



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

OBSAN RAPPORT 48

48

## **La santé en Suisse latine**

Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007

Mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS)

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](http://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)

### Mandant

Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS)

### Auteurs (par ordre alphabétique)

- Jean-Luc Heeb, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) (chap. 2: Santé psychique)
- Sophie Inglin, Addiction Info Suisse (Jeunes de 11 à 24 ans)
- Florence Moreau-Gruet, Obsan (Résumé, chap. 3: Alimentation, Obésité)
- Daniela Schuler, Obsan (chap. 2: Santé psychique)
- Sarah Vilpert, Obsan (chap. 4: Consommation de substances psychoactives)
- France Weaver, Obsan (chap. 3: Alimentation, Obésité)
- Dorith Zimmermann-Sloutskis, consultante (Résumé, chap. 1: Introduction, chap. 3: Activité physique, chap. 5: Synthèse)

### Review Board

- Jean-Luc Heeb, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)
- Philippe Lehmann, Haute Ecole vaudoise de la santé, Lausanne
- Dorith Zimmermann-Sloutskis, biostatisticienne et Erwin Zimmermann, sociologue
- Paul Camenzind, Monika Diebold, Florence Moreau-Gruet, France Weaver et Andrea Zumbrunn, Obsan

### Accompagnement des cantons

Groupement romand des services de santé publique (GRSP)  
par sa Commission de prévention et de promotion de la santé (CPPS)

Groupe de travail ad hoc:

- Claude-François Robert, Président de la CPPS
- Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Vaud
- Alexia Fournier Fall, Coordinatrice de la CPPS

Autres membres:

- Annick Rywalski, Service de la santé publique, Fribourg
- Antoine Casabianca, Uff. Promozione e valutazione sanitaria, Tessin
- Chloé Saas Vuilleumier, Fondation O2, Jura
- Elisabeth Debenay, Direction générale de la santé, Genève
- Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel

### Direction du projet

Florence Moreau-Gruet et France Weaver, Obsan

### Série et numéro

Obsan Rapport 48

### Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé (2011). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Obsan Rapport 48). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

### Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé  
Office fédéral de la statistique  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tél. 032 713 60 45  
E-mail: [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
Internet: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Langues du texte original

Français et allemand

### Traduction

Services linguistiques de l'OFS

### Révision

Claire-Lise Mottas, Lausanne

### Page de couverture

Roland Hirter, Berne

### Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

### Commande

Tél. 032 713 60 60  
Fax 032 713 60 61  
E-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

### Numéro de commande

874-1101

### Prix

24 francs (TVA excl.)

### Téléchargement du fichier PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Publications

### ISBN

978-3-907872-83-3

© Obsan 2011

# Table des matières

<b>Préface de la Présidente de la CLASS</b>	<b>3</b>	<b>2.4 Ressources</b>	<b>26</b>
<b>Résumé</b>	<b>4</b>	2.4.1 Sentiment de cohérence et sentiment de maîtrise de la vie	27
<b>1 Introduction</b>	<b>6</b>	2.4.2 Ressources psychiques et déterminants sociodémographiques	27
<b>1.1 Genèse et conduite du projet CLASS</b>	<b>7</b>	2.4.3 Ressources et troubles psychiques	29
<b>1.2 But du projet</b>	<b>7</b>	<b>2.5 Troubles psychiques</b>	<b>30</b>
<b>1.3 Données utilisées</b>	<b>8</b>	2.5.1 Problèmes psychiques, symptômes dépressifs et déterminants sociodémographiques	31
1.3.1 L'Enquête suisse sur la santé	8	2.5.2 Problèmes psychiques et santé subjective	34
1.3.2 L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	10	2.5.3 Problèmes psychiques et troubles physiques	34
1.3.3 Qualité des données	11	2.5.4 Troubles psychiques et traitement	36
<b>1.4 Méthodes et analyses</b>	<b>11</b>	<b>2.6 Groupes spécifiques</b>	<b>38</b>
1.4.1 Les variables décrivant les modules thématiques: santé psychique, alimentation – activité physique et dépendances	11	2.6.1 Jeunes de 11 à 24 ans	38
1.4.2 Les déterminants de la santé psychique et des comportements de santé	12	2.6.2 Personnes seules et âgées	43
1.4.3 Les analyses	14	2.6.3 Chômeurs et personnes craignant de perdre leur emploi	46
<b>1.5 Plan du rapport</b>	<b>15</b>	2.6.4 Personnes exerçant une activité professionnelle	48
<b>2 Santé psychique</b>	<b>16</b>	<b>3 Alimentation et activité physique</b>	<b>51</b>
<b>2.1 Résumé</b>	<b>16</b>	<b>3.1 Résumé</b>	<b>51</b>
<b>2.2 Contexte</b>	<b>18</b>	<b>3.2 Contexte</b>	<b>53</b>
2.2.1 La santé psychique en bref	18	3.2.1 Enjeux pour la santé de l'alimentation et de l'activité physique	53
2.2.2 Indicateurs et définitions	22	3.2.2 Structure du chapitre	56
2.2.3 Structure des analyses	24	<b>3.3 Alimentation</b>	<b>56</b>
<b>2.3 Comparaisons régionales et temporelles</b>	<b>24</b>	3.3.1 Recommandations officielles liées à l'alimentation	56
2.3.1 Comparaisons régionales	24	3.3.2 Indicateurs de la consommation de certains aliments et du respect/non-respect des recommandations officielles	57
2.3.2 Comparaisons temporelles	24	3.3.3 Niveau de consommation de cinq aliments, personnes de 25 ans et plus	58
		3.3.4 Tendances temporelles: consommation de viande (1992–2007)	64
		3.3.5 L'alimentation parmi les jeunes de 11 à 24 ans	65

<b>3.4</b>	<b>Activité physique</b>	67	<b>4.4</b>	<b>Consommation de cannabis en Suisse latine</b>	105
3.4.1	Recommandations officielles concernant l'activité physique	67	4.4.1	Introduction	105
3.4.2	Indicateurs de l'activité physique bénéfiques à la santé	68	4.4.2	Consommation de cannabis parmi les adultes âgés de 25 ans et plus	106
3.4.3	Niveau de respect des recommandations concernant l'activité physique bénéfique à la santé parmi les personnes de 25 ans et plus	68	4.4.3	Consommation de cannabis chez les jeunes âgés de 11 à 24 ans	109
3.4.4	Activités physiques spécifiques: «pratique sportive» et «mobilité douce» en Suisse latine parmi les adultes (25 ans et plus)	71	<b>4.5</b>	<b>Polyconsommation de substances psychoactives: alcool, tabac, cannabis</b>	110
3.4.5	Tendances temporelles de l'activité physique (2002 et 2007)	72	4.5.1	Polyconsommation de tabac et d'alcool parmi la population de Suisse latine âgée de 16 ans et plus	111
3.4.6	Non-respect de la recommandation liée à l'activité physique parmi les jeunes de 11 à 24 ans	72	4.5.2	Polyconsommation de tabac, d'alcool et de cannabis parmi la population de Suisse latine âgée de 16 à 34 ans	111
<b>3.5</b>	<b>Surpoids et obésité</b>	74	<b>5</b>	<b>Synthèse</b>	113
3.5.1	Définition de l'indice de masse corporelle	74	<b>5.1</b>	<b>Comportements de protection active et passive</b>	113
3.5.2	Indice de masse corporelle selon certains critères sociodémographiques parmi les personnes de 25 ans et plus	74	<b>5.2</b>	<b>Liens entre les facteurs de risque et les problèmes de santé</b>	115
3.5.3	Tendances temporelles: indice de masse corporelle (1992–2007)	77	5.2.1	Problèmes de santé et comportements de protection active et passive	115
3.5.4	Indice de masse corporelle et stratégies de contrôle du poids parmi les jeunes de 11 à 24 ans	79	5.2.2	Problèmes de santé et cumul des comportements à risque	115
<b>4</b>	<b>Consommation de substances psychoactives: alcool, tabac et cannabis</b>	81	<b>Index des figures et des tableaux</b>	<b>116</b>	
<b>4.1</b>	<b>Résumé</b>	81	<b>Bibliographie</b>	<b>122</b>	
<b>4.2</b>	<b>Consommation d'alcool en Suisse latine</b>	83	<b>Annexes</b>	<b>130</b>	
4.2.1	Introduction	83	<b>Annexes du chapitre 1</b>	<b>130</b>	
4.2.2	Consommation d'alcool parmi les adultes âgés de 25 ans et plus	85	<b>Annexes du chapitre 2</b>	<b>132</b>	
4.2.3	Consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 11 à 24 ans	92	<b>Annexes du chapitre 3</b>	<b>135</b>	
<b>4.3</b>	<b>Consommation de tabac en Suisse latine</b>	95	<b>Annexes du chapitre 4</b>	<b>140</b>	
4.3.1	Introduction	95	<b>Annexes du chapitre 5</b>	<b>147</b>	
4.3.2	Consommation de tabac parmi les adultes âgés de 25 ans et plus	96			
4.3.3	Consommation de tabac chez les jeunes de 11 à 24 ans	103			

