enquête suisse sur la santé, les répondants ont indiqué la durée quotidienne de leur exposition à la fumée du tabac d'autres personnes (en minutes et en heures). Les résultats prennent en compte les non-fumeurs exposés à la fumée une heure et plus par jour.

Les résultats présentés ici datent de 2007. Entre-temps, des lois pour lutter contre le tabagisme passif ont été adoptées par certains cantons et sur le plan fédéral. Le Conseil fédéral a adopté en octobre 2009 une loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Ainsi, dès le 1^{er} mai 2010, tous les espaces fermés servant de lieu de travail à plusieurs personnes sont non-fumeurs. A partir de cette date, la fumée est également bannie de tous les espaces fermés accessibles au public (p. ex. centres commerciaux, cinémas, restaurants). Ces établissements pourront s'équiper de fumoirs munis d'un système d'aération suffisant. Cette loi laisse cependant la possibilité aux cantons d'édicter des dispositions plus strictes pour la protection de la santé. Le canton de Genève a adopté comme 14 autres cantons (AR, BE, BL, BS, FR, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) une législation contre le tabagisme passif plus stricte que les exigences fixées par la loi fédérale.

Les jeunes sont plus exposés à la fumée passive

Dans le canton de Genève, 18,7% de la population dit être exposée au moins une heure par jour à la fumée du tabac (contre 15,6% des Suisses). Au niveau suisse, les hommes (18,9%) sont plus exposés à la fumée que les femmes (12,9%, voir tableau 3.8). Cette différence entre

⁵³ Personnes qui disent fumer, mais ne fument pas tous les jours et moins d'une cigarette en moyenne par jour.

les sexes s'observe aussi dans le canton de Genève (20,2% vs 17,4%), même si elle n'est pas statistiquement significative.

Dans le canton de Genève comme dans l'ensemble de la Suisse, les jeunes sont plus souvent exposés à la fumée passive que les personnes plus âgées: la proportion est de 36,3% chez les personnes de moins de 35 ans et de 16,9% chez les personnes de 35 à 49 ans (CH: 27,8% vs 14,9%) (données non présentées).

En Suisse, par rapport au niveau de formation, les personnes les plus exposées à la fumée passive sont celles qui ont une formation de niveau secondaire chez les femmes et celles qui ont terminé l'école obligatoire ou une formation de niveau secondaire chez les hommes (données non présentées).

Dans l'ensemble de la Suisse, les hommes rapportent aussi être plus exposés à la fumée passive au travail que les femmes (voir tableau 3.9). Sur une échelle en sept catégories, les personnes professionnellement actives devaient indiquer dans quelle mesure elles étaient exposées à la fumée de tabac d'autres fumeurs. Ont été considérées comme exposées celles qui ont sélectionné les modalités suivantes: tout le temps, presque tout le temps, environ les trois quarts du temps, environ la moitié du temps, environ le quart du temps. A nouveau, ce sont les plus jeunes (15 à 34 ans) ainsi que les personnes ayant une formation obligatoire ou secondaire II qui sont les plus exposés à la fumée passive au travail.

Tab. 3.8 Exposition à la fumée passive (une heure et plus) en fonction du sexe, comparaison régionale, 2007 (en %)

		Exposés une heure et plus par jour à la fumée passive		
		Femmes	Hommes	Total
Comparaison régionale	Genève	17,4	20,2	18,7
	Suisse	12,9	18,9	15,6
	Ville de Zurich	12,5	13,0	12,7*
	Tessin	11,3*	20,2	15,2
	Suisse centrale	11,5*	19,1	14,7
	Suisse alémanique	11,5*	17,7	14,3*
	Suisse romande	17,1	22,1	19,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=662 (GE), 12 741 (CH)

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques ($p < 0,05$).

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

Tab. 3.9 Exposition à la fumée passive au travail, Suisse, 2007 (en %)

		Fumée passive au travail: exposés un quart du temps de travail jusqu'à l'entier de la journée
Total		15,6
Sexe	Femmes	11,8
	Hommes	18,6
Classes d'âge	15–34 ans	21,9
	35–49 ans	12,8
	50–64 ans	11,3
Formation	Scolarité obligatoire	19,6
	Degré secondaire II	19,4
	Degré tertiaire	8,3
Nationalité	Suisses	14,6
	Etrangers	19,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=7 715 (questionnaire écrit)

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

3.3.3 Consommation d'alcool

La fabrication d'alcool daterait d'il y a plusieurs milliers d'années, à l'apparition de l'agriculture. Toutefois, le procédé de distillation date du Moyen Age. Les boissons alcoolisées étaient essentiellement bues dans un contexte festif ou religieux. Depuis environ deux cents ans, suite aux progrès techniques et scientifiques, les boissons alcoolisées et notamment les spiritueux sont devenus des biens de consommation courants, disponibles en tout temps pour tout le monde. La consommation d'alcool structure de nombreux événements sociaux et participe de la culture, particulièrement en Suisse, pays producteur de vin. Ainsi est-il fréquemment difficile d'échapper à la pression sociale qui en encourage la consommation (Fouquet & de Borde, 1990).

En Suisse, la consommation d'alcool induit une part importante de la charge de maladie. Une consommation élevée provoque de nombreuses maladies et peut conduire à la dépendance. Les risques liés à une consommation régulière et importante d'alcool sont: dommages à de nombreux organes (foie, pancréas, estomac, etc.), augmentation de la tension artérielle, infarctus, lésions cérébrales pouvant aller de simples problèmes de concentration jusqu'à des démences graves, problèmes psychiques comme p. ex. dépressions, psychoses, problèmes au travail, en famille ou avec les amis.

L'alcool est ainsi le troisième facteur de risque d'années potentielles de vie perdues (décès prématuré) et de vie productive réduite (invalidité). En 2007, environ 15% des 384 décès dus à des accidents de la circulation ont été attribués à la consommation d'alcool (bpa, 2008).

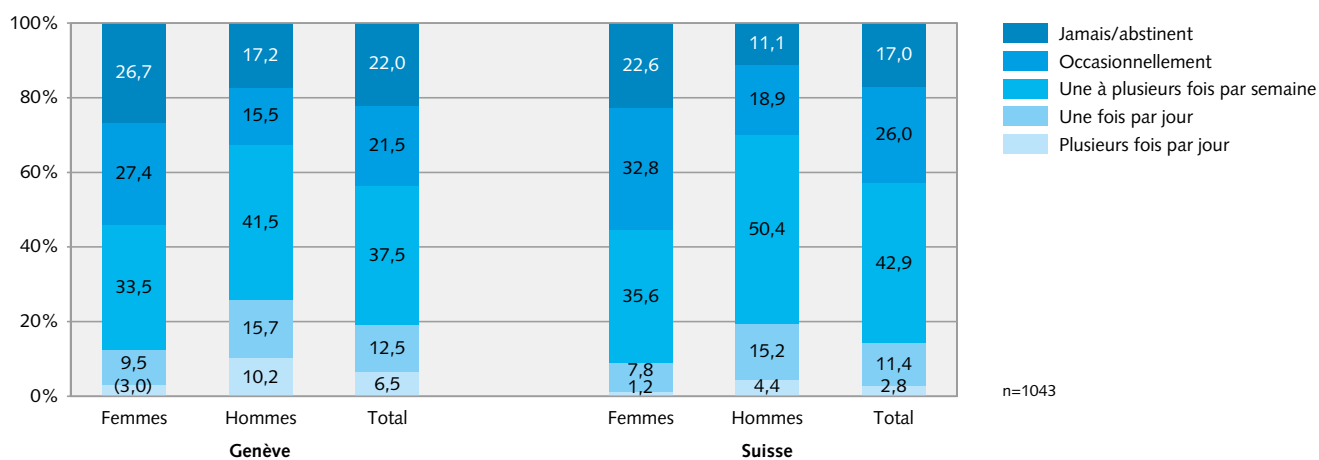
En Suisse, la consommation annuelle d'alcool des 15 ans et plus (10,1 litres par habitant), mesurée par les ventes annuelles, est supérieure à la moyenne de l'OCDE (9,5 litres par habitant, données 2005); à noter qu'en Suisse entre 1980 et 2005, cette consommation a baissé de 25% (OCDE, 2007).

Une étude menée au niveau suisse estime que pour l'année 1998, le coût social total des dépenses liées à l'abus d'alcool est égal à 6,5 milliards de francs (Jeanrenaud et al., 2003). Cette étude montre que 350'000 personnes sont dépendantes de l'alcool, et que 2100 personnes sont décédées des suites d'une consommation excessive d'alcool. Les maladies de l'appareil digestif sont à l'origine de 40% de ces décès, les accidents de la route, les chutes et les suicides étant les autres causes importantes. Les coûts directs (traitement des maladies imputables à l'abus d'alcool et accidents de la route) sont estimés à 700 millions de francs, les coûts indirects (décès, invalidité, chômage) à 1,5 milliards de francs et les coûts humains (perte de qualité de vie, effets psychosociaux et comportementaux) à 4,3 milliards de francs. Pour l'année 1998, 2800 personnes touchaient une rente d'invalidité pour motif d'alcoolisme avec un degré d'invalidité moyen supérieur à 90%.

L'Enquête suisse sur la santé aborde la consommation d'alcool sous trois aspects. Les personnes ont été interrogées sur la fréquence de leur consommation, le type de boisson alcoolisée consommée (bière, vin, cidre, spiritueux, alcopops) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Une consommation quotidienne

Fréquence de la consommation d'alcool en fonction du sexe canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 3.12



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

moyenne de 20 g d'alcool pur chez les femmes et 40 g chez les hommes est considérée comme moyennement risquée pour la santé⁵⁴. A partir de 40 g d'alcool par jour chez les femmes et de 60 g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003).

Dans le canton de Genève, 19,0% de la population boit tous les jours, 37,5% au moins une fois par semaine, 21,5% rarement (3 fois par mois ou moins) et

22,0% sont abstinentes. Plus de la moitié des femmes ne boivent jamais ou rarement, cette part est d'un tiers chez les hommes (voir figure 3.12). Un quart des hommes (25,9%) et moins de 13,0% des femmes boivent tous les jours. La comparaison avec l'ensemble de la Suisse montre que les Genevois (19,0%) sont plus nombreux que les Suisses (14,2%) à boire tous les jours de l'alcool mais plus nombreux également à être abstinentes (22,0 vs 17,0%).

Tab.3.10 Groupes à risque concernant la consommation d'alcool, Suisse, 2007 (en %)

		Pas de risque	Risque faible	Risque moyen à élevé
Total		26,2	68,7	5,1
Sexe	Femmes	35,2	60,2	4,6
	Hommes	16,6	77,7	5,7
Classes d'âge	15–34 ans	28,6	66,6	4,8
	35–49 ans	23,7	72,4	3,9
	50–64 ans	23,4	70,3	6,3
	65 ans et plus	29,7	64,0	6,3
Formation	Scolarité obligatoire	50,1	45,2	4,7
	Degré secondaire II	25,9	68,8	5,3
	Degré tertiaire	15,5	79,5	5,0
Nationalité	Suisses	23,6	71,1	5,4
	Etrangers	37,6	58,2	4,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	31,5	63,7	4,8
	De 3000 à 4499 CHF	24,8	70,5	4,8
	De 4500 à 5999 CHF	18,5	74,9	6,6
	6000 CHF et plus	14,7	79,3	6,0
Degré d'urbanisation	Ville	26,3	68,5	5,2
	Campagne	26,0	69,1	4,9

		Pas de risque	Risque faible	Risque moyen à élevé
Comparaison régionale	Genève	30,4	63,0	6,6
	Suisse	26,2*	68,7*	5,1
	Ville de Zurich	23,8*	71,0*	5,2
	Tessin	40,4*	52,2*	7,3
	Suisse centrale	25,1*	69,7*	5,2
	Suisse alémanique	24,9*	70,6*	4,4*
	Suisse romande	27,4	65,8	6,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n = 17 888

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

La catégorie «pas de risque» comprend, outre les personnes qui ne boivent jamais d'alcool, les personnes qui boivent de l'alcool moins d'une fois par mois et qui n'ont pas répondu à la question relative aux quantités consommées pour les différents types de boissons alcoolisées (voir: OFS, 2008a).

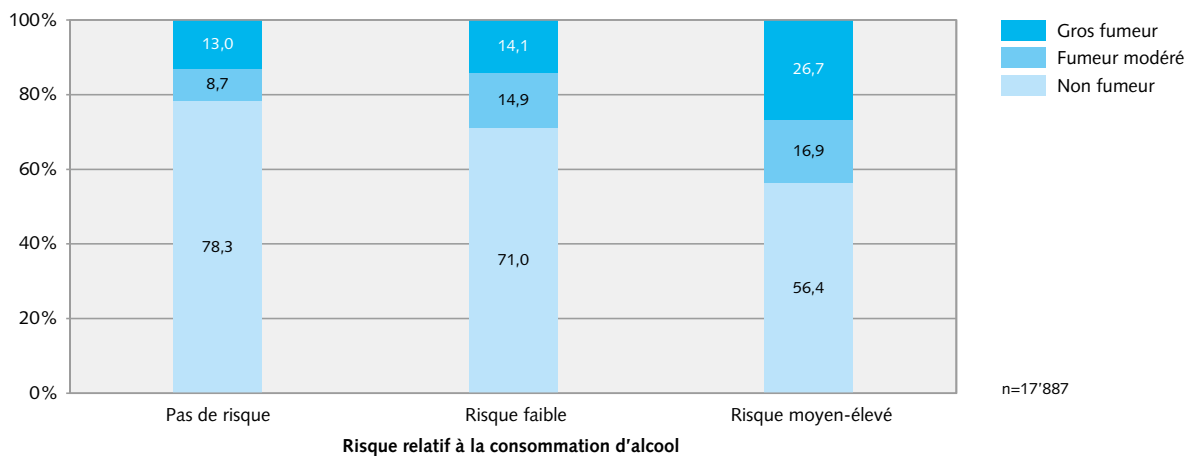
Femmes: risque faible: <20g/par jour, risque moyen à élevé: ≥20g/par jour.

Hommes: risque faible: <40g/par jour, risque moyen à élevé: ≥40g/par jour.

⁵⁴ Un verre d'une boisson alcoolisée (3 dl de bière, 1 dl de vin, 25 cl d'eau-de-vie, p. ex.) contient 10 à 12 g d'alcool pur.

Consommation de tabac en fonction du niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, Suisse, 2007

Fig. 3.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

A Genève, 6,6% de la population ont une consommation d'alcool à risque moyen à élevé contre 5,1% dans l'ensemble de la Suisse (différence n. s.). En Suisse, 4,6% des femmes et 5,7% des hommes font courir à leur santé un risque moyen à élevé de par leur consommation d'alcool (tableau 3.10). Dans le canton de Genève, la proportion est la même pour les deux sexes (6,9% vs 6,3%). La consommation à risque moyen à élevé augmente avec l'âge. A souligner aussi qu'au niveau suisse les personnes aux revenus les plus élevés (revenu d'équivalence du ménage dès 4500 CHF) présentent plus fréquemment un risque moyen à élevé. Il en va de même dans le canton de Genève.

Les personnes qui consomment le plus d'alcool sont aussi celles parmi lesquelles l'on compte la proportion la plus élevée de fumeurs, et particulièrement de gros fumeurs (figure 3.13).

3.3.4 Consommation de cannabis

Les produits dérivés du cannabis sont les drogues illégales les plus consommées en Suisse. La première consommation survient, dans la majorité des cas, à l'adolescence. Il est maintenant prouvé que la consommation régulière de cannabis a des effets négatifs, tant sur la santé physique que psychique (Hall & Solowij, 1998): p. ex., risques augmentés de bronchite chronique, de psychose ou de troubles neuropsychologiques. Les conséquences les plus inquiétantes concernent les problèmes d'insertion familiale, sociale et professionnelle des jeunes (Lynskey & Hall, 2000).

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 montre qu'au niveau du canton de Genève, deux cinquièmes (40,4%) des personnes de 15 à 34 ans ont consommé des produits à base de cannabis (prévalence sur la vie, voir tableau 3.11) et que 9,3% de ces personnes consommaient du cannabis à l'époque de l'enquête (ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée). La prévalence sur la vie et la consommation au moment de l'enquête chez les 15 à 34 ans dans le canton de Genève sont donc supérieures à la moyenne suisse (32,8% pour la prévalence à vie, 8,1% pour la consommation au moment de l'enquête, différence n. s.). La prévalence sur la vie de la consommation de cannabis en Suisse est passée de 29,2% en 2002 à 32,8% en 2007. Dans le canton de Genève, on observe une légère augmentation (n. s.) de 37,1% à 40,4%. La consommation au moment de l'enquête a reculé de 2002 à 2007 aussi bien au niveau suisse (de 8,9% à 8,1%) que dans le canton de Genève (de 12,6% à 9,3%), mais ces diminutions ne sont pas statistiquement significatives.

Dans le canton de Genève comme dans l'ensemble de la Suisse, les hommes (49,4%) déclarent nettement plus souvent que les femmes (30,3%) avoir déjà consommé des produits à base de cannabis. Au niveau suisse, les chiffres font également apparaître une différence entre les sexes pour la consommation au moment de l'enquête (12,0% vs 4,1%).

Tab. 3.11 Prévalence sur la vie de la consommation de cannabis et consommation actuelle auto-déclarée
Suisse, 2007 (15 à 34 ans, en %)

		Prévalence à vie	Consommation actuelle
Sexe	Femmes	24,5	4,1
	Hommes	41,0	12,0
Nationalité	Suisses	36,0	9,4
	Etrangers	23,8	4,3
		Prévalence à vie	Consommation actuelle
Comparaison régionale	Genève	40,4	(9,3)
	Suisse	32,8*	8,1
	Ville de Zurich	45,6	13,8
	Tessin	21,4*	(4,3)*
	Suisse centrale	28,1*	5,9
	Suisse alémanique	33,7*	8,4
	Suisse romande	34,0*	8,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=4305

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p <0,05).

Il existe des interactions entre la consommation de cannabis et le tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes (Richter et al., 2004). Dans l'ESS 2007, parmi les jeunes de 15 à 34 ans qui ont consommé au moins une fois de la marijuana ou du haschisch, 61,7% sont des fumeurs. Les fumeurs de cigarettes sont 57,4% à avoir aussi consommé au moins une fois de la marijuana ou du haschisch, contre 19,4% des non-fumeurs.

Les estimations basées sur l'Enquête suisse sur la santé, pour une classe d'âge comparable, se situent en général en dessous des chiffres qui proviennent des enquêtes sur la consommation de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes, telles que l'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), l'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), et la Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH). L'ensemble de ces enquêtes montre toutefois que la Suisse occupe, en comparaison internationale, l'une des positions de tête s'agissant de la consommation de cannabis (UNODC, 2009).

Ces études ont mis en évidence des prévalences de consommation qui ont nettement augmenté au cours des années 1990. Le Moniteur Cannabis, qui constitue la première enquête longitudinale en Suisse, permet d'atteindre un nouveau niveau de qualité dans la recherche sur le cannabis car la même méthode est utilisée à plusieurs reprises auprès des mêmes individus (BAG, 2005).

Les données des deux premières vagues (2004–2007) du Moniteur Cannabis font apparaître que les proportions d'adolescents et de jeunes adultes ayant déjà

consommé du cannabis dans leur vie ou qui en consomment actuellement sont globalement restées les mêmes pendant ce laps de temps. Alors qu'en 2004, 46% des adolescents et des jeunes adultes (13 à 29 ans) interrogés disaient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, ils étaient 44% en 2007 (n.s.). Durant la même période, la part des consommateurs actuels, c'est-à-dire des personnes qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête, a aussi légèrement diminué, passant de 13% à 11% (n.s.).

Dans le Monitoring Cannabis, la consommation problématique⁵⁵ est pour la première fois mesurée en Suisse. Le CUDIT (Adamson & Sellman, 2003) est un test qui contient dix questions et qui évalue la fréquence de la consommation de cannabis et recense divers problèmes liés à cette consommation, comme les problèmes de concentration, les difficultés à répondre à certaines exigences de la vie sociale et la perte subjective de contrôle de la consommation. En 2007, au niveau de la population suisse des 13 à 29 ans, 7,9% présentent une consommation non problématique et 3,2% une consommation problématique (les 88,9% restant ne consommant pas de cannabis). Durant la période 2004–2007, la part des personnes ayant une consommation problématique a elle aussi légèrement diminué, mais de manière non significative du point de vue statistique. L'âge de la première

⁵⁵ La consommation problématique de cannabis consiste en une incapacité à contrôler sa consommation. Les usagers qui sont considérés comme «à problèmes» sont ceux dont la consommation induit une rencontre avec les systèmes public, sanitaire, social ou judiciaire.

consommation de cannabis a en revanche clairement baissé: alors qu'en 2004, elle avait lieu en moyenne à 16,5 ans, en 2007 elle se situe à 15,8 ans (BAG, 2008).

3.3.5 Consommation de médicaments

Les médicaments revêtent une grande importance pour la santé de la population: grâce à eux, de nombreux patients ont aujourd'hui la possibilité de voir leur maladie soulagée, voire guérie: les médicaments ont ainsi contribué au prolongement de l'espérance de vie et à l'amélioration de la qualité de vie jusqu'à un âge avancé. De plus, les nouveaux médicaments peuvent contribuer à réduire les séjours hospitaliers onéreux et à ce que le patient reprenne le plus rapidement possible ses activités quotidiennes (Marty, 2007).

Les médicaments n'ont pas seulement des effets bénéfiques, ils peuvent aussi être consommés de manière abusive et provoquer des effets secondaires non négligeables. Certains médicaments peuvent être utilisés à mauvais escient ou consommés sans raison médicale valable. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est parfois difficile à établir. Un certain nombre de médicaments génèrent également des dépendances. Des études montrent que l'usage inapproprié de médicaments concerne généralement les substances dites psychotropes, en particulier les somnifères (hypnotiques), les tranquillisants, les antidouleurs (analgésiques) et les stimulants (pas traités ici). L'usage régulier et prolongé de ce type de médicaments, même à petites doses, peut conduire à une (pharmaco-) dépendance (Maffli, 2005).

Les résultats présentés dans les paragraphes suivants ne permettent pas de distinguer entre une consommation appropriée ou inappropriée de médicaments. En particulier des différences par caractéristiques sociodémographiques ou par région peuvent potentiellement résulter de différences au niveau de l'état de santé et ne peuvent donc pas être attribuées à un abus de consommation de ces médicaments.

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

En 2007, plus de la moitié (51,9%) des Genevois ont consommé au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête, ce qui est significativement supérieur à la consommation de la population suisse (46,3%). De même, leur consommation d'analgésiques (27,2%), de tranquillisants (6,7%), de somnifères (6,9%) et d'antidépresseurs (4,1%, différence n.s.) est supérieure à celle de la moyenne des Suisses (20,1%, 4,3%, 5,2%, 3,6%) (tableau 3.12).

Au niveau suisse et dans le canton de Genève, les femmes sont plus nombreuses à dire avoir pris au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête.

Aussi bien dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Genève, la consommation de médicaments est plus élevée aux âges plus avancés. Le tableau 3.12 montre par ailleurs que la consommation de médicaments est, au niveau suisse, nettement moins élevée parmi les personnes ayant accompli une formation supérieure. Ce n'est pas le cas pour le canton de Genève.

Augmentation de la consommation de médicaments chez les femmes

A l'échelle de la Suisse, la consommation de médicaments est en augmentation. En 2002, 40,8% des personnes interrogées avaient pris au moins un médicament dans les sept jours précédant l'enquête; cette proportion est passée à 46,3% en 2007. Dans le canton de Genève, l'augmentation n'est pas significative (de 48,8% à 51,9%). Mais si l'on examine les chiffres de plus près, on observe que si la consommation de médicaments est restée à peu près stable chez les hommes (43,4% en 2002, 42,3% en 2007), elle a augmenté nettement (et significativement) chez les femmes (hausse de 8 points, de 53,1% à 61,2%).

Tab. 3.12 Consommation de médicaments, canton de Genève et Suisse, 2007
(dans la semaine précédant l'enquête, en %)

		N'importe quel médicament		Analgésiques		Tranquillisants	Somnifères	Anti-dépresseurs
		GE	CH	GE	CH	CH	CH	CH
Total		51,9	46,3	27,2	20,1	4,3	5,2	3,6
Sexe	Femmes	61,2	51,3	34,8	24,4	5,3	6,8	4,5
	Hommes	42,3	41,0	19,4	15,6	3,3	3,6	2,6
Classes d'âge	15–34 ans	42,3	31,0	29,8	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 ans	40,1	37,3	22,5	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 ans	61,6	54,0	29,0	21,7	6,4	6,3	5,8
	65 ans et plus	75,4	76,6	27,2	25,0	7,9	14,9	4,7
Formation	Scolarité obligatoire	51,7	53,9	24,6	25,6	7,8	10,6	6,0
	Degré secondaire II	50,7	44,9	29,1	19,5	4,0	4,9	3,2
	Degré tertiaire	54,3	45,3	25,6	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalité	Suisses	55,8	47,8	28,1	19,8	4,2	5,3	3,4
	Etrangers	45,9	40,3	25,8	21,1	4,9	4,8	4,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	44,4	42,4	25,6	20,6	4,5	5,3	3,7
	De 3000 à 4499 CHF	59,1	49,1	31,5	20,7	4,4	5,3	4,2
	De 4500 à 5999 CHF	53,4	49,0	23,6	18,6	4,3	5,3	3,2
	6000 CHF et plus	53,8	48,3	26,5	19,3	3,4	4,2	2,9
Degré d'urbanisation	Ville	52,0	47,3	27,4	20,4	4,5	5,3	3,8
	Campagne	.	43,5	.	19,3	3,8	4,9	3,0

		N'importe quel médicament	Analgésiques	Tranquillisants	Somnifères	Anti-dépresseurs
Comparaison régionale	Genève	51,9	27,2	6,7	6,9	4,1
	Suisse	46,3*	20,1*	4,3*	5,2*	3,6
	Ville de Zurich	47,3*	18,6*	2,9*	4,6*	4,1
	Tessin	45,2*	18,5*	5,7	6,6	3,9
	Suisse centrale	40,5*	16,4*	2,7*	3,6*	3,0
	Suisse alémanique	44,8*	18,7*	3,5*	4,6*	3,2
	Suisse romande	50,7	24,4*	6,3	6,7	4,5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1042 (GE), n=18 733 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques ($p < 0,05$).

Question ESS: la question très générale de la consommation de médicaments a été posée sur la base de l'utilisation d'un quelconque médicament au cours des sept jours précédant l'enquête. Les consommateurs de médicaments comprennent les personnes qui ont pris quotidiennement, plusieurs fois par semaine ou env. une fois par semaine un médicament.

Note: 499 femmes de 15 à 34 ans et 152 de 34 à 49 ans prennent la pilule, cependant on ignore si elles l'ont comptabilisée dans la prise de médicaments (niveau suisse, questionnaire écrit).

Au niveau suisse, c'est la consommation d'analgésiques dans la semaine précédant l'enquête qui a le plus augmenté entre 2002 et 2007, passant de 14,5% à 20,1%, avec une consommation quotidienne de 4,3% en 2002 et de 5,8% en 2007. La part des personnes consommant des somnifères est passée de 4,1% à 5,2% et celle des individus recourant aux tranquillisants de 3,8% à 4,3%.

La majorité des médicaments psychotropes sont prescrits par le médecin

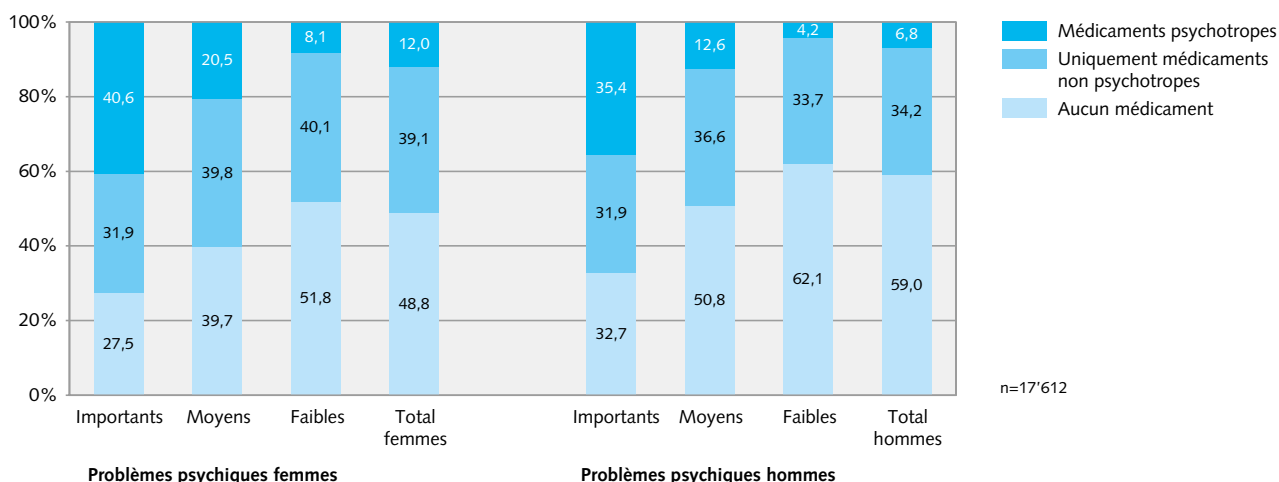
Environ quatre cinquièmes des médicaments consommés sont prescrits par un médecin (78,1% en Suisse, 76,8% dans le canton de Genève). Si, au niveau suisse, 97,8% des personnes qui prennent un antidépresseur disent qu'il a été prescrit par un médecin (82,3% pour les tranquillisants et 86,3% pour les somnifères), ce n'est le cas que de 54,8% des personnes qui prennent des médicaments contre les douleurs. Des résultats très similaires s'observent dans le canton de Genève. A noter encore que ces proportions ne changent pas en fonction du

sexe du consommateur. Les personnes souffrant de problèmes psychiques importants sont nettement plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes ou d'autres médicaments que celles qui ne souffrent pas d'un tel problème (figure 3.14). En cas de problèmes psychiques importants, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

La consommation de somnifères est plus élevée dans les groupes d'âge plus avancés: 14,9% des personnes de 65 ans et plus en consomment au moins une fois par semaine, ce qui n'est le cas que d'un pour cent des personnes de 15 à 34 ans. Comme le montre la figure 3.15, moins de 10% des personnes de cette classe d'âge ayant de grandes difficultés à s'endormir ou souffrant d'insomnies consomment des somnifères; cette proportion est déjà d'un quart chez les personnes de 35 à 49 ans et culmine à 42,2% parmi les personnes de 65 ans et plus. A noter qu'un cinquième (20,3%) des personnes de 65 ans et plus ne souffrant que d'un peu d'insomnies consomment au moins une fois par semaine des somnifères.

Consommation de médicaments en fonction des problèmes psychiques et du sexe, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.14



Les médicaments psychotropes considérés dans cette figure sont les somnifères, les calmants et les antidépresseurs. Pour la définition des problèmes psychiques, voir point 2.3

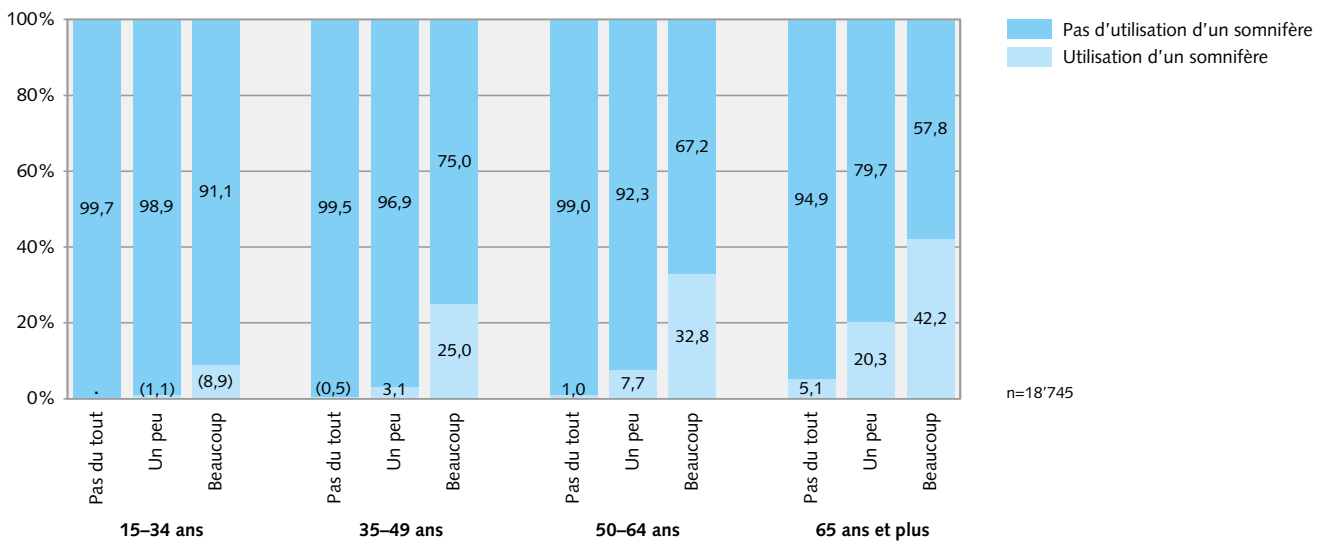
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Consommation de somnifères en fonction de l'importance des problèmes d'insomnies et de l'âge

Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.15



Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
 Consommation de somnifères au cours des sept jours précédant l'enquête: quotidiennement, plusieurs fois par semaine ou environ une fois par semaine
 Question ESS: avez-vous eu des difficultés à vous endormir, ou des insomnies durant les 4 dernières semaines? pas du tout, un peu, beaucoup

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.4 Comportements face au VIH/sida

Au point 3.4 est présenté le résumé du chapitre «Comportements face au VIH/sida dans la population générale» extrait du rapport «Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2008» rédigé par l'IUMSP de Lausanne sur mandat du Département de l'Economie et de la Santé, actuel Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) du canton de Genève. Le chapitre complet est disponible en annexe 3.

De manière générale, les personnes résidant dans le canton de Genève se différencient peu de celles domiciliées ailleurs en Suisse sous l'angle de leur activité sexuelle et de leurs comportements de protection.

Les différences apparaissant entre hommes et femmes au niveau de l'activité sexuelle sont généralement de même nature que celles observées ailleurs en Suisse. On notera toutefois que ce sont les Genevois de sexe masculin qui débute le plus tôt leur vie sexuelle. La proportion des personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels ou avec de nouveaux partenaires stables durant les douze mois précédant l'enquête est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes.

A Genève, une personne sur dix a eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois (nombre médian de partenaires plus élevé qu'ailleurs en Suisse).

Les Genevois ne se différencient pas non plus – ou se différencient peu – des autres résidents suisses en matière de protection. Celle-ci est globalement assez élevée. Les hommes se protègent mieux que les femmes lors de relations avec des partenaires occasionnels. C'est l'inverse qui se produit lors de nouvelles relations avec des partenaires stables: à Genève, les hommes sont moins nombreux à se protéger dans ce type de circonstances, constat que l'on ne retrouve toutefois pas en Suisse. Quelle que soit la situation, la protection lors de relations sexuelles tend à diminuer avec l'avancement en âge.

Les informations concernant les tests VIH volontaires (en dehors des tests réalisés lors de dons de sang) montrent que les personnes domiciliées à Genève sont sensiblement plus nombreuses à s'être déjà fait tester que celles résidant ailleurs en Suisse. Ce constat vaut aussi en ce qui concerne les tests effectués dans l'année précédant l'enquête. Les hommes genevois ont un nombre médian de tests plus élevé que celui observé dans les autres groupes.

En matière d'activité sexuelle et de comportements de protection, les jeunes adultes genevois (16 à 30 ans) ne se différencient généralement pas de leurs contemporains résidant ailleurs en Suisse. On observe toutefois qu'ils sont sensiblement plus nombreux à avoir déjà entretenu des relations sexuelles avec des partenaires de même genre et cela quel que soit leur sexe.

Le niveau de protection chez les jeunes Genevois est assez élevé. Quel que soit le type de partenaire, les jeunes hommes genevois se protègent moins bien que les jeunes femmes.

Enfin, les jeunes adultes genevois sont plus nombreux à s'être fait tester que leurs contemporains domiciliés ailleurs en Suisse, l'écart entre jeunes de sexe masculin étant particulièrement marqué pour les tests récents.

3.5 Résumé

Ce chapitre présente un certain nombre de comportements favorables à la santé s'ils sont suivis (activité physique, habitudes d'alimentation) et d'autres défavorables à la santé (tabac, alcool, cannabis et médicaments) car ils peuvent provoquer des maladies ou une dépendance. Par ailleurs, l'attention que les individus portent à leur santé est un indicateur des comportements individuels face à la santé. Dans le canton de Genève, 18,8% de la population ne portent pas d'attention particulière à leur santé, 64,0% y portent de l'attention et 18,8% y portent une grande attention.

La pratique d'une activité physique fait partie des comportements de santé qui se sont améliorés ces dernières années: en 2007, 36,3% des habitants du canton de Genève pratiquent une activité physique contre 31,1% en 2002. La proportion de non actifs dans les loisirs a aussi diminué.

Dans le canton de Genève, un peu plus de la moitié des répondants (55,9%) disent faire attention à leur alimentation, proportion nettement inférieure à celle de l'ensemble de la Suisse (70,5%) mais qui se situe dans la

moyenne de la Suisse romande (56,3%). En revanche, la recommandation de manger 5 fruits ou légumes par jour est un mieux observée par la population genevoise (37,7%) que par la population suisse (29,3%).

La proportion d'individus en surcharge pondérale dans la population genevoise s'élève à 30,4% et celle souffrant d'obésité est de 7,5%. Les hommes sont deux fois plus nombreux à être en surpoids que les femmes.

La proportion de fumeurs a diminué au niveau suisse et la même tendance s'observe dans le canton de Genève: en 2002, il y avait 34,0% de fumeurs et cette proportion est de 29,3% en 2007. Tout comme au niveau suisse, c'est surtout la proportion de gros fumeurs qui a diminué, passant de 18,7% en 2002 à 13,6% en 2007.

Dans le canton de Genève, 19,0% de la population boivent tous les jours, 37,5% chaque semaine et 43,5% consomment de l'alcool plus rarement ou jamais. En comparaison avec la moyenne suisse, la population genevoise compte davantage de consommateurs d'alcool journaliers (GE: 19,0%, CH: 14,2%), mais également plus d'abstinents (GE: 22,0%, CH: 17,0%).

La population genevoise consomme plus de médicaments que la moyenne suisse: 51,9% des Genevoises et Genevois ont déclaré avoir consommé un médicament dans la semaine précédant l'enquête, contre 46,3% en moyenne chez les Suissesses et les Suisses. Dans le canton de Genève comme en Suisse, les femmes sont nettement plus nombreuses à prendre des médicaments. Cette proportion a même augmenté entre 2002 et 2007. Les données d'achats de médicaments dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sembleraient aller dans le même sens d'une consommation plus élevée de médicaments dans le canton de Genève.

4 Conditions de logement et situation professionnelle

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel, exerce une influence importante sur sa santé. C'est ce que montre notamment le document «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé» de l'Office fédéral de la santé publique (2005), dans lequel les domaines «emploi et monde du travail» et «habitat et mobilité» sont identifiés comme deux des sept principaux champs d'action de la politique de la santé⁵⁶. Ce chapitre traite de l'influence que le logement et le travail peuvent avoir sur la santé des individus en plus des comportements présentés dans le chapitre précédent et qui sont aussi en lien avec l'environnement résidentiel et professionnel.

En référence au logement, l'OMS (WHO, 2004a) énumère une variété de facteurs qui peuvent avoir une influence positive ou négative sur la santé: la protection contre les influences atmosphériques, les nuisances, les liens sociaux, la qualité de l'habitat, l'état des bâtiments et l'équipement des logements. Pour les derniers facteurs cités, l'OMS renvoie par exemple au développement des moisissures dans les appartements humides ou à la pollution provoquée par les matériaux de construction (p. ex. amiante, peintures, etc.), qui peuvent conduire à des allergies, à de l'asthme et à d'autres problèmes de santé.

Au niveau de l'habitat, le bruit est un autre facteur important: les personnes qui souffrent continuellement du bruit dans leur logement peuvent tomber malades. Les nuisances sonores sont particulièrement problématiques pendant les phases de repos et de sommeil. Le bruit influence les mécanismes de régulation du système nerveux végétatif et peut avoir un effet préjudiciable aigu ou chronique sur le bien-être physique et psychique, ou conduire à des baisses de performances dans les activités quotidiennes ou professionnelles. Des nuisances sonores répétées peuvent provoquer en outre des modifications hormonales (par exemple libérer les hor-

mones du stress), favoriser l'hypertension ou provoquer des troubles du métabolisme des graisses, et ces perturbations peuvent augmenter le risque de maladie cardiovasculaire (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

Tout cela est également valable pour le travail. A cet égard, on peut se référer à ce qui est mentionné dans le document de référence de l'OFSP 2005):

«Le monde du travail occupe une place prépondérante dans la vie des personnes actives, cet environnement pouvant répondre dans une large mesure à leur besoin de sécurité et de reconnaissance, et donc contribuer à leur bien-être. L'exercice d'une activité professionnelle devrait donc renforcer l'estime de soi et partant, la santé mentale. Cependant, ces personnes sont aussi soumises à des contraintes physiques et psychiques de diverse nature sur leur lieu de travail. Parmi les facteurs de risques d'ordre physique, citons les accidents, le bruit, le travail en équipe ou de nuit, l'exposition à des agents chimiques, le travail en station assise ou encore le transport de charges lourdes. Les risques d'ordre psychique englobent, par exemple, le manque de reconnaissance pour le travail effectué, les exigences trop élevées et conjuguées à une autonomie limitée, le mobbing, le manque de communication ou les tâches qui ne sont pas en adéquation avec les capacités de l'intéressé.» (OFSP, 2005, p. 22)

Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons aux influences potentiellement dangereuses pour la santé dans l'environnement résidentiel et professionnel. Le premier paragraphe concerne les nuisances au domicile et se base sur les données de l'Enquête suisse sur la santé. Les paragraphes suivants portent sur différents aspects du monde du travail: nuisances, tensions psychiques et charges physiques, satis

⁵⁶ Les autres champs d'action sont les suivants : «lutte contre les maladies et prévention», «sécurité sociale et égalité des chances», «formation et capacitation», «environnement construit et milieu naturel», ainsi que «sécurité des denrées alimentaires et nutrition».

faction au travail et crainte de la perte de l'emploi⁵⁷. Les facteurs importants cités plus haut en lien avec les conditions de travail et de logement ne sont pas présentés ici, car ils n'ont pas été traités dans l'Enquête suisse sur la santé (sujets difficiles à aborder dans le cadre d'une enquête auprès de personnes, nombre limité de thèmes abordés dans le questionnaire).