# Préface de la Présidente de la CLASS

Une politique cohérente de santé publique doit s'appuyer sur des données fiables, révisées régulièrement pour permettre de suivre l'évolution de l'état de santé de la population. L'Enquête suisse sur la santé (ESS), menée chaque 5 ans auprès d'un échantillon représentatif de la population résidante, met clairement en évidence les tendances sanitaires du moment et les éléments sur lesquels il convient d'agir. Les données ainsi obtenues et l'analyse réalisée par l'Observatoire de la santé (OBSAN) sont très utiles pour fonder et orienter, au sein de la politique de santé, les stratégies de prévention et de promotion de la santé déployées par les cantons latins.

L'ESS a déjà été menée à quatre reprises soit en 1992/93, 1997, 2002 et 2007. Pour la seconde fois consécutive, la CLASS a souhaité disposer d'une analyse plus détaillée des données récoltées en 2007 et a mandaté l'OBSAN pour mettre en perspective les différents résultats obtenus en Suisse latine. Lors de l'ESS02, l'analyse avait essentiellement porté sur une comparaison intercantonale ainsi qu'une mise en perspective avec les données nationales et celles des cantons alémaniques. Celle-ci avait révélé une grande similarité des résultats entre les différents cantons latins. Ne souhaitant pas répéter exactement le même type d'étude qu'en 2002, la CLASS a préféré se focaliser cette fois-ci sur les trois thèmes prioritaires de la stratégie de prévention et de promotion de la santé en Suisse latine, soit: la santé psychique, l'alimentation et l'activité physique, ainsi que la consommation de substances psychoactives. Nous sommes persuadés qu'une collaboration intercantonale est très porteuse à ce niveau, dans la mesure où les tendances constatées dépassent l'échelle d'un seul canton et se vérifient pour deux régions, la Suisse romande et le Tessin. Cette collaboration instituée depuis plus d'une décennie favorise positivement le travail autour des priorités de santé publique, qui au final ne diffèrent pas fondamentalement d'un canton à l'autre.

Le recul de presque vingt ans dont nous disposons aujourd'hui au niveau des données met en évidence certaines améliorations de la santé de la population liées aux efforts réalisés dans les domaines de la prévention et

de la promotion de la santé. Ainsi, comme le révèlent les résultats de l'ESS07, le travail pour la promotion des comportements et des environnements favorables à la santé commence à porter ses fruits dans les domaines de la lutte contre le tabagisme et la sédentarité. Si le retour sur investissement en matière de prévention et promotion de la santé est souvent difficile à chiffrer précisément, quelques études récentes montrent l'efficacité des mesures mises en œuvre en Suisse. La santé étant une prérogative essentiellement cantonale, l'action des cantons en matière de promotion de la santé est fondamentale. Pour que des stratégies de prévention et de promotion de la santé puissent se développer avec succès, le soutien politique est indispensable. Des politiques publiques favorables à la santé (éducation, emploi, revenus, fiscalité, sociales) sont à mettre en place. Il convient aussi de considérer que la distribution de leurs impacts au sein de la population n'est pas uniforme et peut influencer, favorablement ou défavorablement, les inégalités en matière de santé. La question des inégalités en matière de santé occupe une place prépondérante en prévention et promotion de la santé. Plus une société est inégale, plus sa santé générale est mauvaise et ses problèmes sociaux importants.

Les données des différentes Enquêtes suisses sur la santé montrent aussi que les résultats de ces politiques, s'appuyant sur des stratégies de prévention et de promotion de la santé se font sentir à un horizon de 15 à 20 ans. Il est de ce fait indispensable de mener une action sur la durée.

Nous espérons vivement que ce rapport soit utile aux personnes œuvrant dans le domaine de la santé publique en Suisse latine. Qu'il puisse aussi favoriser une meilleure compréhension des problématiques actuelles et des défis futurs qu'il nous sera donné de relever dans le cadre d'une politique de santé cohérente.

Gisèle Ory  
Présidente de la CLASS

# Résumé

Florence Moreau-Gruet et Dorith Zimmermann-Sloutskis

## Situation de départ

La Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) a donné pour mandat à l'Observatoire suisse de la santé de fournir une base solide de connaissances sur trois thèmes prioritaires de prévention et de promotion de la santé dans les cantons latins: la *santé psychique*, *l'alimentation et l'activité physique* en lien avec le poids corporel sain et *la consommation de substances psychoactives* (tabac, alcool et cannabis) nocives à la santé. Ces connaissances permettent l'identification de groupes à risque. Les programmes cantonaux de prévention et de promotion de la santé seront donc mieux à même de les cibler par leurs actions.

Éléments-clés de la politique de la santé et de la planification sanitaire, les comportements et l'état de santé de la population peuvent être appréhendés à l'aide de données et d'indicateurs issus d'enquêtes de santé réalisées à grande échelle. En Suisse, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) qui compte quatre éditions réalisées en 1992/93, 1997, 2002 et 2007 remplit ce rôle. Les résultats statistiques de ce rapport proviennent de l'ESS conduite en 2007 et qui porte sur un échantillon de la population suisse comptant presque vingt mille personnes vivant dans des ménages privés, dont quelque 7000 personnes en Suisse latine. Les analyses sur les adolescents âgés de 11 à 15 ans proviennent de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

## Les résultats les plus importants

Depuis les années 1990, la *santé psychique* de la population suisse s'est constamment améliorée, mais la prévalence des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs reste élevée. En Suisse latine, environ un cinquième des personnes font état de problèmes psychiques<sup>1</sup> et de symptômes dépressifs. De manière générale, les

femmes souffrent davantage de troubles psychiques importants (problèmes psychiques et symptômes dépressifs) et disposent tendanciellement de moins bonnes ressources psychiques que les hommes.

La présence de ressources psychiques augmente fortement avec l'âge. Cette distribution inégale par rapport à l'âge semble expliquer une santé psychique généralement moins bonne chez les jeunes personnes que chez les personnes âgées. Environ un quart des adolescents et des jeunes adultes (11 à 24 ans) présentent des problèmes psychiques ou des symptômes dépressifs. L'état psychoaffectif des jeunes filles est moins bon que celui des jeunes gens.

Pour les symptômes dépressifs, l'âge joue un rôle propre. En effet, la part de personnes présentant des symptômes dépressifs croît avec l'âge, passant de 20% chez les 25 à 44 ans à 30% chez les 65 ans et plus.

Les efforts de promotion, entrepris depuis une décennie en faveur d'une meilleure prise de conscience de l'importance de *l'alimentation et de l'activité physique* pour la santé, ont certes contribué à une évolution positive. La consommation excessive de viande a plutôt tendance à diminuer depuis 1997. Par contre, la consommation de fruits et légumes reste largement en dessous des recommandations. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne pas respecter les recommandations liées à la consommation de fruits/légumes, de produits laitiers et de viande.

Le niveau de l'activité physique de la population résidente de Suisse latine s'est significativement amélioré depuis 2002 pour tous les groupes d'âge et les deux sexes. Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes est active physiquement, un écart qui se manifeste également chez les jeunes. En comparaison avec la Suisse alémanique, le niveau d'activité physique est nettement plus bas. Une importante proportion de la population en Suisse latine ne respecte pas les recommandations officielles en matière d'alimentation et d'activité physique. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes peu formées et/ou de nationalité étrangère.

<sup>1</sup> 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)».

La proportion des personnes en *surcharge pondérale* a augmenté d'environ 10% depuis 1992. La moitié des hommes et le tiers des femmes de la Suisse latine sont en surcharge pondérale. Une diminution accélérée de l'activité physique à la fin de l'adolescence et une augmentation de la surcharge pondérale constante au cours de la vie sont observées dans la population. Une alimentation non optimale ainsi que le manque d'activité physique des adolescents et jeunes adultes risque d'entraîner encore à l'avenir un accroissement plus important de la population en surcharge pondérale.

Globalement, les *consommations d'alcool et de tabac* ont baissé au cours des 10 ou 15 dernières années en Suisse latine. Concernant la consommation d'alcool, on observe une diminution de la part des personnes qui boivent de l'alcool quotidiennement et une augmentation de celles qui en boivent au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour.

Si une *consommation d'alcool* modérée ne pose pas de problème, une consommation d'alcool excessive provoque des dommages sociosanitaires importants. Chez les adultes âgés de 25 ans et plus, 6% des femmes et 8% des hommes sont concernés par une consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont particulièrement sujettes à ce type de consommation d'alcool. Une consommation d'alcool ponctuelle excessive est relevée chez 5% des femmes et 13% des hommes. Cette dernière est particulièrement fréquente chez les hommes âgés de 25 à 34 ans.

Chez les adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans, la consommation d'alcool à une fréquence au moins hebdomadaire a baissé de 33% en 2006 par rapport à 1986. Parmi les jeunes âgés de 16 à 24 ans, 3% déclarent boire de l'alcool quotidiennement et 47% en consomment chaque semaine (mais moins d'une fois par jour). Si l'ivresse reste un phénomène peu répandu parmi les adolescents âgés de 11 à 15 ans, elle est fréquente chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans parmi lesquels 19% des femmes et 30% des hommes ont déclaré avoir été ivres en moyenne au moins une fois par mois en 2007.

La lutte contre le tabagisme a porté ses fruits. Dans la population adulte de Suisse latine, la prévalence de *la consommation de tabac* a baissé entre 1992 et 2007 de 27% à 23% parmi les femmes et de 38% à 30% chez les hommes. Toutefois, la consommation de tabac reste un problème de santé publique. Près de 40% des jeunes hommes âgés de 16 à 24 ans et 36% des jeunes femmes sont fumeurs; ces proportions sont restées stables entre 1992 et 2007. Un tiers des adolescents âgés de 11 à 15 ans ont déjà fumé du tabac et 3,4% disent fumer quotidiennement.

La *consommation actuelle de cannabis* (au moment de l'enquête) dans la population adulte âgée de 25 à 59 ans est de 2% chez les femmes et de 5% chez les hommes en 2007 et n'a pas augmenté depuis 1997. Chez les adolescents âgés de 14 à 15 ans, la consommation de cannabis (prévalence à vie) s'élève à environ 20%. Cette prévalence a augmenté entre 1986 et 2002, puis a reculé entre 2002 et 2006. Chez les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans, la consommation actuelle de cannabis était de 5% chez les femmes et 14% chez les hommes en 2007, proportions restées stables depuis 1997.

## Conclusions

Des changements favorables durant les dernières 10 à 15 années ont pu être mis en évidence dans tous les domaines investigués. La santé psychique de la population s'est améliorée, la proportion de personnes physiquement actives a augmenté et le nombre de personnes qui consomment du tabac ou de l'alcool a baissé. Les efforts de promotion de la santé ont porté leurs fruits.

Malgré ces bons résultats, il faut toutefois mentionner certaines tendances moins favorables. Chez les adultes, la proportion de «preneurs de risque», qui ne portent pas une attention particulière à leur alimentation, n'ont pas une activité physique suffisante, et fument et/ou boivent de l'alcool avec excès est plus élevée en Suisse latine que dans l'ensemble de la Suisse. La part élevée d'adolescents qui ont des problèmes psychiques, qui ne se nourrissent pas correctement et qui n'ont pas une activité physique suffisante est inquiétante au regard de l'avenir. De plus, le tabagisme et la consommation d'alcool ponctuelle excessive (ivresses) sont des pratiques dans lesquelles les jeunes adultes (16 à 24 ans) sont particulièrement représentés.

D'autres groupes à risque sont encore identifiés dans ce rapport, dont il serait important de tenir compte à l'avenir.

# 1 Introduction

*Dorith Zimmermann-Sloutskis*

La santé de la population est à juste titre une préoccupation de plus en plus centrale des politiques nationales de nombreux pays en Europe et Outre-Atlantique («Health in all Policies»). En Suisse et jusqu'aux années 1990, la politique de la santé portait presque exclusivement sur le développement et le financement des prestations médicales. Aujourd'hui, en raison de l'attention croissante portée à la prévention et à la promotion de la santé dans l'optique d'une politique multisectorielle<sup>2</sup>, 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 (Wilkinson & Marmot, 2004). L'approche 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 la santé 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 communautaire ou promotion de la santé et de la prévention au niveau individuel (par ex. alimentation, activité physique, consommation de certaines substances) (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Élément-clé de la politique de la santé et de la planification sanitaire, la connaissance des comportements et de l'état de santé de la population fait appel aux données et indicateurs issus d'enquêtes de santé réalisées à grande échelle. En Suisse, par la diversité des thèmes traités et de la couverture nationale et régionale, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) constitue une source importante d'informations sanitaires. Elle aborde les domaines de la santé physique et psychique, des comportements en matière de santé et des conditions de vie, du recours aux services de soins, domaines qu'elle permet d'analyser à la lumière des principaux déterminants

de la santé tels que le sexe, l'âge, le statut socioéconomique et les conditions de vie. A ce jour et sur une période de 15 ans, l'ESS compte quatre éditions, réalisées en 1992/93, 1997, 2002 et 2007.

A la base de ce rapport se trouve l'enquête conduite en 2007, qui porte sur un échantillon de presque vingt mille personnes vivant dans un ménage privé en Suisse, dont quelque 7000 personnes en Suisse latine. En ce sens, elle fournit des informations distinctes des données collectées en milieu médical, permettant d'élargir les connaissances de l'état de santé de la population d'au moins trois manières. Premièrement, l'ESS aborde simultanément la maladie et la santé, car elle s'adresse aussi bien aux personnes qui ont fait appel au système sanitaire qu'à celles qui ne l'ont pas utilisé. Elle complète ainsi les différentes statistiques médicales, qui traitent des patients, en présentant un tableau général de l'état de santé, incluant à la fois des personnes en bonne et en mauvaise santé. Deuxièmement, l'ESS repose sur les déclarations faites par les personnes interrogées. Elle s'attache ainsi à connaître la santé telle que les personnes la perçoivent et non telle qu'elle serait définie au seul regard des catégories et diagnostics médicaux, propres aux professionnels de la santé. La prise en compte du point de vue de l'individu permet en particulier d'éclairer les pratiques et usages en matière de santé en dépassant un cadre strictement clinique. En effet, il a été démontré que la santé auto-reportée est hautement prédictive du risque futur de morbidité et de mortalité (Idler & Benyamini, 1997). Troisièmement, en raison de la richesse des données sociodémographiques contenues dans l'ESS, les indicateurs de santé peuvent être mis en relation avec des variables caractérisant les individus et leurs conditions de vie. De fait, elle constitue un instrument particulièrement adéquat pour mettre en évidence des facteurs associés à la santé et pour définir des groupes à risque.

<sup>2</sup> 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%; rapport de l'OCDE (2006)).



## 1.1 Genèse et conduite du projet CLASS

Le présent rapport résulte du mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), donné fin 2008 à l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Il s'inscrit dans la tradition des rapports de santé cantonaux rédigés sur la base d'analyses des données de l'Enquête suisse sur la santé, disponibles tous les cinq ans depuis 1992. Sur la base des données de l'ESS 2002, un rapport «La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002» couvrant tous les cantons de Suisse latine fut publié en 2006 (Obsan, 2006). Il avait comme objectif d'effectuer des comparaisons entre les différents cantons sur *l'état de santé, le recours aux services de santé, les comportements de santé et facteurs de risque, ainsi que les conditions de logement et de travail.*

Contrairement au rapport de 2006, la CLASS a souhaité une analyse basée sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS), réunissant l'ensemble des données disponibles des cantons de Suisse romande et du Tessin<sup>3</sup>. La décision d'utiliser les données agrégées de l'Enquête Suisse sur la santé 2007 (ESS) reposait également sur la constatation faite lors de l'analyse de l'ESS 2002 que les différences entre les cantons romands étaient peu marquées.

Le présent rapport élaboré pour la CLASS fait partie d'un ensemble de rapports cantonaux établis par l'Observatoire suisse de la santé sur la base de l'ESS 2007. Dans un souci de cohérence, certains indicateurs et aspects méthodologiques ont été repris de ces rapports cantonaux.