4.1 Nuisances à la maison

La figure 4.1 présente onze sources de nuisances dans l'habitat traitées dans l'enquête. Le bruit de la circulation routière représente la principale source de nuisances dans le canton de Genève, où il est mentionné par plus d'une personne sur trois (35,5%). Il n'est pas étonnant que le bruit de la circulation routière et le bruit d'autres personnes arrivent en tête du classement des nuisances, étant donné la forte densité de l'habitat, la part élevée des maisons individuelles et le taux comparativement bas de logements occupés par leurs propriétaires⁵⁸ en Suisse.

Moins d'un tiers de la population genevoise ne subit aucune nuisance à la maison

A noter toutefois qu'un peu moins d'un tiers (28,8%) des Genevois et Genevoises interrogés ne citent aucune des onze sources de nuisances. La part des personnes qui vivent loin de toute nuisance est donc nettement plus faible dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (47% environ). Le nombre de nuisances dans l'habitat citées par la population genevoise est également supérieur à celui observé dans d'autres cantons et régions (tableau 4.1). Dans le canton de Genève, la situation est comparable à celle observée dans la ville de Zurich. Le classement par ordre d'importance des différentes sources de nuisances est semblable également dans le canton de Genève et en Suisse, malgré les différences enregistrées quant au nombre de nuisances citées. On constate par contre des écarts substantiels pour ce qui est du bruit de la circulation routière et du bruit produit

par d'autres personnes, dont les Genevois et les Genevoises sont proportionnellement plus nombreux à souffrir que la moyenne suisse. A l'inverse, la population genevoise interrogée est moins concernée par les nuisances causées par l'agriculture que le reste de la population suisse.

Tous les groupes de population ne sont pas concernés dans la même mesure par le bruit et les autres nuisances. Un coup d'œil au tableau 4.1, dans lequel est représenté le nombre de nuisances, parmi celles exposées dans la figure 4.1, dont la population souffre, permet de l'observer. Les personnes ayant un haut niveau d'éducation et qui gagnent bien leur vie mentionnent plus rarement des nuisances dans l'habitat que les personnes qui ont un niveau d'éducation bas ou moyen et/ou un faible revenu. Ce résultat pourrait mettre en évidence un effet de stratification selon lequel les habitations confortables situées dans un environnement «sans nuisances» sont plus chères que les autres. La différence considérable entre les populations rurale et urbaine est également plausible: cette dernière est confrontée à des nuisances qui sont sensiblement plus fréquentes.

Lien entre les nuisances et l'état de santé

La figure 4.2 montre le rapport entre le nombre de nuisances perçues et différents aspects de la santé physique et psychique. Les personnes dont le sentiment de maîtrise de la vie est faible à moyen déclarent un peu plus souvent que les autres subir au moins deux types de nuisances par rapport à leur logement⁵⁹. Contre toute attente et malgré les résultats obtenus pour l'ensemble de la Suisse, les personnes interrogées dans le canton de Genève dont l'état de santé est moyen à mauvais et celles qui souffrent de problèmes psychiques moyens à importants ne déclarent pas davantage subir au moins deux types de nuisances que les personnes qui jugent leur santé bonne et celles qui ont en général peu de problèmes psychiques. Les données de l'Enquête suisse sur la santé ne permettent pas de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les nuisances et la santé et si oui, dans quel sens il s'exerce.

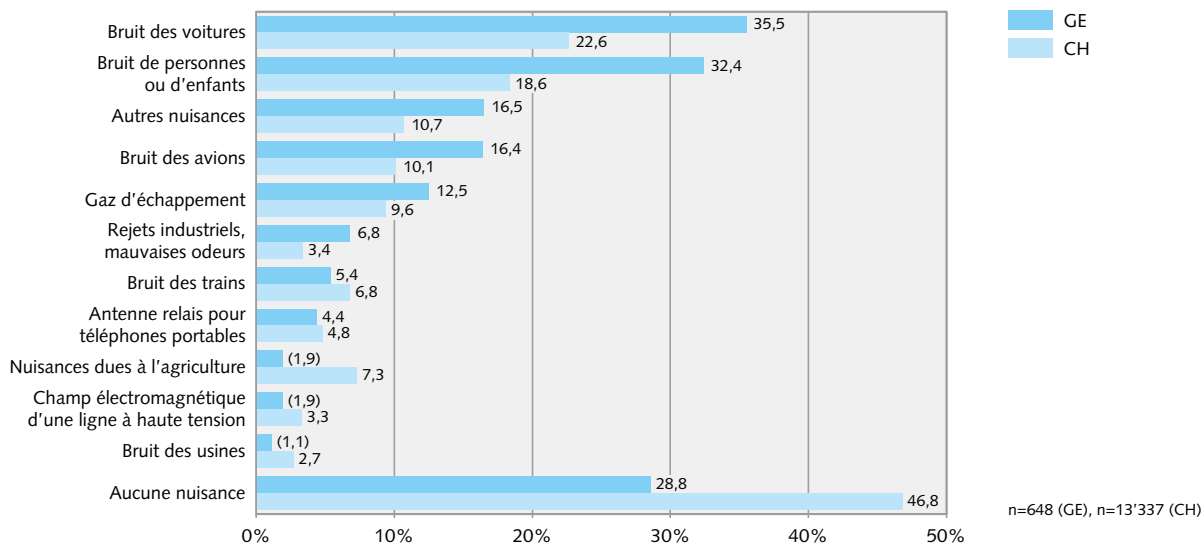
⁵⁷ Ces derniers dépendent de la conjoncture et reflètent la situation conjoncturelle en 2007 (année de l'enquête). Les nuisances au travail et la peur de perdre son emploi n'auraient probablement pas le même poids en 2010, en raison des conséquences de la crise financière et de la récession.

⁵⁸ Selon l'OFS (2004), environ 70% de tous les logements de Suisse en 2000 se trouvaient dans des maisons occupées par au moins deux familles. La proportion de logements en propriété a augmenté en Suisse de 31,3% à 34,6% entre 1990 et 2000 (canton de Genève: de 13,7 à 15,8%), mais elle reste toutefois faible en comparaison internationale. Cette proportion est par exemple de 43% en Allemagne, de 55% en France, de 56% en Autriche et de 68% en Grande-Bretagne (voir: www.bwo.admin.ch/dokumentation/00101/00105/index.html?lang=fr, consulté en avril 2009).

⁵⁹ Pour la définition des variables utilisées, voir le point 2.3.

Personnes concernées par des nuisances à la maison
canton de Genève et Suisse, 2007

Fig. 4.1



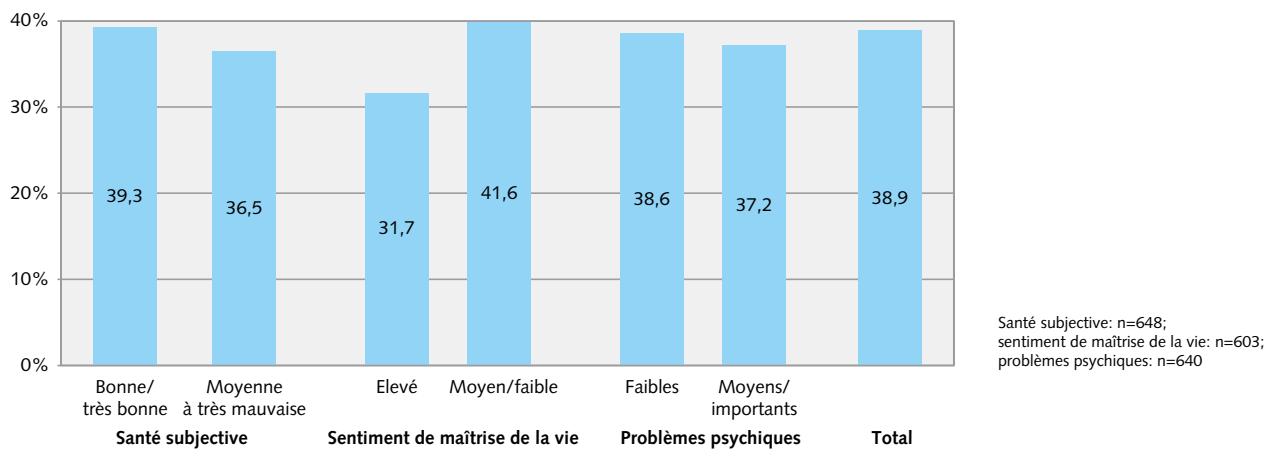
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, 2007

Fig. 4.2



Pour la définition de la santé subjective, du sentiment de maîtrise de la vie et des problèmes psychiques, voir chapitre 2.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 4.1 Nombre de nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Aucune nuisance		1 nuisance		2 nuisances ou plus	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		28,8	46,8	32,3	26,2	38,9	27,0
Sexe	Femmes	26,6	45,4	34,5	27,2	38,9	27,4
	Hommes	31,3	48,2	29,9	25,2	38,8	26,6
Classes d'âge	15–34 ans	23,1	47,6	33,6	26,6	43,3	25,8
	35–49 ans	29,3	47,7	30,6	25,3	40,1	27,0
	50–64 ans	33,7	45,7	34,5	27,0	31,9	27,3
	65 ans et plus	32,2	45,3	29,7	26,0	38,1	28,6
Formation	Scolarité obligatoire	(17,4)	43,0	(41,9)	26,0	(40,7)	31,0
	Degré secondaire II	30,5	47,5	30,9	26,3	38,6	26,2
	Degré tertiaire	31,2	46,7	30,4	26,1	38,4	27,2
Nationalité	Suisses	29,2	48,1	32,3	26,0	38,5	25,9
	Etrangers	28,3	41,5	32,3	27,1	39,4	31,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	28,3	46,4	27,5	25,2	44,2	28,4
	De 3000 à 4499 CHF	24,8	45,2	34,3	26,9	41,0	27,9
	De 4500 à 5999 CHF	31,5	48,1	27,7	24,6	40,8	27,3
	6000 CHF et plus	33,8	49,5	34,7	27,3	31,4	23,2
Degré d'urbanisation	Ville	29,2	44,1	32,6	26,8	38,2	29,1
	Campagne	.	54,0	.	24,8	.	21,2

		Aucune nuisance	1 nuisance	2 nuisances ou plus
Comparaison régionale	Genève	28,8	32,3	38,9
	Suisse	46,8	26,2	27,0
	Ville de Zurich	35,9*	26,4	37,6
	Tessin	45,7*	24,7	29,6*
	Suisse centrale	48,3*	27,1	24,7*
	Suisse alémanique	48,1*	25,2*	26,7*
	Suisse romande	43,0*	29,8	27,3*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=648 (GE), n=13 337 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

4.2 Nuisances au travail⁶⁰

4.2.1 Nuisances au travail

Les nuisances au travail font également partie du champ d'investigation de l'Enquête suisse sur la santé⁶¹. Les personnes actives occupées ont été interrogées sur un total de dix sources de nuisances possibles. Dans le canton de Genève comme dans l'ensemble de la Suisse, la moitié environ des personnes interrogées ne fait état d'aucune source de nuisances; un peu plus du tiers de la population en cite une ou deux et le reste mentionne plus de deux sources de nuisances (tableau 4.2).

La fumée du tabac, la principale source de nuisance au travail

Il ressort de la figure 4.3 que les personnes actives occupées du canton de Genève souffrent avant tout de la fumée du tabac, de températures trop élevées ou trop basses, de bruits forts et de l'inhalation de fumées et

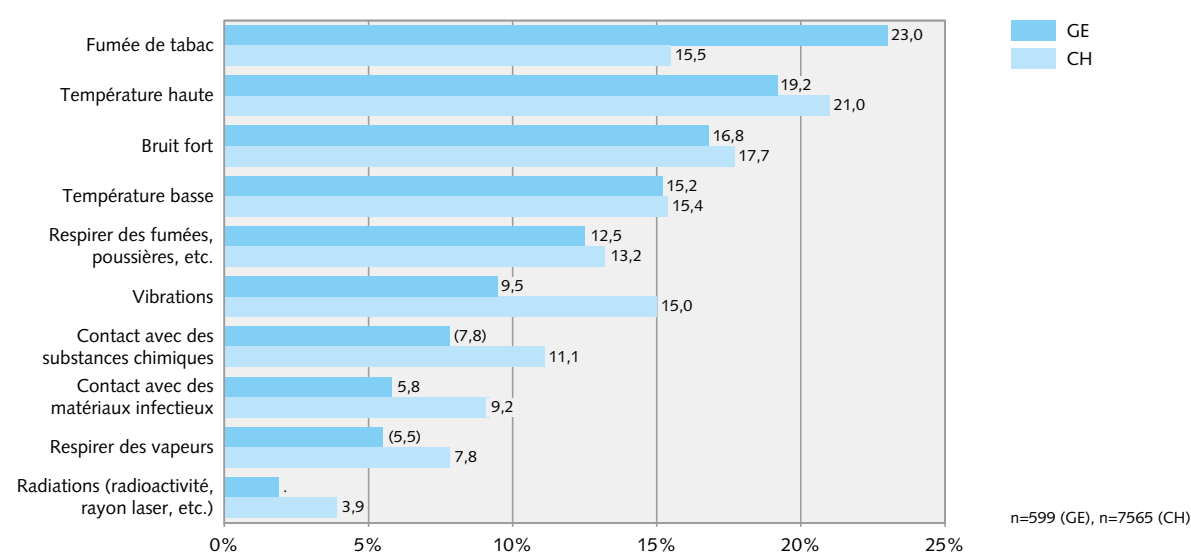
poussières. Un huitième à un peu moins d'un quart des personnes interrogées se plaignent de ces nuisances. En revanche, les rayonnements, l'exposition à des substances dangereuses et l'inhalation de vapeurs ne posent quasiment pas problème, du fait notamment que seule une minorité des personnes actives occupées travaillent dans un environnement correspondant.

Les écarts entre les résultats obtenus pour le canton de Genève et pour l'ensemble de la Suisse sont insignifiants pour la plupart des nuisances considérées. Cependant, les personnes interrogées se plaignent moins souvent de la fumée du tabac à l'échelle suisse que dans le canton de Genève. Ce constat confirme le résultat selon lequel ce canton compte une proportion supérieure à la moyenne de fumeurs et de fumeuses, et donc de personnes exposées à la fumée passive (voir point 3.3).

Le tableau 4.2 fait apparaître des effets liés à la formation, au revenu et à la profession: au niveau de l'ensemble de la Suisse, deux cinquièmes des ouvriers (41,2%) mentionnent plus de deux nuisances au travail. La proportion

Personnes subissant des nuisances au travail
canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées)

Fig. 4.3



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁶⁰ A noter, en ce qui concerne la situation professionnelle, qu'une partie des personnes interrogées travaille en dehors de son canton de domicile (Genève).

⁶¹ La plupart des questions sur l'activité professionnelle exercée effectivement sont posées dans le questionnaire écrit. Etant donné que l'échantillon de l'enquête écrite est plus petit que celui des interviews téléphoniques, et que seulement la moitié environ de la population suisse est active occupée, le nombre des cas correspondants est comparativement faible. Pour le canton de Genève, cela signifie qu'environ 500 personnes ont répondu à ces questions et que les analyses effectuées d'après les différentes caractéristiques des personnes interrogées atteignent leurs limites très rapidement.

Tab. 4.2 Nombre de nuisances au travail, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		Aucune nuisance		1 ou 2 nuisances		3 nuisances ou plus	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		52,1	49,6	32,5	31,4	15,5	19,0
Sexe	Femmes	51,0	55,1	40,9	34,2	(8,1)	10,8
	Hommes	53,0	45,4	25,4	29,2	21,6	25,4
Classes d'âge	15–34 ans	49,9	41,8	29,3	33,3	(20,8)	24,9
	35–49 ans	48,6	51,7	38,3	31,2	(13,1)	17,1
	50 ans et plus	60,7	57,1	28,1	29,0	(11,2)	13,9
Formation	Scolarité obligatoire	.	39,1	.	32,1	(51,2)	28,8
	Degré secondaire II	50,8	42,1	34,4	33,6	(14,8)	24,3
	Degré tertiaire	60,1	64,6	31,7	27,4	(8,1)	8,0
Nationalité	Suisses	54,3	50,8	31,6	31,1	14,1	18,1
	Etrangers	49,1	45,1	(33,6)	32,4	(17,4)	22,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	45,3	40,3	34,8	34,4	(20,0)	25,4
	De 3000 à 4499 CHF	48,3	47,6	35,0	32,2	(16,7)	20,2
	De 4500 à 5999 CHF	72,9	53,2	(21,0)	30,1	.	16,7
	6000 CHF et plus	52,3	62,6	33,3	27,7	(14,4)	9,7
Degré d'urbanisation	Ville	51,9	51,6	32,5	31,4	15,5	17,0
	Campagne	.	44,2	.	31,4	.	24,4
Catégories socioprofessionnelle	Ouvriers	(34,0)	25,3	(29,5)	33,5	(36,5)	41,2
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(51,2)	44,9	(38,0)	31,2	.	24,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	42,9	57,7	46,4	33,1	.	9,2
	Cadres moyens et supérieurs	64,8	60,4	26,7	29,6	(8,6)	10,0

		Aucune nuisance	1 ou 2 nuisances	3 nuisances ou plus
Comparaison régionale	Genève	52,1	32,5	15,5
	Suisse	49,6	31,4	19,0
	Ville de Zurich	60,8	28,0	11,2
	Tessin	52,9	34,1	13,0*
	Suisse centrale	49,7	29,7	20,6
	Suisse alémanique	49,7	31,3	19,1
	Suisse romande	48,8	31,4	19,7*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n= 388 (GE), n= 7828 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n= 10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

correspondante n'est que d'un dixième chez les employés de bureau (9,2%) et les cadres (10,0%). Le résultat est semblable si l'on compare les niveaux de formation les plus bas et les plus hauts (28,8% contre 8,0%), ainsi que les différentes classes de salaires (25,4% contre 9,7%). Ces résultats ne sont pas étonnants. Les nuisances considérées apparaissent en effet surtout dans les secteurs du commerce et de l'industrie, où les niveaux moyens de revenu et de formation sont plus bas que dans le secteur des services⁶². Comme le montre la section suivante, ces tendances s'inversent lorsque l'on pose la question des tensions psychiques au travail.

4.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail

Le bruit, les odeurs et la fumée ne sont pas les seules nuisances auxquelles on peut se trouver confronté à sa place de travail. Beaucoup de personnes se plaignent de subir des charges physiques considérables en raison d'un travail qui les oblige à porter des objets lourds ou à manipuler des machines lourdes. Les tensions psychiques, qu'il faut également prendre en considération, peuvent aller de la course contre la montre et du surmenage jusqu'à des conflits avec les collègues et au mobbing⁶³.

Le tableau 4.3 montre qu'un sixième environ de la population active occupée du canton de Genève subit des charges physiques élevées au travail (17,5%), et près de la moitié des tensions psychiques élevées au travail (44,2%). Le tableau 4.4 montre que sur l'ensemble des personnes interrogées, 7,7%⁶⁴ subissent d'importantes charges tant physiques que psychiques au travail et près de la moitié des charges psychiques et physiques d'intensité moyenne ou faible.

Des charges physiques au travail en dessous de la moyenne dans le canton de Genève

Il ressort du tableau 4.3 que la part des personnes subissant de lourdes charges physiques au travail est plus faible dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse, alors que la proportion correspondante pour les tensions psychiques est tendanciellement plus marquée

(mais pas de manière significative). Ces résultats s'expliquent, entre autres, par la structure économique du canton de Genève, qui se caractérise par une proportion comparativement basse de personnes actives occupées dans les secteurs primaire et secondaire et une part supérieure à la moyenne de personnes travaillant dans le secteur des services (voir point 1.4). Le tableau montre également clairement que le type d'activité exercée influence de façon déterminante les charges perçues: en Suisse, 44,5% des ouvriers constatent des charges physiques élevées, alors que cette proportion est nettement plus faible pour les métiers non manuels (16,1%) et les cadres (12,1%)⁶⁵. Inversement, plus de la moitié des cadres (51,7%) mentionnent d'importantes tensions psychiques, alors que c'est le cas de moins d'un tiers des ouvriers (30,7%). Des liens comparables peuvent également être observés pour le niveau d'éducation et le revenu, qui sont fortement liés à la profession.

En revanche, on constate peu de différences selon l'âge et le sexe. En ce qui concerne les différences selon le sexe, les femmes déclarent moins souvent que les hommes subir des tensions psychiques élevées au travail. Ce résultat s'explique en partie par le fait que les femmes travaillent plus souvent à temps partiel et occupent des positions hiérarchiques moins élevées que les hommes.⁶⁶

Enfin, la figure 4.4 fait apparaître des liens entre les nuisances au travail présentées dans le point 4.2.1 et les charges physiques et tensions psychiques perçues. Etant donné que la question des nuisances vise avant tout les secteurs de l'industrie et de l'artisanat, le résultat présenté dans le graphique n'est pas étonnant: les personnes subissant de lourdes charges physiques souffrent aussi davantage de nuisances. Près de la moitié (48,9%)⁶⁴ de la population active occupée du canton de Genève subissant de lourdes charges physiques mentionne au moins trois types de nuisances, contre un dixième seulement (8,9%) des personnes qui jugent leurs charges physiques au travail légères à moyennes. A l'inverse, les personnes qui souffrent de tensions psychiques élevées ont tendance à déclarer moins de nuisances. Ce résultat est plausible si l'on considère que de nombreuses professions typiquement stressantes sont exercées dans des bureaux climatisés et aménagés confortablement.

⁶² L'ESS 2007 montre que 12% des personnes actives dans l'industrie et l'artisanat ont terminé une formation de degré secondaire I, et 24% ont un diplôme de degré tertiaire. Dans le secteur des services, les pourcentages correspondant sont de 7% et 27%. Le revenu équivalent du ménage des personnes actives occupées s'élève à 4200 CHF dans le secteur de l'industrie et à 4600 CHF dans le secteur tertiaire.

⁶³ L'ESS contient une série de questions sur des expériences de violence, de discrimination ou de mobbing. Au niveau de l'ensemble de la Suisse, 3,7% des personnes interrogées indiquent avoir fait l'objet de violence ou de menaces de la part de collègues ou d'autres personnes au cours des 12 derniers mois d'activité professionnelle. Les valeurs pour le mobbing et la discrimination/différence de traitement sont respectivement de 7,7% et 11,2%.

⁶⁴ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

⁶⁵ En raison du nombre parfois trop restreint de répondants, nous nous référons ici et dans les explications suivantes aux données de l'ensemble de la Suisse. Les données du canton de Genève sont certes représentées dans le tableau 4.3, mais elles doivent être interprétées avec prudence.

⁶⁶ Une analyse supplémentaire confirme que dans l'ESS 2007, les femmes interrogées travaillent plus fréquemment à temps partiel (62% contre 14% pour les hommes) et occupent plus rarement des positions hiérarchiques élevées que les hommes (7% contre 15% pour les hommes). Les personnes travaillant à temps partiel se plaignent sensiblement moins souvent de tensions psychiques élevées (36%) que celles travaillant à plein temps (45%). Les femmes qui travaillent à temps partiel mentionnent ces problèmes encore beaucoup moins souvent (34%) que les hommes travaillant à temps partiel (45%).

Tab.4.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, canton de Genève et Suisse, 2007
(personnes actives occupées, en %)

		Charges physiques ¹				Tensions psychiques ²			
		Légères à moyennes ³		Elevées ⁴		Légères à moyennes ³		Elevées ⁴	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		82,5	76,7	17,5	23,3	55,8	58,7	44,2	41,3
Sexe	Femmes	83,2	78,1	(16,8)	21,9	65,3	64,6	34,7	35,4
	Hommes	81,9	75,5	18,1	24,5	48,0	54,1	52,0	45,9
Classes d'âge	15–34 ans	79,2	72,3	(20,8)	27,7	51,8	60,2	48,2	39,8
	35–49 ans	81,4	78,1	(18,6)	21,9	59,0	58,4	41,0	41,6
	50 ans et plus	87,8	80,1	(12,2)	19,9	56,2	57,2	43,8	42,8
Formation	Scolarité obligatoire	(35,8)	53,9	(64,2)	46,1	(56,3)	67,9	(43,7)	32,1
	Degré secondaire II	83,4	70,6	16,6	29,4	66,3	63,8	33,7	36,2
	Degré tertiaire	90,6	91,0	(9,4)	9,0	43,7	48,1	56,3	51,9
Nationalité	Suisses	87,9	77,5	12,1	22,5	57,3	58,5	42,7	41,5
	Etrangers	75,5	73,6	(24,5)	26,4	53,8	59,1	46,2	40,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	71,5	68,5	(28,5)	31,5	59,8	64,5	40,2	35,5
	De 3000 à 4499 CHF	77,2	74,3	(22,8)	25,7	63,6	58,0	36,4	42,0
	De 4500 à 5999 CHF	88,4	80,7	.	19,3	54,6	57,1	45,4	42,9
	6000 CHF et plus	94,9	89,3	.	10,7	43,2	51,7	56,8	48,3
Degré d'urbanisation	Ville	82,4	78,8	17,6	21,2	55,7	57,7	44,3	42,3
	Campagne	.	71,1	.	28,9	.	61,4	.	38,6
Catégories socioprofessionnelle	Ouvriers	58,6	55,5	(41,4)	44,5	69,3	69,3	(30,8)	30,7
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	69,2	62,9	(30,8)	37,1	64,6	67,5	(35,4)	32,5
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	77,3	83,9	(22,7)	16,1	55,3	64,3	44,7	35,7
	Cadres moyens et supérieurs	97,1	87,9	.	12,1	48,5	48,3	51,5	51,7

		Charges physiques ¹		Tensions psychiques ²	
		Légères à moyennes ³	Elevées ⁴	Légères à moyennes ³	Elevées ⁴
Comparaison régionale	Genève	82,5*	17,5*	55,8	44,2
	Suisse	76,7	23,3	58,7	41,3
	Ville de Zurich	84,7	15,3	56,3	43,7
	Tessin	67,2*	32,8*	49,6	50,4
	Suisse centrale	72,0*	28,0*	62,9	37,1
	Suisse alémanique	75,9*	24,1*	59,3	40,7
	Suisse romande	80,2	19,8	58,2	41,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Charge physique: n=397 (GE), n=7557 (CH); tensions psychiques: n=401 (GE), n=8016 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

¹ Question ESS: «Qu'en est-il de la charge physique dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la charge physique est généralement très lourde, un poste B où la charge physique est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?».² Question ESS: «Qu'en est-il de la tension psychique et nerveuse dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte, un poste B où la tension psychique et nerveuse est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?».³ Somme des réponses «semblable à B», «exactement comme B» et «entre A et B».⁴ Somme des réponses «semblable à A» et «exactement comme A».

Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Genève, 2007
(personnes actives occupées, en %)

Tensions psychiques	Charges physiques		
	Légères/moyennes	Elevées	Total
Légères/moyennes	46,2	(9,8)	56,0
Elevées	36,3	(7,7)	44,0
Total	82,4	17,6	100,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

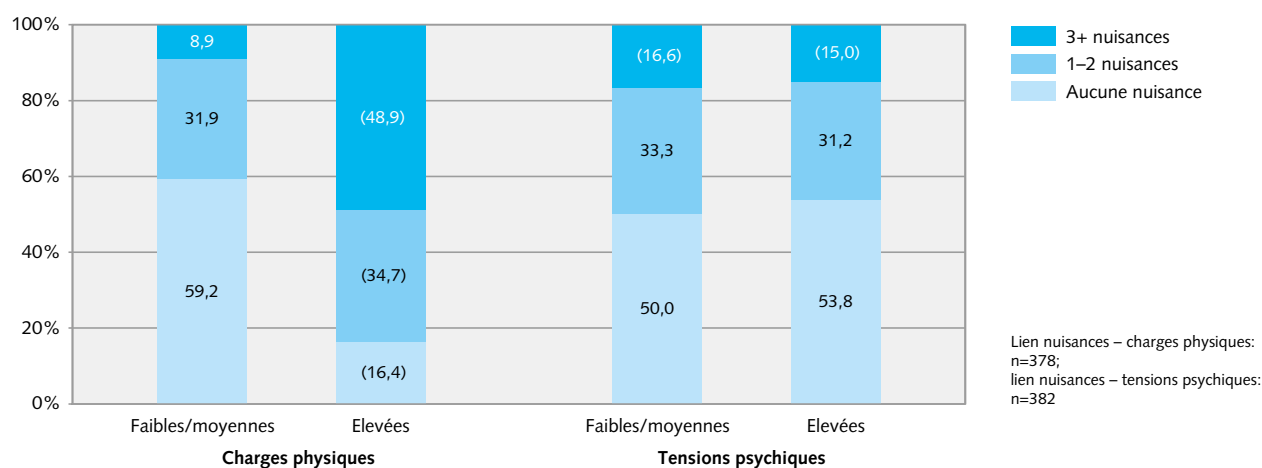
n=396

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

Pour l'énoncé des questions voir la note sous le tableau 4.3.

Lien entre le nombre de nuisance au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail
canton de Genève, 2007 (personnes actives occupées)

Fig. 4.4



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Une autre analyse, qui n'a été faite que sur l'ensemble de la Suisse et dont les données ne sont pas présentées, montre aussi un lien entre d'une part l'ampleur des tensions psychiques et des charges physiques au travail et d'autre part la santé subjective et les problèmes psy-

chiques. Plus les charges physiques et les tensions psychiques sont élevées au travail, plus l'état de santé est fréquemment ressenti comme moyen ou mauvais, et plus on éprouve fréquemment des problèmes psychiques importants dans la vie quotidienne.

4.3 Satisfaction dans la vie professionnelle

Une autre question importante en rapport avec le travail est celle de la satisfaction dans la vie professionnelle. Comme le travail occupe une place importante dans la vie de beaucoup de personnes, le sentiment de satisfaction et de bien-être au travail tend à rayonner sur d'autres secteurs de la vie et à exercer également une influence sur la santé (OFSP, 2005). La figure 4.5 montre que le degré de satisfaction au travail est élevé, tant dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Signalons que la part des personnes très satisfaites dans leur travail a augmenté de manière considérable entre 2002 et 2007. Alors qu'en 2002, deux cinquièmes à peine (42,0%) des Genevois et Genevoises actifs occupés se disaient «très» voire «extrêmement satisfaits» dans leur travail, c'était le cas de plus de 60% des personnes interrogées en 2007. Cette hausse est également mise en évidence au niveau de l'ensemble de la Suisse.

Il est intéressant de noter que cette hausse se fait toutefois moins aux dépens des personnes insatisfaites, dont la proportion n'a presque pas changé entre 2002 et 2007, si l'on prend en compte les personnes «plutôt insatisfaites». L'évolution la plus forte s'observe pour les personnes «plutôt satisfaites», dont la part dans l'ensemble de la population active occupée a nettement diminué. Ainsi, une légère polarisation se dessine entre les personnes actives occupées «très satisfaites» d'un côté, et «(plutôt) insatisfaites» de l'autre.

4.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver d'emploi comparable

Indépendamment de la satisfaction professionnelle actuelle, la crainte de perdre son emploi et de se retrouver sans emploi peut représenter une pression considérable. Dans le canton de Genève, 21,3% de la population active occupée craignaient de perdre leur emploi en 2007, alors que près de la moitié (45,0%) des personnes interrogées ne se faisaient aucun souci à ce niveau. Les autres personnes consultées déclaraient ne se faire «plutôt pas de souci» pour leur place de travail. Ces taux ont considérablement changé depuis 2002: seuls 13,7% des personnes interrogées craignaient de perdre leur emploi, près de deux fois moins qu'en 2007. La part des personnes qui formulent de telles craintes est par ailleurs significativement plus élevée dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (12,5%).

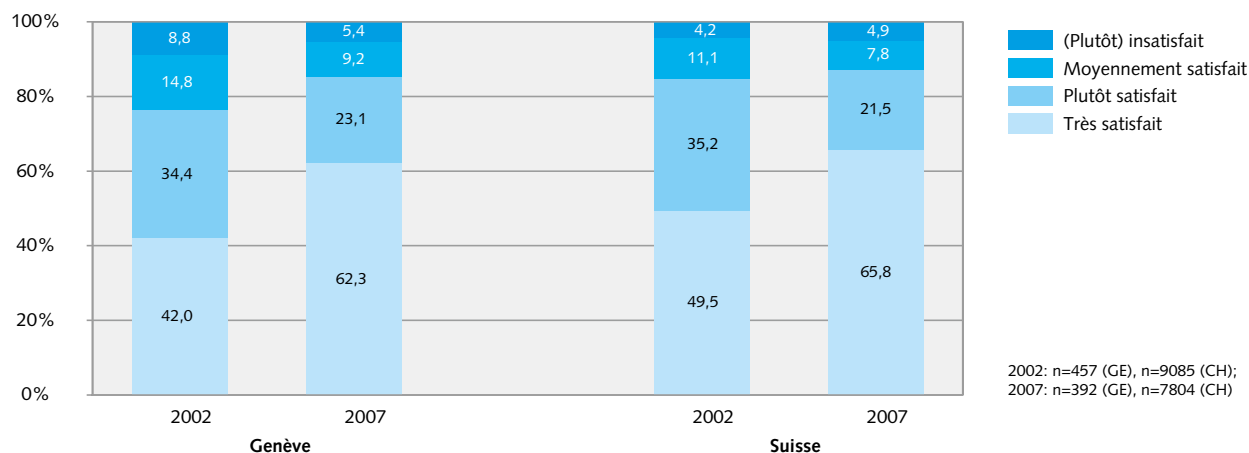
Dans le contexte actuel d'insécurité économique, les résultats de l'année 2007 doivent toutefois être interprétés avec prudence, car on peut supposer que les perceptions correspondantes dépendent également de l'évolution conjoncturelle.

Un grand sentiment de sécurité de l'emploi...

Il est étonnant de voir qu'à la fois la satisfaction par rapport au travail et la peur de la perte de l'emploi ont augmenté entre 2002 et 2007. En 2007, plus de personnes

Satisfaction au travail, canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007
(personnes actives occupées)

Fig. 4.5



Les différences entre les années 2002 et 2007 sont significatives au niveau de 5% pour le canton de Genève et pour toute la Suisse, sauf pour les personnes (plutôt) insatisfaites.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

étaient très satisfaites de leur emploi que cinq années auparavant, mais les places de travail n'étaient cependant pas considérées comme plus sûres⁶⁷.

La figure 4.6 montre que la crainte de perdre son emploi n'est pas très répandue en Suisse, mais qu'il existe toutefois des liens importants avec différents aspects de la santé physique et psychique: parmi les personnes qui jugent leur santé (très) bonne, 11,8% craignent pour leur place de travail, alors que cette proportion est de presque un quart (22,5%) chez les personnes qui considèrent que leur santé est moyenne ou (très) mauvaise. La même chose vaut pour les autres variables représentées dans la figure: les personnes qui ont un faible sentiment de maîtrise de la vie (15,0%) et celles qui sont confrontées à des problèmes psychiques importants (24,3%) ont plus de deux fois plus de craintes concernant leur place de travail que les personnes qui ont un fort sentiment de maîtrise de la vie (7,3%) et des problèmes psychiques faibles (10,1%).

...mais peu d'espoir, en cas de chômage, de retrouver un emploi

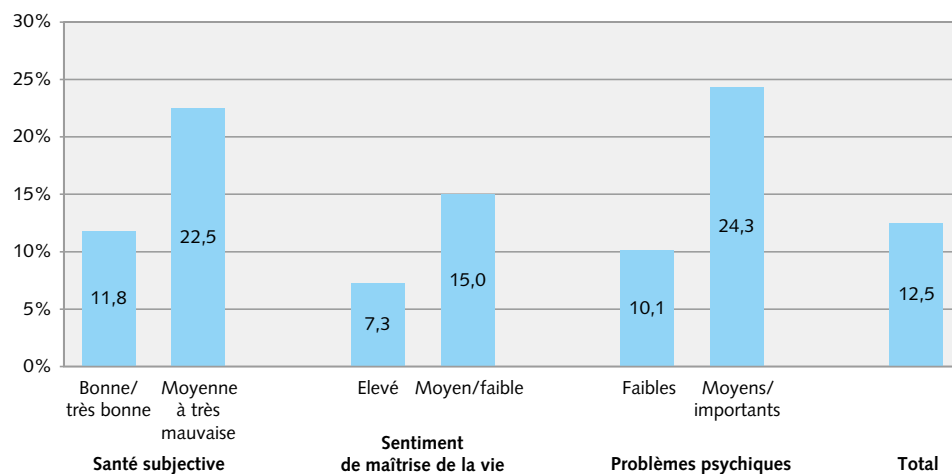
Si une perte de place de travail devait se produire malgré la grande confiance générale dans l'emploi actuel, l'assurance de retrouver une place comparable serait nettement plus faible: dans le canton de Genève, plus de la moitié des personnes interrogées formulent des craintes à ce sujet (57,2%). Les personnes actives occupées sont aussi confiantes dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse, d'après le tableau 4.5. Le fait que cette confiance dans l'emploi soit particulièrement marquée parmi les personnes jeunes rejoint les résultats d'études réalisées sur le chômage, selon lesquels les personnes qui ont un faible niveau de formation, les salariés et salariées âgés et les femmes comptent parmi les principaux groupes à risque par rapport au chômage (Djurdjevic, 2007). En revanche, on ne constate pas d'écart évident ni significatif entre les catégories socioprofessionnelles à ce niveau dans le canton de Genève.

En combinant les données sur la crainte de perdre son emploi et l'assurance de retrouver un emploi comparable, on obtient le résultat présenté dans la figure 4.7: l'assurance de retrouver un emploi comparable est d'autant plus élevée que l'on juge sa place actuelle plus sûre. Parmi les personnes qui aujourd'hui craignent de perdre leur emploi, la part de celles qui pensent pouvoir en retrouver un comparable ne s'élève plus qu'à 14,1%.

⁶⁷ Toutefois, les personnes qui sont insatisfaites de leur situation au travail craignent nettement plus fréquemment de perdre leur emploi (29,1%) que les personnes qui en sont très satisfaites (8,8%) (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi, selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007

Fig. 4.6



Santé subjective: n=8036;
sentiment de maîtrise de la vie: n=7652;
problèmes psychiques: n=7988

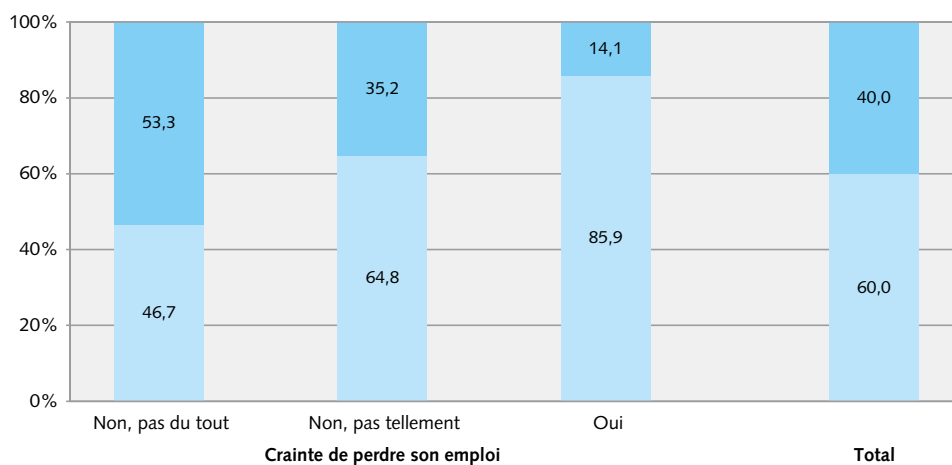
Pour la définition des variables, voir 2.1 (santé subjective), 2.3.2 (sentiment de maîtrise de la vie) et 2.3.1 (problèmes psychiques)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en fonction de la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)

Fig. 4.7



n=7839

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 4.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		(Très, assez) facilement		(Très, plutôt) difficilement	
		GE	CH	GE	CH
Total		42,8	40,0	57,2	60,0
Sexe	Femmes	43,4	37,1	56,6	62,9
	Hommes	42,4	42,3	57,6	57,7
Classes d'âge	15–34 ans	64,8	56,4	35,2	43,6
	35–49 ans	38,5	39,7	61,5	60,3
	50 ans et plus	(20,0)	18,5	80,0	81,5
Formation	Scolarité obligatoire	(45,5)	32,7	(54,5)	67,3
	Degré secondaire II	42,8	38,3	57,2	61,7
	Degré tertiaire	42,2	44,4	57,8	55,6
Nationalité	Suisses	43,5	38,8	56,5	61,2
	Etrangers	42,0	44,3	58,0	55,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	43,6	41,5	56,4	58,5
	De 3000 à 4499 CHF	51,2	36,8	48,8	63,2
	De 4500 à 5999 CHF	(35,0)	39,0	65,0	61,0
	6000 CHF et plus	37,6	42,8	62,4	57,2
Degré d'urbanisation	Ville	42,8	40,0	57,2	60,0
	Campagne	.	40,1	.	59,9
Catégories socioprofessionnelle	Ouvriers	(40,0)	41,2	60,0	58,8
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(47,5)	42,0	(52,5)	58,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	43,4	35,0	56,6	65,0
	Cadres moyens et supérieurs	45,0	41,3	55,0	58,7

		(Très, assez) facilement		(Très, plutôt) difficilement	
Comparaison régionale	Genève	42,8		57,2	
	Suisse	40,0		60,0	
	Ville de Zurich	46,8		53,2	
	Tessin	37,2		62,8	
	Suisse centrale	44,9		55,1	
	Suisse alémanique	39,2		60,8	
	Suisse romande	42,9		57,1	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=393 (GE), n=7923 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Question ESS: «Si vous perdiez votre poste actuel (ou votre place d'apprentissage actuelle), pourriez-vous retrouver un nouveau poste comparable?».

4.5 Résumé

Ce chapitre montre les effets potentiels des conditions de logement et de travail sur la santé.