La CLASS souhaitait que soient étudiés trois thèmes prioritaires de santé publique: 1) Santé psychique, 2) Alimentation et activité physique, et 3) Consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis). Elle demandait en plus que ces trois thèmes soient traités pour trois groupes d'âge: les jeunes, la population d'âge moyen, les personnes âgées. L'ESS interrogeant des personnes de 15 ans et plus, il était nécessaire de recourir pour les plus jeunes à l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). L'élaboration du rapport a débuté en 2008 par la rédaction d'un «Concept pour la réalisation d'un rapport de santé pour les cantons latins». Dès son élaboration et tout au long de sa réalisation, l'Obsan a bénéficié du soutien et des critiques du groupe de travail ad hoc de la Commission de prévention et

promotion de la santé (CPPS)<sup>4</sup>. Le rôle de ce groupe de pilotage a été de veiller à la préparation d'un rapport tenant compte des exigences fixées par le CLASS, en particulier en ce qui concernait l'orientation et le contenu des analyses. Des réunions régulières ont été organisées pendant l'avancement des travaux. Enfin, plusieurs personnes d'un «reviewboard», composé d'experts de la prévention et de la politique de la santé, ont effectué une relecture critique du manuscrit. Leurs suggestions et propositions ont été largement intégrées dans le présent rapport.

## 1.2 But du projet

L'amélioration et la préservation de la santé de la population est le principal objectif de toute politique de santé. Au-delà des approches médicales préventives et curatives, les défis actuels nécessitent des mesures efficaces de prévention et de promotion de santé. Face à l'augmentation considérable de la prévalence de l'obésité, susceptible d'entraîner une forte augmentation des problèmes de santé chroniques et parallèlement des coûts de la sécurité sociale et de la santé (OCDE, 2009a; OMS, 2000b), des actions efficaces pour promouvoir au sein de la population une alimentation saine et une activité physique suffisante sont indispensables. En Suisse, comme dans les autres pays européens, les maladies physiques chroniques telles que le diabète sont dans une large mesure la conséquence d'une mauvaise alimentation, d'une activité physique insuffisante, du tabagisme et de la consommation d'alcool (OMS, 2008).

Par ailleurs, le constat de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001a), selon lequel il n'y a «pas de santé sans santé psychique» est aujourd'hui largement accepté. Les troubles psychiques font partie des maladies les plus fréquentes. Ils sont souvent handicapants dans la vie quotidienne et professionnelle et peuvent mener à l'invalidité, voire au suicide. En Suisse, près d'un habitant sur deux souffre, durant sa vie, de troubles psychiques nécessitant un traitement (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

<sup>3</sup> Les cantons du Valais et de Fribourg ont été pris dans leur totalité, intégrant ainsi également les parties germanophones.

<sup>4</sup> La Commission de prévention et promotion de la santé (CPPS) fait partie du Groupement romand des services de santé publique (GRSP), représentant les cantons de Fribourg, de Genève, du Jura, de Neuchâtel, du Tessin, du Valais et de Vaud.

Suite aux résultats consignés dans le rapport de santé précédent (Obsan, 2006), mais également en raison des priorités de prévention et de promotion de santé des cantons de Suisse latine (Lehmann, 2009), le projet vise à fournir une base solide de connaissances aux efforts en cours et à venir. Ainsi, les cantons latins ont décidé de focaliser leurs actions prioritairement sur la *santé psychique, l'alimentation et l'activité physique* en lien avec le poids corporel sain et la *consommation de substances psychoactives* nocives à la santé:

- La *santé psychique* n'est pas réductible à l'absence d'une maladie psychique, mais permet à chacun de nous de jouir d'un «bien-être» et d'affronter la vie de tous les jours avec confiance et satisfaction, d'aller au travail, et de participer pleinement à la vie relationnelle et sociale. Par des changements au niveau des perceptions et comportements, toute atteinte à la santé psychique peut avoir un impact négatif sur les activités quotidiennes, la productivité au travail et la vie relationnelle, pouvant alors entraîner une dépression avec comme issue la plus fatale, le suicide (Baer & Cahn, 2009). La Suisse a adopté, au sein du Dialogue de la Politique nationale suisse de la santé, qui est menée conjointement par la Confédération et les cantons, un cadre de référence pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à sauvegarder et à rétablir la santé psychique de la population suisse (Politique nationale suisse de la santé, 2005).
- Les comportements individuels au niveau de *l'alimentation et de l'activité physique* contribuent à améliorer ou à détériorer l'état de santé d'une population. Mieux connaître les comportements alimentaires et l'activité physique peut permettre de mettre sur pied des mesures incitatives de prévention et de promotion de la santé afin de réduire la morbidité et la mortalité dans les décennies à venir. L'OFSP est en train de coordonner les activités de monitoring autour de l'activité physique, de l'alimentation et du poids corporel en Suisse. Les premiers indicateurs sont déjà visibles sur leur site (MOSEB – Système de monitoring alimentation et activité physique). Depuis 1999, il existe en Suisse des recommandations officielles pour une activité physique ayant des effets positifs sur la santé qui ont été définies sur la base des connaissances et recommandations internationales (OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique, 2007b). De nombreux programmes de prévention sont basés sur ces recommandations et orientés sur des groupes cibles définis par la prévalence de la sédentarité (Lamprecht, Fischer & Stamm, 2008).

- Dans ce rapport, l'étude de la *consommation de substances psychoactives* est exclusivement centrée sur la consommation d'*alcool*, de *tabac* et de *cannabis*, ainsi que sur la consommation cumulée de ces substances<sup>5</sup>. La consommation chronique d'alcool favorise le développement de pathologies, telles les maladies du foie, les problèmes de santé mentale, certains cancers (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, foie) et les maladies cardio-vasculaires. Les dommages imputables à la consommation ponctuelle excessive d'alcool sont: les accidents de la route et du travail liés à l'alcool, les blessures ou décès non intentionnels inhérents à l'alcool, les suicides et les violences interpersonnelles (OMS, 2000a). Les méfaits du *tabagisme* sur la santé ne sont plus à démontrer (cancers du poumon, maladies cardio-vasculaires, etc.) (OFS, 2009). La consommation de *cannabis* tend à avoir un effet relaxant et euphorisant, mais simultanément à diminuer l'attention, la concentration et le temps de réaction. En consommation excessive, elle peut entraîner des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que la passivité et l'apathie.

Pour chacun de ces *trois modules thématiques* il s'agit de mettre en évidence les déterminants de la santé et des comportements y relatifs, ainsi que d'identifier les groupes de personnes cumulant simultanément plusieurs situations ou comportements défavorables pour la santé. Ces connaissances devraient permettre de mieux cibler les programmes cantonaux de prévention et de promotion de santé.

### 1.3 Données utilisées

Les analyses et résultats présentés dans ce rapport se basent principalement sur les données issues de l'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS) et de l'étude Health Behaviour in School-aged Children de 2006 (HBSC).

#### 1.3.1 L'Enquête suisse sur la santé

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) fait partie intégrante du programme statistique pluriannuel de la Confédération et se déroule tous les cinq ans depuis 1992 auprès d'un échantillon de 15'000 à 20'000 personnes. A ce jour, quatre collectes ont eu lieu en 1992/93 (1992 dans la suite du rapport), 1997, 2002 et 2007 (OFS, 2010a).

<sup>5</sup> Les effectifs de consommateurs de drogues dures trop faibles dans l'ESS ne permettent pas une analyse approfondie des déterminants de cette consommation.

### *Population résidante de base et constitution de l'échantillon*

L'univers de base de l'ESS est la population résidante permanente de la Suisse (Suisse et étrangers établis) âgée d'au moins 15 ans, vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique. Les personnes vivant en institution (hôpitaux, établissements médico-sociaux, prisons, couvents, casernes) ou celles dont le ménage privé n'a pas de raccordement téléphonique ne sont pas prises en compte. Cette exclusion est particulièrement sensible chez les personnes de plus de 65 ans dont la proportion vivant dans un ménage privé diminue considérablement, l'âge avançant, et cela principalement en raison de leur mauvais état de santé<sup>6</sup>.

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 régions 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<sup>e</sup> 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) que les informations ont été collectées.

Tous les cantons romands et le Tessin ont saisi l'opportunité offerte d'augmenter la taille de leur échantillon en finançant des interviews supplémentaires, afin de pouvoir effectuer au niveau de leur canton des analyses fiables.