En ce qui concerne le logement, on constate tout d'abord que 38,9% des personnes interrogées dans le canton de Genève sont concernées par deux nuisances ou plus. Les nuisances les plus importantes sont le bruit produit par les voitures et par les autres personnes. Parallèlement, il ressort de la présente analyse pour le canton de Genève, qu'aucun lien ne peut être établi entre le nombre de nuisances mentionnées, d'une part, et l'état de santé subjectif ainsi que les problèmes psychiques, d'autre part. Compte tenu des effets sur la santé présentés dans la littérature (WHO, 2004a, WHO, 2004b), il importe d'éviter ou de réduire autant que possible toutes nuisances, sonores ou autres, même si elles ne concernent qu'une minorité de la population.

En outre, on remarque en observant les présents résultats que l'importance des nuisances dans l'habitat n'est pas un phénomène socialement neutre. Les personnes moins privilégiées quant au revenu et au niveau de formation sont plus souvent confrontées à des nuisances que les personnes qui ont un revenu et une formation élevés. Il ressort du présent rapport que les groupes de population ayant un faible revenu et un bas niveau de formation subissent également d'autres préjudices en termes de santé. Les nuisances examinées ici par rapport à l'habitat peuvent donc être considérées comme des éléments supplémentaires participant à l'inégalité face à la santé.

Des différences sociales considérables apparaissent également si l'on considère la situation professionnelle. Que ce soient les nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques ou encore les perspectives, en cas de perte de l'emploi, de retrouver un travail comparable, ce sont généralement les personnes appartenant à des groupes de population moins bien formés et moins privilégiés qui sont aux prises avec des problèmes et des craintes plus importants. Seule exception: les tensions psychiques au travail, qui touchent davantage les cadres ainsi que les personnes ayant un niveau de formation élevé et gagnant bien leur vie. Même si les données concernant les tensions psychiques ne permettent pas de construire un indicateur du «stress», celui-ci pourrait être plus répandu dans les groupes qui se plaignent d'importants problèmes psychiques que dans les autres groupes⁶⁸.

Il faut toutefois souligner également une série de résultats positifs concernant la situation professionnelle. Sur l'ensemble des personnes interrogées, une minorité «seulement» (un sixième environ) est concernée par au moins trois types de nuisances au travail, et un peu plus de 7% par d'importantes charges physiques cumulées à de fortes tensions psychiques. A noter avant tout que la grande majorité des personnes actives occupées sont satisfaites de leur situation professionnelle. La part des personnes insatisfaites est d'environ 5%, alors que la proportion de celles qui se disent très satisfaites de leur travail a augmenté de 40% à 60% entre 2002 et 2007. Malgré des charges physiques et des tensions psychiques répandues, le travail est encore une source importante de satisfaction pour la grande majorité des personnes actives occupées.

⁶⁸ Un autre résultat le confirme: si le «stress» est associé communément à une «course contre la montre», qui fait l'objet d'une question dans l'ESS 2007, il en ressort que 88% des personnes interrogées ayant d'importants problèmes psychiques le mentionnent, alors qu'il est mentionné par 73% de celles indiquant des problèmes psychiques moyens ou faibles (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

5 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale

Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler et Tanja Fasel (5.1 et 5.3)

Hanspeter Stamm et Markus Lamprecht (5.2 et 5.3)

Les chapitres précédents ont été consacrés à l'état de santé des Genevoises et des Genevois, et l'on a examiné dans quelle mesure leurs comportements individuels, ainsi que leurs conditions de travail et de logement, sont favorables ou défavorables à leur santé. Des corrélations entre ces facteurs et la santé de la population ont été étudiées, mais aucune analyse prenant en compte simultanément plusieurs de ces facteurs n'a été réalisée. Dans le présent chapitre, nous considérerons de plus près deux problèmes de santé – les états dépressifs et la surcharge pondérale – et étudierons les facteurs ou les combinaisons de facteurs qui jouent un rôle particulièrement important dans l'apparition de ces problèmes. Dans le cas de la dépression, nous montrerons que certaines combinaisons de facteurs vont de pair avec des proportions élevées de personnes dépressives. Dans le cas de la surcharge pondérale, nous montrerons l'influence plus ou moins forte de certains facteurs sociodémographiques et du mode de vie. Nous décrivons dans chaque cas la méthode d'analyse utilisée et nous indiquerons, sur la base de nos résultats, des possibilités d'intervention en faveur de certains groupes cibles au niveau de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que des mesures destinées à identifier les groupes à risque.

Ici encore, les analyses s'appuient sur l'Enquête suisse sur la santé, qui fournit des données sur une grande partie des facteurs considérés. Il convient cependant de tenir compte, dans l'interprétation des résultats, des limites de cette source de données, qui peut engendrer des problèmes de mesure et des distorsions liées à la nature «auto-déclarée» des données. Nous reviendrons plus bas sur ces limites. Le nombre d'observations au niveau cantonal étant trop faible, les analyses se basent sur les chiffres relevés au niveau national. Il est néanmoins permis de supposer que les corrélations mises en évidence sont valables également pour le canton de Genève.

5.1 Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention

5.1.1 Situation

Plusieurs enquêtes sur la santé – qui permettent comme l'Enquête suisse sur la santé de calculer des échelles de symptômes – ont montré que 20% environ de la population adulte présentaient des symptômes dépressifs au cours des semaines ou des mois précédant l'enquête (Kessler & Wang, 2009). Le même ordre de grandeur s'observe en Suisse (18,9%).

Les dépressions cliniquement significatives sont fréquentes

Les maladies dépressives font partie, avec les troubles anxieux, les dépendances et les troubles somatoformes, des affections psychiques les plus fréquentes. Les études clinico-épidémiologiques montrent que, dans des pays comparables à la Suisse, 7 à 10% de la population adulte remplissent au cours d'une année donnée les critères diagnostics d'une dépression nécessitant un traitement (Baumeister & Harter, 2007; Kessler et al., 2005b; Jacobi et al., 2004). Si l'on considère la période de vie d'un individu jusqu'au moment de l'enquête, environ 17% de la population remplissent les critères d'une dépression cliniquement significative (*major depressive disorder*). La prévalence à vie, calculée par projection en tenant compte du risque chez les personnes qui n'ont pas été malades jusqu'au moment de l'enquête, atteint 23% (Kessler et al., 2005a). Les études qui, en plus du diagnostic, tiennent compte du degré de gravité de la maladie, montrent que 15% seulement des troubles dépressifs sont des cas légers, les 85% restants constituant des dépressions moyennes à très sévères (Kessler et al., 2005b).

Dépression et politique de la santé

Selon l'OMS, la dépression unipolaire est la maladie qui induit la plus forte charge de morbidité dans la population adulte des pays développés. Avec les maladies de l'appareil locomoteur, la dépression est une cause particulièrement fréquente d'absence au travail, de baisse de productivité et de retraite anticipée. Les troubles dépressifs, en effet, sont très souvent récidivants. Ils présentent en outre une co-morbidité élevée avec d'autres maladies psychiatriques (troubles anxieux, dépendances) ou somatiques (diabète, maladies cardio-vasculaires, surcharge pondérale, etc.), ou avec des syndromes douloureux, ce qui contribue à une évolution défavorable aussi bien de la dépression que des autres maladies (Chapman et al., 2005; Bair et al., 2003; Freedland & Carney, 2009). Les troubles dépressifs, dans lesquels les symptômes somatiques sont souvent au premier plan, passent fréquemment inaperçus, sont souvent diagnostiqués très tardivement et ne sont que rarement traités par un spécialiste. C'est particulièrement vrai chez les personnes âgées, qui décrivent plus volontiers leurs symptômes en termes de troubles physiques que de troubles psychiques et qui reçoivent dès lors rarement un traitement psychothérapeutique et médicamenteux adapté (Hell & Böker, 2005). Il est très difficile de dire si la prévalence des maladies dépressives a progressé au cours des dernières décennies, les méthodes d'enquête ayant varié au fil du temps, mais il est vraisemblable que leur fréquence ait été sous-estimée dans les études passées. Les rares études fondées sur une méthodologie comparable ne montrent pas d'évolution au cours du temps (Kessler et al., 2005b).

Symptômes annonciateurs de la maladie dépressive

La large diffusion dans la population de symptômes dépressifs isolés, qui ne suffisent pas en eux-mêmes à constituer un diagnostic de dépression, montre que ces symptômes font partie de l'expérience humaine commune et qu'ils n'acquièrent le statut d'une maladie que par leur cumul et leur durée. Tout le monde a éprouvé un jour ou l'autre un épisode d'abattement, de manque de vitalité, de morosité, de perte d'appétit ou de baisse de la libido. Mais différentes études ont montré que de tels symptômes, dits de dépression subclinique ou de «démoralisation» (Fichter, 1990), peuvent être les signes avant-coureurs d'une dépression ultérieure, et qu'ils vont de pair avec une dégradation considérable de la qualité de la vie, de l'aptitude au travail et des relations sociales (Fichter, 1990; Linden et al., 1998; Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992).

Identifier les groupes à risque

Il est important, dans le cadre de la politique de la santé et pour des raisons pratiques liées à la prise en charge des malades, d'étudier les signes précurseurs de la maladie dépressive. La dépression et les symptômes dépressifs sont étroitement liés – par des rapports de causalité, de conséquence ou de concomitance – à des problèmes d'insertion sociale, tels que l'isolement social ou les difficultés professionnelles, et à des événements critiques de la vie, tels que la perte d'un emploi, le divorce ou la perte d'un proche. Une bonne connaissance de ces liens peut fournir des indications utiles pour la planification des mesures de prévention, notamment des mesures d'intervention précoce et de prévention secondaire. Comme les symptômes dépressifs sont largement répandus dans la population, il importe d'identifier les groupes à risque particulièrement exposés à la maladie dépressive.

Les analyses qui suivent visent à identifier ces groupes et à les caractériser par leurs relations avec divers facteurs, par leur problématique propre et par leurs besoins en matière de prévention.

5.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé, 12'656 personnes ont été interrogées par écrit sur la présence éventuelle de dix symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête (échelle dite de Wittchen: (Wittchen, 2000); pour la définition, voir point 2.3.4). Au total, 20% des personnes qui ont participé à l'enquête écrite ont fait état d'au moins un symptôme dépressif⁶⁹. Pour pouvoir identifier, à partir des répondants présentant au moins un symptôme dépressif, des types de groupes à risque potentiels, nous avons procédé à une analyse de classification avec, comme critère d'entrée, une variable dépendante comportant les modalités «au moins un symptôme dépressif, pas de symptôme dépressif». Pour la détermination des types, nous nous sommes reportés à la littérature spécialisée consacrée aux facteurs déterminants des maladies dépressives

⁶⁹ Il s'agit d'un pourcentage non pondéré, car les analyses de classification travaillent sur des valeurs non pondérées. Le pourcentage pondéré, ajusté à la population suisse, est de 18,9%. Voir également le chapitre 2.

et avons retenu quelque 35 variables classificatoires possibles, relevant des domaines socio-économique, professionnel, sanitaire ou social⁷⁰.

Limites

L'analyse de classification⁷¹ s'appuie sur un modèle théorique très simplifié de la dépression, qui postule que ce sont les caractéristiques observées qui déterminent la formation de groupes de population présentant des symptômes dépressifs, et non les symptômes dépressifs qui déterminent les caractéristiques observées. L'analyse ne tient pas compte des relations complexes et dynamiques qui existent entre la dépressivité et les facteurs sociodémographiques, économiques, sociaux et sanitaires. Par ailleurs, les résultats d'une enquête transversale permettent en principe de montrer des corrélations, mais pas de déterminer le sens dans lequel s'exercent les rapports de causalité. Les résultats de l'analyse de classification ne doivent donc pas être interprétés en termes de causalité. Ils fournissent surtout des indications utiles au dépistage des personnes particulièrement exposées.

5.1.3 Résultats

Des facteurs peu nombreux mais bien définis

L'analyse a permis d'établir une typologie formée de 13 groupes de population (voir la figure 5.1). Ce résultat est riche en enseignements. Il permet d'identifier clairement des groupes de population où la part des person-

nes présentant au moins un symptôme dépressif est très élevée et des groupes de population où cette part est faible. Il permet en outre de caractériser nettement ces groupes. La variable qui distingue le mieux les personnes qui présentent des symptômes dépressifs de celles qui n'en présentent pas est le fait d'avoir ou non des troubles physiques. Au second rang, les deux variables les plus décisives sont, selon la branche considérée, l'âge et le sentiment de solitude. Au troisième rang, on trouve le sentiment de solitude, la peur de perdre son emploi et les problèmes de santé chroniques. Au dernier rang, les traits distinctifs principaux sont les problèmes de santé chroniques, l'insatisfaction professionnelle et la tension psychique au travail.

Les caractéristiques qui séparent les groupes de population ayant des symptômes dépressifs et les groupes asymptomatiques sont donc peu nombreuses: troubles physiques, problèmes de santé chroniques, solitude et problèmes liés au travail (peur de perdre son emploi, tension psychique, insatisfaction professionnelle). Examinons de plus près six de ces treize groupes de population, à savoir un grand groupe présentant très peu de symptômes dépressifs (groupe de référence) et cinq groupes à risque où la part des personnes présentant des symptômes dépressifs est particulièrement élevée.

Groupe de référence: peu de troubles physiques et peu de symptômes dépressifs

Les personnes qui n'ont pas ou qui ont peu de troubles physiques sont celles qui présentent le moins de symptômes dépressifs, sans que d'autres facteurs jouent ici un rôle (pas d'autres ramifications). Autrement dit, lorsqu'il n'y a pas de troubles physiques, les autres facteurs de risque potentiels ne permettent pas d'identifier des groupes présentant une forte proportion de symptômes dépressifs. Ce premier groupe, appelé groupe de référence car on y trouve peu de symptômes dépressifs, réunit près de 40% des personnes interrogées.

Groupes à risque: fortes proportions de personnes présentant des symptômes dépressifs

Les personnes qui ont des troubles physiques modérés présentent déjà nettement plus de symptômes dépressifs, surtout chez les personnes âgées (groupe 7), et plus encore chez les moins de 65 ans qui éprouvent souvent un sentiment de solitude (groupe à haut risque 2, 43% de personnes présentant des symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques modérés, qui ont moins de 65 ans, qui se sentent parfois seules et qui ont un

⁷⁰ Variables sociodémographiques: sexe, âge, nationalité, état civil, formation, domicile, nombre d'enfants de moins de 15 ans, type de ménage; variables socio-économiques: revenu d'équivalence du ménage, catégorie socioprofessionnelle, travail rémunéré, situation professionnelle/taux d'activité; environnement social: soutien social, sentiment de solitude, avoir une personne de confiance, regret de ne pas avoir une personne de confiance; santé physique: troubles physiques, problème de santé de longue durée, cause sous-jacente à ce problème, limitation dans les activités de la vie quotidienne causée par un problème de santé, moins de 5 consultations médicales durant les derniers six mois, en traitement médical pour cause de migraine, en traitement médical pour cause d'asthme, en traitement médical pour cause de diabète; comportement pouvant influencer la santé: consommation quotidienne moyenne d'au moins 20 g d'alcool, consommation de tabac, activité physique, indice de masse corporelle; conditions de travail: crainte de perdre son emploi, confiance de retrouver un poste comparable, recherche d'emploi au cours des 4 semaines précédant l'enquête, sans emploi pour raison de santé, satisfaction par rapport au travail, résignation au travail, charge physique au travail, tension psychique au travail.

⁷¹ L'analyse de classification a été réalisée statistiquement par la méthode dite de l'«arbre décisionnel» («CATFIRM»): formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit et du Toit, 2001). Cette méthode consiste à calculer, pour un groupe de population donné, la variable qui sépare le mieux les personnes présentant une dépressivité des personnes n'en présentant pas (test du chi carré), puis à procéder ainsi pour chaque nouveau groupe formé jusqu'à l'obtention de groupes finaux qu'il n'est plus possible de subdiviser de manière statistiquement significative. Ces groupes correspondent à différents types de population présentant des proportions différentes de personnes ayant une «dépressivité». Sur les 12'656 personnes interrogées qui ont répondu aux questions relatives à la dépression, 822 n'ont pas répondu à la question relative aux troubles physiques, de sorte que la présente analyse porte sur 11'843 personnes.

problème de santé chronique forment le groupe à haut risque 4 (43% de personnes présentant des symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants et qui se sentent très seules forment le groupe à haut risque 8; elles déclarent avoir des symptômes dépressifs dans 69% des cas environ. Lorsque le sentiment de solitude n'est qu'occasionnel – toujours chez les personnes qui ont des troubles physiques importants – l'élément décisif est la crainte de perdre son emploi. Les personnes qui ont cette crainte forment le groupe à haut risque 9, où la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs est de 50%. La proportion est beaucoup moins élevée chez les personnes qui pensent avoir une place de travail assurée (groupe 10, 32% de personnes présentant des symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants, qui ne se sentent jamais seules mais qui ont un problème de santé chronique sont également très touchées par les symptômes dépressifs. La tension psychique au travail joue chez elles un rôle décisif: les personnes qui sont exposées à une tension psychique importante forment le groupe à haut risque 11, où la part des personnes présentant des symptômes dépressifs atteint presque 47%. Une faible tension psychologique au travail va de pair, même combinée avec un problème de santé chronique, avec une proportion beaucoup plus faible de symptômes dépressifs (groupe 12 avec 24% de symptômes).

Importance des troubles physiques, des conditions de travail et des relations sociales

L'importance prépondérante des troubles physiques dans la classification des personnes présentant des symptômes dépressifs montre qu'un travail de dépistage de la dépression aurait ici son utilité, notamment pour les douleurs non spécifiques et pour les troubles physiques importants et/ou chroniques. Autre facteur important: la situation psychosociale sur le lieu de travail. Le fait que plusieurs facteurs liés aux conditions (subjectives) de travail soient en relation avec l'incidence des symptômes dépressifs justifierait que le système de santé, et en particulier le système psychiatrique, s'intéresse davantage au monde du travail. Le groupe 6 – second groupe par le nombre de personnes – est à cet égard révélateur: il montre que, à niveau égal de troubles physiques, la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs est deux fois moins grande parmi les personnes qui ont des conditions de travail satisfaisantes et qui souffrent peu de la solitude, que parmi celles qui sont insatisfaites de leurs conditions de travail et de leur vie sociale. Le sentiment

de solitude, enfin, joue un rôle important, surtout lorsqu'il va de pair avec des troubles physiques modérés et avec des problèmes de santé chroniques. Ces résultats montrent que les traitements ne doivent pas être axés exclusivement sur les troubles somatiques, mais qu'ils doivent prendre en compte les besoins sociaux et psychologiques des patients.

Le sexe ne joue pas en lui-même un rôle déterminant

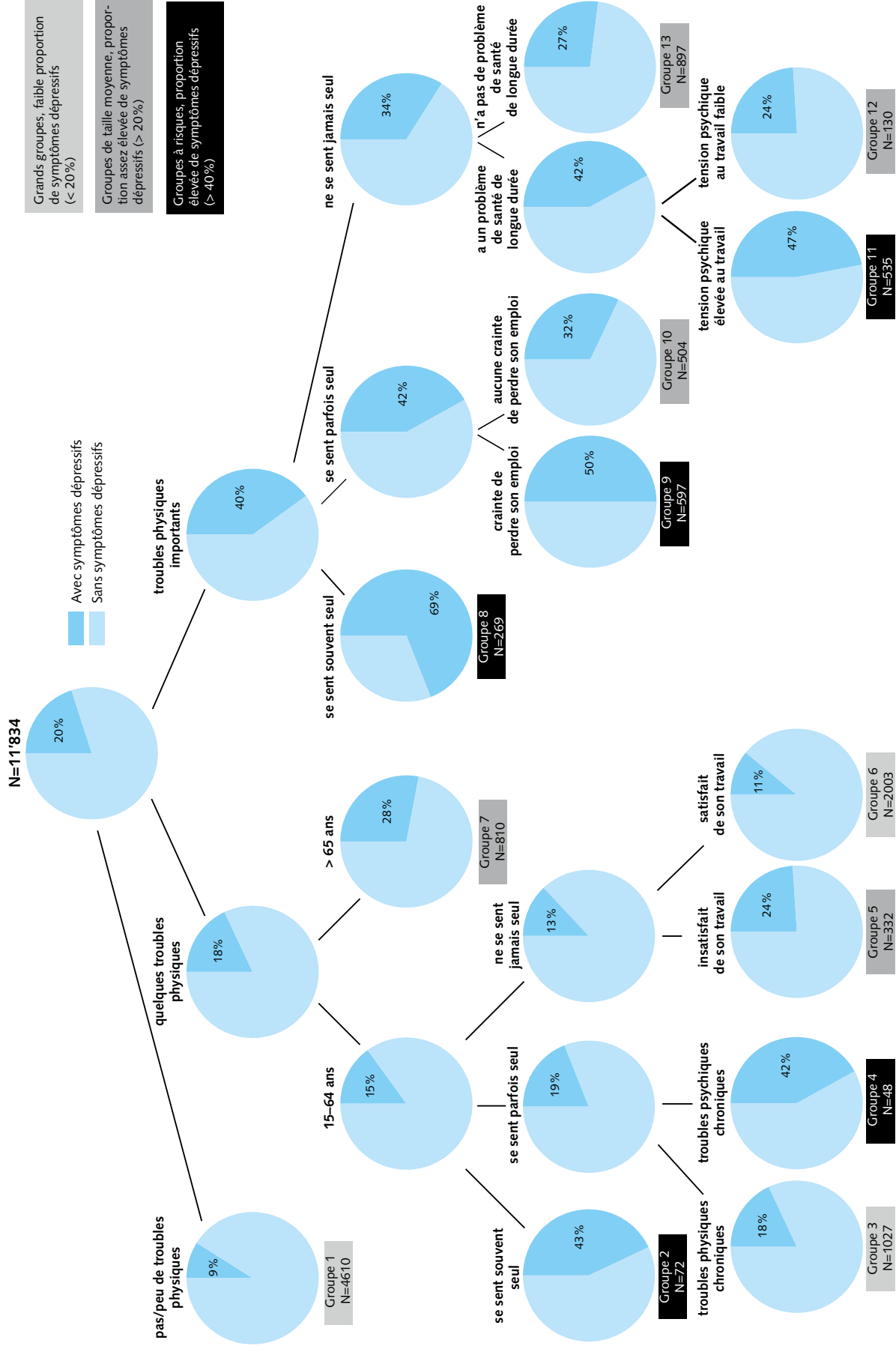
Il est intéressant de constater que le sexe ne fait pas partie des caractères discriminants, dans cette analyse, bien que le risque de dépressivité soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le sexe n'est certainement pas sans importance, mais il semble lié à d'autres caractéristiques – par exemple les troubles physiques – qui entretiennent avec les symptômes dépressifs des rapports beaucoup plus étroits, et qui jouent par conséquent un rôle prépondérant dans la classification. Or, les femmes font état de troubles physiques bien plus fréquemment que les hommes (voir le chapitre 2).

Types non spécifiques et types spécifiques présentant une dépressivité

La typologie obtenue fournit des indications qui pourraient aider à déterminer la nature et le degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Les groupes de population 1, 3 et 6 (en gris clair), groupes importants par le nombre, présentent des proportions inférieures à la moyenne – moins de 20% – de personnes présentant des symptômes dépressifs (et il ne s'agit généralement pas ici de symptômes dépressifs sévères, comme le montre le tableau 5.1 ci-après). Ces groupes appellent donc des mesures relativement peu spécifiques, destinées à un grand nombre de personnes modérément touchées par des symptômes dépressifs. Les groupes 5, 7, 10, 12 et 13 (en gris foncé), où la proportion de personnes ayant des symptômes dépressifs va de 20 à 40%, est formé de personnes n'ayant pas de troubles physiques importants mais âgées (groupe 7) ou insatisfaites de leurs conditions de travail (groupe 5), ou de personnes souffrant de troubles physiques importants mais n'ayant pas d'autres problèmes notables (groupes 10, 12 et 13 – en gris foncé). Des interventions plus spécifiques seraient ici envisageables. Enfin, des mesures très spécifiques seraient indiquées pour les groupes à haut risque où la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs est comprise entre 40 et 70%, personnes ayant des difficultés importantes sur le plan psychologique (groupes 2, 4, 8, 9 et 11 – en noir).

Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse, 2007

Fig. 5.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Autres caractéristiques des groupes à risque

L'arbre décisionnel ne met en évidence que les variables les plus discriminantes. D'autres paramètres pertinents mais moins discriminants échappent à l'analyse. Nous avons donc pris en considération, pour caractériser plus précisément les cinq groupes à haut risque, quelques variables supplémentaires (voir le tableau 5.1).

Ce tableau montre que les trois groupes à risque souffrant de troubles physiques importants sont plus âgés que les groupes atteints de troubles physiques modérés. Il montre également que le groupe des personnes faisant état d'une tension psychique importante au travail est le groupe où la moyenne d'âge est la plus élevée (groupe 11).

Les personnes qui ont des symptômes dépressifs sont en moyenne un peu plus âgées dans le groupe de référence (groupe 1) que dans les groupes à risque, mais elles se distinguent très nettement des membres de ces derniers en ce qui concerne les autres attributs. Elles ont 4 symptômes dépressifs en moyenne mais elles ne remplissent que rarement les critères d'une dépression majeure. Elles n'éprouvent pratiquement jamais de tension psychique importante, ne sont pratiquement jamais limitées dans leurs activités, se sentent rarement démunies face aux événements de la vie (sentiment de maîtrise de la vie) et font rarement état de pensées suicidaires. En outre, elles recourent beaucoup plus rarement à des traitements (médicamenteux) ou à des séjours hospitaliers et elles font plus de sport que les personnes qui présentent des symptômes dans les groupes à risque.

Tab. 5.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence

(seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007

	Groupe 1 Pas/peu de troubles physiques (groupe de référence)	Groupe 2 Quelques troubles physiques, <65 ans, souvent seul	Groupe 4 Quelques troubles physiques, <65 ans, parfois seul, maladie chronique	Groupe 8 Troubles physiques importants, très seul	Groupe 9 Troubles physiques importants, parfois seul, peur de perdre son emploi	Groupe 11 Troubles physiques importants, pas de sentiment de solitude, maladie chronique, tension psychique importante au travail
Age moyen	50	40	45	48	50	61
Sexe féminin	43%	62%	43%	69%	71%	56%
Nationalité suisse	87%	69%	84%	75%	84%	92%
Dépression majeure	6%	54%	26%	47%	18%	11%
Nombre de symptômes dépressifs	4,2	6,6	6,5	7,9	6,5	5,3
Tension psychique élevée au travail	5%	60%	40%	80%	50%	27%
Sentiment moyen à élevé de maîtrise de la vie	71%	28%	29%	21%	38%	61%
Limitations importantes dans les activités quotidiennes	7%	22%	49%	45%	32%	42%
Pensées suicidaires	20%	58%	39%	60%	36%	32%
Traitements pour dépression, année écoulée	7%	29%	57%	53%	20%	15%
Nombre de visites chez le médecin, année écoulée	5	10	9	17	11	10
Séjours hospitaliers, année écoulée	14%	28%	11%	26%	20%	24%
Prise de somnifères, semaine écoulée	7%	28%	50%	35%	29%	26%
Prise d'antalgiques, semaine écoulée	29%	47%	25%	57%	49%	54%
Prise de tranquillisants, semaine écoulée	4%	8%	28%	36%	27%	19%
Prise d'antidépresseurs, semaine écoulée	9%	26%	56%	46%	25%	17%
Pratique du fitness, de la gymnastique, du sport (plusieurs fois par semaine ou tous les jours)	61%	33%	22%	32%	50%	44%

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007.

Le sexe, qui n'apparaissait pas dans l'analyse parmi les attributs classificatoires, apparaît néanmoins ici comme un facteur important: les femmes sont nettement surreprésentées, avec des proportions de 60 à 70%, dans quatre des cinq groupes à risque. Le groupe 4, en revanche, se compose davantage d'hommes. Le nombre moyen de symptômes dépressifs est relativement élevé dans les groupes à risque: 6 à 8 symptômes en moyenne sur un total possible de 10. Il n'est donc pas surprenant que la proportion de personnes présentant une dépression cliniquement significative (dépression majeure) y soit clairement élevée (11%) à très élevée (45%). A noter également les proportions très élevées de personnes ayant des pensées suicidaires: entre un tiers et deux tiers des personnes, selon les groupes, ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête.

La part des personnes ayant reçu un traitement médical pour la dépression au cours des douze mois précédant l'enquête varie, selon les groupes, entre 15 et 57%, la part de celles qui ont pris des antidépresseurs entre 17 et 56%. Vu le nombre en moyenne élevé de symptômes et la proportion très élevée de personnes souffrant d'une tension psychique importante, ces pourcentages sont peut-être le signe d'une prise en charge insuffisante. A noter également la proportion très élevée dans certains groupes de personnes qui prennent des tranquillisants. La prise de tranquillisants est, dans deux groupes (9 et 11), plus fréquente que la prise d'antidépresseurs. La fréquence des consultations médicales peut s'expliquer par les troubles physiques: selon l'importance de ces troubles, on compte de 9 à 17 consultations au cours de l'année précédant l'enquête. Un cinquième à un tiers des personnes (à l'exception du groupe 4) ont effectué au moins un séjour à l'hôpital.

Les limitations dans les activités quotidiennes sont assez fréquentes: 22 à 49% des personnes, selon les groupes, disent avoir été limitées dans leurs activités pour des raisons de santé au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Les pourcentages sont à peu près les mêmes pour ce qui est de l'aptitude au travail, chez les personnes professionnellement actives. La part des personnes qui pratiquent le fitness ou un sport est globalement faible par rapport au groupe de référence – c'est compréhensible, vu les troubles physiques dont souffrent beaucoup de ces personnes, mais cette observation est potentiellement intéressante, compte tenu de l'effet antidépresseur de l'activité physique.

Le groupe 8, qui n'est caractérisé que par deux variables (troubles physiques importants et solitude), est particulièrement touché par les symptômes dépressifs.

Dans ce groupe, 80% des personnes subissent une tension psychique importante, 60% ont eu des pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête et près de la moitié remplissent les critères d'une dépression majeure. Ce sont fréquemment des femmes et des personnes qui ont rarement le sentiment de maîtriser leur vie, qui sont souvent limitées dans leurs activités et qui ont fréquemment consulté leur médecin au cours de l'année précédant l'enquête.

5.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche

Les caractéristiques de ces groupes de population sujets aux symptômes dépressifs, établies par la méthode de l'arbre décisionnel, ne sont pas le fait du hasard. Les rapports que la dépression entretient avec les problèmes somatiques (chroniques), avec la solitude, avec les conditions de travail et avec les difficultés liées au vieillissement – comme facteurs de risque, comme problèmes concomitants ou comme conséquences des troubles dépressifs – sont assez bien documentés. Sur les relations étroites entre problèmes somatiques et dépression, voir également le chapitre 2 du présent rapport.

Dépression et troubles physiques

Symptômes dépressifs et douleurs physiques sont étroitement liés. Deux tiers environ des personnes dépressives disent avoir des troubles physiques et deux tiers de celles qui ont des problèmes physiques sont dépressives (Bair et al., 2003; Romano & Turner, 1985; Chapman et al., 2005). Chaque symptôme somatique supplémentaire double environ la probabilité qu'une personne souffre de troubles dépressifs (Kroenke et al., 1994). Trois quarts environ des patients dépressifs décrivent aux médecins de famille leurs symptômes en des termes exclusivement physiques, ce qui complique considérablement le diagnostic (Bair et al., 2003). C'est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui, au lieu de parler d'abattement ou de tristesse, diront par exemple qu'elles ont des insomnies ou des idées de mort (Gallo et al., 1994). Par ailleurs, les personnes qui souffrent à la fois de douleurs physiques et de dépression ont, malgré un recours accru à la médecine, un pronostic nettement moins bon que les autres. La dépression nuit de manière significative au processus de guérison de maladies somatiques courantes comme les maladies cardio-vasculaires. La co-morbidité douleurs/dépression conduit en outre à des réductions particulièrement fortes de la mobilité, de l'activité et de l'aptitude au travail (Garcia-Campayo et al., 2008). On

sait d'ailleurs qu'il existe des liens biochimiques entre la douleur physique et la dépression: la sensibilité à la douleur et la dépression sont influencées par les mêmes molécules chimiques (par exemple la sérotonine). Ainsi les antidépresseurs peuvent-ils diminuer aussi bien les symptômes dépressifs que la douleur (Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004; Bair et al., 2003). Enfin, il apparaît que la souffrance psychosociale (liée par exemple à l'exclusion ou à la solitude) est étroitement apparentée, neurobiologiquement, avec la douleur physique – les deux types de souffrance se manifestent dans la même région bien délimitée du cerveau (Eisenberger et al., 2003).

Dépression et solitude

La solitude et la dépression vont si souvent de pair qu'on peut se demander s'il s'agit de deux phénomènes distincts. L'analyse qui précède laisse plutôt penser qu'ils le sont: la solitude ne s'accompagne pas toujours de symptômes dépressifs. Des recherches récentes montrent qu'il s'agit vraisemblablement de deux phénomènes indépendants, mais qui exercent une forte influence l'un sur l'autre. Des études longitudinales ont montré que la solitude est un facteur de risque indépendant – par rapport à des caractéristiques sociodémographiques telles que le mariage, l'isolement social ou le stress (Cacioppo et al., 2006). Ce qui est déterminant, dans le sentiment de solitude, c'est la qualité des interactions sociales, non leur quantité. C'est essentiel en particulier chez les personnes âgées, dont la vie sociale s'appauvrit. Le risque de décès est deux fois plus élevé chez les personnes âgées qui souffrent à la fois de dépression et de solitude que chez celles qui ne souffrent que de l'une ou de l'autre (Stek et al., 2005); des interventions pourraient particulièrement se justifier dans ce domaine.

Dépression et tension psychique au travail

On sait qu'il existe des liens entre la tension psychique au travail et les troubles psychiques, en particulier la dépression. Plusieurs facteurs jouent à cet égard un rôle déterminant: rapport entre exigences et autonomie, qualité de l'environnement de travail, qualité de l'environnement social, maîtrise du travail, clarté des missions, rapport entre l'investissement personnel et la reconnaissance sociale, sans oublier la charge de travail elle-même. L'importance de ces facteurs peut varier selon les groupes de professions et selon la situation professionnelle (Tennant, 2001; Godin et al., 2005; Paterniti et al., 2002; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; LaMontagne et

al., 2008). Ces facteurs de stress exercent une influence directe sur les troubles dépressifs, même si d'autres facteurs, liés par exemple à la personnalité, sont pris en compte.

Dépression et peur de perdre son emploi

L'insécurité de l'emploi et la peur de perdre son travail vont de pair avec une fréquence accrue des troubles psychiques, des troubles physiques et de l'absentéisme-maladie (Ferrie, 2001; Ferrie et al., 1998; Ferrie et al., 2002; Heaney et al., 1994; Burchell, 1994). Le passage d'une place de travail sûre à une place de travail moins sûre se traduit par une augmentation des symptômes dépressifs, lesquels ne reviennent pas à leur niveau antérieur quand la personne retrouve la sécurité de l'emploi. Une période prolongée d'insécurité de l'emploi est particulièrement néfaste pour la santé.

5.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

5.2.1 Introduction

Comme nous l'avons relevé au point 3.2 de ce rapport, la part des personnes présentant un excès de poids en Suisse s'est stabilisée ces dernières années à 40% environ de la population totale. Si cette valeur est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays – aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, plus de la moitié de la population serait actuellement en surpoids (OECD, 2009) –, elle est tout de même inquiétante étant donné les risques pour la santé induits par la surcharge pondérale (WHO, 2000; OFSP, 2008a). Plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années pour promouvoir «un poids corporel sain». Elles ont été regroupées récemment dans le «Programme national alimentation et activité physique 2008–2012», développé par l'Office fédéral de la santé publique et par d'autres organisations (OFSP, 2008a). Ce programme montre l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante pour conserver ou recouvrer un poids corporel sain.

Nous présentons ici une analyse des facteurs qui ont une incidence sur les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. Cette analyse s'appuie sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007. A partir des observations présentées au point 3.2 sur l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel, elle élargit la perspective, dans un but exploratoire, à d'autres aspects du mode de

vie, des comportements individuels et de la situation sociale, considérés dans la littérature spécialisée (WHO, 2000; 2003; Eichholzer, 2003b; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; OFS, 2007; OECD, 2009). Nous ne prendrons pas en considération des facteurs structurels généraux tels que l'offre de denrées alimentaires ou l'attitude de certains groupes de pairs importants, car ces dimensions n'étaient pas incluses dans l'Enquête suisse sur la santé. Notre analyse s'appuie sur les chiffres relevés au niveau national. Le nombre d'observations au niveau cantonal étant insuffisant sur certains points, nous ne présenterons pas ici de résultats cantonaux (voir aussi le point 5.2.2).

5.2.2 Méthode

Nos analyses et nos explications s'articulent de la manière suivante. Nous reviendrons tout d'abord sur les résultats présentés au point 3.2 et montrerons comment la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité varie en fonction de divers facteurs liés aux comportements et aux compétences dans le domaine de la santé. Nous élargirons ensuite la perspective pour examiner la question des rapports entre la surcharge pondérale et les inégalités sociales.

Les variables considérées au point 3.2 étaient l'activité physique, l'attention portée à l'alimentation, l'observation des recommandations nutritionnelles, la consommation de viande et la consommation de liquides non alcoolisés (voir la figure 5.2). Si les rapports entre les trois premières de ces variables et la surcharge pondérale semblent clairs – on s'attend à ce qu'une activité physique plus intense, une plus grande attention portée à l'alimentation et une meilleure observation des recommandations nutritionnelles aillent de pair avec un poids corporel inférieur –, les rapports entre la surcharge pondérale et les deux autres variables – consommation de viande et consommation de liquides non alcoolisés – appellent quelques précisions. En ce qui concerne la

consommation de viande, les spécialistes de l'alimentation établissent notamment un rapport entre les graisses (animales) et la surcharge pondérale (voir Eichholzer et al., 2005). Mais un paramètre lié au mode de vie pourrait également jouer un rôle: les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent en effet qu'il existe une corrélation entre la consommation de viande et un goût pour la bonne cuisine et pour une alimentation abondante, ce qui laisse supposer que la proportion de personnes en surcharge pondérale est supérieure à la moyenne parmi les consommateurs réguliers de viande⁷². En ce qui concerne la consommation de liquides, l'OMS (WHO, 2003, p. 57) signale que les boissons sucrées pourraient entraîner une aggravation des problèmes de poids car, à valeur énergétique égale, elles sont moins rassasiantes que les aliments solides. Autrement dit, lorsque les boissons sucrées représentent une part importante de la consommation de boissons non alcoolisées, elles peuvent accentuer les problèmes de poids.

Nous considérerons ensuite les variables compétences de santé, compétences de consommation, consommation d'alcool, charge physique au travail, et quelques variables comportementales qui ont été examinées par ailleurs aux points 3.1, 3.3 et 4.2 (voir la figure 5.3). On peut s'attendre ici à ce que les personnes qui se soucient de leur alimentation, qui consomment peu d'alcool (dont l'apport énergétique est important) et qui sont physiquement actives auront en moyenne un poids corporel plus favorable (voir aussi WHO, 2003). Nous considérerons également les obstacles à une alimentation saine (nombre d'obstacles mentionnés par les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête) et la durée quotidienne des déplacements à pied ou à vélo: le premier de ces facteurs semble de nature à favoriser la surcharge pondérale, le second semble être plutôt favorable à un poids normal.

⁷² Invitées à citer, sur la base de dix réponses à choix, des obstacles possibles à une alimentation saine, 57% des personnes interrogées consommant souvent de la viande (au moins cinq fois par semaine) ont indiqué aimer «bien manger» et 21% ont répondu aimer «beaucoup manger». Parmi les personnes consommant rarement de la viande, les proportions sont respectivement de 25% et de 15% (n=12'788).

On peut supposer que ces différentes variables ne sont pas indépendantes les unes des autres. L'étape suivante de l'analyse consistera donc à déterminer au moyen d'un modèle statistique multivarié quelles corrélations sont assez fortes pour subsister lorsque l'on contrôle simultanément l'influence des autres variables. Il se pourrait, par exemple, que les variables de compétences en matière de santé et en matière d'alimentation mesurent à peu près la même chose et que leur rapport avec le poids corporel puisse se ramener en fait à une seule des deux variables. Pour tester ces questions, nous établirons des modèles de régression logistique permettant d'évaluer le degré de corrélation entre les différentes variables et la surcharge pondérale ou l'obésité⁷³.

Comportements individuels et inégalités

Les comportements et les compétences individuelles en matière de santé ne sont pas les seuls facteurs à être en rapport avec le poids corporel. La littérature spécialisée montre qu'il existe des différences selon les groupes de population, par exemple entre les hommes et les femmes ou entre les personnes dont le niveau de formation est élevé et celles dont le niveau de formation est bas. Sont fréquemment mentionnés également des facteurs tels que l'accès aux denrées alimentaires, les possibilités d'exercer une activité physique, la publicité et les campagnes de marketing, le style de vie déterminé par le milieu culturel, les prédispositions génétiques et l'influence du milieu social proche (famille, amis, collègues de travail; voir à ce propos le point 1.2). Ces facteurs

généraux, relevant du mésoniveau et du macroniveau, ne peuvent pas être analysés sur la base des données de l'ESS. Seuls pourront être étudiés ici les rapports entre la surcharge pondérale et les variables sociodémographiques et socio-économiques présentées au point 3.2.

Soulignons que les facteurs socio-économiques peuvent influencer le poids corporel d'une personne soit directement, soit indirectement par l'influence qu'ils exercent sur les comportements et sur les compétences de santé. Parmi les effets directs, il faut distinguer entre les effets «réellement directs» et les effets «apparemment directs». L'effet est réellement direct lorsque des différences physiologiques dans le bilan énergétique de l'organisme entraînent des différences de poids corporel. L'effet n'est qu'apparemment direct lorsque le poids corporel est influencé par des schémas de comportements caractéristiques d'un sexe ou d'une couche sociale, comportements que l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de mettre en évidence. Dans ce cas, l'effet est en réalité indirect (la situation sociale de la personne influence son comportement, qui à son tour exerce une influence sur le poids corporel), mais on ne peut pas le prouver parce que la variable comportementale n'a pas été considérée dans l'ESS.

Par ailleurs, les relations entre le milieu social, les comportements et le poids corporel n'obéissent généralement pas à un modèle simple et linéaire, selon lequel un statut social élevé entraînerait automatiquement de meilleures compétences de santé et des comportements plus favorables, qui à leur tour favoriseraient un poids corporel normal. Ce type de corrélation peut certes exister, mais d'autres facteurs peuvent exercer des influences contraires (voir Stamm & Lamprecht, 2010). Considérons par exemple une personne bien formée exerçant une profession de la santé. On peut supposer que cette personne connaîtra les relations qui existent entre l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel. Mais si son horaire de travail ne lui laisse pas suffisamment de temps pour acheter et préparer des aliments sains et pour pratiquer un sport, l'effet favorable de sa formation sera annulé par l'effet défavorable de ses conditions de travail. Nous ne pourrions pas analyser ici des corrélations aussi complexes, mais nous chercherons à examiner, au moyen d'un modèle de régression logistique, quelles corrélations sont les plus fortes lorsqu'on considère simultanément différentes caractéristiques sociales et comportementales.

⁷³ La régression logistique permet d'expliquer une variable dichotomique – dans le cas présent: «poids normal vs surcharge pondérale (obésité incluse)» ou «poids normal ou légèrement excédentaire vs obésité» – par une série de variables dites indépendantes. Les effets des variables indépendantes sont contrôlés simultanément, c'est-à-dire que l'on élimine les variables qui ne fournissent aucune explication ou dont la force explicative est moins grande que celle d'autres variables. Les critères d'élimination sont, d'une part, le degré de signification des coefficients et, d'autre part, les variations de la force explicative du modèle lorsque certaines variables sont éliminées (log-likelihood). Pour déterminer si certaines variables doivent ou non être éliminées, nous avons utilisé d'abord les données non pondérées de l'ESS 2007, car le degré de signification des corrélations augmente avec le nombre d'observations. Si on avait utilisé dès le départ les données pondérées, on aurait couru le risque d'obtenir des corrélations non pertinentes. Mais dans les modèles définitifs, les paramètres ont été calculés sur la base des données pondérées. Les tableaux qui suivent comportent l'indication des «odds ratios» (avec un intervalle de confiance de 99%). Leur interprétation est relativement simple. L'«odds ratio» indique la probabilité avec laquelle un événement (p. ex. la surcharge pondérale ou l'obésité) se vérifie pour une variable donnée, par rapport à un groupe de référence. Dans le tableau 5.2, par exemple, l'«odds ratio» de 1,82 pour les personnes qui ont de faibles compétences en matière de santé signifie que ces personnes sont presque deux fois plus souvent (1,8 fois) atteintes de surcharge pondérale que les personnes qui ont de bonnes compétences en matière de santé. Pour la consommation de viande, l'«odds ratio» de 0,31 indique que les personnes qui mangent rarement de la viande ont un risque de surpoids nettement moins élevé (trois fois moins élevé) que celles qui mangent de la viande cinq fois par semaine ou plus.

5.2.3 Résultats

La figure 5.2 montre les liens qui existent entre divers aspects des comportements alimentaires et de l'activité physique et la proportion de personnes ayant des problèmes de poids. La part des personnes en surcharge pondérale ou obèses est plus faible parmi les personnes qui ont une activité physique régulière, qui font attention à leur alimentation et qui consomment souvent des fruits et des légumes, que dans le reste de la population. L'inverse s'observe pour la consommation de viande et l'apport en liquide: plus une personne mange de viande et plus elle absorbe de liquide, plus la probabilité qu'elle soit en surpoids est élevée.

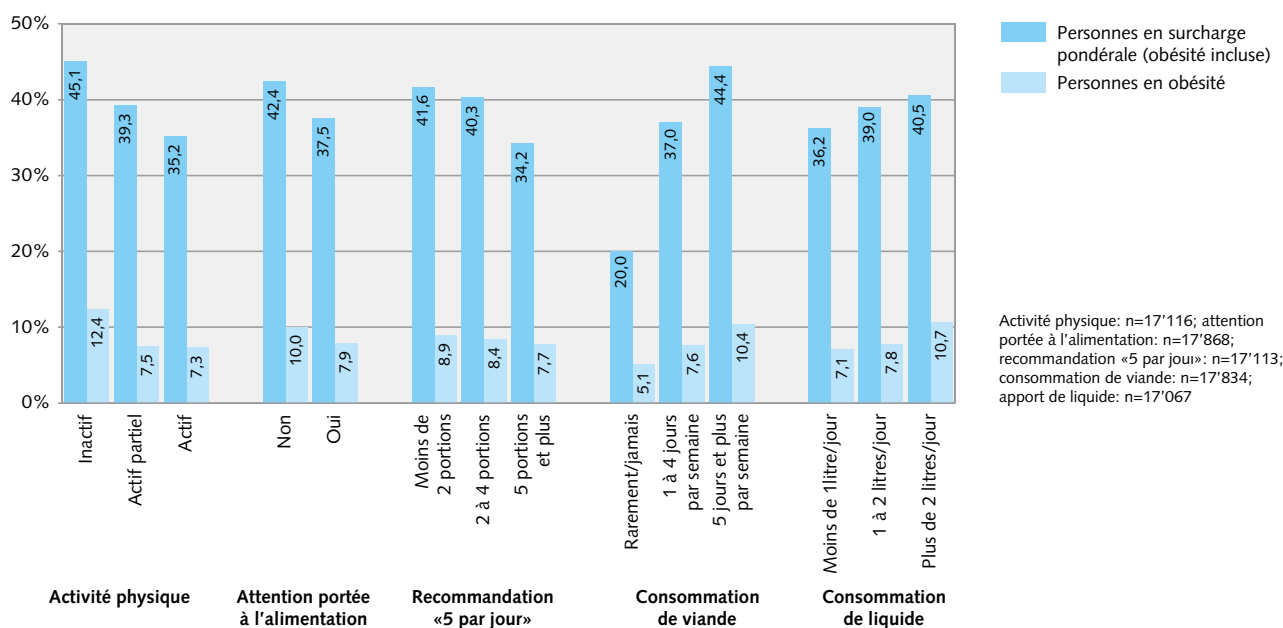
Ces observations ne constituent toutefois qu'une tendance. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée ne permettent pas toujours d'éviter la surcharge pondérale ou l'obésité. Il existe par ailleurs une certaine marge d'imprécision dans la mesure de la surcharge pondérale et de l'obésité. L'indice de masse corporelle (IMC, voir point 3.2) est un critère simple pour distinguer les personnes de poids normal ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) des personnes en surcharge pondérale ($25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) ou obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), mais il néglige certains aspects de la problématique de la surcharge

pondérale et de l'obésité (p. ex. la proportion de graisse dans le corps). Dans l'Enquête suisse sur la santé, l'IMC est en outre déterminé sur la base des informations fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner des distorsions.

Des problèmes de mesure se posent aussi pour l'activité physique et pour l'alimentation. Les indicateurs utilisés n'illustrent que de manière imparfaite les concepts d'«alimentation équilibrée» et d'«activité physique déterminante pour le poids». C'est le cas en particulier des indicateurs des comportements alimentaires. La fréquence de la consommation de fruits et de légumes ne renseigne pas sur le reste des habitudes alimentaires ni sur le bilan énergétique. Celui-ci peut être rompu, par exemple, si un morceau de chocolat est consommé avec chaque pomme ou un morceau de fromage ou de pain avec chaque portion de légumes. En soi, consommer de la viande et des saucisses ne fait pas grossir, mais ce comportement est souvent associé, comme nous l'avons dit plus haut, à un mode de vie privilégiant une «alimentation abondante». Enfin, les résultats relatifs à la consommation de liquide semblent indiquer que les boissons sucrées ont bien, comme le suggère l'OMS (WHO, 2003), un effet défavorable sur le poids corporel.

Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation
Suisse, 2007 (18 ans et plus)

Fig. 5.2



Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ($p < 0,01$)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Compétences en matière de santé, mode de vie et poids corporel

Plusieurs autres facteurs liés aux compétences individuelles et au mode de vie peuvent avoir une incidence sur le poids corporel. Les liens entre certains de ces facteurs et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité sont présentés dans la figure 5.3. On observe clairement un lien entre les compétences de santé et de consommation, qui ont déjà été examinées au point 3.1, et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité. On constate également que les personnes qui boivent plus d'alcool et celles qui mentionnent plus d'obstacles à une alimentation saine sont plus souvent que les autres en surcharge pondérale (mais ne sont pas forcément plus souvent obèses, du moins pour celles qui boivent plus d'alcool).

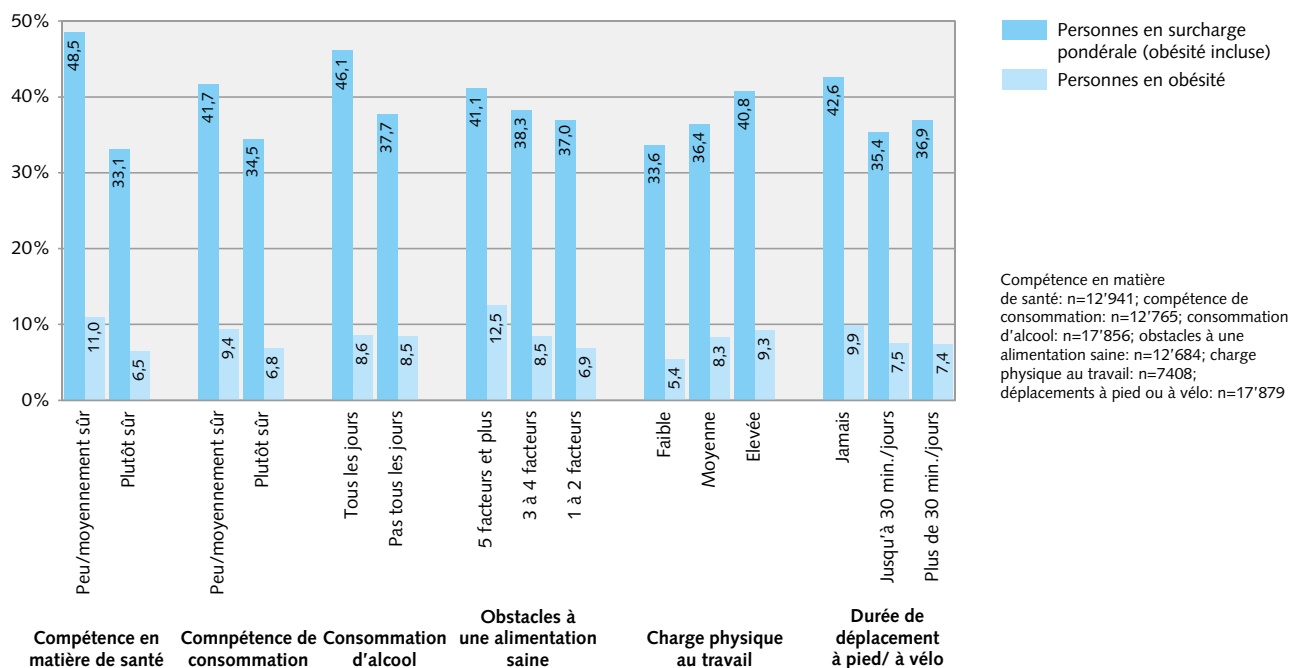
Pour la charge physique au travail, considérée comme un indicateur approximatif de la sédentarité, le rapport est exactement l'inverse de celui auquel on pouvait s'attendre: les personnes qui ont un travail physique-

ment éprouvant sont plus souvent en surpoids que celles qui exercent une activité professionnelle peu ou moyennement éprouvante, ce qui peut s'expliquer notamment par l'effet du niveau de formation ou du style de vie (voir point 3.2). Enfin, la figure 5.3 montre qu'il existe un lien entre les déplacements quotidiens à pied ou à vélo et le poids corporel.

Pour tous les indicateurs considérés dans les figures 5.2 et 5.3, la question se pose de savoir lesquels ont, indépendamment d'autres facteurs, un rapport de corrélation particulièrement fort avec le poids corporel. Il se pourrait en effet que les indicateurs relatifs aux compétences individuelles et au mode de vie, présentés dans la figure 5.3, mesurent plus ou moins la même chose que ceux relatifs aux comportements alimentaires et à la mobilité, présentés plus haut. Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un modèle de régression logistique multivarié, qui permet de tester simultanément les rapports entre ces différentes variables et l'excès de poids.

Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)

Fig. 5.3



Définition des variables utilisées:

- Charge physique au travail (voir le point 3.2)
- Evaluation des compétences en matière de santé et de consommation: Les exemples cités dans la question concernant les connaissances en matière de consommation se réfèrent avant tout à l'achat d'aliments; cette question peut donc être considérée comme une approximation des connaissances en alimentation
- Obstacles à une alimentation saine: réponses cumulées à la question: «De nombreuses personnes, dont vous faites peut-être partie, estiment qu'il est important de se nourrir sainement. Voyez-vous des obstacles pour quelqu'un voulant se nourrir sainement?». Les personnes interrogées devaient indiquer pour 10 éléments s'il s'agissait d'un obstacle ou non
- Déplacements à pied/à vélo: indice basé sur deux questions: moyens de locomotion pour les trajets quotidiens (à pied et/ou à vélo) et durée de ces déplacements (en min.)
- Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ($p < 0,01$)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
Comportements	Activité physique	Inactif	1,21 (1,20–1,22)	1,76 (1,73–1,78)
		Actif partiel	1,20 (1,19–1,21)	1,08 (1,07–1,1)
	Habitudes alimentaires: 5 fruits/légumes par jour	<5 par jour	n.s.	n.s.
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,31 (0,31–0,32)	0,38 (0,36–0,39)
		1–4 fois/semaine	0,73 (0,72–0,73)	0,66 (0,65–0,67)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,74 (0,74–0,75)	n.s.
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	0,77 (0,77–0,78)	n.s.
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,53 (0,52–0,54)
3–4 facteurs		0,90 (0,89–0,91)	0,68 (0,67–0,68)	
Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,13 (1,13–1,14)	n.s.	
	1–30 min./jour	0,85 (0,85–0,86)		
Compétences	Attention portée à l'alimentation	Aucune attention	n.s.	n.s.
	Compétences de consommation	Peu ou moyennement sûr	n.s.	n.s.
	Compétences en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Constante		0,87	0,14
	R ² de Nagelkerke		0,06	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n = 11 610

* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre par jour et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour.

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note au point 5.2.2.

Le tableau 5.2. présente les résultats de cette analyse, qui peuvent se résumer comme suit:

- Des corrélations significatives existent entre la surcharge pondérale – éventuellement l'obésité – et l'activité physique, la consommation de viande, d'alcool et de liquide, les compétences de santé, le nombre mentionné d'obstacles à une alimentation saine et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo.
- L'absence d'activité physique, ou une activité seulement occasionnelle, et le sentiment de manquer de connaissances en matière de santé, vont de pair avec une probabilité plus élevée d'être atteint de surcharge pondérale ou d'obésité. Pour les autres variables, on observe les corrélations suivantes: plus la consommation de liquide, d'alcool ou de viande est importante, et plus les obstacles mentionnés à une alimentation saine sont nombreux, plus la probabilité de surcharge pondérale, voire d'obésité, augmente⁷⁴.

- La consommation d'alcool, la consommation de liquides non alcoolisés et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo sont corrélés avec la surcharge pondérale, mais pas avec l'obésité. On observe ici encore qu'une consommation accrue de liquide tend à être associée avec un poids corporel plus élevé, ce qui est probablement lié à l'absence de distinction entre boissons sucrées et boissons non sucrées.
- L'attention portée à l'alimentation, l'observation de la consigne «5 fruits et légumes par jour» et les compétences de consommation ne sont pas corrélées de manière significative avec la surcharge pondérale ni avec l'obésité. Dans les analyses plus simples présentées au point 3.2 et dans les figures 5.2 et 5.3, ces indicateurs paraissaient être en rapport avec le poids corporel, mais dans le modèle multivarié, leur influence apparente semble mieux s'expliquer par l'effet d'autres variables (voir aussi le point 5.2.4).

Inégalités sociales et poids corporel

Comme le montre la dernière ligne du tableau 5.2, les modèles multivariés ne contribuent que modérément à expliquer la fréquence de la surcharge pondérale et de

⁷⁴ Nous avons dû renoncer ici, en raison des dimensions de notre étude, à présenter les modèles tenant compte de la charge physique au travail. Lorsqu'on fait intervenir cette variable, le nombre de cas considérés baisse nettement, puisque l'analyse ne peut alors porter que sur les personnes actives. L'analyse confirme toutefois le résultat présenté dans la figure 5.3: une plus lourde charge physique au travail est souvent associée à un poids corporel plus élevé.

l'obésité en Suisse. Cela est imputable à l'imprécision des mesures, comme nous l'avons dit plus haut, mais également, comme les résultats semblent l'indiquer, à l'influence d'autres facteurs. Faute de données concernant le niveau structurel supérieur, nous ne pouvons pas tester ici un modèle complet, mais nous pouvons examiner quelles corrélations existent entre le surpoids et les variables sociodémographiques et socio-économiques examinées au point 3.2 lorsqu'on considère simultanément l'influence des variables relatives aux comportements et aux compétences en matière de santé.

Nous avons vu au point 3.2 que ce sont surtout l'âge et le sexe qui sont étroitement corrélés avec les comportements en matière de santé et avec le poids corporel. Le

niveau de formation et la profession (catégorie socioprofessionnelle) jouent aussi un rôle important, tandis que le revenu d'équivalence du ménage et la nationalité semblent secondaires.

La question est de savoir si ces facteurs exercent une influence indépendamment les uns des autres ou si leurs influences se recourent, s'additionnent ou se compensent. Par exemple, il est possible que l'effet de la formation et de l'âge s'annulent – lorsque ces deux variables sont considérées simultanément – par suite de l'augmentation constante du niveau de formation en Suisse.

Autrement dit, comme les jeunes en Suisse ont en moyenne un niveau de formation supérieur à celui des personnes plus âgées, il se pourrait que ces deux variables

Tab. 5.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
Comportements et compétences de santé	Activité physique	Inactif	1,12 (1,11–1,13)	1,51 (1,49–1,53)
		Actif partiel	1,22 (1,22–1,23)	1,07 (1,05–1,08)
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,41 (0,40–0,41)	0,41 (0,40–0,43)
		1–4 fois/semaine	0,78 (0,78–0,79)	0,66 (0,65–0,66)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,71 (0,70–0,71)	0,66 (0,66–0,67)
	Compétence en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,67 (1,66–1,68)	1,50 (1,48–1,51)
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	1,32 (1,31–1,33)	1,30 (1,28–1,32)
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,66 (0,66–0,67)	0,44 (0,43–0,45)
		3–4 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,66 (0,65–0,67)
	Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,12 (1,10–1,12)	1,31 (1,30–1,33)
1–30 min./jour		0,90 (0,90–0,91)	0,94 (0,92–0,95)	
Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques	Sexe	Masculin	2,42 (2,40–2,43)	n.s.
	Age	18–34 ans	0,23 (0,23–0,24)	0,34 (0,34–0,35)
		35–49 ans	0,48 (0,48–0,49)	0,66 (0,65–0,67)
		50–64 ans	0,87 (0,84–0,86)	1,10 (1,08–1,12)
	Degré d'urbanisation	Ville	0,88 (0,87–0,89)	n.s.
	Formation	Scolarité obligatoire	1,88 (1,86–1,91)	1,86 (1,82–1,90)
		Degré secondaire II	1,16 (1,15–1,17)	1,56 (1,54–1,58)
	Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	1,29 (1,28–1,30)	1,33 (1,31–1,35)
De 3000 à 4499 CHF		1,27 (1,26–1,28)	1,26 (1,25–1,29)	
De 4500 à 5999 CHF		1,11 (1,10–1,12)	0,99 (0,97–1,01)	
	Constante		0,59	0,10
	R ² de Nagelkerke		0,17	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n = 11 309

Variabiles non significatives éliminées du modèle: attention portée à l'alimentation, recommandation «5 par jour», compétence de consommation, nationalité, sexe (seulement pour l'obésité), degré d'urbanisation (seulement pour l'obésité).

* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour; sexe: féminin; âge: 65 ans et plus; degré d'urbanisation: campagne; formation: degré tertiaire; revenu d'équivalence du ménage: 6000 CHF et plus.

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de la section 5.2.2.

mesurent à peu près la même chose et qu'elles se neutralisent. La question peut être examinée à l'aide d'un modèle statistique multivarié dans lequel les effets des variables considérées sont testés en contrôlant simultanément les autres variables.

Le tableau 5.3 présente les résultats de cette analyse pour la surcharge pondérale (obésité incluse) et pour l'obésité seule. Il suffit de considérer l'ordre de grandeur des «odds ratios» pour constater le rôle particulièrement important que jouent la consommation de viande, les compétences de santé, l'âge, le sexe (seulement pour la surcharge pondérale) et la formation. Mais il faut noter une fois encore que ces corrélations pourraient être liées à des aspects du mode de vie qui n'ont pas été pris en considération: par exemple, une forte consommation de viande pourrait refléter un mode de vie caractérisé par une nourriture abondante ou des préférences spécifiques au sexe ou à la génération pour certaines formes d'alimentation ou d'activité physique.

Les autres variables considérées dans le tableau ont un effet assez faible, voire nul, lorsque l'effet des autres caractéristiques est corrigé simultanément. Les facteurs consommation de liquide et consommation d'alcool méritent ici encore d'être relevés: les personnes qui consomment peu de liquides non alcoolisés – donc peu de boissons sucrées – tendent à être plus rarement en surcharge pondérale ou obèses. Celles qui consomment rarement de l'alcool tendent plutôt à être en surpoids, si l'on contrôle simultanément les autres facteurs – ce qui contredit les résultats bivariés présentés plus haut. Une analyse plus approfondie montre, pour la consommation d'alcool, des corrélations différentes selon le sexe: chez les hommes, une forte consommation d'alcool est généralement associée à une proportion élevée de personnes en surcharge pondérale; chez les femmes, la relation est inverse. Enfin, il est intéressant de constater que le poids corporel ne présente plus ici de corrélation significative avec l'observation de la consigne «5 par jour», avec l'attention portée à l'alimentation, ni avec les compétences de consommation.

5.2.4 Discussion

Les modèles statistiques expliquent près de vingt pour cent des différences observées dans la distribution de la surcharge pondérale, et environ la moitié pour l'obésité. Ces proportions sont importantes si l'on considère la simplicité des méthodes de mesure des différentes variables – auto-évaluation du poids corporel, relevé probable-

ment trop sommaire de la consommation de liquide, etc. – et la complexité de leurs interactions, dont les modèles ne peuvent rendre compte qu'imparfaitement.

Les résultats présentés dans ce chapitre concordent avec ceux publiés dans la littérature spécialisée. De nombreuses études montrent que divers facteurs sociodémographiques et socio-économiques exercent une influence considérable sur le poids corporel, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du mode de vie et des compétences individuelles dans le domaine de la santé (voir p. ex. Eichholzer, 2003a; Stamm & Lamprecht, 2009). Nos résultats correspondent également aux ordres de grandeur attendus en ce qui concerne les rapports entre le surpoids et les compétences de santé, l'activité physique, les obstacles à une alimentation saine et la surcharge pondérale, (voir WHO, 2003; OFS, 2006; OECD, 2009).

L'évaluation des résultats concernant l'attention portée à l'alimentation et les comportements alimentaires est un peu plus délicate. Le fait que la corrélation entre le poids corporel et l'observation de la consigne «5 par jour», respectivement le souci d'une alimentation saine et les compétences de consommation, disparaisse dans un modèle multivarié est étonnant en raison des recommandations, fondées sur la pratique, pour atteindre un poids corporel sain (voir WHO, 2003; OFSP, 2007c; 2008a). Comme nous l'avons indiqué, ces résultats surprenants pourraient s'expliquer en grande partie par la simplicité des méthodes de mesure utilisées. Les comportements alimentaires devraient assurément faire l'objet d'une description plus précise, comme celle qui est prévue dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS), programmée par l'OFSP pour 2012. Les résultats présentés plus haut indiquent qu'une plus forte consommation de liquides non alcoolisés est fréquemment associée à un poids corporel plus élevé. Ce n'est que lorsque nous disposerons de données plus précises sur la composition des liquides consommés que nous pourrions apprécier correctement ce résultat (voir aussi WHO, 2003). Même remarque pour la consommation de viande: il est probable que c'est moins la viande en elle-même que certains aspects du mode de vie des personnes qui consomment fréquemment de la viande qui expliquent la corrélation entre cet indicateur et la surcharge pondérale. Les analyses que permettra le projet NANUSS, ainsi que les résultats de plusieurs évaluations portant sur les programmes de prévention de la surcharge pondérale actuellement en cours, permettront d'éclaircir ces questions.

En conclusion, il convient de souligner que, si les corrélations observées sont souvent modestes, elles ne doivent cependant pas être sous-estimées, car elles peuvent, en s'additionnant, produire des effets considérables. On peut le montrer en comparant deux groupes de population opposés. Le groupe des femmes jeunes (jusqu'à 34 ans) qui mangent rarement de la viande, qui bénéficient de compétences élevées en matière de santé et qui pratiquent des activités physiques (n=99), ne comporte que six pour cent de personnes en surcharge pondérale et une part négligeable de personnes obèses. Le groupe opposé, celui des hommes de 50 ans ou plus qui n'ont pas d'activité physique, qui ont de faibles compétences en matière de santé et qui consomment beaucoup de viande (n=54), comporte 67 pour cent de personnes en surcharge pondérale, et parmi elles plus de la moitié (36 pour cent) sont obèses. Cet exemple simple montre que même des corrélations qui, prises isolément, semblent relativement faibles, peuvent prendre une importance considérable lorsque les différents facteurs se combinent. Cette conclusion suggère aussi que les stratégies «multidimensionnelles» actuellement adoptées dans la prévention de la surcharge pondérale vont dans le bon sens: il ne semble pas y avoir de «panacée» contre la surcharge pondérale, mais les approches axées d'une part sur la sensibilisation et sur les comportements, d'autre part sur les aspects relationnels et structurels, s'annoncent prometteuses.

5.3 Résumé

5.3.1 Bilan et perspectives

Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs subcliniques, qui peuvent être les signes avant-coureurs d'une dépression ultérieure, sont très répandus dans la population. Sans gravité pour les personnes qui jouissent d'une bonne santé physique et d'une bonne intégration sociale et professionnelle, ces symptômes ne doivent pas être sous-estimés comme signes précurseurs de maladies dépressives plus sévères. Pour identifier des groupes spécifiques de population particulièrement exposés au risque de dépression, on a procédé, sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé, à une analyse de classification qui a mis en

évidence plusieurs groupes à haut risque. Ces résultats mériteraient d'être étudiés dans le cadre de projets plus approfondis ou, pour ce qui est de leurs conséquences pratiques, dans le cadre des projets existants («Alliance contre la dépression» ou projets analogues).

Les groupes à risque qui ont été identifiés se caractérisent par une tension psychique élevée, par des pensées suicidaires fréquentes, par des limitations marquées dans les activités quotidiennes et par un recours relativement important au système de santé. Quelques caractéristiques permettent de répartir les personnes atteintes de symptômes dépressifs en des groupes clairement définis. La concomitance de troubles physiques importants et d'un sentiment de solitude marqué, par exemple, définit un groupe de population dans lequel 70% des personnes déclarent avoir des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 45% des personnes remplissent les critères d'une dépression clinique, 80% sont soumises à une tension psychique importante, 60% ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête et 49% sont limitées dans leurs activités quotidiennes. Globalement, les facteurs suivants sont déterminants: troubles et douleurs somatiques (chroniques), sentiment de solitude, insécurité de l'emploi, insatisfaction au travail et tension psychique au travail. Même si les relations entre la dépression et ces facteurs sont complexes et dynamiques, nos résultats montrent dans quels domaines des mesures de prévention secondaire ou de dépistage peuvent s'avérer utiles (de telles mesures existent en partie déjà). Il est possible d'agir au niveau des traitements des médecins généralistes, éventuellement dans le cadre des services destinés aux personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (p. ex. au travers des soins à domicile), sur le lieu de travail, et peut-être aussi dans les quartiers d'habitation. Nos résultats indiquent enfin qu'il faut bien réfléchir au degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Il existe des groupes de population importants où la proportion de personnes dépressives est faible, des groupes de taille moyenne où la proportion de personnes dépressives est moyenne ou supérieure à la moyenne et des groupes restreints présentant des proportions très élevées de personnes dépressives. Des mesures ciblées seraient de nature à apporter une aide accrue surtout aux groupes de population moyennement touchés (intervention précoce) et aux groupes à risque (prévention secondaire).

Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

Une section de ce rapport a été consacrée à l'analyse des facteurs susceptibles d'influencer la surcharge pondérale et l'obésité. Partant des résultats relatifs à l'alimentation, à l'exercice physique et au poids corporel présentés sous le point 3.2, des corrélations ont été établies avec d'autres aspects des compétences de santé, du mode de vie et de la situation sociale; l'importance respective de ces facteurs a été testée au moyen d'un modèle statistique multivarié.

L'analyse montre que le poids corporel est influencé par différents aspects des compétences auto-déclarées et des comportements dans le domaine de la santé, mais aussi et surtout par des facteurs sociaux, et en particulier par l'âge et le sexe. Ces conclusions concordent avec les résultats de nombreuses études sur le sujet. Les modèles statistiques expliquent près de 20 pour cent des différences observées pour la surcharge pondérale, et environ la moitié des différences observées pour l'obésité. Il est surprenant de constater que les effets des comporte-

ments alimentaires et de l'activité physique semblent faibles. On ne peut toutefois pas en conclure que les interventions actuelles axées sur ces comportements n'auront qu'une efficacité limitée. Contre une telle conclusion, on peut avancer premièrement que les résultats de l'Enquête suisse sur la santé manquent de précision dans le domaine des comportements alimentaires et de l'activité physique. Des données plus précises, permettant également de définir l'apport énergétique global, seront disponibles dans quelques années dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS) de l'OFSP. Deuxièmement, on observe des liens indéniables entre les comportements alimentaires, l'exercice physique, divers aspects du mode de vie et le poids corporel d'une part, la situation sociale et les conditions de vie d'autre part. Il convient d'en tenir compte dans les interventions visant à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante; il semble souhaitable de développer des mesures spécifiques en fonction des conditions de vie et des facteurs contextuels des groupes de population visés.

6 Recours aux services de santé

Hélène Jaccard Ruedin, Stéphane Luyet, Marcel Widmer et France Weaver

Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé de la population genevoise en fonction de ses caractéristiques sociodémographiques et de son état de santé auto-rapporté. Une étude de l'Observatoire de la santé montre que les principaux facteurs associés au recours aux soins sont l'âge, le sexe et l'état de santé auto-évalué: les femmes, les personnes âgées et celles jugeant leur état de santé mauvais ont la plus forte probabilité de recourir à des soins médicaux (Jaccard Ruedin et al., 2007). La nationalité et le niveau d'éducation ou le niveau économique (estimé par le revenu d'équivalence du ménage) sont plutôt associés au recours au médecin spécialiste ou à certaines interventions chirurgicales, comme par exemple l'ablation des amygdales, plus élevée parmi les Suisses ayant un niveau élevé d'éducation (Domenighetti et al., 1989; G. Domenighetti & B. Bisig, 1995; Bisig B. et al., 2004; Domenighetti & Casabianca, 1997). Ce chapitre reprend donc ces différentes variables sans toutefois procéder à une analyse multivariée, qui examinerait l'influence spécifique de chacune d'entre elles. En principe, seules les différences importantes sont mentionnées dans le texte.

Dans le rapport «La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002», le recours aux services de santé avait déjà été examiné pour la Suisse romande. Dans le présent rapport, les services de santé retenus sont les mêmes que dans ce précédent rapport mais les perspectives choisies diffèrent parfois, limitant les possibilités de comparaisons temporelles.

Il aurait été intéressant d'examiner le recours simultané à différents services, mais une telle analyse aurait dépassé le cadre de ce travail. L'on aborde donc séparément le recours aux services suivants, durant les douze mois précédant l'enquête:

1. Consultations médicales en cabinet,
2. Tests de dépistage des maladies chroniques ou des cancers et vaccination contre la grippe,
3. Médecine complémentaire,
4. Services hospitaliers, ambulatoires et intra-muros,
5. Aide à domicile (services Spitex et aide informelle).

6.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'Enquête suisse sur la santé est la seule source de données qui fournisse des indications sur la population qui ne fait pas appel aux services de santé, soit parce qu'elle n'en a pas besoin, mais peut-être aussi parce qu'elle n'y a pas accès. C'est pourquoi cette première partie examine spécifiquement la population qui n'a pas consulté de médecin (spécialiste et gynécologue inclus) au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau 6.1). Pour rappel, tous les résultats se basent sur des données auto-rapportées par les personnes interrogées.

Parmi la population genevoise, 76,0% des répondants déclarent avoir un médecin de famille. Cette proportion est plus basse que parmi l'ensemble de la population suisse, dont 87,7% rapportent avoir un médecin de famille.

Un cinquième de la population genevoise rapporte ne pas avoir consulté de médecin dans les douze mois précédant l'enquête

Dans le canton de Genève, presque une personne sur cinq dit ne pas avoir consulté de médecin en cabinet durant les douze mois précédant l'enquête, une proportion légèrement inférieure à la moyenne suisse (19,8% vs 21,6%). On constate que cette différence est due surtout aux Genevoises, moins nombreuses à ne pas consulter (10,9% vs 14,8%) qu'aux Genevois qui sont eux légèrement plus nombreux à ne pas consulter que les Suisses (29,2% vs 28,7%). La population genevoise consulte donc un peu plus que la moyenne suisse, mais seule la différence entre Genevoises et Suissesses est statistiquement significative.

Dans le canton de Genève, les personnes âgées de 15 à 34 ans et de 50 à 64 ans sont proportionnellement moins nombreuses que dans le reste de la Suisse à ne pas avoir consulté

C'est parmi la population âgée de 35 à 49 ans que la part des Genevois et Genevoises n'ayant pas consulté de médecin est la plus importante: un quart de ces personnes n'ont pas consulté de médecin et cette propor-

tion est comparable à celle observée au niveau suisse (25,2 vs 26,0; n.s.). Concernant la nationalité, la part de la population genevoise disant ne pas avoir consulté est inférieure aux valeurs suisses, autant pour les personnes de nationalité suisse que pour celles de nationalité étrangère. Enfin, parmi les personnes qui disent ne pas avoir de médecin de famille, près d'une personne sur trois ne mentionne pas de consultation (différence statistique-

Tab. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		GE	CH
Total		19,8	21,6
Sexe	Femmes	10,9	14,8
	Hommes	29,2	28,7
Classes d'âge	15-34 ans	20,6	23,9
	35-49 ans	25,2	26,0
	50-64 ans	17,4	20,7
	65 ans et plus	(12,3)	11,3
Formation	Scolarité obligatoire	(22,4)	19,7
	Degré secondaire II	20,1	21,6
	Degré tertiaire	18,2	22,4
Nationalité	Suisses	17,7	20,7
	Etrangers	23,3	25,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	24,0	22,5
	De 3000 à 4499 CHF	18,0	20,9
	De 4500 à 5999 CHF	15,5	20,2
	6000 CHF et plus	19,8	20,8
Degré d'urbanisation	Ville	19,4	20,9
	Campagne	.	23,5
A un médecin de famille	Oui	15,7	18,9
	Non	33,0	41,3
S'est rendu aux urgences d'un hôpital	Oui	.	5,3
	Non	21,9	23,4
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	27,6	30,2
	Quelques troubles	17,9	19,7
	Troubles importants	13,2	11,3
Santé subjective	Bonne/très bonne	21,9	23,8
	Moyenne à très mauvaise	.	5,2
Comparaison régionale	Genève		19,8
	Suisse		21,6
	Ville de Zurich		21,9
	Tessin		21,1
	Suisse centrale		23,3
	Suisse alémanique		21,7
	Suisse romande		21,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=962 (GE), n=18 297 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

ment significative par rapport au reste de la Suisse) tandis que parmi celles qui ont un médecin de famille, cette part n'est que d'une personne sur six (n.s. par rapport au reste de la Suisse).

En comparaison avec le canton du Tessin ou avec la Suisse romande, la part des personnes qui ne consultent pas est plus basse dans le canton de Genève, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

La figure 6.1 révèle que presque un tiers de la population genevoise mentionnant souffrir de quelques troubles physiques ou de troubles importants (selon l'indice de troubles physiques défini au point 2.2.2), dit ne pas avoir consulté de médecin durant l'année précédant l'enquête, une proportion comparable à celle observée en Suisse dans son ensemble (31,1% vs 31,0%, n.s.). Au niveau suisse, il semble y avoir peu de personnes qui considèrent leur état de santé comme mauvais et qui n'aient pas consulté (5,2%, tableau 6.1, en ce qui concerne le canton de Genève, le nombre d'observations est insuffisant pour présenter des résultats).

Les Genevoises sont moins nombreuses que les Genevois à ne pas consulter lorsqu'elles souffrent de peu de troubles (13,5% vs 22,1%; n.s.) ou de troubles importants (9,0% vs 20,5%). La même différence est observée sur le plan suisse (peu de troubles: 21,4% vs 36,2% et troubles importants: 9,3% vs 14,9%).

La part de la population qui dit ne pas avoir consulté de médecin a diminué depuis 2002 mais cette diminution dépend de la sévérité des troubles

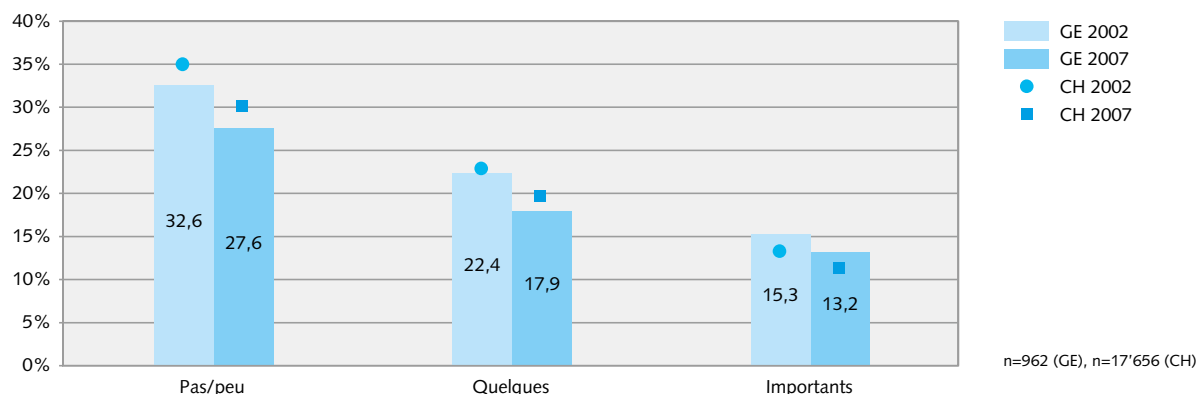
Depuis 2002, la part de la population qui dit ne pas avoir consulté a diminué tant dans le canton de Genève (-4,6 points, passant de 24,4% à 19,8%) qu'au niveau suisse (de 25,2% à 21,6%). Dans le canton de Genève, cette baisse est plus importante pour les femmes que pour les hommes (-7,9% vs -2,3% de baisse). Cette diminution est plus marquée parmi les personnes qui déclarent souffrir de peu ou de quelques troubles physiques (-5,0% et -4,5%) que de troubles importants (-2,1%) (figure 6.1).

La moitié de la population qui a consulté un médecin durant les douze mois précédant l'enquête a consulté entre une et trois fois

Cette partie se concentre uniquement sur la population qui mentionne avoir consulté au moins une fois un médecin en cabinet (médecin de famille, médecin généraliste, médecin gynécologue et médecin spécialiste⁷⁵). Si l'on examine le nombre rapporté de consultations par habitant on constate dans tous les cantons, y compris Genève, que la moitié de la population qui consulte, consulte trois fois ou moins dans l'année. Cette intensité correspond à l'intensité médiane des consultations en cabinet. L'intensité moyenne des consultations en cabinet par habitant du canton de Genève est pour sa part

Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.1



Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 2002/2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁷⁵ Le questionnaire parle de médecin généraliste ou médecin spécialiste sans en préciser la définition.

légèrement supérieure à la moyenne suisse (5,4 visites par année vs 5,2, n.s.). Le fait que l'intensité moyenne soit supérieure à l'intensité médiane s'explique par le fait que certains habitants mentionnent un nombre particulièrement élevé de consultations. Cette différence entre valeur médiane et valeur moyenne est plus marquée pour le canton de Genève que pour l'ensemble de la Suisse. Dans le tableau 6.2, l'analyse du recours selon les déterminants est réalisée pour trois groupes de patients:

Consulte peu: une à deux consultations;
 Consulte modérément: trois à cinq consultations;
 Consulte beaucoup: six consultations et plus.

Pour l'ensemble de la population qui dit avoir consulté, les différences entre le canton de Genève et l'ensemble de la Suisse concernent surtout la population ayant consulté peu ou modérément. La part des personnes consultant peu est plus élevée au niveau de la Suisse que dans le canton de Genève, tandis que l'inverse s'observe parmi celles qui consultent modérément. Cette tendance s'observe pour les deux sexes et toutes les catégories d'âge.

Concernant la population consultant beaucoup, la part des hommes est légèrement plus faible dans le canton de Genève que sur le plan suisse tandis que l'inverse s'observe pour les Genevoises, mais ces différences ne sont pas significatives.

Enfin, c'est seulement parmi la population genevoise âgée de moins de 50 ans que la proportion de personnes consultant beaucoup est plus élevée dans le canton de Genève que dans le reste de la Suisse. Par contre, dès 50 ans, la part des Genevois et des Genevoises qui consultent beaucoup devient inférieure aux valeurs nationales. Ainsi, à partir de 65 ans, 26,2% de la population genevoise rapportent six consultations ou plus en cabinet, contre 30,1% au niveau suisse (tableau 6.2). Ces différences ne sont pas significatives.

Sur le plan suisse, la part de personnes consultant beaucoup est la plus faible parmi les personnes ayant un niveau de formation tertiaire, ce qui peut s'expliquer par le fait que la part de personnes mentionnant un état de santé bon à très bon est plus importante dans cette catégorie (chapitre 2.1). Dans le canton de Genève, la proportion de personnes consultant beaucoup semble être plus importante parmi les personnes au bénéfice d'une formation tertiaire que parmi celles ayant une formation de niveau secondaire II, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

La moitié des Genevois et des Genevoises qui estiment leur état de santé moyenne à très mauvais disent avoir consulté six fois ou plus un médecin, proportion plus basse que pour l'ensemble de la Suisse (49,8% vs 56,9%, n.s.). Autant à Genève que dans le reste de la Suisse, une personne sur six s'estimant en bonne santé a consulté beaucoup (6 fois et plus).