### *Récolte des données*

Un courrier postal a été adressé à tous les ménages sélectionnés à la suite du tirage aléatoire de l'échantillon. La lettre aux ménages expliquant la raison d'être et la procédure de l'ESS était suivie d'un appel téléphonique quelques jours plus tard, pour saisir les caractéristiques du ménage et pour choisir au hasard la personne à interviewer. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter les données de l'Enquête suisse sur la santé (OFS, 2008b).

<sup>6</sup> Selon le recensement fédéral de 2000, environ 90% des personnes âgées entre 65 et 79 ans vivent dans des ménages privés par opposition aux ménages collectifs (homes et établissements médico-sociaux). L'âge avançant, cette proportion diminue à 76% pour les personnes âgées entre 85 et 89 ans, et à environ 60% pour les 90 ans et plus.

Menée par l'institut M.I.S Trend à Lausanne, la récolte des données a été faite, d'une part, par interview téléphonique et, d'autre part, par un questionnaire écrit (en allemand, français ou italien). Afin d'éviter les variations saisonnières, les interviews sont réparties de manière égale sur toute l'année civile (OFS, 2008a, 2008b, 2010a).

### *Participation à l'enquête*

En 2007 et dans la Suisse entière, 18'760 personnes (10'336 femmes et 8424 hommes) ont participé à l'enquête. Après soustraction des 1860 adresses non valables (adresses commerciales, maisons de vacances, numéros de fax, etc.), l'échantillon totalise à la base 30'179 ménages. Le taux de réponse net était de 66%<sup>7</sup>. Parmi les personnes interrogées, 16'322 étaient de nationalité suisse et 2438 étaient des ressortissants étrangers résidant en Suisse. Les interviews ont été réalisées dans les trois langues officielles exclusivement: 11'611 interviews en allemand, 5638 en français et 1511 en italien.

En 2007 et pour la *Suisse latine* (FR, TI, VD, VS, NE, GE, JU) 7180 personnes (femmes: 3971, hommes: 3209) ont participé à l'enquête téléphonique ce qui correspond à un taux de réponse de 64%, très légèrement inférieur à celui pour l'ensemble de la Suisse (annexe 1.1).<sup>8</sup>

Malgré un taux de participation relativement élevé en comparaison internationale, les personnes présentant des situations de vie précaires et les groupes de provenance étrangère ne maîtrisant pas une des langues nationales sont probablement sous-représentés dans l'enquête, avec pour corollaire, une sous-estimation partielle de certains problèmes de santé de la population en général. A défaut d'une analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques des individus qui n'ont pas participé, il est impossible d'évaluer l'impact sur la représentativité de l'échantillon. Néanmoins, ces biais peuvent être partiellement corrigés en procédant ultérieurement à une pondération des données.

<sup>7</sup> Parmi les 9555 non-participants (33%), 3730 personnes (13%) n'ont pas pu être contactées malgré de très nombreuses tentatives et 5825 personnes (21%) ont refusé d'être interviewées, dont 445 ou 1,6% en raison de difficultés linguistiques.

<sup>8</sup> L'enquête téléphonique a été complétée par une enquête postale écrite, adressée à tous ceux qui avaient répondu préalablement à l'enquête téléphonique. Le taux de réponse se situe à 76,7% pour l'ensemble de la Suisse et à 75,8% pour la seule Suisse latine. La majorité des questions analysées dans ce rapport provient des interviews téléphoniques.

### *Pondération des données*

Après la sélection des participants et la collecte de l'information, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête soient valables au niveau de la Suisse entière, de ses grandes régions et des cantons disposant d'un nombre suffisant de personnes interviewées. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les différences liées au tirage de l'échantillon, telles qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. La composition de l'échantillon est comparée avec la structure de la population résidente suisse de 15 ans et plus (état fin 2006), qui comprend les personnes 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 présume, sans pouvoir le vérifier, que la représentativité de l'échantillon s'étendra alors à toutes les caractéristiques étudiées.

Pour les données issues des interviews téléphoniques et de l'enquête écrite, les critères principaux 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, 2010a). Si l'on constatait 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 pouvait être corrigée grâce à la pondération pour obtenir la même proportion dans les deux cas. Les données ainsi pondérées se réfèrent à la population résidente de Suisse d'au moins 15 ans à fin 2006. La population résidente de la Suisse latine correspondante se chiffre à approximativement 1'850'000 personnes en 2007 (annexe 1.3).

### **1.3.2 L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**

Lancée en 1982 par quelques pays européens, l'étude transnationale et quadriennale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) a été conduite en 2006 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS-Europe) dans plus de quarante pays ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)).

L'étude vise une meilleure compréhension de la santé et du bien-être physique, émotionnel et social des élèves de 5<sup>ème</sup> à 9<sup>ème</sup> année. Elle s'intéresse aux comportements de santé et aux facteurs contextuels.

En Suisse, l'enquête HBSC est réalisée tous les quatre ans depuis 1986 par l'ISPA<sup>9</sup>. L'enquête la plus récente a eu lieu en 2006 ([www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch)). L'étude bénéficie du soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des cantons. L'échantillon national de l'enquête 2006, représentatif pour la Suisse, comporte 9791 élèves des classes de 5<sup>ème</sup> à 9<sup>ème</sup> année, âgés de 11 à 15 ans<sup>10</sup>, dont 3070 dans les cantons latins (2486 en Suisse romande et 584 au Tessin) (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009) (annexe 1.3).

A l'instar des précédentes enquêtes HBSC, celle réalisée en 2006 se base sur un questionnaire standardisé écrit composé de questions internationales, élaborées par un groupe d'experts issus des pays participants, et de questions nationales, ajoutées par l'ISPA afin de couvrir plus largement certains thèmes spécifiques. Pour des raisons éthiques et afin de laisser aux plus jeunes un temps suffisant pour compléter le questionnaire HBSC, certaines questions n'ont été posées qu'aux élèves de 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> année. Ainsi, les analyses relatives à l'usage de drogues illégales et aux comportements alimentaires problématiques ne concernent que les plus âgés (14 et 15 ans). La récolte des données a eu lieu de janvier à avril 2006. Le questionnaire a été rempli durant une heure de cours ordinaire (45 minutes) par les élèves, dont la participation était volontaire et les réponses strictement anonymes (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009).

Afin de permettre des analyses sur le plan cantonal, un suréchantillonnage a été effectué sur demande dans plusieurs cantons, dont les cantons de Fribourg, du Jura, du Valais et du Tessin. Dans les analyses d'ensemble concernant la Suisse latine, les données provenant de ces échantillons supplémentaires ne sont pas prises en compte<sup>11</sup>. Par contre, pour les analyses qui portent sur une comparaison entre la Suisse romande, la Suisse alémanique et le Tessin, il a été décidé de prendre en compte l'échantillon cantonal tessinois tout entier

<sup>9</sup> Début mai 2010, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) a changé de nom, pour se présenter sous une nouvelle identité: Addiction Info Suisse.

<sup>10</sup> Tous les échantillons de l'HBSC sont représentatifs des degrés scolaires compris entre la 5<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> année d'école sauf celui de l'étude de 1986 qui ne comprenait que les 5<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années (les 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années avaient été exclues car ne faisant pas partie du protocole international HBSC). Dès lors les comparaisons temporelles ne peuvent être réalisées que sur les jeunes de 11, 13 et 15 ans.

<sup>11</sup> La prise en compte des échantillons complémentaires aurait nécessité le calcul et l'utilisation d'une pondération spéciale au niveau de la seule Suisse latine.

(N=1136 élèves de 11 à 15 ans, dont 584 sont issus de l'échantillon national et 552 du suréchantillon cantonal), en particulier parce que le Tessin a déjà publié des résultats sur la base de cet échantillon (et non pas sur la base des données tessinoises issues du seul échantillon national). La plupart des analyses se basent cependant uniquement sur les données des sept cantons latins agrégées. Pour les analyses où la Suisse latine est considérée dans son ensemble, c'est en revanche l'échantillon de base du Tessin (sans le sur-échantillon cantonal) qui est utilisé. Afin d'éviter une surestimation des degrés de signification due à l'échantillonnage par grappes et conformément au protocole international de l'étude, un *design effect* de 1,2 est pris en compte pour le calcul des tests de signification (Delgrande Jordan & Annaheim, 2009).