Tab. 6.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête selon l'intensité des consultations, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		GE				CH			
		1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total	1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total
Total		30,6	29,9	19,7	80,2	34,2	23,8	20,4	78,4
Sexe	Femmes	30,2	33,4	25,4	89,1	33,0	27,4	24,8	85,2
	Hommes	31,0	26,3	13,6	70,8	35,5	20,1	15,7	71,3
Classes d'âge	15-34 ans	32,2	28,1	19,1	79,4	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 ans	33,1	24,8	17,0	74,8	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 ans	28,2	35,2	19,1	82,6	33,0	24,6	21,8	79,3
	65 ans et plus	26,5	35,1	26,2	87,7	28,4	30,2	30,1	88,7
Formation	Scolarité obligatoire	29,9	26,4	(21,3)	77,6	30,5	23,5	26,3	80,3
	Degré secondaire II	31,4	30,8	17,6	79,9	34,3	24,1	20,0	78,4
	Degré tertiaire	29,6	30,1	22,2	81,8	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalité	Suisses	30,9	30,3	21,1	82,3	34,4	24,4	20,5	79,3
	Etrangers	30,2	29,3	17,3	76,7	33,5	21,4	19,9	74,8
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	26,7	33,6	15,7	76,0	33,6	23,1	20,8	77,5
	De 3000 à 4499 CHF	29,5	31,5	21,1	82,0	34,0	25,1	20,1	79,2
	De 4500 à 5999 CHF	34,1	28,9	21,5	84,5	35,0	23,7	21,1	79,8
	6000 CHF et plus	32,7	25,9	21,6	80,2	35,8	24,2	19,1	79,1
Degré d'urbanisation	Ville	30,7	30,1	19,7	80,6	34,2	24,2	20,7	79,1
	Campagne	.	.	.	.	34,3	22,8	19,4	76,5
A un médecin de famille	Oui	29,8	32,4	22,1	84,3	34,2	25,2	21,7	81,1
	Non	33,0	22,2	11,7	67,0	34,1	14,0	10,6	58,7
S'est rendu aux urgences	Oui	(21,9)	35,6	38,5	96,0	25,0	28,9	40,8	94,7
	Non	32,3	29,2	16,6	78,1	35,3	23,3	18,1	76,6
Santé subjective	Bonne/très bonne	33,5	29,5	15,1	78,1	36,9	23,9	15,4	76,2
	Moyenne à très mauvaise	(11,5)	32,8	49,8	94,1	14,2	23,7	56,9	94,8

Nombre moyen de consultations par habitant		Population totale			Uniquement la population qui a consulté un médecin		
		Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologues	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologues
Comparaison régionale	Genève	4,3	2,0	2,5	5,4	2,4	3,0
	Suisse	4,1	2,3*	1,8*	5,2	2,9*	2,3*
	Ville de Zurich	4,1	2,4	1,9*	5,2	3,0	2,4*
	Tessin	4,0	2,0	2,0	5,1	2,6	2,5
	Suisse centrale	3,9	2,4	1,6*	5,1	3,0*	2,1*
	Suisse alémanique	4,1	2,4*	1,7*	5,2	3,1*	2,1*
	Suisse romande	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n= 1044 (GE), n= 18 760 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n= 10-29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

La différence entre le canton de Genève et la Suisse concerne essentiellement le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille, significativement plus élevé dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Genève, aussi bien si l'on observe l'ensemble de la population que si l'on observe seulement la population qui consulte. A l'inverse, le nombre moyen de visites chez le médecin spécialiste est significativement plus élevé dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. On observe les mêmes différences entre le canton de Genève et la Suisse alémanique ou, pour le recours au médecin spécialiste, la Suisse centrale, la Suisse alémanique ou Zurich.

Parmi la population qui dit ne pas souffrir de troubles physiques, 11,4% consultent plus de six fois par an un médecin, proportion légèrement supérieure au niveau suisse (10,4%). A l'inverse, parmi la population qui mentionne souffrir de troubles importants, on constate qu'il y a plus de personnes qui consultent modérément et moins de personnes qui consultent beaucoup ou peu dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse (figure 6.2). A l'exception de la différence concernant les personnes consultant modérément, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

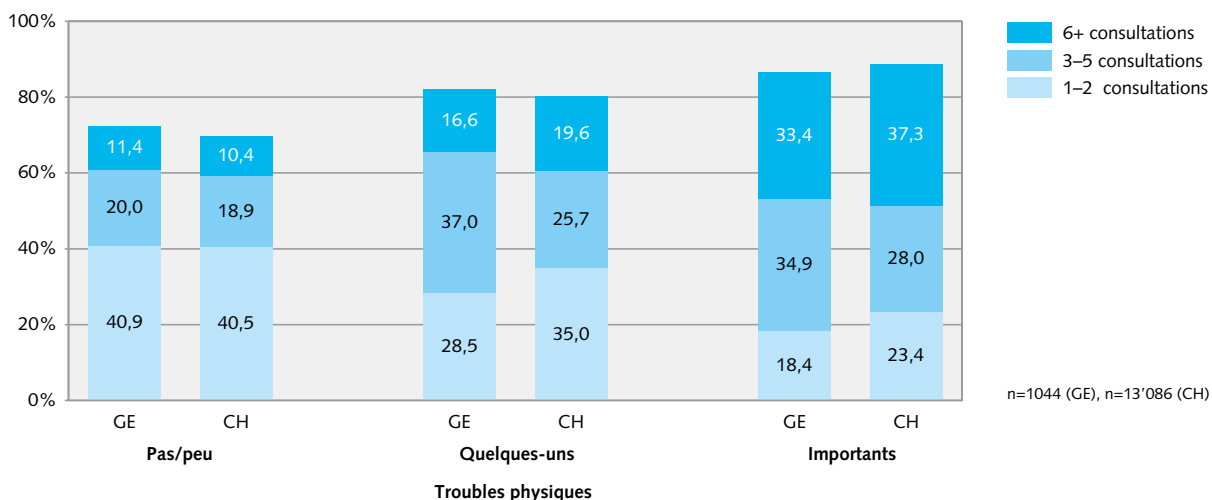
Les hommes genevois qui souffrent de troubles physiques importants ont tendance à plus consulter que les Suisses dans leur ensemble

Les différences les plus marquées entre le canton de Genève et la Suisse dans son ensemble s'observent parmi les hommes qui souffrent de troubles physiques importants: les Genevois mentionnant souffrir de troubles importants consultent en moyenne 8,3 fois un médecin, alors qu'au niveau suisse, les hommes de la même catégorie en consultent un en moyenne 7,5 fois. Cette différence, comme celles que l'on observe entre le canton de Genève et l'ensemble de la Suisse pour les autres catégories de troubles physiques ventilées selon le sexe, n'est pas significative (figure 6.3).

Les différences entre la population genevoise et l'ensemble de la Suisse se retrouvent aussi lorsque l'on examine le nombre moyen de consultations rapportées en fonction du niveau de scolarité. Chez les femmes, les Genevoises ayant accompli la scolarité obligatoire ont tendance à moins consulter que l'ensemble des Suissesses (4,7 vs 5,4, n.s.), alors que celles au bénéfice d'une formation de niveau secondaire II consultent plus que l'ensemble des Suissesses (5,0 vs 4,6, n.s.). La différence dans le nombre de consultations est la plus marquée pour celles bénéficiant d'une formation de niveau tertiaire, parmi lesquelles les Genevoises consultent en moyenne une fois de plus que la moyenne des Suissesses (5,5 vs 4,5, n.s.).

Intensité des consultations selon les troubles physiques
canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.2



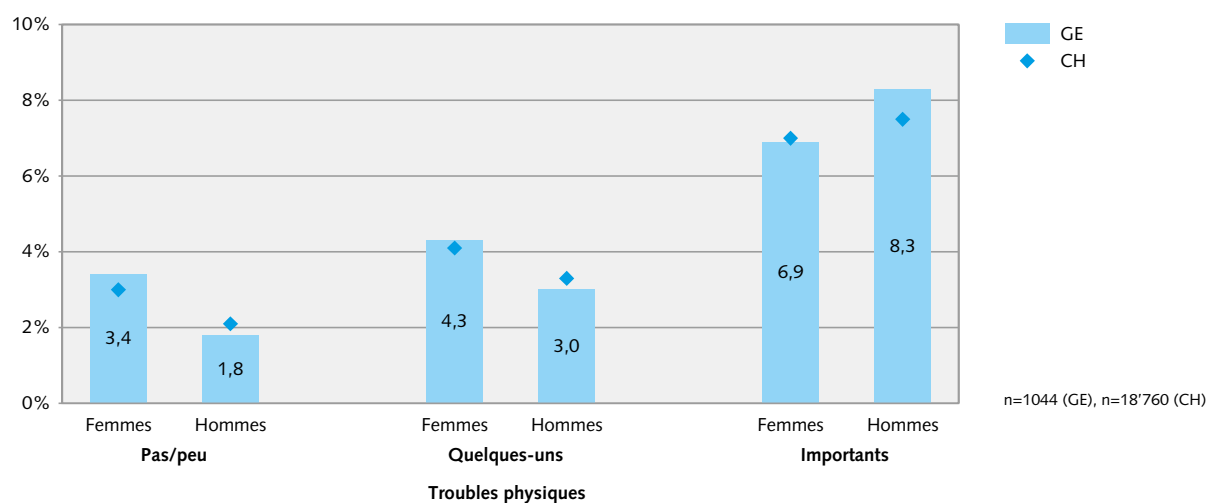
Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations par personne et par sexe en fonction des troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.3



Après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

En ce qui concerne les hommes, les Genevois n'ayant pas accompli de scolarité post-obligatoire mentionnent en moyenne deux consultations de moins que l'ensemble des Suisses, contrairement à ceux ayant terminé une formation du niveau secondaire II (4,0 vs 3,4, n.s.). Parmi les hommes ayant une formation de niveau tertiaire, le nombre de consultations observé dans le canton de Genève est légèrement inférieur à la valeur suisse moyenne (3,0 vs 3,3, n.s.) (résultats non présentés).

Depuis 2002, le recours au médecin spécialiste a augmenté

Par rapport à 2002, le nombre moyen de consultations totales par habitant a augmenté dans le canton de Genève (de 4,1 en 2002 à 4,3 en 2007) et dans le reste de la Suisse (de 3,7 à 4,1). Ces changements ne sont pas statistiquement significatifs.

En 2007, la population qui dit consulter peu fait plus appel au médecin de famille qu'au médecin spécialiste, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (figure 6.4). On peut supposer qu'il est rare d'aller directement chez le médecin spécialiste et que le médecin de famille joue le rôle de «gate-keeper».

Le recours au médecin spécialiste semble essentiellement associé au cinquième de la population (19,7%) qui dit consulter beaucoup. Enfin, chez les femmes, le recours au médecin gynécologue augmente avec l'intensité du recours en général.

A Genève, les femmes consultent significativement plus le médecin de famille que les hommes

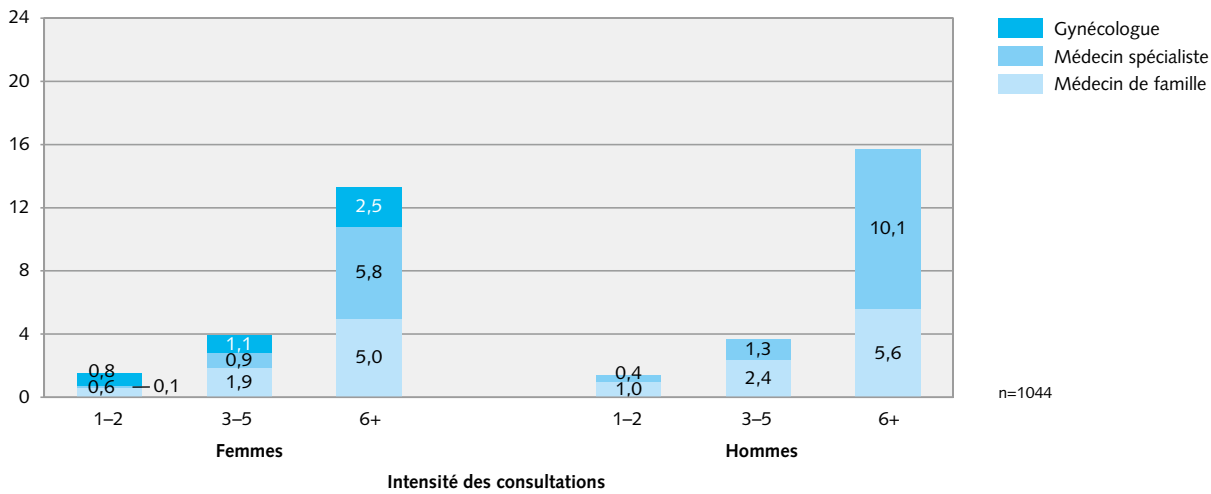
Indépendamment de l'intensité du recours et si l'on fait abstraction de la catégorie particulière du gynécologue, on constate que les Genevoises bénéficient d'un nombre moyen de consultations chez le médecin de famille plus important que les Genevois (2,3 vs 1,7) tandis que le nombre moyen de consultations chez le médecin spécialiste est comparable (1,8 vs 1,9, n.s.). Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille et le spécialiste est similaire pour les deux sexes (Suisse: 2,2 et 1,4; Suisse: 2,5 et 1,3).

Les médecins de famille sont les médecins les plus sollicités

En examinant le recours selon l'âge, la différence entre les sexes reste statistiquement non significative (figure 6.5). Pour les deux sexes, le recours au médecin de famille est légèrement plus important dans la population âgée de 15 à 34 ans que dans celle âgée de 35 à 64 ans, mais c'est parmi les Genevoises âgées de plus de 65 ans qu'il est le plus important. A tout âge, ce recours est plus important chez les femmes que chez les hommes. Pour sa part, le recours au médecin spécialiste est plus élevé chez les femmes que chez les hommes avant 50 ans, il devient comparable pour les deux sexes entre 50 et 64 ans. Le recours au médecin spécialiste est particulièrement

Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, canton de Genève, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.4



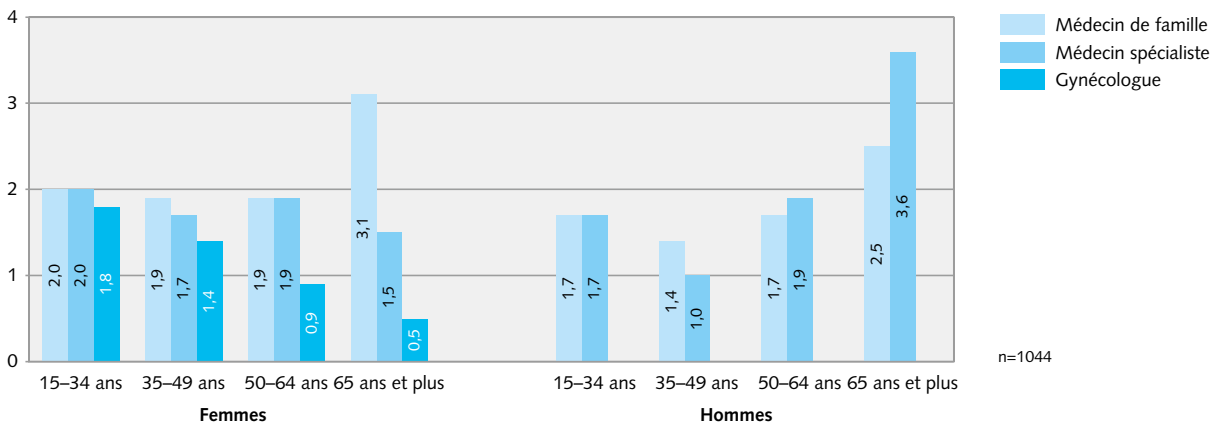
n=1044

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, en fonction du type de spécialisation, canton de Genève, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.5



n=1044

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

élevé parmi les Genevois âgés de plus de 65 ans, où il dépasse celui au médecin de famille. Enfin, le recours au médecin gynécologue est le plus élevé parmi les Genevoises âgées de 15 à 34 ans puis décroît dans les classes d'âge plus élevées.

Il faut préciser que, comme le recours examiné dans l'Enquête suisse sur la santé est auto-rapporté, il est soumis à un biais de mémoire et un biais de désirabilité (la personne adapte sa réponse selon ce qui est désirable socialement). Ces deux biais entraînent une sous-estimation du recours aux consultations médicales en cabinet.

En comparant les valeurs de 2007 du recours pour le canton de Genève, à celles du recours en 2004 dans le pool de données santésuisse®, on note des écarts pour le recours au médecin «généraliste», qui est plus élevé dans le pool de données, surtout après 65 ans (de 3 à 6 consultations par habitant par an) (rapport réalisé par l'Observatoire de santé pour les autorités genevoises en 2006 (voir Jaccard Ruedin et al., 2007)⁷⁶. En ce qui concerne le recours au médecin spécialiste, on note peu

⁷⁶ «Démographie médicale» - rapport pour le canton de Genève. (Bétrisey et al., 2006).

d'écart entre les deux banques de données pour la population âgée de moins de 65 ans. Par contre, au-delà de cet âge, ce recours est sous-estimé dans l'ESS (dans le pool de données: femmes: 3 consultations/assurée/an; hommes: 3 à 4 consultations/assuré/an). Une partie des différences s'explique peut-être par l'écart des années (2004 vs 2007) ou des définitions des médecins «généralistes» ou spécialistes différentes. Théoriquement, le recours devrait être plus élevé dans l'ESS puisque cette enquête inclut aussi le recours lié aux autres assurances que l'assurance-maladie obligatoire, comme l'assurance accident. Néanmoins il semble qu'elle sous-estime le recours de manière non négligeable. Une des raisons en est que les cas lourds, moins accessibles, sont sous-représentés.

6.2 Recours aux examens préventifs

La perspective de ce rapport se focalise sur les personnes qui ont fait des examens préventifs durant les douze mois précédant l'enquête, ce qui revient à examiner l'incidence annuelle d'un type d'examen. Lorsque des recommandations existent, cette incidence peut alors être comparée à la couverture souhaitée, qui correspond à l'inverse de la périodicité recommandée: si un examen est recommandé tous les trois ans, la couverture annuelle souhaitée s'élève à 33% de personnes contrôlées, parmi la population visée.

Le recours aux différents examens ou mesures de prévention est présenté selon le type de pathologie visée: maladies chroniques, cancers et grippe.

6.2.1 Dépistage des maladies chroniques

Le tableau 6.3 décrit les personnes qui se sont soumises à un contrôle de la tension artérielle, de la glycémie (taux de sucre sanguin) ou de la cholestérolémie (taux de cholestérol sanguin) dans les douze mois précédant l'enquête. Ces examens sont réalisés dans deux situations différentes:

1. Dans le cas d'un dépistage des maladies cardio-vasculaires ou du diabète, chez des personnes en bonne santé, il s'agit d'une mesure de prévention primaire;
2. Lorsque ces contrôles s'effectuent dans le cadre de la prise en charge médicale de maladies cardio-vasculaires ou autres, nécessitant un contrôle de ces facteurs de risque, il s'agit plutôt d'une mesure de prévention secondaire.

Dans l'analyse qui suit, ces deux situations ne peuvent être distinguées. Par conséquent, les deux formes de prévention sont regroupées et leur prévalence examinée ensemble.

La population genevoise a plus tendance à se soumettre aux contrôles ciblant des maladies chroniques que la moyenne de la population suisse

Au total, la tension artérielle (77,4%) a été contrôlée chez plus de trois quarts des Genevois et des Genevoises, la glycémie (53,2%) a été contrôlée chez un peu plus de la moitié et la cholestérolémie (59,6%) chez les trois cinquièmes de la population. Pour les trois mesures retenues, la population du canton de Genève s'est plus soumise à ces contrôles que la population suisse (différences n.s., à l'exception de celle concernant le contrôle de la cholestérolémie). Lorsque l'on compare les deux sexes, on constate les mêmes tendances dans le canton de Genève et l'ensemble de la Suisse: les femmes se soumettent plus que les hommes à l'un de ces examens de contrôle. C'est pourquoi les différences entre la population genevoise et suisse dans son ensemble persistent lors de la comparaison selon le sexe: la part des Genevois ou des Genevoises qui mentionnent avoir fait l'un de ces trois tests de dépistage est plus élevée qu'en moyenne suisse (différences n.s.).

La part de la population qui se soumet à ces tests augmente avec l'âge et, à partir de 65 ans, au moins trois quarts de la population dit avoir fait contrôler une fois dans l'année sa glycémie (78,1%) ou sa cholestérolémie (79,3%) et neuf personnes sur dix disent avoir fait contrôler leur tension artérielle (88,9%).

Dans le canton de Genève comme en Suisse en général, le recours à ces examens est comparable chez les habitants de nationalité étrangère et de nationalité suisse (différences n.s.).

Par contre, la proportion de personnes qui disent avoir subi un de ces examens est plus importante (18 à 27% de différence) parmi celles qui déclarent avoir un médecin de famille.

Les personnes sans formation post-obligatoire sont généralement plus nombreuses à s'être soumises à ces examens que celles ayant une formation de niveau plus élevé

A l'exception du contrôle de la tension artérielle, la proportion de personnes qui disent s'être soumises à un contrôle est plus élevée parmi les personnes sans

Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Glycémie		Cholestérolémie	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Sexe	Femmes	83,1	81,0	56,7	54,3	62,2	57,1
	Hommes	71,3	70,2	49,4	47,4	56,7	51,9
Classes d'âge	15–39 ans	68,4	66,3	39,9	37,8	49,0	43,2
	40–64 ans	81,5	78,1	56,4	52,0	59,8	53,6
	65 ans et plus	88,9	91,3	78,1	76,5	79,3	74,2
Formation	Scolarité obligatoire	75,0	80,8	64,9	62,9	66,7	66,8
	Degré secondaire II	78,8	75,7	51,4	51,1	59,2	54,3
	Degré tertiaire	76,4	73,7	51,1	45,0	57,4	48,9
Nationalité	Suisses	77,7	76,3	53,7	51,1	60,8	54,4
	Etrangers	77,0	73,8	52,5	50,2	57,7	54,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	72,3	73,3	45,4	48,0	54,2	52,1
	De 3000 à 4499 CHF	78,6	77,9	59,2	55,1	68,0	57,2
	De 4500 à 5999 CHF	82,8	77,0	52,2	51,4	54,5	55,5
	6000 CHF et plus	78,1	77,3	54,1	49,6	59,8	51,8
Degré d'urbanisation	Ville	77,5	76,4	53,5	51,8	59,7	55,3
	Campagne	.	74,3	.	48,6	.	52,4
A un médecin de famille	Oui	81,7	77,8	59,9	53,6	65,9	56,9
	Non	63,6	61,3	32,8	31,3	38,8	34,2
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	72,2	70,1	52,0	45,8	57,6	50,1
	Quelques troubles	80,9	76,2	54,0	50,6	58,0	53,7
	Troubles importants	79,8	83,7	54,8	59,8	67,0	62,1
Santé subjective	Bonne/très bonne	75,4	73,5	50,2	47,4	56,7	51,1
	Moyenne à très mauvaise	90,1	91,9	72,6	76,2	77,4	75,7

		Tension artérielle		Glycémie		Cholestérolémie	
Comparaison régionale	Genève		77,4		53,2		59,6
	Suisse		75,8*		50,9		54,5
	Ville de Zurich		77,3*		51,6		52,8
	Tessin		83,6*		66,6*		62,8*
	Suisse centrale		75,6*		48,3		50,6*
	Suisse alémanique		75,9*		50,4		52,8
	Suisse romande		74,2		50,5		56,9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Tension artérielle: n=957 (GE), n= 18 297 (CH); Glycémie: n=952 (GE), n= 16 817 (CH); Cholestérolémie: n= 853 (GE), n= 14 639 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Remarque: les classes d'âge sont différentes de celles des Tableaux 6.1 et 6.2 car dans l'enquête certaines questions sont associées à une limite d'âge.

formation post-obligatoire que parmi celles ayant une formation de niveau secondaire II ou tertiaire (figure 6.6). Cette différence s'observe au niveau du canton et au niveau de la Suisse (n.s. pour la cholestérolémie, la tension artérielle et la glycémie au niveau du canton de Genève; significatif au niveau suisse). Dans le tableau 6.3, les différences les plus marquées avec l'ensemble de la Suisse concernent la population genevoise ayant terminé une formation de niveau tertiaire, mais ces différences restent non significatives, à l'exception de la cholestérolémie.

Comme ces mesures concernent des personnes en bonne santé qui font un test de dépistage et des personnes malades qui font alors un contrôle au cours d'un

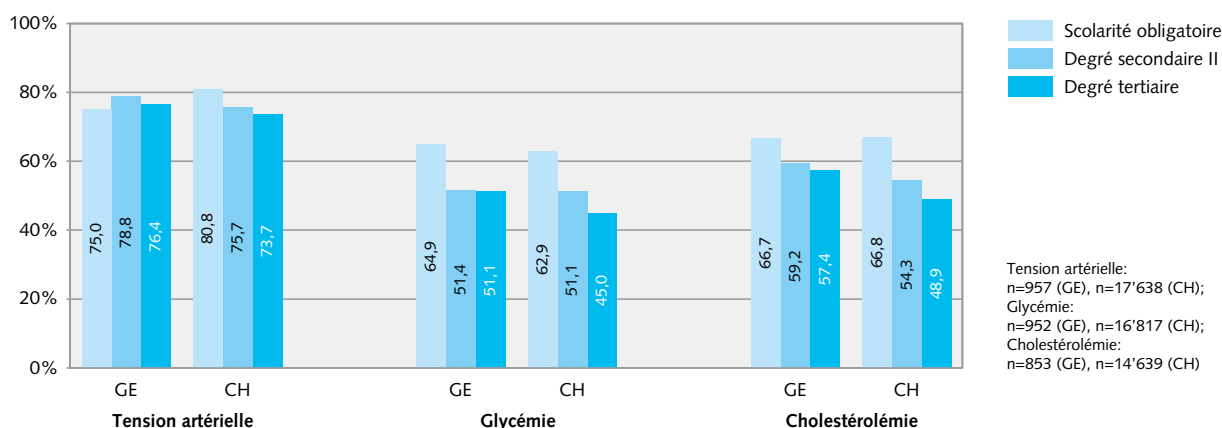
traitement médical, cette différence pourrait être liée au meilleur état de santé de la population ayant un meilleur niveau de formation. En effet, ces contrôles sont plus souvent réalisés parmi la population qui mentionne souffrir de troubles importants que parmi la population qui mentionne peu ou pas de troubles physiques (figure 6.7).

6.2.2 Dépistage des cancers

Le tableau 6.4 décrit les personnes qui se sont soumises à un examen de dépistage pour des cancers durant les douze mois précédant l'enquête, selon leurs caractéristiques sociodémographiques au niveau suisse car l'échantillon genevois est trop petit pour pouvoir être

Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon la formation, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.6

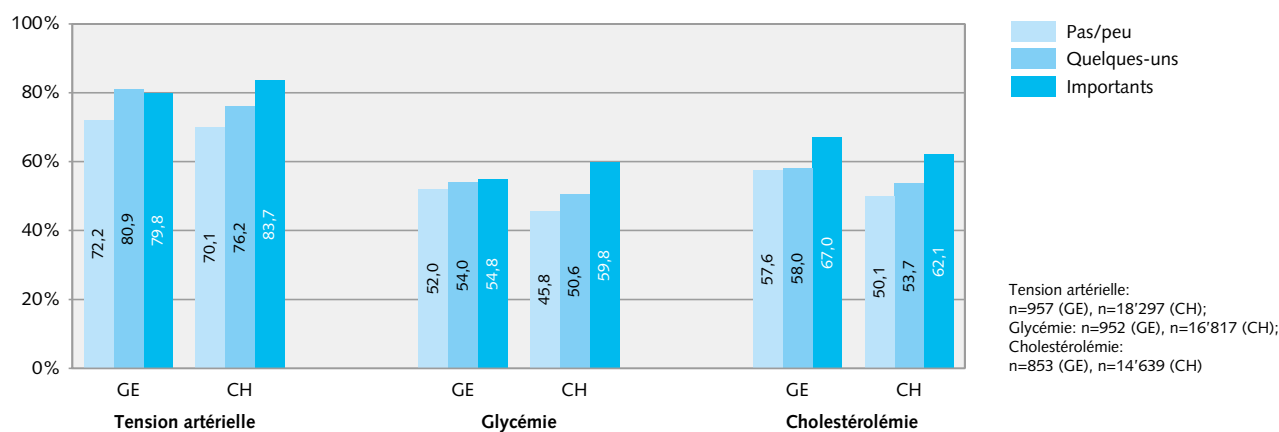


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète en fonction des troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Femmes (dès 20 ans)		Hommes
		Cancer du col de l'utérus (frottis)	Cancer du sein	Cancer de la prostate
Classes d'âge	15–39 ans	49,2	3,3	.
	40–64 ans	47,5	19,3	19,6
	65 ans et plus	21,9	15,3	42,0
Formation	Scolarité obligatoire	27,3	15,5	20,9
	Degré secondaire II	44,0	12,9	25,5
	Degré tertiaire	49,0	12,1	26,9
Nationalité	Suisses	42,1	13,3	26,6
	Etrangers	45,7	12,5	20,8
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	42,3	10,7	19,1
	De 3000 à 4499 CHF	40,8	13,5	27,6
	De 4500 à 5999 CHF	46,8	15,5	29,9
	6000 CHF et plus	48,2	14,5	28,6
Degré d'urbanisation	Ville	44,2	13,9	27,1
	Campagne	38,3	11,0	21,6
A un médecin de famille	Oui	42,5	13,8	27,6
	Non	43,7	8,5	7,4
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	40,3	12,0	23,7
	Quelques troubles	43,9	13,7	25,9
	Troubles importants	43,2	13,5	30,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	43,9	12,2	23,9
	Moyenne à très mauvaise	35,1	18,7	35,9

		Cancer du col de l'utérus (frottis)	Cancer du sein		Cancer de la prostate
		Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 50 ans)	Hommes (dès 40 ans)
Comparaison régionale	Genève	46,6	22,9	37,4	30,7
	Suisse	42,7	13,1*	21,3*	25,6
	Ville de Zurich	45,4	10,7	16,8*	25,1
	Tessin	47,2	19,6*	28,3	30,9
	Suisse centrale	43,7	10,4*	16,5*	25,4
	Suisse alémanique	41,0	9,8*	16,2*	21,9*
	Suisse romande	39,0*	19,7	34,5	25,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=3741; cancer du sein (dès 20 ans): n=1408; cancer de la prostate (dès 40 ans): n=1363

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

examiné de manière spécifique (l'enquête recense par exemple 120 Genevoises ayant subi une mammographie dans l'année). En se focalisant sur l'incidence annuelle du dépistage, les échantillons sont plus petits et les analyses par sous-groupes sont plus restreintes (par exemple en fonction de l'âge). Cette approche ne permet pas non plus d'examiner à quelle fréquence (annuelle, tous les deux ans, etc.) les personnes bénéficient d'un test de dépistage et ainsi d'identifier avec précision si certains groupes de la population sont trop contrôlés.

Avant 40 ans, presque une femme sur deux (49,2%) a subi un dépistage du cancer du col de l'utérus durant l'année, fréquence qui diminue significativement à une femme sur cinq (21,9%) après 65 ans. Cette couverture est satisfaisante puisque, selon les recommandations du programme national contre le cancer 2005-2010, les femmes âgées de 26 à 60 ans devraient subir un pareil test tous les trois ans, ce qui correspond à une couverture annuelle souhaitable de 33%. Des analyses plus

détaillées seraient toutefois nécessaires pour tirer des conclusions quant à la couverture obtenue dans cette enquête.

Entre 40 et 64 ans, une femme sur cinq (19,3%) a subi une mammographie durant l'année, au-delà de 64 ans, la fréquence diminue à une femme sur six environ (15,3%). Les programmes de dépistage du cancer du sein préconisent en général une mammographie tous les 2 ans. Par conséquent, la couverture annuelle souhaitable pour cet examen s'élèverait à 50%.

Entre 40 et 64 ans, un homme sur cinq (19,6%) s'est fait contrôler la prostate tandis que cette proportion s'élève à deux hommes sur cinq (42,0%) dès 65 ans. Les hommes habitant les régions urbaines sont plus nombreux que ceux des régions rurales à avoir bénéficié du dépistage du cancer de la prostate. Les recommandations concernant la fréquence avec laquelle un tel dépistage doit être réalisé n'étant pas encore clairement définies, il n'est pas possible d'estimer quelle couverture annuelle de dépistage devrait être obtenue.

Le gradient socio-économique est plus marqué pour le dépistage du cancer du col de l'utérus que celui du cancer du sein ou de la prostate

Avec un niveau de formation secondaire II ou tertiaire, le dépistage du cancer du col de l'utérus devient plus fréquent. On observe la même tendance, quoique moins marquée, pour le dépistage du cancer de la prostate (n.s.). Le dépistage du cancer du sein par mammographie est quant à lui plus fréquent parmi les femmes sans formation post-obligatoire (n.s.).

Le dépistage du cancer du sein ou de la prostate est plus fréquent parmi la population qui dit avoir un médecin de famille

Les proportions d'examen de dépistage du cancer de la prostate ou du sein sont plus élevées parmi les personnes qui mentionnent avoir un médecin de famille (n.s.), ce qui ne s'observe pas pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, examen qui est généralement réalisé par le gynécologue.

Les Genevoises font plus de tests de dépistage du cancer du sein que l'ensemble des Suissesses

Le taux de dépistage du cancer du sein est significativement plus élevé dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Chez les femmes de plus de 50 ans, le taux de dépistage du canton de Genève est également significativement plus élevé que celui observé à Zurich, en Suisse alémanique ou en Suisse centrale. Cette différence peut être attribuée à l'introduction en 1999 d'un programme cantonal de dépistage à Genève. Le dépistage du cancer du col de l'utérus ou de la prostate est également plus fréquent dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (n.s.).

Le tableau 6.5 compare les proportions de personnes âgées de plus de 20 ans qui mentionnent avoir subi différents examens de dépistage du cancer dans le canton de Genève et dans le reste de la Suisse. A l'exception du dépistage du cancer de l'intestin, pour lequel l'échantillon genevois est trop petit, toutes les couvertures de dépistage sont plus élevées dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse.

Tab. 6.5 Types d'examens de dépistage, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)

	GE	CH
Femmes (dès 20 ans)		
Cancer du col de l'utérus	46,7	42,7
Cancer du sein (mammographie)	22,9	13,1*
Hommes (dès 40 ans)		
Cancer de la prostate	30,7	25,6
Tous (dès 40 ans)		
Cancer de la peau	17,1	11,2*
Cancer du côlon	(4,0)	8,4*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=226 (GE), n=3741 (CH); cancer de sein (dès 20 ans): n=120 (GE), n=1408 (CH); cancer de la prostate (dès 40 ans): n=86 (GE), n=1363 (CH), cancer de la peau: n=109 (GE), n=1355 (CH); cancer du côlon: n=24 (GE), n=961 (CH)

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

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

Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		GE	CH
Sexe	Femmes	18,9	16,7
	Hommes	19,4	16,7
Classes d'âge	Moins de 65 ans	10,4	9,6
	65–74 ans	50,8	42,5
	75 ans et plus	73,3	57,8
Formation	Scolarité obligatoire	19,1	24,9
	Degré secondaire II	19,3	15,3
	Degré tertiaire	18,9	16,6
Nationalité	Suisses	20,1	17,2
	Etrangers	17,1	13,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	15,2	14,3
	De 3000 à 4499 CHF	17,0	18,6
	De 4500 à 5999 CHF	23,0	16,4
	6000 CHF et plus	24,6	18,1
Degré d'urbanisation	Ville	19,2	17,8
	Campagne	.	13,8
A un médecin de famille	Oui	21,6	17,7
	Non	10,9	9,1
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	15,8	13,7
	Quelques troubles	23,3	17,1
	Troubles importants	19,3	21,1
Santé subjective	Bonne/très bonne	16,7	14,2
	Moyenne à très mauvaise	34,3	35,6
Comparaison régionale	Genève		19,1
	Suisse		16,7
	Ville de Zurich		19,5
	Tessin		16,4
	Suisse centrale		15,9
	Suisse alémanique		12,0*
	Suisse romande		18,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=733 (GE), n=2665 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes.

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

6.2.3 Prévention de la grippe

A tout âge, la population genevoise a tendance à se faire plus vacciner que la population suisse dans son ensemble

Dans le canton de Genève, ce sont 19,1% des individus qui disent avoir été vaccinés contre la grippe, (tableau 6.6), mais cette fréquence n'est pas significativement différente de l'ensemble de la Suisse. Le groupe cible pour cette vaccination est d'abord celui des personnes âgées de plus de 65 ans, qui devraient se faire vacciner chaque

année (d'après les recommandations de vaccinations contre la grippe, de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2007b) en coopération avec le Groupe de travail «Influenza» et la Commission fédérale pour les vaccinations). Parmi cette population cible, la couverture vaccinale est plus élevée dans le canton de Genève que dans le reste de la Suisse. Ainsi la moitié de la population genevoise âgée de 65 à 74 ans est-elle protégée contre la grippe (n.s.). A partir de 75 ans, 73,3% des personnes disent être vaccinées, soit 15% de plus qu'en moyenne suisse.

En examinant la couverture vaccinale pour toute la population, la différence observée entre le canton de Genève et l'ensemble de la Suisse est autant due aux femmes qu'aux hommes et la part de personnes vaccinées est plus élevée dans le canton de Genève que dans le reste de la Suisse pour les deux sexes.

Au niveau suisse, la part de la population qui s'est fait vacciner est d'environ 10% plus basse parmi la population ayant un niveau de formation secondaire II ou tertiaire que parmi celle ayant un niveau de scolarité obligatoire. Cette différence est moins marquée dans le canton de Genève.

Le lien entre la vaccination contre la grippe et avoir un médecin de famille est univoque: sur le plan suisse, la part de la population vaccinée est significativement plus importante parmi la population ayant un médecin de

famille, différence également significative dans le canton de Genève. Par contre, par rapport à l'ensemble de la Suisse, une part plus importante de la population genevoise n'ayant pas de médecin de famille se fait vacciner, mais cette dernière différence n'est pas significative.

Finalement, juger son état de santé comme moyen à très mauvais est associé à des proportions plus élevées de vaccination, ce qui peut être lié au fait que la vaccination est recommandée pour les malades chroniques. La différence est plus marquée à l'échelle de la Suisse que dans le canton de Genève.

Pour toutes ces mesures (dépistage du cancer de la peau, de la prostate, du sein et du col de l'utérus, vaccination contre la grippe), les changements observés entre 2002 et 2007 ne sont pas statistiquement significatifs pour la Suisse; de même pour le canton de Genève.

Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		MCA auprès d'un médecin		MCA auprès d'un thérapeute non-médecin	
		GE	CH	GE	CH
Total		11,7	10,3	14,9	12,8
Sexe	Femmes	15,2	13,6	16,1	17,4
	Hommes	(8,0)	6,7	13,7	7,8
Classes d'âge	15–39 ans	12,7	11,6	17,0	11,7
	40–64 ans	12,4	10,5	14,0	15,4
	65 ans et plus	(7,8)	6,5	(12,9)	8,4
Formation	Scolarité obligatoire	.	7,4	(13,3)	7,7
	Degré secondaire II	11,1	9,9	10,0	11,9
	Degré tertiaire	14,2	12,0	22,4	16,5
Nationalité	Suisses	(9,3)	10,5	15,5	13,3
	Etrangers	(8,0)	9,1	(13,6)	10,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	(12,7)	10,4	(12,4)	12,1
	De 3000 à 4499 CHF	(8,8)	10,3	14,5	12,9
	De 4500 à 5999 CHF	(14,0)	10,1	(16,6)	14,0
	6000 CHF et plus	(11,0)	9,9	17,2	14,6
Degré d'urbanisation	Ville	11,7	10,5	14,9	13,1
	Campagne	.	9,7	.	12,2
A un médecin de famille	Oui	11,9	10,6	14,1	12,8
	Non	(11,1)	7,9	17,7	13,4
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	7,3	6,6	10,7	9,3
	Quelques troubles	(12,5)	10,4	(17,0)	12,9
	Troubles importants	(14,8)	15,5	(15,9)	16,9
Santé subjective	Bonne/très bonne	10,5	9,7	14,8	12,6
	Moyenne à très mauvaise	19,3	15,1	16,1	15,2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007.

n = 1234 (GE), n = 13 154 (CH).

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n = 10–29).

6.3 Recours à la médecine complémentaire

Cette partie décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui mentionnent avoir fait appel à la médecine complémentaire et/ou alternative (MCA) dans les douze mois précédant l'enquête. Pour simplifier le texte, seul le terme de médecine complémentaire est utilisé. Dans le tableau 6.7, le recours est examiné séparément pour les médecins et les thérapeutes non-médecins. Les différentes formes de médecines complémentaires sont ensuite examinées par rapport à leur importance relative et par rapport à l'intensité moyenne du recours à ces médecines. L'interprétation des données

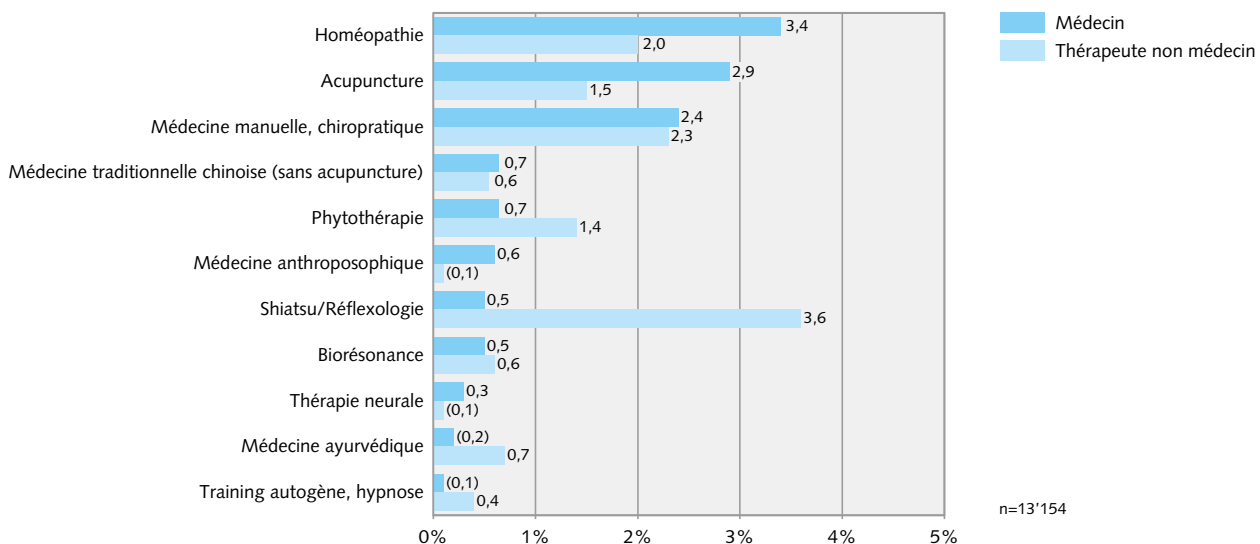
de cette partie doit tenir compte du fait que les échantillons sont très petits. En outre, il faut préciser que la formulation de la question de l'enquête ne permet pas d'identifier le recours simultané à un médecin et un thérapeute non-médecin.