### 1.3.3 Qualité des données

Les données de l'ESS et de l'enquête HBSC reposent sur les indications que les personnes interrogées ont elles-mêmes fournies en réponse aux questions posées et ne sont pas «validées» par des observations objectives externes (par exemple: détermination du poids corporel par une pesée sur balance, qualité et quantité des aliments effectivement consommés, tests de dépense énergétique en relation avec l'activité physique, tests de santé mentale). Quelle est alors la validité et la fiabilité des données ainsi obtenues? L'Institut de sondage qui a réalisé l'Enquête suisse sur la santé est choisi avec soin pour son expérience dans la réalisation de grandes études sociologiques. Les personnes qui réalisent les interviews sont formées spécifiquement pour cette enquête, elles reçoivent une documentation et des consignes précises. Des procédures de validation et de plausibilisation sont intégrées et automatisées au niveau du questionnaire CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La Section santé de l'OFS supervise régulièrement les intervieweurs, ainsi que tout le déroulement de l'enquête<sup>12</sup>.

Néanmoins, les réponses aux questions dites «objectives» sont faussées par le souci, même inconscient, des personnes interrogées de se présenter sous un bon jour face à elles-mêmes et autrui (désirabilité sociale). De nombreuses personnes tendent à surestimer leur taille physique et à sous-estimer leur poids (Faeh et al., 2008). Par conséquent, la prévalence des comportements socialement perçus comme peu désirables se trouve sous-estimée et celle des comportements favorables à la santé surestimée. Toutefois, ces biais n'empêchent pas de mettre

<sup>12</sup> Les personnes avec de graves difficultés dans la compréhension des questions pour des raisons linguistiques ou de capacités mentales constituent une très petite minorité de 2 à 3%.

en évidence les déterminants sociodémographiques en lien avec la charge pondérale et les comportements favorables à la santé.

Quant aux questions dites «subjectives» sur l'état de santé mentale ou sur la perception de pratiquer suffisamment d'activité physique, par exemple, les réponses ont une qualité «objective» par le fait même que c'est bien la perception du sujet qui est déterminante pour son propre bien-être et son agir.

## 1.4 Méthodes et analyses

### 1.4.1 Les variables décrivant les modules thématiques: santé psychique, alimentation – activité physique et dépendances

#### *Santé psychique*

Dans l'ESS, la santé psychique est opérationnalisée par deux indicateurs concernant d'une part les «problèmes psychiques» et, d'autre part, les «symptômes dépressifs». Corrélativement, la notion de «ressources psychiques» repose sur des mesures relatives au «sentiment de cohérence» et au «sentiment de maîtrise de la vie». Pour les jeunes âgés entre 11 et 15 ans, l'enquête HBSC mesure différents aspects de la perception de l'état psychoaffectif qui diffèrent des indicateurs provenant de l'ESS.

#### *Alimentation et activité physique*

Les données de l'ESS et de la HBSC portent sur la fréquence journalière de la consommation de cinq *types d'aliments*: les *boissons non alcoolisées*, les *fruits et légumes*, les *produits laitiers*, la *viande et le poisson*. Malgré les difficultés qu'éprouvent certains répondants d'indiquer avec précision la quantité et le nombre de jours de consommation des aliments, la constitution de catégories assez larges devrait néanmoins permettre d'évaluer si la recommandation officielle en matière d'alimentation est respectée ou non par le répondant.

Concernant la pratique de *l'activité physique*, les questions posées aux personnes interviewées portent sur *l'activité physique d'intensité modérée* – essoufflement avec accélération de la fréquence cardiaque – et celle *d'intensité plus élevée* – transpiration –. Sur la base de ces réponses, il est possible de définir un indicateur synthétique du niveau d'activité physique modérée et intensive correspondant aux standards et recommandations de l'«Observatoire Sport et Activité Physique Suisse» (OFSPPO, 2006).

### *Consommation de substances psychoactives*

Les substances psychoactives considérées sont l'alcool, le tabac et le cannabis. Il a été tenu compte des mesures de la fréquence et de l'intensité de la consommation de ces substances pour en évaluer l'usage nocif ou problématique pour la santé.

#### **1.4.2 Les déterminants de la santé psychique et des comportements de santé**

Les variables retenues comme déterminants sociaux de la santé psychique et des comportements de santé sont le sexe, l'âge, le niveau de formation, le revenu d'équivalence du ménage, la nationalité/statut migratoire, l'activité professionnelle, le type de ménage, la région linguistique et le degré d'urbanisation (annexe 1.2)

**Sexe:** Les hommes et les femmes diffèrent quant à l'espérance de vie et au niveau de leur état de santé. Tout en jouissant d'une espérance de vie plus longue, les femmes se déclarent plus fréquemment atteintes de maladies chroniques et de troubles psychiques. Les différences entre les sexes ne sont toutefois pas réductibles aux particularités biologiques, car elles résultent principalement des rôles sociaux sexués, avec des risques et ressources différents tout au long de l'existence (OFSP, 2008b). En outre, la pertinence de certains déterminants de la santé ou des comportements y relatifs est susceptible de varier selon le sexe.

**Age:** Au-delà des changements physiologiques et des problèmes de santé qui y sont associés, l'âge recouvre une forte signification sociale en termes de cycle et de parcours de vie (Burton-Jeangros, 2009). Avec l'âge, les problèmes de santé et les infirmités deviennent plus fréquents et conduisent assez souvent à une morbidité multiple. On observe cependant de grandes différences entre les individus âgés quant à la santé physique et psychique, à l'autonomie et au bien-être. Des relations sociales intactes, l'indépendance, des ressources financières suffisantes ainsi que le respect et la reconnaissance représentent des éléments particulièrement importants pour le maintien de la qualité de vie à un âge avancé (Heeb, 2008a,b; 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-Niepert, 2009). Les analyses ont été le plus souvent présentées pour des catégories d'âge très

larges, mais correspondant aux grandes étapes du cycle de vie des hommes et des femmes: 16–24 ans, 25–64 ans et 65 ans et plus.

**Niveau de formation et revenu du ménage:** La «position sociale» explique dans une large mesure les inégalités sociales face à la santé. Les personnes en bas de l'échelle sociale se trouvent dans des conditions défavorables pour la santé et tendent à adopter des comportements ayant des conséquences négatives pour la santé (Burton-Jeangros, 2009)<sup>13</sup>. Les personnes ayant achevé une formation supérieure ont généralement un comportement plus favorable à la santé et une espérance de vie plus longue que les personnes dont le niveau de formation est bas (Mielck, 2005). 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 a diminué de 47% à moins de 30% (Stamm & Lamprecht, 2009b).

Le *niveau de formation* est défini sur la base de la plus haute formation achevée au cours de l'existence avec certificat ou diplôme<sup>14</sup>:

<sup>13</sup> Le concept d'«inégalité en matière de santé» peut être défini comme le rapport entre le statut social d'une part, la morbidité et la mortalité d'autre part. En plus du niveau de formation, il englobe les différences selon le statut professionnel et le revenu. Pour ce rapport, la situation professionnelle n'est pas retenue comme indicateur de la «position sociale», car il ne peut être construit pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée (étudiants, femmes au foyer, retraités, ...).

<sup>14</sup> Cette information est obtenue par le questionnement sur les formations successives achevées après la scolarité obligatoire: «Quelle est l'école ou la formation que vous avez achevée en tout premier lieu, après votre scolarité obligatoire? («achevée» = avec obtention d'un certificat ou d'un diplôme); et puis «Après cette première formation achevée, avez-vous achevé une autre formation?», et ainsi de suite jusqu'à ce que la personne ne mentionne plus aucune autre formation certifiée.

*Ecole obligatoire:*

Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation post-obligatoire<sup>15</sup>.

*Degré secondaire II:*

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

*Niveau tertiaire:*

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

Le *revenu d'un ménage* est la somme des revenus perçus par les différents membres qui composent le ménage. Pour pouvoir comparer les revenus de ménages de taille et de compositions différentes, on se base sur le revenu pondéré, dit «d'équivalence». Le *revenu d'équivalence du ménage* est le revenu calculé d'après le nombre et l'âge des membres du ménage en utilisant les poids associés aux membres, définis par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>16</sup>. Le *revenu d'équivalence du ménage* est classé en quatre catégories: moins de 3000 francs par mois; de 3000 à 4499 francs par mois; de 4500 à 5999 francs par mois; 6000 francs et plus par mois.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Les poids définis par l'OCDE sont les suivants: a) première personne de 15 ans ou plus (poids = 1,0); b) autre personne de 15 ans ou plus (poids = 0,5); et c) enfant de moins de 15 ans (poids = 0,3). Ainsi, le revenu d'équivalence s'obtient en utilisant la formule suivante:

$$\text{Revenu d'équivalence du ménage} =$$

$$\frac{\text{Revenu total du ménage:}}{1 + (0,5 \times \text{nombre de personnes de 15 ans ou plus}) + (0,3 \times \text{nombre d'enfants})}$$

A titre d'exemple, comparons trois ménages qui disposent chacun de 7000 francs mensuels: a) un ménage d'un couple sans enfants; b) un ménage d'un couple avec un seul enfant, et c) un ménage composé d'une femme avec trois enfants de moins de 15 ans. Le revenu d'équivalence du premier ménage est de 4667 francs (pondération= 1,0 + 0,5 = 1,5), du deuxième de 3889 francs (pondération= 1,0 + 0,5 + 0,3 = 1,8), et du troisième est de 3684 francs (pondération= 1,0 + 0,3 + 0,3 + 0,3 = 1,9). C'est donc le ménage monoparental qui est le moins bien loti.

La *formation* et le *revenu* reflètent des aspects à la fois cumulatifs et complémentaires de la position sociale. La formation étant un atout très précieux sur le marché du travail, les personnes les mieux formées tendent également à disposer de revenus plus élevés. D'autre part, cette relation positive entre formation et revenu n'est de loin pas parfaite. Quoique bien formées, de nombreuses personnes en début de carrière ne disposent que d'un revenu modeste. Par ailleurs, des personnes peu formées, mais exerçant une activité indépendante de commerçant, peuvent jouir d'un revenu confortable. En Suisse, entre 700'000 et 900'000 personnes seraient touchées par la pauvreté définie par le manque de moyens financiers (Caritas, 2009), mais la grande majorité de la population dispose d'un revenu suffisant pour mener une vie décente au niveau du logement et de l'alimentation. Ainsi, dans les analyses multivariées des comportements de santé, l'effet du «revenu» s'efface souvent au profit de la «formation». Dès lors, on peut formuler l'hypothèse que les personnes bien formées sont mieux informées sur la santé et plus souvent capables d'adopter des comportements favorables à la santé («health literacy») (Kickbusch, 2006).

**Nationalité/statut migratoire:** La nationalité et le statut migratoire recouvrent des réalités fort complexes en relation avec l'état et les comportements de santé. Cependant, après la prise en compte de la position sociale et du stade dans le cycle de vie, la nationalité reste souvent un facteur significatif. Si les groupes constitués par les Italiens, les Allemands, les Autrichiens et les Français se démarquent très peu des Suisses, les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie et de Turquie jouissent d'un état de santé nettement moins favorable (OFSP, 2007a). Des différences selon la nationalité s'observent également au niveau des comportements reflétant dans une large mesure les habitudes de la culture d'origine, particulièrement parmi les étrangers encore peu intégrés. Par exemple, la consommation de tabac est très fréquente parmi les Turcs et la pratique d'une activité physique parmi les adultes d'âge mûr pendant les loisirs très peu répandue parmi les ressortissants du Sud de l'Europe et de l'ex-Yougoslavie (OFSP, 2007a).

La définition de la variable *nationalité* par trois catégories (Suisse d'origine, Suisse naturalisés et étrangers) tient à la fois compte de la nationalité suisse ou étrangère et de la naturalisation<sup>17</sup>. Pour des raisons d'effectifs insuffisants, des analyses plus détaillées en fonction des pays d'origine n'ont pas été possibles.

**L'activité professionnelle** se réfère à l'exercice d'une activité professionnelle d'au moins une heure par semaine contre rémunération et au taux d'occupation<sup>18</sup>. Sont ainsi distinguées a) les personnes actives à plein temps (100%, en général 40 heures par semaine ou plus), b) à temps partiel (< 100%), et c) les personnes inactives. Le taux d'activité professionnelle peut être considéré comme un indicateur de l'insertion économique et sociale dans le monde du travail, mais également comme un facteur de stress lié aux conditions de travail et aux conflits entre les exigences de l'activité professionnelle et la charge des obligations familiales.

**Le type de ménage** tient compte simultanément de la vie en couple et de la présence ou non d'enfants dans le ménage<sup>19</sup>. Les répondants sont classés dans une des cinq catégories suivantes: (1) Appartenant à un ménage à une personne, (2) Vivant en couple sans enfants, (3) Vivant en couple avec enfant(s), (4) Parent élevant seul un ou plusieurs enfants, et (5) Vivant dans une autre forme de ménage.

Enfin, les variables ayant trait aux grandes régions de Suisse et le degré d'urbanisation du lieu de résidence ne proviennent pas des interviews d'enquête, mais des classements opérés sur la base de l'adresse postale du ménage:

**Grandes régions de Suisse:** Les analyses de ce rapport se focalisent principalement sur les déterminants de la santé psychique et les comportements favorables et nuisibles à la santé dans les cantons latins de FR, TI, VD, VS, NE, GE et JU (voir annexe 1.1). Toutefois, des comparaisons sont systématiquement effectuées entre la Suisse romande et le Tessin. Au-delà des différences démographiques et socioéconomiques entre les trois régions linguistiques, il a été démontré que la dimension culturelle joue un rôle non négligeable pour les comportements de santé.

**Le degré d'urbanisation** est défini par la distinction entre région urbaine et rurale sur la base du recensement de la population 2000. La *région urbaine* inclut a) les *agglomérations*, c'est-à-dire les zones de peuplement rassemblant 20'000 habitants et plus, composées d'une ville-centre et d'autres communes, qui présentent dans leurs structures bâties, économiques et sociales un caractère urbain, et b) des *villes individuelles*, c'est-à-dire des communes dès 10'000 habitants et plus mais qui ne forment pas d'agglomération. La *région rurale* est constituée par toutes les communes qui ont moins de 10'000 habitants et qui ne font pas partie d'une agglomération.

### 1.4.3 Les analyses

Toutes les analyses portent sur les données de l'enquête HBSC de 2006 pour les jeunes entre 11 et 15 ans et de l'Enquête suisse sur la santé 2007 pour les personnes âgées de 16 ans et plus<sup>20</sup>. Les résultats présentés dans ce rapport reposent principalement sur des analyses descriptives bivariées et quelques analyses multivariées faisant recours à la technique statistique de la régression logistique. Toutes les analyses sont basées sur les données pondérées, mais les tests statistiques se réfèrent aux effectifs correspondant à l'échantillon et tiennent compte de la stratification de l'échantillon.

#### *Analyses descriptives*

Les analyses descriptives présentent, sous forme de tableaux et de graphiques, des proportions ou des moyennes pour les variables dépendantes des modules «santé» (variables à expliquer) en rapport avec leurs «déterminants» tel le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau de formation, etc. (variables explicatives ou indépendantes). Dans chaque tableau ou graphique, le nombre exact de personnes interrogées (nombre de cas) est indiqué pour chaque rubrique et ces indications se réfèrent toujours aux données de l'échantillon<sup>21</sup>. Lorsque le nombre de personnes interrogées se situe à moins de 30 cas, le pourcentage figure entre parenthèses. S'il tombe en dessous de 10 cas, un point remplace le pourcentage.

Les différences de distribution de fréquence de chaque variable entre la Suisse romande et l'ensemble de la Suisse (sans la Suisse romande), et entre les années

<sup>17</sup> Les deux questions correspondantes étaient: 1) «Quelle est votre nationalité?» et 2) Seulement pour les personnes de nationalité suisse ou de nationalité suisse et étrangère: «Êtes-vous Suisse de naissance ou avez-vous été naturalisé(e)?».

<sup>18</sup> Les deux questions posées étaient les suivantes: 1) «Travaillez-vous actuellement contre rémunération – même si ce n'est qu'une heure par semaine – que vous soyez employé(e), indépendant(e) ou apprenti(e)?», et 2) «A quel pourcentage d'un poste à plein temps votre emploi correspond-il?»

<sup>19</sup> La question posée était: «Comment pourriez-vous décrire le ménage dans lequel vous vivez?» (Les configurations de ménages sont proposées par l'intervieweur).

<sup>20</sup> Ce rapport n'inclut donc pas les enfants entre 0 et 10 ans.