Les Genevoises recourent plus à la médecine complémentaire que la moyenne des Suissesses et vont un peu plus chez des médecins que chez des thérapeutes non-médecins

Le recours à ces formes de médecine est fortement influencé par le genre. Il est environ deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes. En

Recours aux différentes formes de médecine complémentaire
Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.8



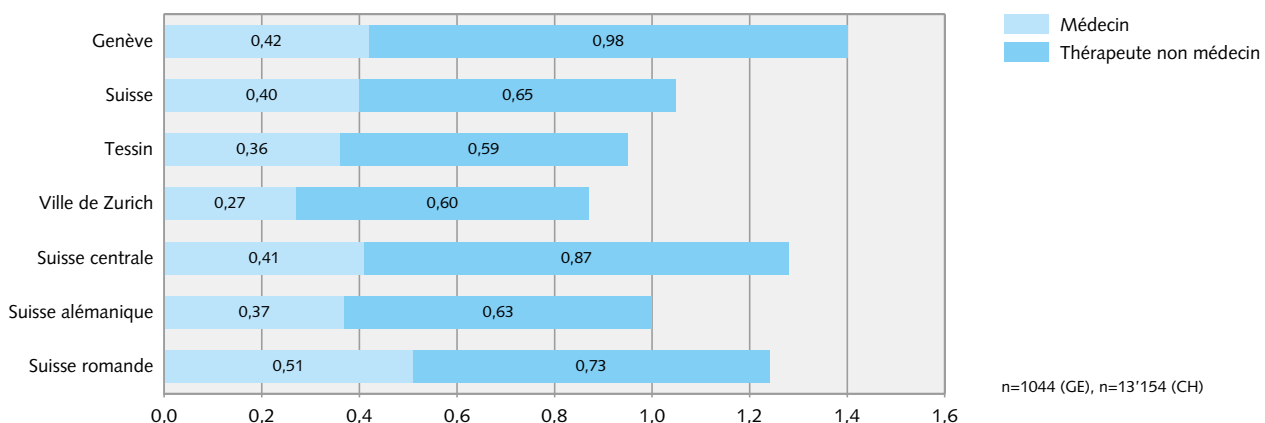
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant
cantons et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.9



* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

comparant le recours dans le canton de Genève et dans l'ensemble de la Suisse, on constate qu'un recours plus élevé concerne plutôt les Genevoises que les Genevois et que les différences ont tendance à être plus marquées lorsqu'il s'agit du recours aux médecins qu'aux thérapeutes non-médecins (n.s.).

Il semble exister un gradient lié à l'âge (n.s.): ce sont plutôt les habitants âgés de moins de 65 ans qui font appel à ces formes de médecine, phénomène qui pourrait refléter un effet de cohorte. Dans la mesure où le nombre d'observations est insuffisant pour la classe d'âge des 65 ans et plus pour le canton de Genève, l'interprétation des résultats concernant cette tranche de la population ne peut être faite qu'à l'échelle de la Suisse.

Sur le plan suisse, la forme de médecine complémentaire la plus sollicitée est l'homéopathie, suivie de l'acupuncture et de la médecine manuelle (figure 6.8). A noter le recours particulièrement élevé au shiatsu/réflexologie chez les thérapeutes non-médecins.

L'intensité du recours aux médecines complémentaires du canton de Genève est parmi les plus élevées (n.s.) de Suisse et 70% de ces consultations sont fournies par des thérapeutes non-médecins. Par rapport à l'ensemble de la Suisse, la différence concernant le recours aux thérapeutes non-médecins n'est pas significative (figure 6.9). On constate que les variations entre cantons sont plus importantes pour le recours aux thérapeutes non-médecins.

6.4 Recours aux hôpitaux

Le recours aux hôpitaux se décompose en recours aux soins intra-muros, donc aux hospitalisations, et le recours aux services ambulatoires qui comprennent les consultations en polycliniques et les urgences.

Plus d'un habitant sur dix (11,1%) du canton de Genève a été hospitalisé au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, avec un nombre moyen de 13,5 journées d'hospitalisation par habitant (tableau 6.8). Ce recours est comparable à celui de la statistique médicale de l'OFS en 2007 puisque le taux d'hospitalisation s'élevait à 10,3% de la population genevoise et 11,0% de la population suisse (durée moyenne de séjour de 10,9 jours dans le canton de Genève et 7,6 jours en moyenne suisse). Les différences s'expliquent par des différences méthodologiques (enquête par échantillon vs relevé exhaustif).

En 2007, on constate que les Genevoises sont plus nombreuses que les Genevois à avoir eu recours aux prestations intra-muros. Mais si ces derniers sont moins nom-

breux à avoir été hospitalisés, ils sont hospitalisés plus longtemps que les Genevoises. Toutes ces différences ne sont pas significatives.

La probabilité d'être hospitalisé augmente avec l'âge. A partir de 65 ans, presque une personne sur six a été hospitalisée, une proportion légèrement inférieure à celle observée au niveau suisse (résultats à prendre avec prudence car le nombre d'observations est inférieur à 30). Le nombre moyen de journées d'hospitalisation est supérieur dans le canton de Genève comparativement au reste de la Suisse, indépendamment de l'âge des patients (n.s.). La probabilité d'être hospitalisé est indépendante du degré d'urbanisation (urbain/rural) et elle est moins élevée chez les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou celles dont le niveau de formation est plus élevé. Moins de 10% de la population qui se considère en bonne santé contre un quart de la population qui se considère en mauvaise santé ont été hospitalisés dans les douze mois précédant l'enquête, proportions que l'on retrouve sur le plan suisse (différences non significatives).

La population genevoise a tendance à faire plus appel aux services ambulatoires des hôpitaux que l'ensemble de la population suisse

Le recours aux services ambulatoires des hôpitaux est légèrement plus élevé parmi la population genevoise que dans l'ensemble de la population suisse, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Les Genevois semblent faire plus appel à ces services que les Genevoises (différence non significative), à l'inverse de ce que l'on observait en 2002.

Comme pour les hospitalisations, on retrouve une probabilité de recours plus basse parmi les personnes ayant un niveau de formation tertiaire (n.s.) ou celles n'ayant pas de médecin de famille (n.s.). Il peut de nouveau s'agir d'un biais de sélection, cette part de la population étant peut-être en meilleure santé.

Entre 2002 et 2007, aussi bien la proportion de la population genevoise que la part de la population suisse dans son ensemble qui a fait appel à des traitements hospitaliers ambulatoires a augmenté (respectivement de 14,0 à 24,0% et de 12,9% à 16,2%). Ces différences sont significatives. La diminution de la part de la population genevoise qui a fait appel à des traitements intra-muros (de 12,1% à 11,1%) n'est pas significative. Cette dernière proportion n'a pas changé au niveau suisse.

Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Genève et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Part de la population ayant eu recours aux prestations ambulatoires (y c. aux urgences)		Part de la population ayant eu recours aux prestations intra-muros		Moyenne des jours d'hospitalisation (par patient)	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		24,0	16,2	11,1	11,4	13,5	9,8
Sexe	Femmes	21,8	15,6	13,1	12,2	10,1	9,5
	Hommes	26,2	16,9	9,0	10,5	18,5	10,2
Classes d'âge	Moins de 65 ans	26,2	15,9	9,6	9,9	8,6	7,9
	65 ans et plus	13,7	17,5	18,3	18,0	25,5	14,7
Formation	Scolarité obligatoire	(19,5)	17,3	(11,0)	13,3	(7,8)	12,6
	Degré secondaire II	25,1	16,1	11,3	11,5	14,8	9,0
	Degré tertiaire	24,1	15,8	10,9	10,0	14,1	10,0
Nationalité	Suisses	22,5	16,0	11,7	11,5	16,4	9,9
	Etrangers	26,2	17,1	10,1	10,7	8,2	9,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	27,2	16,5	12,0	11,9	10,9	8,7
	De 3000 à 4499 CHF	23,0	15,3	12,0	11,7	7,7	9,7
	De 4500 à 5999 CHF	23,8	17,0	(8,7)	11,3	(32,2)	14,1
	6000 CHF et plus	24,2	16,3	11,9	10,3	15,4	8,9
Degré d'urbanisation	Ville	24,1	17,0	11,2	11,3	13,5	10,0
	Campagne	.	14,1	.	11,6	.	9,5
A un médecin de famille	Oui	26,0	16,6	12,6	11,8	14,4	10,1
	Non	17,5	13,5	(6,5)	8,4	(7,8)	7,6
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	13,7	10,7	9,1	8,0	7,8	7,4
	Quelques troubles	25,8	16,0	6,5	10,4	8,7	8,4
	Troubles importants	32,0	23,7	19,3	16,9	19,8	12,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	21,6	14,2	8,7	9,1	10,1	7,0
	Moyenne à très mauvaise	37,0	29,0	24,2	25,8	20,2	16,4

		Part de la population ayant eu recours aux prestations ambulatoires (y c. aux urgences)	Part de la population ayant eu recours aux prestations intra-muros	Moyenne des jours d'hospitalisation (par patient)
Comparaison régionale	Genève	24,0	11,1	13,5
	Suisse	16,2*	11,4	9,8
	Ville de Zurich	15,0*	10,2	8,1
	Tessin	18,1*	12,2	9,9
	Suisse centrale	13,9*	11,5	10,2
	Suisse alémanique	14,9*	11,8	9,3
	Suisse romande	19,6*	10,0	11,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n = 1044 (GE), n = 18 297 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

Prévalence de certaines opérations

L'enquête demande si l'on a subi à un moment quelconque de sa vie, une des opérations suivantes: de la hanche, du genou, de la cataracte, de la cheville, du cœur ou encore, pour les femmes, une ablation de l'utérus. Les prévalences de ces différentes opérations sont

trop basses pour qu'une analyse à l'échelon du canton de Genève puisse être faite. Les seules exceptions constituent l'opération du genou et l'ablation de l'utérus, présentées dans le tableau 6.9.

La part de la population ayant subi une opération du genou est plus basse dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. Les hommes sont proportionnellement

Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

Opérations		Articulation du genou		Ablation de l'utérus femmes dès 20 ans	
				GE	CH
Total		9,1	12,0	–	–
Sexe	Femmes	6,0	9,7	7,0	15,2
	Hommes	12,4	14,3	n.a	–
Classes d'âge	Moins de 65 ans	8,1	11	(4,7)	9,7
	65 ans et plus	(14,1)	16,6	(18,0)	35,1
Formation	Scolarité obligatoire	.	11,4	.	22,8
	Degré secondaire II	10,8	11,5	6,1	15,7
	Degré tertiaire	8,8	13,4	7,3	8,7
Nationalité	Suisses	10,8	12,8	7,6	16,7
	Etrangers	(6,2)	8,1	.	7,4
Degré d'urbanisation	Ville	9,1	11,8	7,0	15,0
	Campagne	.	12,3	–	16,0

		Articulation du genou		Ablation de l'utérus femmes dès 20 ans	
Comparaison régionale	Genève	9,1		7,0	
	Suisse	12,0*		15,2*	
	Ville de Zurich	11,8*		14,6*	
	Tessin	10,7		13,3*	
	Suisse centrale	12,2*		16,3*	
	Suisse alémanique	12,5*		16,6*	
	Suisse romande	10,7		11,8*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Opération du genou: n=975 (GE), n=17 924 (CH); ablation de l'utérus (dès 20 ans): n=506 (GE), n=9380 (CH)

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29).

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05).

plus nombreux que les femmes à avoir subi une telle intervention, ce qui s'explique probablement par des traumatismes liés au sport. L'Enquête suisse sur la santé sous-estime vraisemblablement la prévalence de ces opérations parmi la population âgée, et ce pour plusieurs raisons: les personnes vivant en institution sont absentes de l'enquête, les personnes âgées sont peut-être moins accessibles pour un entretien par téléphone et elles sont probablement plus sujettes au biais de mémoire.

Enfin, la prévalence de l'hystérectomie est plus faible parmi les Genevoises que l'ensemble des Suissesses. Au niveau suisse, elle est plus élevée parmi les femmes qui ont terminé leur scolarité obligatoire et parmi les femmes âgées de plus de 65 ans.

6.5 Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)

Pour simplifier, le terme «Spitex» désigne tous les services d'aide et de soins à domicile. L'aide informelle regroupe l'aide fournie par les proches, les amis et les voisins. L'analyse par canton du recours aux soins à domicile ou à l'aide informelle par sous-groupe n'est pas possible pour le canton de Genève car l'échantillon est trop petit. La taille de l'échantillon se réduit encore si l'on se focalise sur les personnes ayant droit à une allocation pour impotent, c'est-à-dire celles qui sont limitées dans au moins deux Activités de la Vie Quotidienne (ADL) (Höpflinger & Hugentobler, 2005). En tenant compte des poids dans l'enquête, quelque 100'000 personnes seraient limitées pour au moins deux ADL en Suisse. Le tableau 6.10 illustre donc d'abord les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de ce genre de services pour la Suisse. Le recours aux services Spitex est

examiné dans le questionnaire téléphonique tandis que l'aide informelle est examinée dans le questionnaire écrit.

Le recours aux services d'aide et de soins à domicile évoqué dans l'ESS est légèrement plus élevé dans le canton de Genève (GE: 4,7%, CH: 2,5%) que celui figurant dans la statistique Spitex de l'OFS (GE: 3,7%, CH: 2,5%). La différence peut s'expliquer par le fait que la statistique Spitex ne recense pas tous les services privés.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à bénéficier de ce genre d'aide mais pour l'aide informelle, ce résultat est biaisé: il semble que les hommes qui reçoivent de l'aide par leur épouse ont tendance à oublier de la mentionner (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Sans surprise, le recours à Spitex augmente fortement en présence de dépendance fonctionnelle et avec l'âge.

Le recours à l'aide informelle est très important parmi les personnes ayant une dépendance fonctionnelle: deux tiers de celles âgées de plus de 65 ans en bénéficient et plus de trois personnes sur quatre avant cette limite

d'âge. Ainsi, l'aide informelle aux personnes dépendantes semble diminuer avec l'âge même si elle reste importante (baisse non significative). Cette baisse s'explique probablement par la complexité des cas, qui augmente avec l'âge et par l'âge croissant des aidants.

Parmi la clientèle Spitex totale, deux personnes sur cinq sont des clients temporaires, qui bénéficient pour moitié de prestations de soins infirmiers et pour moitié d'aide ménagère (l'enquête ne définit pas ce qui correspond à une prise en charge temporaire ou régulière). Par contre, lorsque l'on examine la clientèle qui souffre de dépendance fonctionnelle, neuf clients sur dix sont des clients réguliers, dont trois personnes sur quatre reçoivent des soins infirmiers et un client sur deux de l'aide ménagère.

Même si certains hommes oublient de mentionner leur épouse/partenaire pour l'aide informelle, celles-ci sont les aidantes les plus sollicitées (figure 6.10). Au niveau suisse, cela représente environ 40'000 femmes qui fournissent de l'aide informelle à leur mari/partenaire.

Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)

		Suisse				Genève
		Services d'aide et de soins à domicile		Aide informelle		Aide informelle
		Population totale	Population ayant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL (Spitex)	Population totale	Population ayant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL	Population totale
Total		2,5	29,1	8,8	73,3	5,8
Sexe	Femmes	3,6	36,1	10,8	81,5	6,9
	Hommes	1,4	20,3	5,8	68,5	(4,7)
Classes d'âge	Moins de 65 ans	1,2	20,7	7,5	79,1	4,9
	65 ans et plus	8,3	39,8	12,3	68,1	(13,6)
Formation	Scolarité obligatoire	4,7	27,3	11,3	(67,0)	.
	Degré secondaire II	2,4	32,0	8,0	80,8	5,8
	Degré tertiaire	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)	(5,3)

		Suisse/Population totale	
		Services d'aide et de soins à domicile	Aide informelle
Comparaison régionale	Genève	4,7	9,6
	Suisse	2,5*	8,8
	Ville de Zurich	1,8*	8,5
	Tessin	3,4	7,8
	Suisse centrale	2,6*	8,3
	Suisse alémanique	2,0*	7,8
	Suisse romande	3,9	9,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Services Spitex: n=18 751 (CH); aide informelle: n=715 (GE), n=17 757 (CH): questionnaire écrit donc moins d'observations

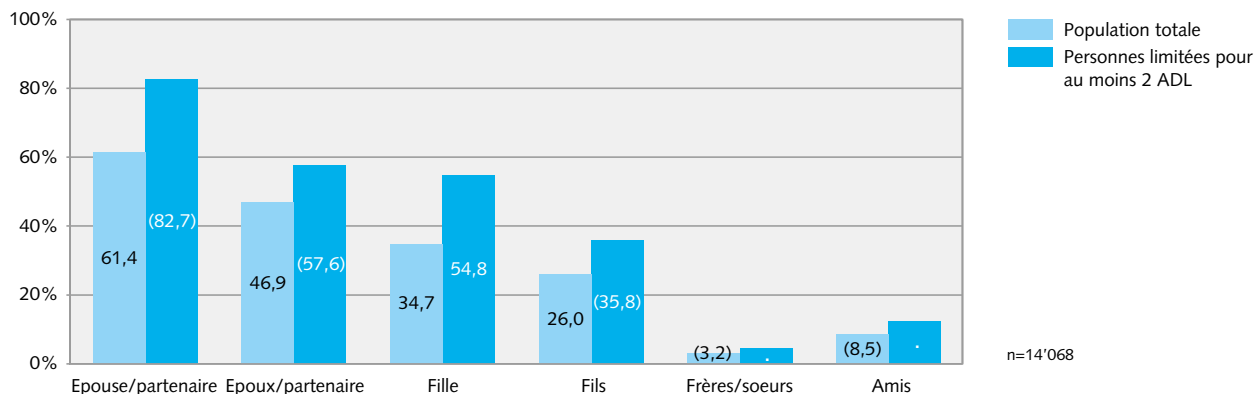
. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

* Différences significatives entre le canton de Genève et les autres unités géographiques (p < 0,05)

ADL (Activities of daily living): Activités de la vie quotidienne: se lever, se déplacer, se coucher, se laver, se nourrir, se vêtir

Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle
Suisse, 2007

Fig. 6.10



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les chiffres en parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n<30)
Note: Les différentes sources de soins sont cumulables car certaines personnes ont reçu des soins de différentes personnes au cours des 12 mois précédents. Ces résultats pour les personnes présentant 2 ADL et plus doivent être interprétés avec prudence car les échantillons sont inférieurs à 30 observations, sauf pour les filles

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Si l'on examine uniquement la population mentionnant une dépendance fonctionnelle, par rapport à l'aide dont elle bénéficie, on constate qu'un quart de ces personnes ne reçoivent aucune aide, tandis que deux personnes sur quatre ne reçoivent que de l'aide informelle. L'interprétation doit toutefois tenir compte du fait que l'enquête, qui atteint plus facilement les personnes capables de répondre au téléphone, comporte le risque de surestimer l'autonomie de la population âgée.

En outre, parmi les bénéficiaires de services Spitex, 94% bénéficient aussi d'aide informelle, alors que seuls 30% des bénéficiaires de l'aide informelle font aussi appel aux services Spitex.

6.6 Résumé

Ce chapitre présente le recours de la population genevoise à différents services de santé. Par rapport à l'ensemble de la Suisse, c'est surtout le recours aux différents services ambulatoires qui est plus élevé dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse tandis que le recours aux soins hospitaliers intra-muros est comparable dans le canton de Genève et dans l'ensemble de la Suisse.

En ce qui concerne le recours aux médecins en cabinet, si le recours au médecin de famille est significativement plus bas dans le canton de Genève, le recours au médecin spécialiste y est significativement plus élevé. De même, le recours aux consultations ambulatoires en hôpitaux et celui aux services d'aide et de soins à domi-

cile sont significativement plus élevés dans le canton de Genève qu'au niveau national. Enfin, ce sont surtout les Genevoises, plus que les Genevois, qui font appel à la médecine complémentaire et, dans ce cas, elles se tournent plus vers des thérapeutes non-médecins que vers des médecins.

Dans le canton de Genève, les femmes de moins de 50 ans ont tendance à plus consulter leur médecin que les hommes du même âge, mais elles consultent alors plus leur médecin de famille que le médecin spécialiste. A partir de 50 ans la tendance s'inverse: les hommes consultent plus que les femmes, et ils ont alors tendance à plus consulter le médecin spécialiste que le médecin de famille.

Le recours aux examens de contrôle/dépistage des maladies chroniques, du cancer et à la vaccination contre la grippe sont plus souvent rapportés dans le canton de Genève qu'à l'échelle suisse. Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour examiner l'état de santé de la population qui n'a pas bénéficié de ces interventions: il est possible qu'il s'agisse des personnes qui en auraient le plus besoin.

Ce rapport met en évidence un rôle important du médecin de famille, catégorie professionnelle la plus sollicitée. Les contrôles préventifs des maladies chroniques, les tests de dépistage des cancers ou la vaccination contre la grippe sont plus fréquents parmi la population qui dit avoir un médecin de famille.

7 Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Isabelle Sturny et Maik Roth

Thème récurrent dans les médias, les coûts en matière de santé publique préoccupent l'opinion depuis des années en raison de leur augmentation constante. En Suisse, un total de 55,3 milliards de francs a été dépensé en 2007 pour la santé, ce qui correspond à 10,8% du produit intérieur brut (PIB) du pays (OFS, 2009a). Près de 39% de ces coûts ont été financés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les 61% restants ont été payés par les ménages privés à titre de dépenses à la charge de ces derniers («out of pocket»), par l'Etat (en particulier les subventions aux hôpitaux), les assurances privées ainsi que les autres assurances sociales (AI-AVS, AA, AM).

Ce chapitre présente les coûts de la santé dans le canton de Genève en ce qui concerne l'AOS. Il a pour cela fallu analyser le pool de données de l'organisation faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, pour les années 2003 à 2007.⁷⁷ Ce pool de données permet une analyse détaillée de l'évolution des coûts en fonction des différents prestataires et types de prestations. Il est difficile de faire des comparaisons directes avec les chapitres précédents du rapport car ceux-ci traitent du comportement général en matière de santé ou du recours à toutes les prestations médicales, indépendamment du fait de savoir si l'AOS a pris les coûts en charge ou non.

La première partie de ce chapitre traite des coûts de l'AOS pour les différentes catégories de prestataires de service. L'analyse porte sur l'évolution des coûts et sur leur répartition. Elle se complète d'une comparaison régionale des coûts par assuré. La deuxième partie du chapitre décrit les différents modèles d'assurance et les primes dans l'AOS. La réduction des primes de l'assurance-maladie est abordée brièvement en fin de chapitre.

Quels sont les coûts saisis dans le pool de données?

Le pool de données de santésuisse est un système d'information de la branche qui permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de services (notamment contrôles de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre actuellement 97,7% des personnes assurées en Suisse. Pour le canton de Genève, ce taux de couverture s'élève en 2007 à 98,6%.⁷⁸ Afin de pouvoir estimer les coûts globaux et de comparer les différentes informations annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à partir de l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques⁷⁹ de l'Institution commune LAMal. Les coûts du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques. Cette extrapolation permet d'évaluer les coûts qui seraient encourus si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool de données. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation car l'on part du principe que les personnes assurées manquantes, non saisies dans le pool de données, présentent une structure de coûts similaire à celle des assurés saisis dans le pool de données. En 2004, cinq nouveaux assureurs ont livré des données à santésuisse, faisant augmenter le taux de couverture par rapport aux années précédentes. Les assurés affiliés à ces assureurs sont cependant plus jeunes et génèrent moins de coûts que les assurés déjà comptabilisés dans le pool de données. L'extrapolation effectuée pour 2003 a par conséquent surévalué les coûts, autrement dit l'augmentation réelle des coûts entre 2003 et 2004 est sous-estimée. Les nouveaux assureurs ne pouvant pas livrer les données rétroactivement, il faut par conséquent tenir compte de cette surestimation pour l'interprétation des données chronologiques. Les fournisseurs de prestations sollicités par des personnes âgées (hôpitaux intra-muros, organisations de soins à domicile et EMS) sont particulièrement concernés par ce problème d'estimation.

⁷⁸ Le taux de couverture du pool de données s'élève pour le canton de Genève à 91,9% en 2003, à 95,7% en 2004, à 96,8% en 2005 et à 99,2% en 2006.

⁷⁹ La compensation des risques est un système de répartition dans l'AOS qui a pour but de parvenir à une compensation entre les assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de «mauvais risques» (assurés occasionnant des frais de maladie supérieurs à la moyenne) et les assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de «bons risques» (pour la plupart, des assurés jeunes et des personnes du sexe masculin qui présentent des frais de maladie inférieurs à la moyenne). La compensation des risques est un élément nécessaire dans un système d'assurance-maladie obligatoire avec primes uniques par assureur et région de primes. Elle doit empêcher une concurrence entre les assureurs et les diverses formes d'assurance par une sélection du risque.

⁷⁷ Etant donné que le pool de données est actualisé avec effet rétroactif sur cinq ans, les années analysées ci-après sont celles de 2003 à 2007.

Le pool de données regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Nommées prestations brutes, ces informations font l'objet d'une évaluation ci-après. Il ne s'agit toutefois que des prestations dont les factures sont envoyées par les assurés à l'assurance-maladie ou qui sont facturées directement par le prestataire à l'assureur. Les factures conservées par les assurés (p. ex. en raison d'une franchise élevée) ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. les prestations des assurances complémentaires LCA) ne sont pas saisies dans le pool de données. Il faut supposer que, dans les cantons où les personnes assurées choisissent des franchises élevées, les coûts sont plutôt sous-estimés par rapport aux cantons où les franchises basses prédominent. Le pool de données ne contient pas non plus d'indications sur les subsides publics (p. ex. financement du secteur intra-muros).

7.1 Les coûts de l'AOS dans le canton de Genève

Cette partie du chapitre étudie l'évolution des coûts de l'AOS dans le canton de Genève de 2003 à 2007 en fonction des prestataires et des types de prestations par rapport à la Suisse entière. Il traite également brièvement de la participation aux coûts des personnes assurées avant d'aborder, dans une autre partie, les différences de coûts par assuré en fonction des régions.

Augmentation des coûts au-dessous du niveau suisse

Le tableau 7.1 présente les coûts de l'AOS regroupés par prestataires et types de prestations. Les coûts de la santé dans le canton de Genève s'élevaient en 2003 au total à 1316,9 millions de francs. En 2007, ces mêmes coûts se montaient à 1533,5 millions de francs, soit une augmentation moyenne de 3,9% par an. Dans l'ensemble de la Suisse, les coûts de l'AOS ont augmenté durant la même période de 4,5%, passant de 18,2 milliards de francs à 21,6 milliards de francs. Les coûts ont donc moins fortement progressé au cours de ces cinq années dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse. C'est en 2005 que les coûts ont connu, avec 8,0%, la hausse la plus forte dans le canton de Genève, tandis que pour 2006, on enregistre une baisse des coûts (-0,7%)⁸⁰.

⁸⁰ Cette baisse est en partie imputable à un effet de base: le taux de croissance dépend non seulement de l'évolution actuelle des coûts, mais aussi du niveau des coûts de l'année précédente. Après des années d'augmentation des coûts, une hausse minime des coûts ou une réduction des coûts est donc très probable.

Le canton de Genève enregistre le taux de croissance annuel le plus élevé entre 2003 et 2007 dans le domaine des médicaments délivrés par les médecins (14,4%), lequel a cependant un impact moindre en raison des faibles valeurs absolues. Les soins à domicile ont aussi fortement augmenté avec un taux de croissance moyen de 12,7%. Les coûts dans le domaine ambulatoire et semi-hospitalier des hôpitaux augmentent de 8,4%. On observe notamment une très forte augmentation des coûts en 2005. En effet, tandis qu'en 2004, la hausse moyenne des coûts de 5,8% s'explique par des retards de facturation suite à l'introduction de Tarmed, les facturations ultérieures de ces décomptes ont entraîné en 2005 une augmentation accrue des coûts de 17,4%. Une partie de cette croissance peut s'expliquer en outre par le transfert des prestations des médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital: un nombre croissant de ces praticiens ne font plus le décompte de leur activité par le biais de leur propre cabinet, mais par celui de l'hôpital. Pour l'année 2006, on enregistre une baisse modérée des coûts de 1,3% dans le domaine des prestations ambulatoires et semi-hospitalières; en 2007, ces coûts ont à nouveau fortement progressés (12,5%).

Entre 2003 et 2007, la hausse des coûts est moyenne pour les pharmacies et centres de remise LiMA, pour les physiothérapeutes et dans le secteur hospitalier intra-muros. Après une augmentation entre 2003 et 2005, les coûts des assurés genevois se sont stabilisés en 2006 dans le secteur intra-muros et ont même diminué de 3,8% en 2007. Pour la période analysée, la hausse des coûts est inférieure à la moyenne totale cantonale pour les traitements médicaux et les laboratoires. La baisse des coûts de 10,2% observée en 2006 pour cette catégorie est due à la diminution de la valeur du point des analyses de laboratoire, qui passe d'un franc à 90 centimes. Dans le domaine des EMS, on note une réduction des coûts de 2,8% entre 2003 et 2007. C'est surtout la diminution de 12,3% en 2004 qui se fait remarquer et qui est en partie due à la surestimation des coûts en 2003 suite à la livraison des données de cinq nouveaux assureurs (voir encadré).

L'évolution des coûts au niveau suisse est semblable à celle du canton de Genève: forte augmentation dans le domaine des soins à domicile (8,1%) et dans le domaine hospitalier ambulatoire et semi-hospitalier (6,4%), augmentation modérée pour les laboratoires (2,0%) et les traitements médicaux (1,3%). Contrairement à Genève,

Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations
canton de Genève et Suisse, 2003–2007 (données extrapolées, en millions de CHF)

Prestataire	Type de prestation	2003 en mio. CHF	2004 en mio. CHF	2005 en mio. CHF	2006 en mio. CHF	2007 en mio. CHF	Part au total en %	Evolution annuelle moyenne en % GE	Evolution annuelle moyenne en % CH
Hôpitaux	Intra-muros	253,9	283,9	308,2	309,0	297,3	19,4	4,0	5,5
	Ambulatoire/ semi-hospitalier	163,6	173,2	203,2	200,6	225,5	14,7	8,4	6,4
	Total hôpitaux	417,5	457,1	511,4	509,5	522,8	34,1	5,8	5,9
Médecins	Traitements	360,4	366,6	386,5	382,6	394,2	25,7	2,3	1,3
	Médicaments	7,7	8,2	11,8	12,4	13,2	0,9	14,4	3,0
	Autres prestations médecins	2,8	12,4	19,6	18,7	23,5	1,5	70,8 ¹	48,2
	Total médecins	370,9	387,2	417,9	413,7	430,8	28,1	3,8	3,5
Pharmacies et centres de remise LiMA ²	283,8	303,7	315,9	313,9	319,3	20,8	3,0	3,2	
EMS	95,2	83,5	87,7	87,3	85,1	5,5	-2,8	3,8	
Laboratoires	55,5	59,3	60,5	54,3	59,2	3,9	1,6	2,0	
Physiothérapeutes	36,0	37,4	40,7	39,8	41,2	2,7	3,4	3,5	
Soins à domicile (organisations Spitex)	20,9	22,7	26,7	29,2	33,7	2,2	12,7	8,1	
Autres prestataires ³	37,0	37,9	39,6	41,8	41,4	2,7	2,8	4,1	
Total		1316,9	1388,7	1500,4	1489,4	1533,5	100,0	3,9	4,5

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan

Etat des données: 25.04.2008

¹ Le taux de croissance élevé de la catégorie «Autres prestations médecins» est attribuable à un changement de codification: alors que les analyses des médecins étaient comptabilisées jusqu'en 2002 dans la sous-catégorie «Traitements», celles-ci forment désormais une catégorie à part entière depuis 2003/2004, intitulée «Autres prestations médecins» dans le présent rapport.

² Liste des moyens et appareils.

³ La rubrique «autres prestataires» comprend les catégories suivantes: chiropratique, médecine empirique, ergothérapie, conseils en nutrition, aide sociale, sages-femmes, bains thermaux, logopédie, infirmiers/infirmières, Qualitop, entreprises de transport et de sauvetage, dentistes, autres, inconnu.

les coûts des EMS ont augmenté au niveau suisse et le secteur intra-muros des hôpitaux a crû au-dessus de la moyenne nationale.

Bien qu'entre 2003 et 2007, les coûts des assurés genevois aient plus augmenté dans le domaine ambulatoire que dans le domaine intra-muros (4,4% vs 2,3%)⁸¹, les données disponibles ne permettent pas de déterminer si cela est dû à un transfert de prestations du secteur intra-muros au domaine semi-hospitalier et ambulatoire.

Participation aux coûts plus élevée pour les analyses de laboratoire, pour les pharmacies / centres de remise LiMA et pour les traitements médicaux

Les coûts de 1533,5 millions de francs engendrés en 2007 ont été pris en charge à hauteur de 86,6% par les assureurs-maladie et de 13,4% directement par la popu-

lation genevoise, sous forme de participation aux coûts.⁸² Entre 2003 et 2007, la participation aux coûts de la population genevoise a moins augmenté que les coûts bruts et elle se répartit de manière différente entre les divers prestataires. Ainsi, 20,5% du coût des analyses de laboratoires, 18,7% de celui des pharmacies et centres de remise LiMA et 17,7% de celui des traitements médicaux sont payés par les assurés sous forme de franchises et de quotes-parts, tandis que la participation aux coûts est plus faible dans le domaine hospitalier intra-muros avec une part de 5,5%, dans les soins à domicile (3,8%) et surtout dans le domaine des EMS avec un taux de 3,1%.⁸³

⁸² La participation aux coûts correspond à la franchise, la quote-part ainsi que la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Les coûts éventuels que les personnes assurées paient en plus de leur poche (prestations dites «out of pocket») ne font pas partie des coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici. Les différences de la part de la participation peuvent varier de manière aléatoire selon le prestataire, étant donné que la participation est déduite des premières factures transmises aux assureurs-maladie.

⁸³ Voir note précédente: les assurés doivent habituellement payer une grande partie du coût des EMS, sans pouvoir être remboursés. Toutefois, ces coûts ne sont pas considérés comme une participation aux coûts de l'AOS, mais comme des prestations «out of pocket».

⁸¹ Le terme «intra-muros» inclut ici les prestations intra-muros dans les hôpitaux ainsi que les prestations EMS; la catégorie «ambulatoire» comprend tous les autres prestataires ou types de prestations.

Coûts par assuré du canton de Genève en tête des régions considérées

Le tableau 7.2 présente les coûts moyens par personne assurée dans le domaine ambulatoire et intra-muros selon le sexe, l'âge et la région. En 2007, les coûts de l'AOS par assuré dans le canton de Genève s'élevaient à 3737 francs et étaient supérieurs de 877 francs par assuré à la moyenne suisse. Pour les régions considérées, Genève présente les coûts les plus élevés, les coûts les plus bas (2374 francs) s'observent dans la région de Suisse centrale.

Dans le canton de Genève, 24,9% des coûts par assuré sont consacrés à des prestations intra-muros (932 francs), 75,1% à des prestations ambulatoires (2805 francs par personne assurée). La proportion des traitements ambulatoires dans les coûts totaux par assuré est nettement plus élevée dans le canton de Genève que dans l'ensemble de la Suisse (68,2%). Signalons, pour comparaison, le cas du canton du Tessin, qui présente une proportion nettement plus basse de frais ambula-

toires (65,4%) et une proportion élevée de prestations intra-muros. Les différentes participations aux coûts des cantons dans le secteur ambulatoire et intra-muros sont assez difficiles à interpréter car les subsides cantonaux ne sont pas pris en considération dans le pool de données. Les coûts des prestations intra-muros ne sont saisis dans celui-ci que jusqu'à une proportion de 50% au maximum (voir art. 49, al. 1 LAMal).

En 2007, les coûts par assuré sont entre 38,9% (ambulatoire) et 41,7% (intra-muros) plus élevés pour les femmes que pour les hommes.⁸⁴ Les coûts par assuré augmentent également à mesure que les personnes assurées vieillissent. Ainsi, une personne de moins de 15 ans du canton de Genève coûte en moyenne 1295 francs en 2007, tandis qu'une personne de plus de 66 ans présente un coût moyen de 9981 francs. Les différences de coûts entre jeunes et personnes âgées sont considérables dans le domaine intra-muros. C'est surtout dans le groupe d'âge le plus élevé que des prestations intra-muros sont sollicitées: la part des prestations

Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et intra-muros selon le sexe, l'âge et la région, canton de Genève et Suisse, 2007 (en CHF)

		Ambulatoire		Intra-muros		Total	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		2 805	1 950	932	910	3 737	2 860
Sexe	Femmes	3 241	2 212	1 085	1 064	4 326	3 276
	Hommes	2 333	1 678	766	750	3 099	2 429
Classes d'âge	0–15 ans	1 110	738	184	139	1 295	877
	16–35 ans	1 614	1 049	339	361	1 953	1 410
	36–50 ans	2 539	1 584	419	438	2 958	2 022
	51–65 ans	3 768	2 632	787	873	4 555	3 506
	66 ans et plus	6 134	4 428	3 846	3 373	9 981	7 801

		Ambulatoire	Intra-muros	Total
Comparaison régionale	Genève	1 950	910	2 860
	Suisse	2 805	932	3 737
	Ville de Zurich	1 955	856	2 811
	Tessin	2 201	1 165	3 366
	Suisse centrale	1 583	791	2 374
	Suisse alémanique	1 828	907	2 735
	Suisse romande	2 251	880	3 131

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
Etat des données: 25.04.2008

⁸⁴ Camenzind et Meier (2004) précisent que les femmes perçoivent certes plus de prestations de l'AOS que les hommes, mais que la différence à la charge des femmes est imputable en grande partie à leur espérance de vie plus longue ainsi qu'aux frais de grossesse et d'accouchement.

intra-muros représente ainsi dans cette classe d'âge environ 38,5% des coûts globaux par assuré, tandis qu'ils constituent seulement 14,2% des coûts chez les enfants.⁸⁵

Si l'on compare les coûts de l'AOS pour la population genevoise et pour l'ensemble de la Suisse, on note que les différences relatives sont dues aux coûts du domaine ambulatoire. Les assurés du canton de Genève présentent dans ce domaine des coûts de 43,9% plus hauts que la moyenne suisse. En revanche, les coûts du domaine intra-muros du canton de Genève ne se trouvent que légèrement au-dessus du niveau suisse. Pour les classes d'âge de 16 à 65 ans, les coûts intra-muros sont même plus élevés dans le reste de la Suisse que dans le canton de Genève.

La figure 7.1 présente les coûts par personne assurée selon les groupes de prestataires. Il existe d'importantes différences régionales au niveau des frais de médecins et dans la catégorie pharmacies et centres de remise LiMA. Ces écarts sont imputables à la diversité des législations cantonales en matière de remise des médicaments. Ainsi, la vente de médicaments par le corps médical (propharmacie) est largement répandue dans les cantons de Suisse alémanique, raison pour laquelle les coûts sont relativement élevés dans la catégorie «médecins». En revanche, en Suisse romande et au Tessin, les médecins délivrent plutôt des ordonnances. Dans ces régions, les coûts sont donc proportionnellement plus élevés dans la catégorie «pharmacies et LiMA». Si l'on considère l'ensemble des médicaments délivrés par les pharmacies et par les médecins, on obtient pour le canton de Genève un coût de 799 francs par personne. Ce montant est

nettement supérieur à la moyenne suisse (581 francs). Malgré la vente des médicaments par les pharmacies, les coûts par personne assurée dans les cabinets médicaux restent importants dans le canton de Genève (1050 francs). En 2007, 960 francs par personne assurée sont payés pour des traitements médicaux, tandis qu'au niveau suisse, le montant s'élève à 579 francs. Avec 5,7 consultations en 2007, les Genevois se rendent en effet plus chez le médecin qu'en moyenne suisse (5,2 consultations par personne), mais les différences de coûts sont particulièrement imputables à un niveau supérieur de prix et à la consultation accrue de médecins spécialistes.

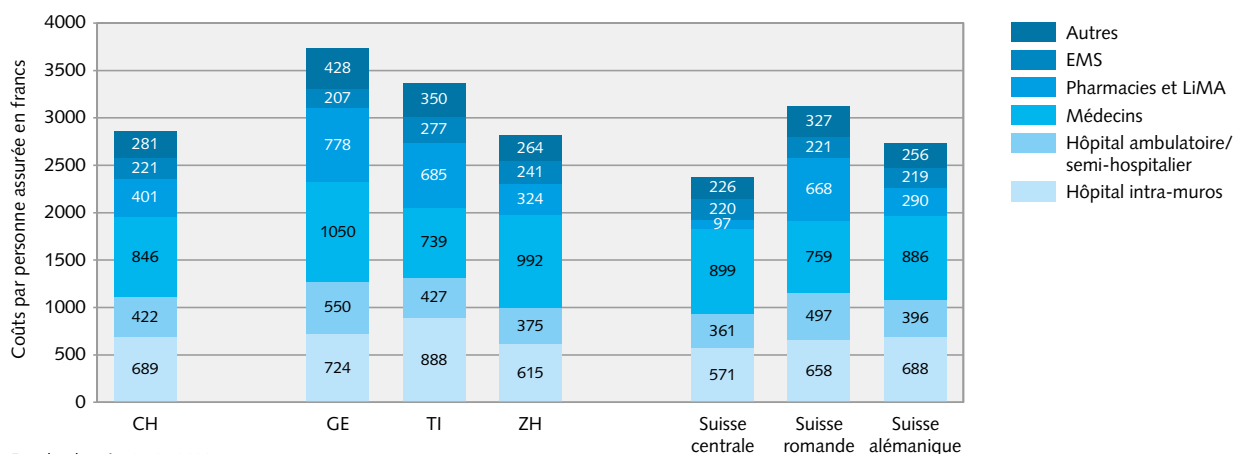
Les assurés du canton de Genève présentent des coûts supérieurs à la moyenne suisse dans toutes les catégories de fournisseurs de prestations, à l'exception des EMS, où les Genevois ont les coûts les plus bas des régions considérées. Dans la catégorie restante des autres prestataires, les coûts par personne assurée dans le canton de Genève sont également supérieurs à la moyenne. Plus de trois quarts des prestations de cette catégorie sont délivrés par des physiothérapeutes, des laboratoires et des organisations de soins à domicile (Spitex).

7.2 Modèles d'assurance et primes

Ce chapitre traite du financement de l'assurance obligatoire des soins. Les analyses se concentreront sur les primes des personnes assurées en fonction des modèles d'assurance choisis. La réduction des primes sera également abordée brièvement. Les chiffres se rapportent aux assurés adultes, domiciliés dans le canton de Genève.

Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)

Fig. 7.1



Etat des données 25.04.2008

Source: Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁸⁵ Zweifel et al. (1999) ainsi que Werblow et al. (2007) démontrent que les coûts de santé dépendent beaucoup moins de l'âge que de l'imminence du décès.

Le modèle avec franchise à option perd en importance

Dans le canton de Genève, 35,9% des adultes ont opté en 2007 pour un modèle d'assurance avec franchise ordinaire et 53,8% pour une franchise à option (voir définition des modèles d'assurance en encadré). Tandis que le modèle avec franchise ordinaire a gagné en importance depuis 2003, le nombre d'assurés avec franchise à option est en recul: en 2003, 61,6% des assurés du canton de Genève avaient choisi une franchise à option, ils n'étaient plus que 53,8% en 2007. Le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles, en revanche, a gagné en importance au cours des cinq dernières années: de 5,8% des assurés en 2003, il atteint 6,9% en 2007. Entre 2003 et 2007, le modèle Managed Care avec capitation a également convaincu de nouveaux assurés. Sa part est montée de 0,7% des assurés en 2003 à 3,4% en 2007. L'assurance avec bonus n'est pas répandue et concerne moins de 0,1% des assurés genevois en 2007.

La franchise de 500 francs est particulièrement populaire

En 2007, 28,1% des assurés genevois ont opté pour une franchise de 500 francs, 15,9% pour une franchise de 1000/1500 francs et 9,7% pour une franchise de 2000/2500 francs. Dans l'ensemble de la Suisse, 19,6% des assurés ont opté pour une franchise de 500 francs, 14,7% pour une franchise de 1000/1500 francs et 9,0% pour une franchise de 2000/2500 francs. Les franchises à option sont plus fortement répandues dans le canton de Genève, avec 53,8% des assurés, que dans le reste de la Suisse (43,6%). C'est surtout la franchise de 500 francs qui est très populaire. Le modèle avec franchise ordinaire est plus répandu dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Genève (40,0% contre 35,9%). Cette situation est probablement due au fait que dans le canton de Genève, en raison des primes plus élevées par rapport à la moyenne suisse, les assurés choisissent davantage de modèles d'assurance avec franchise à option afin d'obtenir des réductions de primes. Malgré l'augmentation de la part du modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles dans le canton de Genève, il est moins répandu que dans le reste de la Suisse. En revanche, le modèle de capitation est plus souvent choisi par les Genevois qu'en moyenne suisse.

Les groupes de franchise actuels ne sont en vigueur que depuis 2005. Une comparaison dans le temps n'est donc possible qu'à partir de cette année-là. Entre 2005 et 2007, les franchises ordinaires ont gagné de nouveaux

assurés dans le canton de Genève (+ 4,1%). Pour les franchises à option, seuls les niveaux de franchise 2000/2500 francs notent un accroissement (+ 98,6%). La baisse du nombre d'assurés dans les autres niveaux de franchise (- 15,9%) a profité d'une part à la franchise ordinaire et aux franchises supérieures et, d'autre part, aux modèles alternatifs.

Description des modèles d'assurance LAMal pour les adultes:

- Assurance de base avec franchise ordinaire: prime unique avec une participation aux coûts minimum annuelle (franchise) de 300 francs.
- Assurance de base avec franchise à option: permet diverses réductions de primes, si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs).
- Assurance avec bonus: une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.
- Modèles Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles: HMO ou modèle du médecin de famille dans lequel la facture est adressée à l'assuré ou à l'assureur selon les tarifs en vigueur.
- Modèles Managed Care avec capitation: HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.

Primes des assureurs-maladie supérieures à la moyenne suisse

Les primes de l'AOS ont augmenté continuellement depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Le montant des primes est fixé par les assureurs au sein des régions de primes des cantons – régions unifiées depuis 2004 pour tous les assureurs. Dans le canton de Genève, il existe une région unique de primes.⁸⁶ Le volume des primes calculé dans ce rapport provient des comptes d'exploitation des assureurs-maladie. Il s'agit de la prime encaissée par l'assurance-maladie selon le tarif de l'offre, avant la réduction individuelle des primes, après les déductions liées au rabais de formation, aux franchises à option, au modèle HMO, médecin de famille ou bonus et à l'exclusion du risque accident. Les données ci-dessus ne peuvent pas être comparées directement avec la statistique des primes publiée par l'OFSP après la procédure d'approbation.

La prime moyenne pour l'année 2007 varie entre 4924 et 2637 francs selon le modèle d'assurance (tableau 7.3). Les assurés ayant choisi le modèle Managed Care avec capitation ont les primes les plus basses, suivis de ceux ayant opté pour le modèle

⁸⁶ La répartition exacte des régions de primes au niveau communal peut être consultée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP): www.ofsp.admin.ch.

Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Genève et Suisse, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)

Modèle d'assurance	Franchise	Prime moyenne GE	Prime moyenne CH	Part des assurés GE (en %)	Part des assurés CH (en %)
Modèle standard avec franchise	Franchise ordinaire (300 CHF)	4 924	3 551	35,9	40,0
	Franchise basse (500 CHF)	4 686	3 604	28,1	19,6
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3 829	2 661	15,9	14,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	3 019	2 054	9,7	9,0
Modèle Managed Care avec capitation	Franchise ordinaire (300 CHF)	4 108	3 286	0,8	0,7
	Franchise basse (500 CHF)	3 931	3 111	0,9	0,3
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3 349	2 391	0,8	0,6
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2 637	2 118	0,9	0,4
Modèle Managed Care avec facture selon prestations individuelles	Franchise ordinaire (300 CHF)	4 476	3 064	2,0	5,5
	Franchise basse (500 CHF)	4 278	3 030	1,7	2,5
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3 590	2 324	1,5	3,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2 770	1 942	1,6	2,0
Assurance avec bonus ¹	Franchise ordinaire (300 CHF)	3 318	2 498	0,0	0,1
Total		4 373	3 152	100,0	100,0

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan

Etat des données: 25.04.2008

¹ Vu le faible nombre de personnes ayant opté pour ce modèle, la comparaison entre la prime moyenne et les autres modèles a été abandonnée.

Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles. Les primes les plus hautes sont cependant payées par les assurés ayant une franchise ordinaire ou une franchise à option. Avec le choix de franchises plus élevées, les assurés genevois ont un potentiel d'économie. Celui-ci est le plus marqué dans le modèle avec franchise, et largement moindre dans le modèle Managed Care avec capitation.

En 2007, les primes des assureurs-maladie par assuré étaient de 4373 francs dans le canton de Genève (figure 7.2), soit supérieures aux primes moyennes par assuré suisse (3152 francs par personne assurée). Les autres cantons considérés présentent également des primes plus basses que le canton de Genève. Si l'on compare les primes par région avec les coûts régionaux de la santé (voir tableau 7.2), on obtient une image concordante: les coûts et les primes les plus élevés sont ceux du canton de Genève et du Tessin, tandis que les coûts et primes les plus bas sont ceux de la Suisse centrale et de la Suisse alémanique.

De nombreux bénéficiaires touchent des prestations supérieures à la moyenne

Suite à l'introduction de la LAMal en 1996, un système individuel de réduction des primes a été établi, afin d'alléger les primes des assurés de condition économique

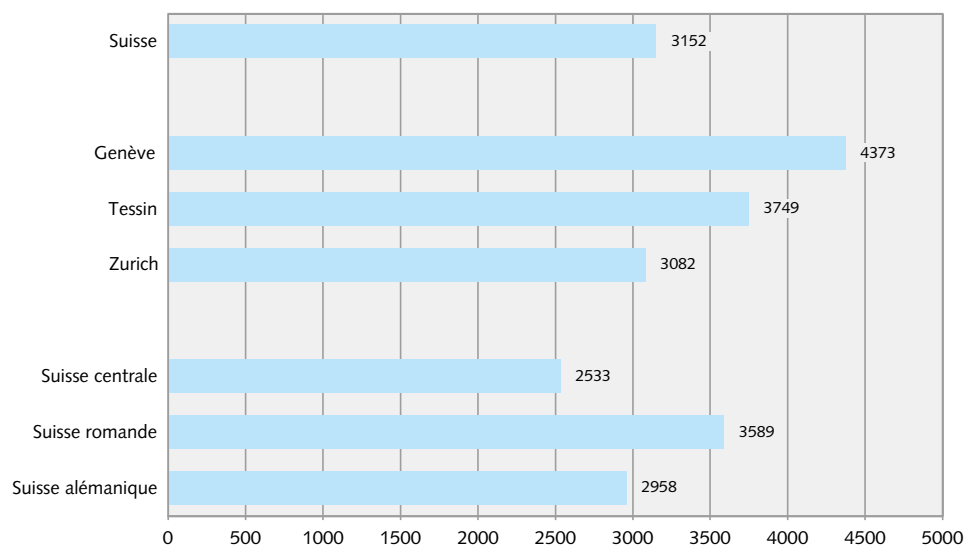
modeste. La Confédération et les cantons financent conjointement ces réductions; les cantons disposent dans ce cadre d'une très grande marge de manœuvre quant à l'aménagement des conditions d'octroi. Les systèmes sont par conséquent très différents d'un canton à l'autre. Les comparaisons entre les cantons ne peuvent donc être effectuées ici qu'avec certaines réserves.

Dans le canton de Genève, les subsides de la Confédération versés pour permettre la réduction des primes ont été entièrement épuisés entre 2003 et 2007, tandis que le facteur de réduction était de 13,9% en moyenne pour la Suisse en 2007.⁸⁷ En Suisse, 2,27 millions de personnes bénéficiaient en 2007 d'une réduction de prime (30,1% de la population totale), dont 133'427 dans le canton de Genève (32,5% de la population du canton). Entre 2003 et 2007, le nombre de bénéficiaires a baissé à la fois dans le canton de Genève et dans toute la Suisse. La statistique fait apparaître une nouvelle augmentation de leur nombre en 2007. Durant la période sous revue, la part des bénéficiaires parmi la population était supérieure à la moyenne suisse dans le canton de Genève.

⁸⁷ Voir art. 66 al. 5 LAMal: «En outre et à condition que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste soit tout de même garantie, le canton peut diminuer de 50% au maximum la contribution à laquelle il est tenu, les subsides fédéraux alloués étant alors réduits dans les mêmes proportions». En 2007, 15 cantons ont fait usage de cette possibilité.

Prime moyenne par assuré selon la région de domicile
2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)

Fig. 7.2



Etat des données 25.04.2008

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

En 2007, 255,7 millions de francs de subsides ont été versés dans le canton de Genève pour les réductions de primes⁸⁸, soit environ 3,4 millions de francs de moins qu'en 2003. Avec une contribution de 1916 francs par bénéficiaire, le canton de Genève se situe en dessus de la moyenne suisse pour l'année 2007 (1506 francs par bénéficiaire). C'était également le cas entre 2003 et 2006. Dans le canton de Genève, la population bénéficie donc plus fréquemment d'une réduction de prime par rapport à l'ensemble de la Suisse et les montants versés par personne sont nettement supérieurs à la moyenne suisse.

7.3 Résumé

Dans ce chapitre, les coûts de la santé de la population genevoise ont été examinés pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il a été constaté qu'entre 2003 et 2007, les coûts AOS de la population genevoise ont moins augmenté avec un taux de 3,9% qu'en moyenne suisse (4,5%). Ce sont les coûts des médicaments dans les cabinets médicaux avec 14,4%, les soins à domicile avec 12,7% et les soins ambulatoires ou semi-hospitaliers des hôpitaux avec 8,4% qui ont le plus fortement progressé. Malgré la faible croissance, les

coûts AOS du canton de Genève se situent en dessus de la moyenne suisse. Ainsi, 3737 francs par personne assurée ont été dépensés dans le canton de Genève en 2007, tandis qu'en moyenne suisse, 2860 francs ont été versés par l'AOS. Dans le canton de Genève, les assurés présentent des coûts supérieurs à la moyenne suisse dans toutes les catégories de fournisseurs de prestations à l'exception des EMS, où les coûts sont plus faibles que dans le reste de la Suisse.

Entre 2003 et 2007, le modèle d'assurance avec franchise à option a perdu de l'importance, mais reste très répandu dans le canton de Genève. Surtout la franchise de 500 francs est souvent choisie par les Genevois. Cependant, les modèles Managed Care gagnent en importance. Les primes d'assurance-maladie sont avec 4373 francs nettement plus élevées dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (3152 francs). Les bénéficiaires d'une réduction de prime représentent 32,5% de la population genevoise. Cette part est plus haute que dans l'ensemble de la Suisse (30,1%) et les montants versés par bénéficiaire sont nettement plus élevés.

⁸⁸ Réductions de primes effectivement versées aux ménages respectivement aux bénéficiaires durant l'année sous revue selon la LAMal, la Confédération et les cantons.

Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne

Activités (AFVQ en français, BADL, basic activities of daily living en anglais) telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc.

Activités instrumentales de la vie quotidienne

Activités (AIVQ en français, IADL, instrumental activities of daily living en anglais) telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur des années potentielles de vie perdues consiste à mesurer la mortalité précoce au sein de la population, c'est-à-dire le nombre d'années de vie «perdues» lorsqu'une personne meurt «prématurément» (dans ce rapport, les personnes décédées avant l'âge de 70 ans) d'une cause quelconque. Le résultat est donné pour 100'000 habitants et est calculé sur la base de la population standard européenne OMS.

Compétences en matière de santé

Capacité d'un individu à prendre, dans la vie quotidienne, des décisions ayant une incidence positive sur sa santé, que ce soit à la maison, sur le lieu de travail, dans ses rapports avec le système de santé ou dans la société en général. Les compétences en (matière de) santé renforcent la capacité d'autodétermination d'une personne, sa liberté d'action et de décision par rapport à la santé et sa faculté à trouver des informations sur ce sujet et à les comprendre et à assumer la responsabilité de sa propre santé.

Comportements en matière de santé

On entend ici les comportements déterminants pour la santé.

Contrôle préventif

Examen visant à détecter précocement une maladie.

Echantillon

Sous-ensemble de l'univers de référence sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

Facteur de risque

Caractéristique de la personne ou de son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

Indice de masse corporelle (IMC)

Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit: $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$.

Inégalité sociale

Conditions de vie favorables ou défavorables (p. ex. accès à une meilleure éducation, au système de santé) d'une personne en raison de sa position et de sa situation sociales.

Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

Obésité

Forte surcharge pondérale ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)

Prévalence à vie

Nombre de cas (p. ex. fumer du cannabis, souffrir de douleurs dorsales) qui surviennent dans une population donnée sans distinction des nouveaux et anciens cas.

Prévention

Ensemble des mesures visant à prévenir ou à détecter assez tôt des maladies, une invalidité ou une mort précoce. La prévention se subdivise en trois volets:

- La prévention primaire, qui consiste à éliminer un ou plusieurs facteurs de maladie ou d'accident, à accroître la résistance physique des personnes et à modifier les facteurs environnementaux;
- La prévention secondaire, qui regroupe toutes les mesures destinées à détecter une maladie avant l'apparition des symptômes;
- La prévention tertiaire, qui consiste à la prévention des suites des maladies diagnostiquées et à la prophylaxie des récurrences.

Promotion de la santé

Toutes les mesures prises dans la société favorisant la préservation et l'amélioration de la santé de la population

Représentativité

Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de base pour les principales variables considérées (p. ex. sexe, âge, formation).

Ressources

Potentiel d'un individu en termes de formation, de capacités, de savoir-faire, de connaissances et d'atouts personnels, mais aussi en termes de statut social et d'environnement de vie (soutien social par exemple). Les ressources ont un effet positif sur la santé.

Revenu d'équivalence du ménage

Revenu de chacun des membres d'un ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et de l'âge de ses membres.

Salutogenèse

Approche qui s'intéresse aux ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé.

Santé publique

Ensemble des dispositions (et des mesures) prises par la collectivité pour créer les conditions cadres nécessaires au niveau de la société, de l'environnement et de l'offre de prestations de santé permettant à la population de vivre en bonne santé. La santé publique couvre la promotion et la prévention de la santé ainsi que les soins et la réadaptation.

santésuisse

Association faîtière des assureurs maladie.

Screening

Examen visant à déceler une maladie à un stade précoce (procédure de prévention secondaire).

Sentiment de cohérence

Aussi appelé: sens de cohérence

Le sentiment de cohérence est un indicateur général qui exprime dans quelle mesure une personne a un fort sentiment de confiance, durable et vivant, grâce auquel elle peut 1) comprendre et accepter les exigences de la sphère privée et publique 2) recourir aux ressources

nécessaires pour répondre aux exigences qu'elle doit satisfaire et 3) considérer ces exigences comme des défis qui méritent l'investissement requis.

Sentiment de maîtrise

Impression subjective de pouvoir, dans une situation donnée, agir de manière autonome (sentiment de maîtrise interne) ou au contraire impression d'être déterminé par des influences extérieures (sentiment de maîtrise externe).

Significativité

Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon. Si un résultat est significatif à un niveau de signification de 5%, la probabilité est faible que ce résultat soit le fruit du hasard.

Soutien social

Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

Spitex

Aide et soins extrahospitaliers, soins de santé et soins infirmiers ambulatoires

Taux de morbidité

Incidence/prévalence d'une maladie ou d'un symptôme: nombre de personnes atteintes d'une maladie ou déclarant un symptôme rapporté dans une population à un moment précis.

Taux de mortalité

Nombre de décès rapporté dans une population à un moment précis.

Taux de natalité

Nombre de naissances en une année divisé par la population moyenne de la région la même année, multiplié par 1000.

Univers de référence

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence, mais seul un échantillon de données de celui-ci est collecté.

Index des figures et des tableaux

Figures

Fig. 1.1 Les principaux déterminants de la santé	11	Fig. 2.9 Personnes ayant des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007	28
Fig. 2.1 Santé subjective selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2007	20	Fig. 2.10 Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007	29
Fig. 2.2 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, 2007	21	Fig. 2.11 Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	32
Fig. 2.3 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007	22	Fig. 2.12 Personnes victimes d'un accident de sport et de jeu ou d'un autre accident selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	34
Fig. 2.4 Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	23	Fig. 2.13 Personnes de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	35
Fig. 2.5 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, ayant ou non un problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise de la vie et les sentiments de solitude, canton de Genève et Suisse, 2007	24	Fig. 2.14 Proportion de personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	36
Fig. 2.6 Troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007	25	Fig. 2.15 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007	38
Fig. 2.7 Troubles physiques selon le sexe et l'âge, canton de Genève, 2007	26	Fig. 2.16 Personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	39
Fig. 2.8 Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)	27	Fig. 2.17 Scores moyens d'après l'échelle du sentiment de cohérence, par dimension, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	40

Fig. 2.18	Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence, canton de Genève et Suisse, 2007	40	Fig. 3.5	Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la satisfaction à l'égard de son poids corporel selon le sexe, canton de Genève, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	57
Fig. 2.19	Personnes présentant des symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	41	Fig. 3.6	Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Genève, 2007	60
Fig. 2.20	Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007	42	Fig. 3.7	Evolution temporelle de l'activité physique, canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007	62
Fig. 2.21	Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007	43	Fig. 3.8	Lien entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Genève, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	62
Fig. 2.22	Personnes n'ayant pas ou manquant parfois d'une personne de confiance selon le sexe, la formation et différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, 2007	44	Fig. 3.9	Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe, canton de Genève et Suisse, 2007	65
Fig. 2.23	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, canton de Genève, 1986/87 à 2006/07	45	Fig. 3.10	Proportions de fumeurs selon l'âge, le sexe et la formation, Suisse, 2007	65
Fig. 2.24	Comparaison régionale des taux standardisés, données agrégées 2000-2006 (avec intervalle de confiance à 95%)	46	Fig. 3.11	Nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs par sexe, Suisse, 2002 et 2007	67
Fig. 2.25	Années potentielles de vie perdues selon le sexe, canton de Genève, données agrégées 2000/2006	49	Fig. 3.12	Fréquence de la consommation d'alcool en fonction du sexe, canton de Genève, 2007	69
Fig. 3.1	Etat de santé et comportements selon l'attention portée à la santé, Suisse, 2007	52	Fig. 3.13	Consommation de tabac en fonction du niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, Suisse, 2007	71
Fig. 3.2	Connaissances auto-évaluées en matière de santé, canton de Genève, 2007	54	Fig. 3.14	Consommation de médicaments en fonction des problèmes psychiques et du sexe, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	75
Fig. 3.3	Evolution temporelle de l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007 (personnes de 18 ans et plus)	57	Fig. 3.15	Consommation de somnifères en fonction de l'importance des problèmes d'insomnies et de l'âge, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	76
Fig. 3.4	Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	57	Fig. 4.1	Personnes concernées par des nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, 2007	80
			Fig. 4.2	Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, 2007	80

Fig. 4.3 Personnes subissant des nuisances au travail, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	82	Fig. 6.4 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, canton de Genève, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	116
Fig. 4.4 Lien entre le nombre de nuisance au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Genève, 2007 (personnes actives occupées)	86	Fig. 6.5 Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, en fonction du type de spécialisation, canton de Genève, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	116
Fig. 4.5 Satisfaction au travail, canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007 (personnes actives occupées)	87	Fig. 6.6 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon la formation, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	119
Fig. 4.6 Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007	89	Fig. 6.7 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète en fonction des troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	119
Fig. 4.7 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en fonction de la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	89	Fig. 6.8 Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	124
Fig. 5.1 Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse 2007	96	Fig. 6.9 Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant, cantons et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	124
Fig. 5.2 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	102	Fig. 6.10 Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2007	129
Fig. 5.3 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	103	Fig. 7.1 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)	134
Fig. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	111	Fig. 7.2 Prime moyenne par assuré selon la région de domicile, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)	137
Fig. 6.2 Intensité des consultations selon les troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	114		
Fig. 6.3 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe en fonction des troubles physiques, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	115	Tableaux	
		Tab. 1.1 Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)	13

Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidante du canton de Genève selon le sexe et la classe d'âge, 2007 (15 ans et plus)	14	Tab. 3.4 Fréquence de la consommation de viande, de poisson et de produits laitiers, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	59
Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés du canton de Genève en comparaison avec la Suisse entière	16	Tab. 3.5 Activité physique, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	63
Tab. 2.1 Santé subjective, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	21	Tab. 3.6 Evolution de la consommation de tabac, canton de Genève, 2002 et 2007 (en %)	64
Tab. 2.2 Personnes ayant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants en fonction de diverses caractéristiques, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	24	Tab. 3.7 Consommation de tabac, canton de Genève, 2007 (en %)	66
Tab. 2.3 Facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	31	Tab. 3.8 Exposition à la fumée passive (une heure et plus) en fonction du sexe, comparaison régionale, Suisse, 2007 (en %)	68
Tab. 2.4 Personnes victimes d'un accident ou d'une chute, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	33	Tab. 3.9 Proportions de la population active exposées à la fumée passive au travail, Suisse, 2007 (en %)	68
Tab. 2.5 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants, un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou un sentiment élevé de cohérence, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	37	Tab. 3.10 Groupes à risque concernant la consommation d'alcool, Suisse, 2007 (en %)	70
Tab. 2.6 Causes de mortalité les plus fréquentes selon l'âge et le sexe, canton de Genève, données agrégées 2000–2006	47	Tab. 3.11 Prévalence sur la vie de la consommation de cannabis et consommation actuelle auto-déclarée, Suisse, 2007 (15 à 34 ans en %)	72
Tab. 2.7 Nombre, part (en %) des cas de décès et indice standardisé de mortalité (SMR) selon la cause de décès et le sexe, canton de Genève, données agrégées 2000–2006	48	Tab. 3.12 Consommation de médicaments, canton de Genève et Suisse, 2007 (dans la semaine précédant l'enquête, en %,)	74
Tab. 3.1 Attention portée à la santé, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	53	Tab. 4.1 Nombre de nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	81
Tab. 3.2 Indice de masse corporelle (IMC) de la population, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %, personnes de 18 ans et plus)	56	Tab. 4.2 Nombre de nuisances au travail, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	83
Tab. 3.3 Attention portée à l'alimentation et respect de la recommandation «5 par jour», canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	59	Tab. 4.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	85
		Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Genève, 2007 (personnes actives occupées, en %)	86

Tab. 4.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, canton de Genève et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	90	Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	122
Tab. 5.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007	97	Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	123
Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	104	Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	126
Tab. 5.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	105	Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	127
Tab. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	110	Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	128
Tab. 6.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon l'intensité des consultations, canton de Genève et Suisse, 2007 (en %)	113	Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations, canton de Genève et Suisse, 2003-2007 (données extrapolées, en millions de CHF)	132
Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, canton de Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	118	Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et intra-muros selon le sexe, l'âge et la région, canton de Genève et Suisse, 2007 (en CHF)	133
Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	120	Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Genève et Suisse, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)	136
Tab. 6.5 Types d'examen de dépistage, Genève et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)	121	Tab. A2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population genevoise, canton de Genève, 2007	154
		Tab. A2.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population suisse, Suisse, 2007	154

Bibliographie

- Adamson, S.J. & J.D. Sellman (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail no 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger & W. Wicki (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000). Aspects psychosociaux de la santé. In: OFS (Ed.), *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- BAG (2005). *Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabis-monitorings*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon & K. Kroenke (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- Baumeister, H. & M. Harter (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. & T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bétrisey, C., M. Roth & H. Jaccard Ruedin (2006). *Démographie médicale. Rapport pour le canton de Fribourg*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bisig, B. & V. Beer (1996). Mortalité. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Eds), *La santé dans le Canton de Fribourg*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin & A. Domenighetti (2004). Operationen. In: B. Bisig & F. Gutzwiller (Eds), *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Uebersorgung? Band 2: Detailresultate* (p. 163–190). Zürich: Rüegger.
- bpa (2008). *Légère augmentation du nombre de victimes de la route en 2007*. Communiqué de presse du 19.02.2008. Berne: Bureau de prévention des accidents.
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Eds), *Social Change and the experience of unemployment* (p. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley & R.A. Thisted (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. & C. Meier (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry & T.W. Strine (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2(1): A14.

- Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dawson, D.A. & R. Room (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1–2): 1–21.
- Djordjevic, D. (2007). «Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft». In: Caritas (Eds), *Sozialmanach 2008: Bedrängte Solidarität* (p. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G., A. Casabianca & P. Luraschi (1989). *Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin*. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Domenighetti, G. & B. Bisig (1995). Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet*, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. & A. Casabianca (1997). Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *Bmj*, 314(7091): 1417.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler & H. Lloyd (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- Eichholzer, M. (2003a). *Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur*. Bern: Suisse Balance.
- Eichholzer, M. (2003b). *Poids corporel en Suisse: Revue de la littérature récente*. Bern: Suisse Balance.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan & F. Gutzwiller (2005). Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (p. 259–278). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman & K.D. Williams (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid & J. Angst (1992). The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolero & M. Bopp (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld & G.D. Smith (1998). An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. & M. de Borde (1990). *Histoire de l'alcool*. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. & R.M. Carney (2009). Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds), *Handbook of depression* (p. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony & B.O. Muthen (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters & J. Siegrist (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. & N. Solowij (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel & J.S. House (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.

- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. & J.A. Weiss (2009). Actifs de 50 ans et plus. In: K. Meyer (Eds), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 90–103). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. & S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 83.
- ISPA (2009). *Consommation de tabac*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- ISPM Zürich (Ed.) (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo & A. Busato (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer & S. Pellegrini (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson & M.W. Jaffe (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the american medical association*, 185: 914–919.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. & P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. & K. Engelhardt (2009). Le concept des déterminants de la santé. In: K. Meyer (Eds), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 17–29). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepert (2009). La vieillesse. In: K. Meyer (Eds), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 105–123). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kolip, P. & K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Ed.), *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. & G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.
- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry & R. Wolfe (2008). Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer & H. Stamm (2008). *Sport Suisse 2008. Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: OFSPO.

- Lamprecht, M. & H. Stamm (2002). *Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz*. Zürich: Seismo.
- Lawton, M.P. & E.M. Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3): 179–186.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselman, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. & M.A. Nystrom Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.
- Lynskey, M. & W. Hall (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005). Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews & C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. & A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern: Haupt.
- Marty, F. (2007). Médicaments. In: G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Système de santé suisse 2007–2009. Survol de la situation actuelle* (p. 261–273). Berne: Huber.
- Mausner-Dorsch, H. & W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société*, Bulletin d'information 402.
- Meyer, K. (Eds.). (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Berne: Hans Huber.
- Meyer, K., A. Simmet, H.P. Mattle, K. Nedeltchev et M. Arnold (2009). Maladies somatiques et leurs conséquences. In K. Meyer (Ed.). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Murray, C.J.L. & A.D. Lopez (Eds) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- National Center for Education Statistics (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: Department of Education.
- Niemann, N. & C. Maschke (2004). *WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity*. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger & M. Cavegn (2008). *Statistique 2008 du bpa: les accidents de travail en Suisse*. Bern: Bureau de prévention des accidents.
- Obsan (2005). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Observatoire valaisan de la santé & IUMSP (2004). *La Santé des Valaisans 2004. 3^{ème} rapport*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie.
- OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse 2006*. Paris: Editions OCDE.
- OECD (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OECD.
- OCDE (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 45*. Paris: OCDE.
- OFS (2006). Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002. *StatSanté*, 1.
- OFS (2007). Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002. *StatSanté*, 3.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). *Enquête suisse sur la santé 2007: conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

- OFS (2008c). *Note explicative sur les pondérations. Enquête Suisse sur la Santé 2007*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008d). *Statistique des causes de décès. Causes de mortalité en 2005 et 2006*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008e). *Tables de mortalité bisannuelles cantonales*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008f). *Statistique médicale des hôpitaux 2007 – Tableaux standard. Résultats provisoires*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008g). *Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Aide-mémoire concernant les données*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009a). *Forte augmentation des coûts de la santé. Communiqué de presse du 30.03.2009*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009b). *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Actualités OFS*.
- OFS (2010). *Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007a). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007b). *Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Office fédéral de la santé publique en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007c). *Recommandations pour une alimentation équilibrée*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008a). *Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008b). *Rapport d'approfondissement Genre et santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2006). *Document de base «Activité physique et santé»*. Macolin: Office fédéral du sport.
- OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique (2007). *Activité physique et santé. Recommandations de l'Office fédéral du sport OFSPO, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et du Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch) de l'année 2002*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Olsson, M., J. Gassne & K. Hansson (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- OMS (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé no 2*. New York: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève: OMS, Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives.
- Paccaud, F. & D. Faeh (2005). Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse*. Bern: Office fédéral de la santé publique.
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang & S.M. Consoli (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.
- Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Eds), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik (p. 34–38)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel & C.T. Sempos (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.

- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier & J.S. Ahluwalia (2004). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. & J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. & P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring / La santé psychique en Suisse – Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitorage* (Document de travail no 24). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Segovia, J., R.F. Bartlett & A.C. Edwards (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- Société Suisse de Nutrition (2006). «A table! Le dépliant se base sur la pyramide alimentaire de la SSN et ses différents étages, qui expliquent simplement et clairement nos besoins journaliers». Berne: Société Suisse de Nutrition.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2005). Structural and cultural factors influencing physical activity in Switzerland *Journal of Public Health*, 13(4): 203–211.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 219–231). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2010). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast & R.G. Westendorp (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. & Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 471–491). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009). *World drug report 2009*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale, S., F. Priez & C. Jeanrenaud (1998). *Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzungen für das Jahr 1995*. Neuchâtel: Universität Neuenburg.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanner, H.-U. (1993). Lärm. In: W. Weiss (Eds), *Gesundheit in der Schweiz* (p. 413–423). Zürich: Seismo.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Werblow, A., S. Felder and P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics* 8(6), 485–496.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO technical Report Series 916*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004a). *Wohnen und Gesundheit – ein Überblick. Hintergrunddokument*. Budapest: World Health Organization Europe.
- WHO (2004b). *The World Health Report 2004 – Changing History*. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: World Health Organization.

Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

Wittchen, H.U., N. Müller, B. Schmitzkunz, S. Winter und H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin* 118: 4-10.

Zweifel, P., S. Felder & M. Meiers (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health economics*, 8(6): 485–496.

Annexes

Annexe 1: Méthodologie de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

Description de l'échantillon

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS07) est la quatrième du genre, après l'ESS92/93, l'ESS97 et l'ESS02. Il s'agit d'une enquête par échantillonnage représentative de la population résidente (Suisses et étrangers établis) âgée d'au moins 15 ans vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique. Pour ce type d'enquête, la sélection des participants est particulièrement importante si l'on veut obtenir une image fidèle de la totalité de la population. Afin d'éviter les variations saisonnières, les interviews ont été réparties de manière égale sur toute l'année civile 2007.

La méthode d'échantillonnage utilisée repose sur un échantillon aléatoire stratifié. Dans un premier temps, les adresses initiales ont été réparties sur les sept grandes régions⁸⁹ afin de garantir qu'au minimum 1000 interviews soient réalisées dans chacune de ces régions. Les adresses attribuées à une grande région ont été réparties entre les strates (cantons, sauf pour Zurich et Berne qui sont partitionnés respectivement en 2 et 3 strates) faisant partie de la région en question, proportionnellement à leur nombre d'habitants. Dans chaque ménage sélectionné, une personne-cible a été tirée au sort de manière aléatoire (2^e stratification). Seule la personne cible ainsi désignée a finalement participé à l'enquête et ce n'est que par son intermédiaire ou par celui de son représentant (interview dite proxy, c'est-à-dire par procuration) que les informations ont été collectées.

Les cantons avaient la possibilité d'augmenter la taille de leur échantillon en finançant des interviews supplémentaires pour pouvoir effectuer au niveau de leur canton des analyses fiables. En plus du canton de Genève, 12 cantons ainsi que la ville de Zurich ont exploité cette possibilité et ont bénéficié d'un échantillon représentatif (OFS, 2008c).

⁸⁹ Les 7 grandes régions de Suisse sont les suivantes: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS, SO), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Tessin (TI).

Dans l'ensemble du pays, 18'760 personnes (femmes: 10'336, hommes: 8424) ont participé à l'enquête. Si l'on soustrait les 1860 adresses non valables (adresses commerciales, maisons de vacances, numéros de fax, etc.) de l'échantillon brut totalisant 30'179 ménages, on obtient un taux de réponse de 66%, ce qui est relativement élevé en comparaison internationale.

Parmi les personnes interrogées, 16'322 étaient de nationalité suisse et 2428 étaient des ressortissants étrangers résidant en Suisse. Les interviews ont été réalisées dans trois langues officielles exclusivement: 11'611 interviews en allemand, 5638 en français et 1511 en italien.

5825 personnes (21% des adresses valables) ont refusé de participer à une interview, 3730 personnes (13% des adresses valables) n'ont pas pu être contactées. Le refus a été formulé soit au moment de la prise de contact avec le ménage (a), soit après la question relative à la composition du ménage (b), soit par la personne ayant été sélectionnée dans le ménage (c). En raison de difficultés liées à la langue, 445 personnes (1,6%) n'ont pas pu être interviewées. Sans analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques des individus qui n'ont pas été en mesure de participer, il est difficile d'évaluer l'impact de leur absence sur la représentativité de l'échantillon. Ce constat pourrait toutefois indiquer que les groupes de population étrangère qui ne maîtrisent pas une des trois langues nationales utilisées seraient sous-représentés dans l'enquête, avec pour corollaire, une sous-estimation partielle de certains problèmes de santé de la population en général. Ces biais peuvent être partiellement corrigés en procédant après coup à une pondération des données (voir le paragraphe consacré à la méthode de pondération).

Relevé des données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter les données de l'Enquête suisse sur la santé (OFS, 2008a):

Interviews téléphoniques:

Des interviews téléphoniques assistées par ordinateur («Computer Assisted Telephone Interview» CATI) ont été menées auprès des personnes cible âgées de 15 ans et plus. Au total, 17'856 entretiens de ce type ont été réalisés.

Interviews proxy:

Si une personne était dans l'incapacité de répondre pour une raison ou une autre (séjour prolongé à l'étranger, problèmes de compréhension ou d'expression), c'est un tiers qui a été chargé de fournir les renseignements pour la personne cible (interview dite proxy, c'est-à-dire par procuration). Cette méthode a été employée pour 828 personnes (4,4% de toutes les interviews réalisées).

Entretiens personnels:

Les personnes de 74 ans et plus avaient la possibilité de demander à répondre dans le cadre d'un entretien personnel plutôt que dans celui d'une interview téléphonique. Sur les 2008 personnes interviewées âgées de 75 ans et plus, 75 ont souhaité un tel entretien personnel (0,4% de toutes les interviews réalisées).

Enquête écrite:

Les 17'931 personnes cibles qui ont été interrogées par téléphone ou personnellement ont ensuite reçu par la poste un questionnaire complémentaire écrit; 14'432 d'entre elles ont participé à cette enquête écrite, soit un taux de participation de 80,5%.

Les interviews portaient sur quelque 400 questions et duraient en moyenne 35 minutes. L'Office fédéral de la statistique a mandaté l'institut professionnel d'études de marché M.I.S Trend à Lausanne pour réaliser l'enquête.

Pondération des données

Après la sélection des participants, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête sont valables pour toute la Suisse ou pour le canton. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les biais liés au tirage de l'échantillon, tels qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. Pour ce faire, la composition de l'échantillon est comparée à la structure de la population résidente en Suisse âgée de 15 ans et plus (état fin 2006) vivant dans

des ménages privés. Cette opération consiste essentiellement à calculer en fonction de critères sociodémographiques un facteur de pondération pour chaque personne interrogée, à l'aide duquel chacune de ses réponses sera ensuite multipliée. On s'attend (sans pouvoir le confirmer), à ce que l'échantillon reflète l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée, même si la pondération ne prend en compte que certaines variables sociodémographiques.

Pour les interviews téléphoniques et personnelles, les critères suivants ont été inclus dans le calcul des facteurs de pondération: âge (huit groupes: 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus), sexe (masculin, féminin), nationalité (suisse, étrangère), état civil (marié/e, non marié/e) et strate de l'échantillon (cantons répartis en 16 groupes). Pour l'enquête écrite, il a été tenu compte en plus du niveau de formation, de l'état de santé subjectif et d'éventuels handicaps visuels (OFS, 2010). Si l'on a constaté par exemple que les femmes étrangères âgées de 70 ans et plus étaient sous-représentées dans l'échantillon téléphonique national par rapport à la population résidente suisse, cette différence a pu être corrigée en pondérant les données de sorte que l'on obtienne les mêmes proportions dans les deux populations (échantillon, population). Les données ainsi pondérées se réfèrent à la population résidente en Suisse âgée d'au moins 15 ans à fin 2006, soit 6'186'711 personnes (OFS, 2010).

Annexe 2: Caractéristiques de la population

Tab. A2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population genevoise, canton de Genève, 2007 (en %)

		Femmes					Hommes				
		15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	N	15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	N
Formation	Scolarité obligatoire	(25,0)	(21,6)	(25,1)	28,3	35 404	(46,3)	(20,0)	.	.	22 755
	Degré secondaire II	34,6	22,8	25,6	17,1	93 478	39,1	24,5	16,4	20,0	89 696
	Degré tertiaire	26,0	37,7	27,0	(9,3)	51 476	26,1	33,7	22,8	17,4	62 416
Nationalité	Suisses	27,5	24,7	27,1	20,7	114 362	28,8	27,2	22,7	21,3	101 549
	Etrangers	35,1	30,3	23,8	(10,7)	65 997	44,3	27,1	(15,7)	(12,9)	73 667
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	32,0	34,5	(15,7)	17,8	56 122	39,5	36,1	(13,8)	(10,7)	48 953
	De 3000 à 74499 CHF	27,5	23,4	29,8	19,2	51 294	(36,2)	32,1	(16,6)	(15,1)	42 807
	De 4500 à 5999 CHF	(28,0)	(22,2)	34,0	(15,8)	25 399	(22,6)	(17,1)	(23,7)	36,6	30 599
	6000 CHF et plus	(21,8)	(24,5)	35,2	(18,6)	26 016	32,4	24,0	26,0	(17,6)	44 933
Degré d'urbanisation	Ville	30,1	26,8	25,8	17,2	178 458	35,0	27,3	19,9	17,8	173 595
	Campagne	.	.	.	.	1 900	.	.	.	.	1 770

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29).

Tab. A2.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population suisse, Suisse, 2007 (en %)

		Femmes					Hommes				
		15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	N	15-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	N
Formation	Scolarité obligatoire	20,2	18,3	23,1	38,4	544 175	35,3	20,3	22,4	22,0	329 425
	Degré secondaire II	32,0	28,1	21,5	18,4	2 006 002	36,7	26,5	21,8	14,9	1 735 808
	Degré tertiaire	30,5	37,4	23,2	9,0	609 800	21,1	36,9	26,3	15,7	954 053
Nationalité	Suisses	26,8	26,8	23,7	22,7	2 567 432	29,8	27,5	24,6	18,1	2 344 727
	Etrangers	41,9	34,5	15,0	8,5	594 752	37,9	34,8	18,9	8,5	675 518
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	33,3	36,9	11,7	18,1	1 143 433	36,2	36,4	14,1	13,3	992 538
	De 3000 à 74499 CHF	24,3	25,5	27,6	22,6	908 855	25,7	27,5	27,7	19,1	790 279
	De 4500 à 5999 CHF	27,1	22,7	30,8	19,4	426 069	28,1	22,9	30,7	18,4	495 080
	6000 CHF et plus	25,8	27,9	32,3	14,0	414 746	26,8	28,4	29,6	15,2	603 744
Degré d'urbanisation	Ville	29,8	27,7	22,1	20,5	2 352 535	31,2	28,9	23,4	16,5	2 180 520
	Campagne	29,4	29,8	22,0	18,8	812 229	32,5	29,7	23,2	14,6	841 428

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Annexe 3: Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

EXTRAIT DU RAPPORT :

SUIVI DES ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH/SIDA DANS LE CANTON DE GENEVE EN 2008

*Thérèse Huissoud, Stéphanie Locicero, Cédric Gummy,
Giovanna Meystre-Agustoni, Hugues Balthasar,
Françoise Dubois-Arber*

Ce chapitre présente les données issues de l'ESS. Il est extrait du rapport «Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2008». Ce dernier document comporte des analyses détaillées de deux sources de données comportementales complémentaires: SHCS (Swiss HIV Cohort Study) et HSH (enquête gay survey). Le lecteur est encouragé à les consulter pour obtenir une vision plus complète de la situation dans le canton de Genève.

Etude financée par : Etat de Genève – Département de l'Economie et de la Santé, mandat du 7 juillet 2006.

Citation suggérée : Huissoud T, Locicero S, Gumy C, Meystre-Agustoni G, Balthasar H, Dubois-Arber F. Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2008. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009 (Raisons de santé, 152).

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation.

2.2.4 Comportements face au VIH/sida dans la population générale

Conclusions De manière générale, les personnes résidant dans le canton de Genève se différencient peu de celles domiciliées ailleurs en Suisse sous l'angle de leur activité sexuelle et de leurs comportements de protection.

Les différences apparaissant entre hommes et femmes au niveau de l'activité sexuelle sont généralement de même nature que celles observées ailleurs en Suisse. On notera toutefois que ce sont les Genevois de sexe masculin qui débudent le plus tôt leur vie sexuelle. La proportion des personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels ou avec de nouveaux partenaires stables durant les douze mois précédant l'enquête est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes. A Genève, une personne sur dix a eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois (nombre médian de partenaires plus élevé qu'ailleurs en Suisse).

Les Genevois ne se différencient pas non plus – ou se différencient peu – des autres résidents suisses en matière de protection. Celle-ci est globalement assez élevée. Les hommes se protègent mieux que les femmes lors de relations avec des partenaires occasionnels. C'est l'inverse qui se produit lors de nouvelles relations avec des partenaires stables : à Genève, les hommes sont moins nombreux à se protéger dans ce type de circonstances, constat que l'on ne retrouve toutefois pas en Suisse. Quelle que soit la situation, la protection lors de relations sexuelles tend à diminuer avec l'avancement en âge.

Les informations concernant les tests VIH volontaires (en dehors des tests réalisés lors de dons de sang) montrent que les personnes domiciliées à Genève sont sensiblement plus nombreuses à s'être déjà fait tester que celles résidant ailleurs en Suisse. Ce constat vaut aussi en ce qui concerne les tests effectués dans l'année précédant l'enquête. Les hommes genevois ont un nombre médian de tests plus élevé que celui observé dans les autres groupes.

En matière d'activité sexuelle et de comportements de protection, les jeunes adultes genevois (16 à 30 ans) ne se différencient généralement pas de leurs contemporains résidant ailleurs en Suisse. On observe toutefois qu'ils sont sensiblement plus nombreux à avoir déjà entretenu des relations sexuelles avec des partenaires de même genre et cela quel que soit leur sexe.

Le niveau de protection chez les jeunes Genevois est assez élevé. Quel que soit le type de partenaire, les jeunes hommes genevois se protègent moins bien que les jeunes femmes.

Enfin, les jeunes adultes genevois sont plus nombreux à s'être fait tester que leurs contemporains domiciliés ailleurs en Suisse, l'écart entre jeunes de sexe masculin étant particulièrement marqué pour les tests récents.

Contexte de l'étude

Les informations concernant les comportements sexuels faisant l'objet de ce chapitre ont été récoltées, en 2007, à l'occasion de la dernière vague de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Réalisée tous les cinq ans, cette étude comprenait pour la première fois un module consacré à la sexualité dont les items n'étaient toutefois proposés qu'aux personnes ayant atteint la majorité sexuelle (16 ans) et n'ayant pas dépassé 74 ans. Pour répondre à la demande des autorités du canton de Genève, le nombre des résidents genevois interrogés dans le cadre de l'ESS a été augmenté de manière à disposer d'un échantillon suffisamment important.

Après avoir décrit la population genevoise et l'avoir comparée à celle de la Suisse, ce chapitre présente les comportements sexuels des Genevois et ceux du reste de la population suisse. Les comportements sexuels sont présentés en recourant à une série d'indicateurs régulièrement utilisés dans le contexte de la surveillance de l'épidémie de VIH/sida. Ils s'attachent à l'activité sexuelle (âge au premier rapport, genre des partenaires, nombre de partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête), aux comportements sexuels (expérience du préservatif, nouveau partenaire stable et partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête, protection utilisée dans ces circonstances) ainsi qu'à la pratique du test de dépistage du VIH. Il se termine par une section où la comparaison ne porte que sur les segments les plus jeunes de ces populations (16 – 30 ans).

Description de la population

L'édition 2007 de l'ESS a permis de contacter 18 760 personnes dont 1 044 domiciliées dans le canton de Genève. Réservé aux personnes âgées de 16 à 74 ans, le module « sexualité » a été proposé à 15 891 personnes, dont 878 domiciliées sur le territoire genevois^a.

■ Sexe

Le Tableau 2-14 compare, sous l'angle de la distribution par sexe, l'échantillon ESS du canton de Genève à l'échantillon ESS constitué de l'ensemble des répondants domiciliés ailleurs en Suisse. Il permet de constater que cette distribution est très semblable au sein des deux collectifs et que ceux-ci présentent par ailleurs une identité presque parfaite par rapport aux populations dont ils sont issus.

Tableau 2-14 Distribution par sexe dans les échantillons de la population résidant dans le canton de Genève et en Suisse (à l'exclusion de Genève) ; comparaison avec leur population correspondante

	Canton Genève	Echantillon GE (n=878)	Suisse	Echantillon CH (n=15013)
Hommes	48.0	48.2	49.1	49.5
Femmes	52.0	51.8	50.9	50.5

Note : Les échantillons ESS (Genève et Suisse) sont comparés ici aux données de l'Office fédéral de la statistique.
Source : OFS <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.html>

■ Age

Le Tableau 2-15 décrit la répartition par classes d'âges des échantillons genevois et suisse et les compare à la distribution au sein des populations dont ils sont issus. Il permet de constater les analogies existant entre échantillons et populations sources.

L'âge moyen et l'âge médian s'élèvent respectivement à 43.1 et 42 ans dans l'échantillon du canton de Genève. Ces valeurs atteignent 43.5 et 43.1 ans pour les femmes ainsi que 42.7 et 42 ans pour les hommes. Ces âges sont très proches de ceux relevés dans l'échantillon du reste de la Suisse où l'âge moyen atteint 43.4 ans et l'âge médian 43 ans (respectivement 43.8 et 43 ans pour les femmes, 43.0 et 43 ans pour les hommes).

Tableau 2-15 Distribution par âge dans les échantillons de la population résidant dans le canton de Genève et en Suisse (à l'exclusion de Genève) ; comparaison avec leur population correspondante

	Canton Genève	Echantillon GE (n=878)	Suisse	Echantillon CH (n=15013)
16-30 ans	23.7	24.4	23.4	24.5

^a Il faut noter que la pondération fournie avec les données ESS a été calculée pour l'ensemble de la Suisse ce qui induit des variations d'effectif lors de l'utilisation des données pondérées pour le seul canton de Genève.

	Canton Genève	Echantillon GE (n=878)	Suisse	Echantillon CH (n=15013)
31-45 ans	27.9	32.1	28.5	31.1
46-64 ans	34.1	32.9	35.4	33.3
65-74 ans	14.2	10.5	12.6	11.1

Note : Les échantillons ESS (Genève et Suisse) sont comparés ici aux données de l'Office fédéral de la statistique.
Source : OFS <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.html>

■ Nationalité

Dans l'échantillon genevois, six personnes sur dix environ sont de nationalité suisse. Très proche de celle observée dans la population source, cette proportion est sensiblement moins élevée que celle établie pour l'échantillon formé des répondants du reste de la Suisse ainsi que pour leur population d'origine (Tableau 2-16).

Tableau 2-16 Distribution par nationalité dans les échantillons de la population résidant dans le canton de Genève et en Suisse (à l'exclusion de Genève) ; comparaison avec les populations correspondantes

Nationalité	Canton Genève	Echantillon GE (n=878)	Suisse	Echantillon CH (n=15013)
suisse	62.6	61.3	80.3	81.4
étrangère	37.4	39.7	19.7	18.6

Note : Les échantillons ESS (Genève et Suisse) sont comparés ici aux données de l'Office fédéral de la statistique. Source : OFS <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.html>

Une analyse détaillée de la population étrangère comprise dans l'échantillon genevois de l'ESS montre que la majorité des étrangers proviennent de pays européens à revenu élevé (Tableau 2-17) et qu'ils ne devraient pas se distinguer substantiellement des autochtones sous l'angle sociodémographique.

Tableau 2-17 Nationalités groupées (selon 'Classification of low-income countries 2007' de Unaiids) présentes dans l'échantillon genevois (n=878)

Nationalité	%
Suisse	61.3
Europe : pays à revenu élevé (hors liste UNAIDS)	29.4
Europe occidentale et centrale : pays à revenu moyen à bas	0.8
Europe orientale et Asie centrale	0.2
Afrique subsaharienne	1.3
Moyen Orient et Afrique du nord	1.2
Amérique latine	2.1
Caraïbes	1.0
Asie du sud et du sud-est	1.2
US, Canada	1.1
Japon	0.4

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

■ Niveau d'éducation

Un résident sur six dans l'échantillon genevois a un niveau de scolarité obligatoire et un sur trois environ bénéficie d'une formation supérieure. La comparaison avec les répondants de l'échantillon suisse fait apparaître une distribution plutôt similaire des différents niveaux (Tableau 2-18).

Tableau 2-18 Distribution de la population dans l'échantillon du canton de Genève par niveau d'éducation et comparaison avec l'échantillon de la population résidant en Suisse (à l'exclusion de Genève)

	Echantillon GE (n=878)	Echantillon CH (n=15013)
École obligatoire	15.7	12.9
Apprentissage, bac	48.5	58.9
Formations supérieures	35.8	28.1

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

Les informations présentées dans les Tableau 2-14, Tableau 2-15 et 2-16 indiquent que l'échantillon genevois et l'échantillon suisse interrogés dans le contexte de l'ESS 2007 sont représentatifs des populations dont ils sont issus. Il est dès lors légitime de parler simplement des « Genevois » ou de la « population genevoise » dans la suite du rapport. La même observation vaut pour l'échantillon suisse.

Activité sexuelle

Le Tableau 2-19 montre que 96.9% des Genevois de plus de quinze ans sont sexuellement actifs. Cette proportion est assez similaire à celle observée dans le reste de la population suisse. Il n'existe aucune différence entre hommes et femmes en ce qui concerne la proportion de personnes sexuellement actives.

Tableau 2-19 Proportion de personnes âgées de 16 ans et plus sexuellement actives selon le sexe ; comparaison avec le reste de la population en Suisse

	Genève (n=878)	Suisse (n=15013)
Ensemble	96.9	94.0
Hommes	96.6	94.3
Femmes	97.3	93.7

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.
Réponses manquantes exclues (1.5% pour Genève et 1.7% pour le reste de la Suisse).

■ Age au premier rapport sexuel

A Genève comme ailleurs en Suisse, l'âge médian au premier rapport sexuel s'établit à dix-huit ans. Les Genevois de sexe masculin ont débuté leur vie sexuelle une année plus tôt que les Genevoises, celles-ci s'inscrivant pour leur part dans la médiane établie pour le reste de la Suisse. On n'observe en revanche aucun écart entre les sexes à l'échelon de la population suisse.

■ *Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois*

Près de neuf Genevois sur dix âgés de seize à septante-quatre ans ont eu au moins un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête (personnes non actives sexuellement incluses). Cette proportion est pratiquement identique à celle observée dans le reste de la population en Suisse.

Quel que soit le domicile de la population considérée (et en prenant en compte les personnes n'ayant encore eu aucune activité sexuelle), la médiane du nombre de partenaires au cours des douze mois précédant l'enquête se situe à un. Par contre, le nombre moyen de partenaires est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (à Genève et dans le reste de la Suisse) ; il est plus élevé chez les hommes genevois que chez les hommes résidant ailleurs en Suisse (Tableau 2-20).

Tableau 2-20 Nombres médian et moyen de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, par sexe (personnes non sexuellement actives incluses). Comparaison avec la population du reste de la Suisse

	GE (n=832)	Suisse (n=14450)*	GE hommes (n=404)	GE femmes (n=427)	CH hommes (n=7160)	CH femmes (n=7290)*
Nombre médian	1	1	1	1	1	1
Nombre moyen	1.30	1.15	1.63	0.98	1.35	0.95
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	15	70	15	7	70	20

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

* Un outlier ayant déclaré 520 partenaires a été exclu du calcul.

■ *Expérience de rapports sexuels avec une personne de même sexe*

3.3% de la population genevoise ont entretenu au moins une fois dans leur vie un rapport sexuel avec un partenaire de même sexe. Cette proportion est pratiquement identique entre hommes et femmes. La comparaison avec le reste de la Suisse montre des valeurs très analogues (2.9% chez les hommes et 2.9% chez les femmes).

Bien que de manière non significative, la proportion des personnes ayant entretenu des rapports sexuels avec une personne de même sexe décroît avec l'âge. Elle atteint 5.9% parmi les 16-30 ans, 3.3% parmi les 31-45 ans, 2.6% parmi les 46-64 ans et 0% parmi les 65-74 ans.

■ *Utilisation du préservatif au cours de la vie et lors du dernier rapport*

Au moment de l'enquête, plus de huit Genevois sur dix avaient déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie. Cette proportion est analogue à celle observée dans l'ensemble de la Suisse. Que ce soit à l'échelon du canton de Genève ou à l'échelon du reste de la Suisse, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à en avoir déjà utilisé que les femmes.

La proportion de personnes ayant déjà utilisé un préservatif décroît au fur et à mesure que l'âge augmente. Elle est particulièrement élevée chez les plus jeunes des Genevois : 97.3% chez les 16 à 30 ans et 90.7% chez les 31 à 45 ans. Elle décroît ensuite sensiblement à 72.2% chez les personnes âgées de 46 à 64 ans et à 60.0% chez les 65 à 74 ans ($p < .001$) [Tableau 2-21]. La cassure relativement nette survenant à partir de 45 ans distingue les générations ayant débuté leur vie sexuelle avant l'apparition du VIH de celles l'ayant commencée après son identification et les campagnes de prévention qui ont suivi.

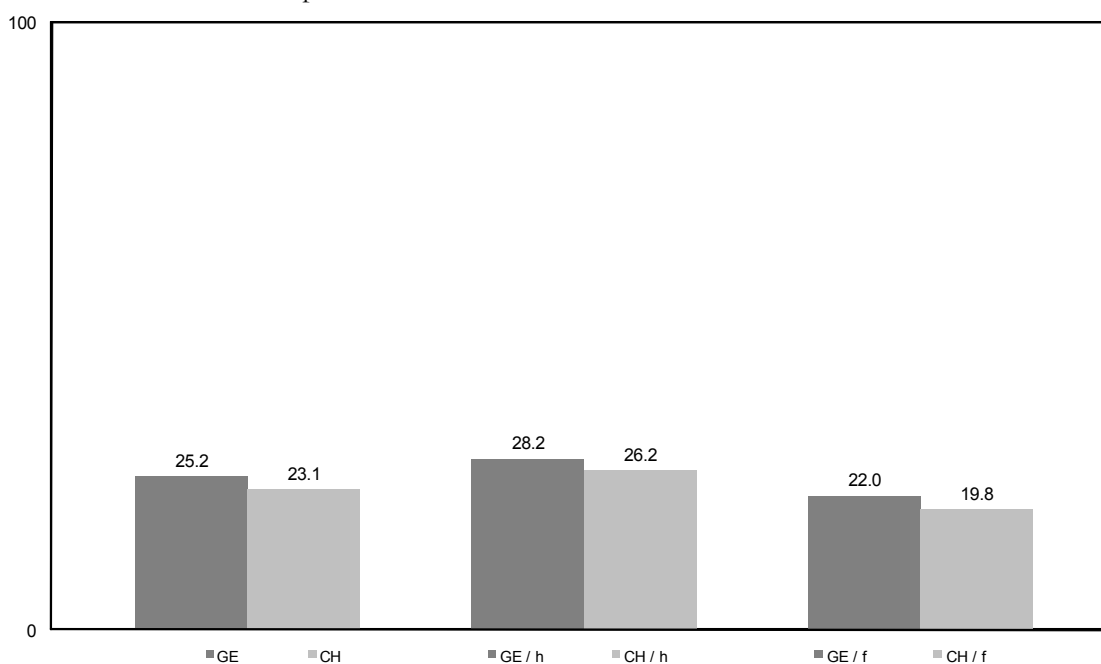
Tableau 2-21 Proportion de personnes ayant déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie, selon le sexe. Comparaison avec le reste de la Suisse

	Genève (n=878)	Suisse (n=15013)
Ensemble	82.9	82.9
Hommes	88.2	85.9
Femmes	78.0	79.8

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

Parmi les utilisateurs du préservatif, un quart des Genevois ont déclaré y avoir recouru à l'occasion de leur dernier rapport sexuel. Cette distribution est très proche de celle observée parmi les répondants provenant du reste de la Suisse. Bien que de manière statistiquement non significative, les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes à l'avoir utilisé à cette occasion (Figure 2-9).

Figure 2-9 Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, par sexe. Comparaison avec le reste de la Suisse



Note : sans les « je ne m'en souviens pas » (1% pour Genève et 0.5% pour le reste de la Suisse)

La proportion des personnes ayant utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport diminue avec l'âge : 42.3% chez les 16-30 ans, 25.4% chez les 31-45 ans, 13.2% chez les 46-64 ans et 8.5% chez les 65-74 ans ($p < .001$).

Comportements sexuels

■ Nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête

Dans le canton de Genève, une personne sur dix déclare avoir eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'être trouvés dans une telle situation (12.9% contre 7.1% ; $p < .01$). Ces valeurs sont proches de celles du reste de la Suisse (Tableau 2-22).

Dans la population genevoise, la protection par le préservatif – au moins au début de la relation – n'a pas

été la même parmi les hommes que parmi les femmes: 86.7% des femmes déclarent avoir utilisé ce moyen de protection contre 65.4% seulement des hommes ($p < .05$). On n'observe pas un écart de cette ampleur entre les sexes pour le reste de la Suisse (Tableau 2-22).

Tableau 2-22 Proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et utilisation du préservatif (au moins) au début de la relation, selon le sexe. Comparaison avec le reste de la Suisse

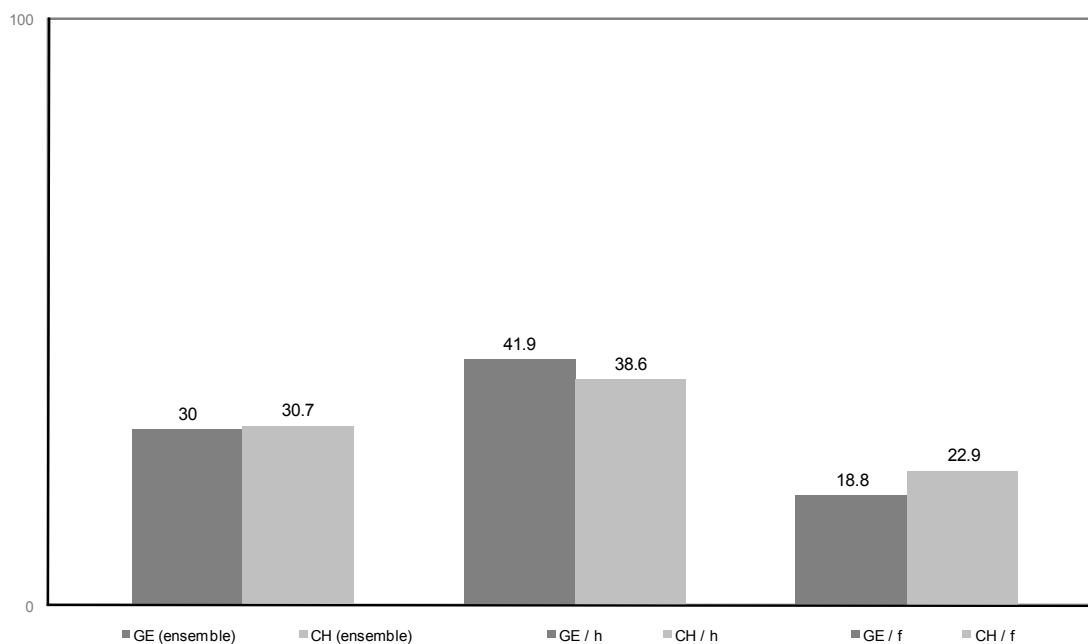
		Personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours de 12 mois précédant l'enquête		Utilisation du préservatif au moins au début de la relation
		n	%	% oui
Genève	ensemble	81	9.9	73.0
	hommes	51	12.9	65.4
	femmes	30	7.1	86.7
Suisse	ensemble	1006	7.4	74.7
	hommes	617	9.1	73.3
	femmes	389	5.7	77.0

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

■ *Partenaires occasionnels*

Trois Genevois sur dix (y inclus les personnes n'ayant encore eu aucune activité sexuelle) ont déjà eu des partenaires sexuels occasionnels. Les Genevois sont deux fois plus nombreux que les Genevoises à se trouver dans cette situation (41.9% contre 18.8% ; $p < .001$). Un constat analogue peut être posé pour le reste de la Suisse où trois personnes sur dix ont déjà eu des partenaires occasionnels. L'écart entre hommes et femmes y est toutefois un peu moins accusé qu'à Genève (38.6% pour les hommes et 22.9% pour les femmes)[Figure 2-10].

Figure 2-10 Proportion des personnes (non sexuellement actives incluses) ayant déjà eu des partenaires occasionnels au cours de la vie, par sexe (n=878). Comparaison avec le reste de la Suisse (n=15013)



Partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois et utilisation du préservatif

A Genève, une personne sur dix a entretenu des relations sexuelles avec au moins un partenaire occasionnel durant les douze mois précédant l'enquête. Ces relations ont concerné avant tout les hommes qui sont près de six fois plus nombreux que les femmes (16.9% contre 3.0% ; $p < .001$) à en avoir entretenues. Les grandes tendances sont analogues dans le reste de la Suisse. La proportion des personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels durant l'année précédant l'enquête y est très légèrement plus faible (8.0%) et l'écart entre hommes et femmes y est un peu plus réduit qu'à Genève.

Figure 2-11 Proportion de personnes (non sexuellement actives incluses) ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, par sexe (n=878). Comparaison avec le reste de la Suisse (n=15013)

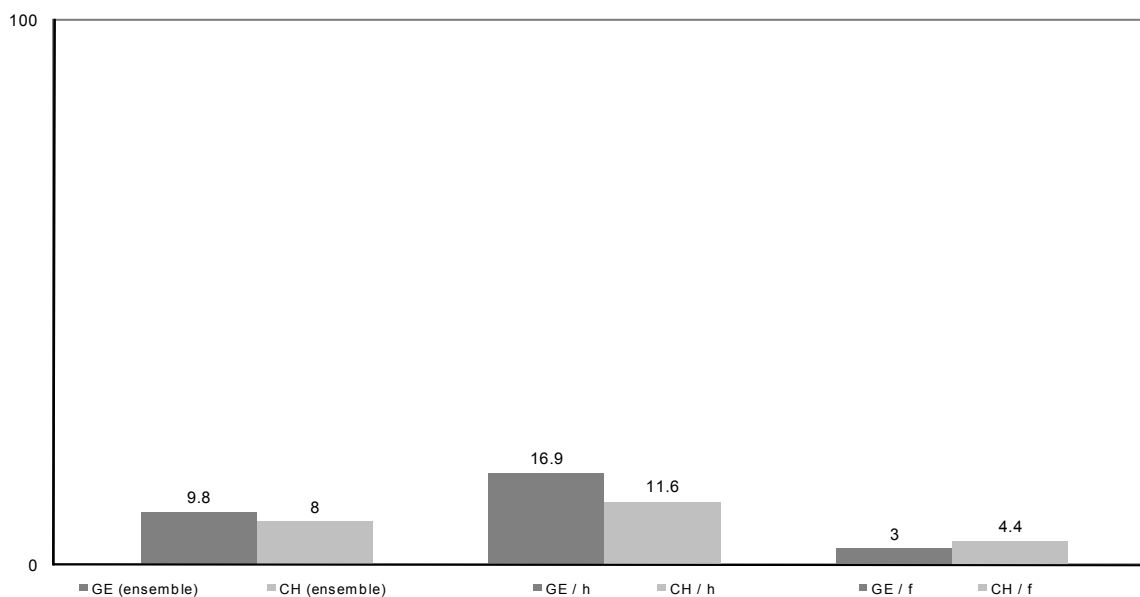


Tableau 2-23 Nombres médian et moyen de partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi les personnes qui en ont eu, selon le sexe. Comparaison avec le reste de la Suisse

	Genève	Suisse	Genève hommes	Genève femmes	Suisse hommes	Suisse femmes
	(n=83)	(n=1149)*	(n=70)	(n=13)	(n=830)	(n=319)*
Nombre médian	2	1	2	1	2	1
Nombre moyen	2.21	2.43	2.39	1.21	2.74	1.62

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

* Un outlier ayant déclaré 519 partenaires occasionnels a été exclu du calcul.

A Genève, la médiane du nombre des partenaires sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois atteint 2. Elle se fixe à 2 pour les hommes et à 1 pour les femmes. Cette médiane se situe à 1 pour le reste de la Suisse, les valeurs y étant par ailleurs semblables à celles établies pour Genève en ce qui concerne le groupe des hommes (médiane à 2) et celui des femmes (médiane à 1).

Une part importante des personnes ayant entretenu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête s'est systématiquement protégée : 77.1% à Genève et 72.6% dans le reste de la Suisse. Les hommes se protègent un peu plus systématiquement que les femmes à Genève et dans le reste de la Suisse (Figure 2-12)

Le recours au préservatif à l'occasion de relations occasionnelles tend à diminuer avec l'âge. Parmi les personnes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels durant les douze mois précédant l'enquête, 82.5% des 16-30 ans y ont recouru systématiquement tandis que c'était le cas de 79.2% des 31-45 ans, de 68.8% des 46-64 ans et de 66.7% des 65-74 ans ($p < .05$). On note en outre que la proportion des personnes ayant

eu des relations occasionnelles moins d'un an avant l'enquête diminue également avec l'âge ($p < .001$) [Tableau 2-24].

Figure 2-12 Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, par sexe. Comparaison avec le reste de la Suisse

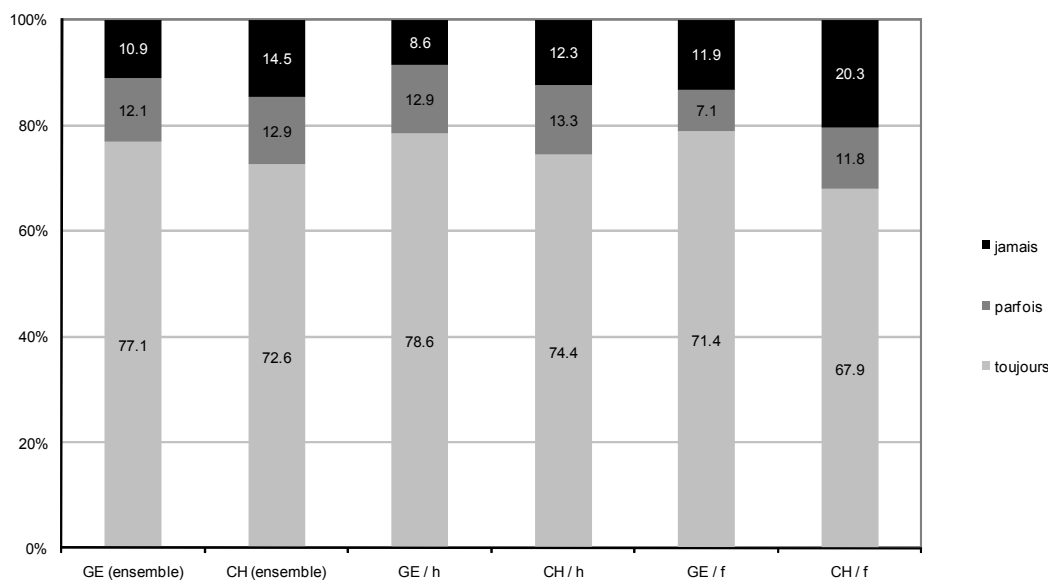


Tableau 2-24 Proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête et fréquence d'utilisation du préservatif avec eux, selon l'âge

Age	A eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête (%)	Utilisation du préservatif avec ces partenaires (%)		
		toujours	parfois	jamais
16-30 ans	18.8	82.5	12.5	5.0
31-45 ans	9.1	79.2	16.7	4.2
46-64 ans	5.7	68.8	0.0	31.3
65-74 ans	3.3	66.7	0.0	33.3

Test VIH

Compte non tenu des tests réalisés à l'occasion de dons de sang, plus de la moitié des Genevois (52.7%) se sont soumis, au moins une fois déjà, à un test VIH. Cette proportion est très sensiblement plus élevée que celle calculée pour le reste de la Suisse (33.8%).

Aucune différence significative n'apparaît entre la proportion des femmes et des hommes ayant déjà fait un test de dépistage (hors des dons de sang), tant à l'échelon genevois que dans le reste de la Suisse. La proportion de Genevois ayant fait un test de dépistage au cours des 12 mois précédant l'enquête est presque deux fois plus importante que celle des personnes domiciliées ailleurs en Suisse (Tableau 2-25).

Les hommes genevois se distinguent par ailleurs aussi des femmes genevoises et des hommes du reste de la population suisse par les nombres moyen et médian de tests déjà réalisés (médiane à 2 alors qu'elle se situe à 1 tant pour les deux collectifs pris dans leur ensemble que pour les autres sous-groupes) [Tableau 2-25].

Tableau 2-25 Pratique du test VIH. Comparaison avec le reste de la Suisse

		% personnes testées y compris don de sang	% personnes testées hors don de sang	% personnes testées au cours des 12 derniers mois hors don de sang	Nb médian tests hors don de sang	Nb moyen tests hors don de sang
GE	ensemble (n=878)	61.1	52.7	9.7	1	2.2
	hommes	65.5	54.5	12.4	2	2.6
	femmes	57.0	51.2	7.4	1	1.8
CH	ensemble (n=15013)	52.0	33.8	5.5	1	1.9
	hommes	57.5	32.8	5.5	1	2.1
	femmes	46.6	34.9	5.5	1	1.8

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

Jeunes adultes

La section qui suit s'attache à décrire la situation des jeunes Genevois sous l'angle de leurs comportements sexuels. La nécessité de disposer d'un collectif suffisamment nombreux pour présenter des résultats parlants a contraint à fixer à trente ans la limite supérieure de la catégorie « jeunes adultes ». Ce choix implique de faire figurer, dans le même groupe, des personnes encore en formation et à l'aube de leur vie sexuelle et des personnes déjà solidement insérées dans une trajectoire professionnelle, autonomes du point de vue psychosocial et économique et pouvant avoir derrière eux une grande variété d'expériences sexuelles.

■ *Activité sexuelle*

Dans le canton de Genève, neuf sur dix des 212 personnes catégorisées comme « jeunes adultes » sont sexuellement actives, la proportion des hommes et celle des femmes sexuellement actifs étant pratiquement identiques (89.2% des hommes et 90.7% des femmes). Les Genevois se distinguent – mais de manière non significative – des jeunes adultes domiciliés ailleurs en Suisse par un taux légèrement supérieur de personnes sexuellement actives (respectivement 83.2% et 81.0% pour les hommes et les femmes non genevois).

L'âge médian au premier rapport chez les jeunes adultes genevois se situe à 17 ans, quel que soit le sexe. Il en va de même pour les jeunes adultes ailleurs en Suisse.

Le Tableau 2-26 fournit des indications relatives à l'âge au premier rapport des jeunes Genevois (sexuellement actifs) en distinguant la situation des hommes de celle des femmes. Notamment établi dans le contexte de la réflexion sur la campagne de vaccination du HPV, le tableau montre qu'environ une fille sur dix a eu son premier rapport avant 15 ans et qu'une fille sur cinq avant 16 ans.

Tableau 2-26 Age au premier rapport chez les jeunes sexuellement actifs de 16 à 30 ans (%)

	hommes	femmes	total
avant 14 ans	4.0	1.1	2.7
14 ans	10.1	8.0	9.1
15 ans	18.2	11.4	15.0
16 ans	17.2	22.7	19.8
17 ans	21.2	19.3	20.3
18 ans	17.2	6.8	12.3
19 ans	3.0	8.0	5.3
20 ans	3.0	13.6	8.0
21 ans et plus	6.1	9.1	7.5

En tenant compte des personnes n'ayant encore eu aucune activité sexuelle, le nombre médian de partenaires sexuels – au cours des douze mois précédant l'enquête – des jeunes adultes genevois et du reste de la Suisse est identique, quel que soit le sexe.

Par rapport au reste de la Suisse, les jeunes adultes genevois se caractérisent par une proportion supérieure de personnes ayant eu des rapports avec des partenaires de même sexe^a : 5.1% des jeunes Genevois de sexe masculin contre 2.9% des jeunes hommes domiciliés ailleurs en Suisse et 6.8% des jeunes Genevoises contre 3.9% des jeunes femmes du reste de la Suisse avaient déjà eu des partenaires sexuels du même sexe au moment de l'enquête.

■ *Comportements sexuels et protection*

En matière de protection, presque tous les jeunes Genevois ont déjà utilisé des préservatifs (98.0% des hommes et 96.6% des femmes) soit pratiquement autant que les jeunes hommes et femmes résidant ailleurs en Suisse (respectivement 97.9% et 96.2%).

28.4% de l'ensemble des jeunes adultes genevois (inclus les sexuellement non actifs) ont eu un nouveau partenaire stable durant l'année précédant l'enquête, proportion un peu supérieure à celle relevée pour le reste de la Suisse (21.0%). Les jeunes hommes sont un peu plus nombreux que les jeunes femmes à avoir noué de nouvelles relations stables durant cette période, quelle que soit la population observée (Tableau 2-27).

Un peu plus d'un tiers (36.4%) de l'ensemble des jeunes adultes genevois ont déjà eu des relations avec des partenaires occasionnels (33.1% dans le reste de la Suisse). A Genève, comme ailleurs en Suisse, les jeunes hommes sont plus nombreux que les jeunes femmes à avoir déjà eu des partenaires occasionnels [respectivement 49.1% et 22.4% à Genève ($p < .001$) contre 40.0% et 25.9% dans le reste de la Suisse].

En se limitant aux douze derniers mois, on constate que 18.8% de l'ensemble des jeunes adultes genevois ont eu ce type de partenaires (17.7% dans le reste de la Suisse). La proportion des jeunes hommes ayant eu des partenaires occasionnels atteint 28.8% alors qu'elle est quatre fois moins importante chez les jeunes femmes. La tendance est analogue à l'échelon du reste de la Suisse (Tableau 2-27). Le nombre médian de partenaires occasionnels parmi les jeunes adultes genevois (et quel que soit le sexe) est plus élevé que celui parmi les jeunes adultes ailleurs en Suisse (2 et 1 respectivement).

^a Il faut toutefois relever l'effectif restreint de personnes dans ce cas.

Tableau 2-27 Exposition au VIH/sida et protection chez les jeunes adultes (non sexuellement actifs inclus) : différences hommes/femmes dans l'utilisation du préservatif selon le type de partenaire

	Sexe	Nouveau partenaire stable au cours des 12 derniers mois %	Utilisation du préservatif au début de la relation % oui	Partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois %	Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels	
					% toujours	% jamais
Genève (n=212)	h	31.3	67.7	28.8	81.3	6.3
	f	25.0	86.4	7.3	87.5	0.0
Suisse (n=3667)	h	25.1	78.5	25.4	80.3	5.3
	f	16.6	86.6	9.7	74.4	14.5

Note : Les données sont pondérées. Etant donné qu'on utilise des données cantonales avec une pondération réalisée sur la base nationale, on obtient parfois des effectifs différents.

En matière de protection, lorsque les relations sexuelles ont lieu avec un nouveau partenaire stable, son niveau est assez élevé : 76.3% à Genève et 81.5% sur l'ensemble de la Suisse. Il existe toutefois un écart, non significatif, entre jeunes hommes et jeunes femmes genevois : seulement 67.7% des hommes l'ont utilisé contre 86.4% des femmes. On observe une tendance inverse parmi les jeunes adultes ailleurs en Suisse (Tableau 2-27).

Le recours systématique au préservatif lors de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels durant les douze mois précédant l'enquête a concerné une proportion importante des jeunes adultes : 81.7% des jeunes genevois et 78.7% des jeunes résidant dans le reste de la Suisse. Les jeunes femmes genevoises sont légèrement plus nombreuses que les jeunes hommes à se protéger dans ce type de situations^a. Ici aussi on observe une tendance inverse parmi les jeunes dans le reste de la Suisse (Tableau 2-27).

Enfin, s'agissant de la protection lors du dernier rapport sexuel, 41.9% des jeunes adultes genevois ont utilisé un préservatif à cette occasion (43.7% dans le reste de la Suisse). Bien que statistiquement non significatif, les jeunes femmes genevoises sont moins nombreuses que leurs contemporains masculins à l'avoir utilisé : 35.7% contre 48.5%. On observe des proportions analogues pour le reste de la Suisse (respectivement 35.2% et 51.6% des jeunes femmes et jeunes hommes).

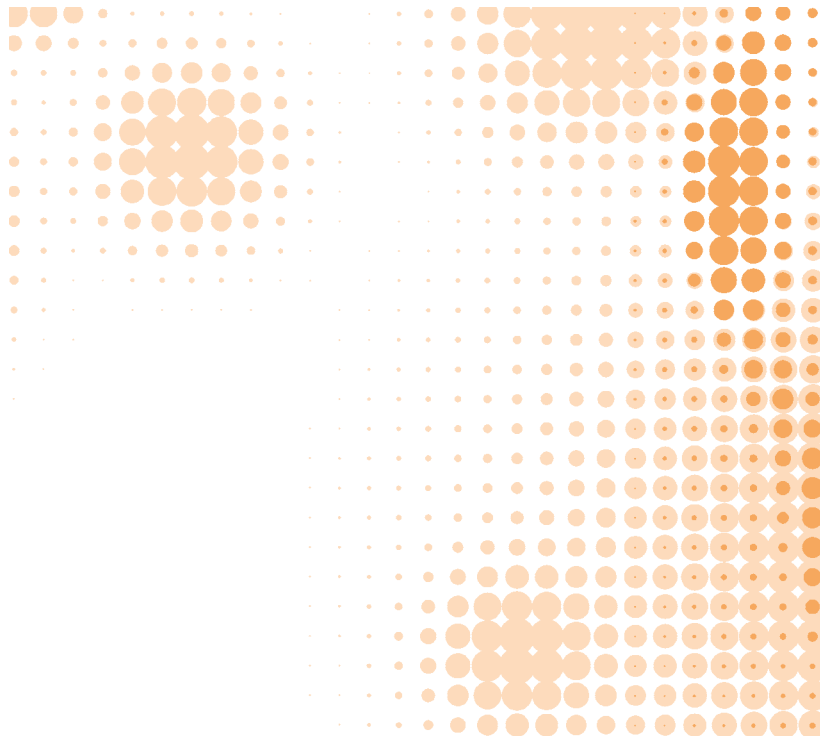
■ *Pratique du test VIH*

Compte non tenu des examens effectués à l'occasion de dons du sang, la moitié des jeunes adultes genevois s'étaient déjà soumis une fois au moins au test VIH au moment de l'enquête. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée chez les jeunes adultes domiciliés ailleurs en Suisse où elle n'atteint qu'un tiers. Les jeunes adultes genevois sont aussi plus nombreux que leurs contemporains suisses à avoir fait un test au cours des douze mois précédant l'enquête. C'est en particulier le cas des jeunes hommes qui sont deux fois plus nombreux qu'ailleurs en Suisse à l'avoir fait dans ce laps de temps. Tandis que les jeunes Genevois sont plus nombreux que les jeunes Genevoises à s'être déjà soumis au test du VIH, cette proportion est renversée lorsque l'on considère la population des jeunes à l'échelon de l'ensemble de la Suisse. On notera encore – de manière analogue à la situation prévalant pour l'ensemble des Genevois – que les jeunes hommes domiciliés dans ce canton ont été significativement plus souvent testés que les jeunes Genevoises et que les autres jeunes résidant ailleurs en Suisse (hommes ou femmes) (Tableau 2-28).

^a Il faut toutefois relever l'effectif restreint de personnes dans ce cas

Tableau 2-28 Pratique du test chez les jeunes adultes de 16 à 30 ans. Comparaison avec le reste de la Suisse

		% personnes testées y compris don de sang	% personnes testées hors don de sang	% personnes testées au cours des 12 derniers mois hors don de sang	Nb médian tests hors don de sang	Nb moyen tests hors don de sang
GE	ensemble (n=212)	56.5	51.8	16.1	1	2.1
	Hommes	59.5	55.0	19.1	2	2.5
	Femmes	53.0	48.5	11.5	1	1.5
CH	ensemble (n=3667)	41.8	32.9	10.0	1	1.7
	hommes	40.7	29.1	8.6	1	1.7
	Femmes	42.9	36.8	11.4	1	1.7



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.