<sup>21</sup> Dans les analyses, le nombre total varie principalement en fonction de l'ensemble sous considération (p.ex. Suisse entière ou Suisse latine; cantons romands et Tessin), mais aussi selon l'origine des réponses aux questions analysées selon qu'elles proviennent de l'interview téléphonique ou du questionnaire écrit. En plus, les questions du questionnaire écrit accusent un taux de réponses manquantes plus élevé que celles provenant des interviews téléphoniques, principalement en raison d'inattentions lors du remplissage.



2002 et 2007 ont fait l'objet d'un examen systématique. Cet examen a porté sur l'hypothèse des différences entre deux groupes indépendants. Le test centré-réduit de  $z$  a été utilisé pour les comparaisons régionales et temporelles, le test du chi carré pour les autres comparaisons et les différences entre les modalités de réponses reposent sur le non-chevauchement des intervalles de confiance. Dans le calcul de l'erreur standard et de l'intervalle de confiance, il a été tenu compte du plan d'échantillonnage à plusieurs niveaux.

### Régression logistique

La régression ordinaire permet d'analyser une variable dépendante quantitative en fonction d'une ou plusieurs variables explicatives. Dans la tradition de l'épidémiologie il s'agira souvent d'un *résultat dichotomique* (oui ou non) d'une série d'observations que l'on souhaite mettre en relation avec plusieurs variables explicatives (sexe, âge, niveau de formation, etc.) au moyen d'une régression dite logistique. Pour chacune des variables explicatives, on estimera alors le rapport de chance *univarié* brut (OR=«odds ratio» en anglais) ou *multivarié* ajusté (aOR=«adjusted odds ratio») qui tient compte de l'effet de toutes les variables explicatives simultanément (Hosmer & Lemeshow, 2000)<sup>22</sup>.

Ainsi, afin d'estimer l'effet spécifique de diverses variables sociodémographiques sur le risque d'une mauvaise santé (mentale) ou d'un comportement dommageable à la santé (tabagisme), des analyses logistiques *multivariées* sont conduites en incluant simultanément tous les déterminants disponibles et considérés comme étant pertinents. Ainsi, le risque d'inactivité physique est 40% plus élevé chez les femmes (aOR=1,4) par rapport aux hommes (aOR=1,0), et environ 2,2 fois plus élevé pour les personnes de nationalité étrangère (aOR=2,2) que pour les Suisses. L'intervalle de confiance (CI= «confidence interval» en anglais) désigne la marge d'erreur qui entoure l'estimation du rapport de chance au seuil de 5% ( $p \leq 0.05$ ).

## 1.5 Plan du rapport

Suite à cette introduction, le présent rapport comporte les trois principaux chapitres thématiques suivants:

- Santé psychique
- Alimentation – Activité physique
- Consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues)

Le rapport s'achève par une typologie basée à la fois sur l'adoption ou non d'un comportement de *protection active* (activité physique suffisante et alimentation équilibrée) et de *protection passive* (ni tabac ni consommation excessive d'alcool) (Lamprecht & Stamm, 1999b). Les quatre types de comportements (preneurs de risques, compensateurs de risques, protecteurs passifs et protecteurs actifs), mis en relation avec les caractéristiques sociodémographiques, donnent de précieuses indications sur les groupes cibles pour les mesures de prévention et de promotion de la santé.

<sup>22</sup> L'estimateur OR (odds ratio) dénote le rapport de chance d'une seule variable indépendante par rapport à une variable dichotomique dépendante; l'estimateur aOR (adjusted odds ratio) dénote le rapport de chance d'une variable indépendante (tout en contrôlant pour une ou plusieurs autres variables indépendantes) par rapport à une variable dichotomique dépendante.

## 2 Santé psychique

Daniela Schuler et Jean-Luc Heeb  
en collaboration avec Sophie Inglin

### 2.1 Résumé

#### *Santé psychique*

La *santé psychique* est plus que la simple absence de maladie. Le bien-être personnel, la satisfaction dans la vie et l'estime de soi en sont des aspects essentiels, de même que l'aptitude à nouer des relations sociales, à maîtriser le quotidien, à accomplir un travail et à participer à la vie sociale. La santé psychique est un processus dynamique complexe qui contribue au maintien de l'équilibre psychique de l'individu. Elle dépend de ressources intérieures et extérieures telles que l'aptitude à maîtriser les situations difficiles de la vie ou la possibilité de compter sur une personne de confiance. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les *troubles psychiques* occupent une place centrale quant à la charge de morbidité. Chaque année, 25 à 30% de la population sont concernés par de tels troubles, la moitié environ de la population étant atteinte au moins une fois au cours de sa vie. Les troubles psychiques conduisent souvent à des limitations dans la vie quotidienne et professionnelle. Les conséquences souvent lourdes des troubles psychiques touchent non seulement les personnes malades, mais également leurs proches et l'ensemble de la société.

Le présent chapitre donne une *vue d'ensemble des ressources et des troubles psychiques auto-évalués* dans la population de la Suisse latine. Sauf indication contraire, les analyses portent sur la population de 25 ans et plus. Elles ont pour objet à la fois les ressources psychiques au sens étroit

– sentiment de maîtrise de la vie et sentiment de cohérence – et les troubles psychiques – problèmes psychiques et symptômes dépressifs – selon différents facteurs sociodémographiques, régionaux et temporels. En outre les relations entre les troubles psychiques et les troubles physiques ainsi que le recours aux traitements seront également examinés. Enfin, la santé psychique de sous-groupes spécifiques de la population sera étudiée plus en détail. Il s'agit d'une part des jeunes de 11 à 24

ans et des personnes âgées de 65 ans et plus, d'autre part des personnes sans emploi ou craignant de perdre leur emploi et des personnes exerçant une activité professionnelle.

#### *Ressources et troubles psychiques*

La santé psychique varie selon les *régions linguistiques*. La population de Suisse romande et du Tessin fait état de problèmes psychiques plus marqués et de symptômes dépressifs plus fréquents que les Suisses alémaniques; elle évoque également des ressources psychiques moindres. Par ailleurs, les Tessinois semblent indiquer une santé psychique moins bonne (plus de troubles psychiques importants, moins de ressources) que les Suisses romands. De manière générale, les femmes mentionnent plus souvent des troubles psychiques importants (problèmes psychiques et symptômes dépressifs) et disposent tendanciellement de moins bonnes ressources que les hommes. Au Tessin, les personnes qui font état de symptômes dépressifs sont moins nombreuses en 2007 que cinq ans auparavant. Cette évolution ne s'observe pas en Suisse romande.

Les ressources psychiques varient fortement selon l'âge. La part de la population qui dispose de ressources élevées croît selon l'âge, tandis que celles des personnes qui disposent de faibles ressources ou qui évoquent des problèmes psychiques importants diminue. En revanche, les symptômes dépressifs, en particulier les symptômes légers, sont plus fréquents selon l'âge. Lorsque le niveau de *formation* et le *revenu* (revenu d'équivalence du ménage) sont élevés, les ressources individuelles s'accroissent d'une part, les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs diminuent d'autre part. Les personnes de nationalité suisse ou naturalisées ont plus fréquemment des ressources psychiques élevées; elles présentent également des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs moindres que les *étrangers*. Les personnes qui vivent sans partenaire (avec ou sans enfants) déclarent plus souvent des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs que les personnes qui vivent *en couple*.

### *Liens entre ressources et troubles psychiques*

Il existe un rapport étroit entre les *ressources individuelles* et les *troubles psychiques*. Chez les personnes qui disposent de faibles ressources, un peu plus de 60% disent n'avoir aucun ou que de faibles problèmes psychiques et aucun symptôme dépressif. Cette proportion est supérieure à 90% chez les personnes qui disposent de ressources psychiques importantes. Le même rapport s'observe également dans l'autre sens: les personnes qui n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques ont plus souvent des ressources élevées et moins souvent des ressources faibles que les personnes qui mentionnent des problèmes psychiques importants. Parmi les personnes qui déclarent des problèmes psychiques importants ou des symptômes dépressifs, plus de 40% souffrent de faiblesse et de fatigue, une part comprise entre 34 et 42% souffrent de troubles du sommeil et un peu plus de 30% de maux de dos. Parmi les personnes qui n'ont que peu ou pas de troubles psychiques, les proportions sont respectivement de 3%, de 5–6% et d'un peu moins de 8%. On relèvera également que les personnes qui ont des problèmes psychiques importants souffrent deux fois plus souvent de maladies chroniques et qu'elles portent sur leur santé une appréciation plus négative que les personnes qui n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques.

### *Traitement en cas de problèmes psychiques importants*

Parmi les personnes de 25 ans et plus atteintes de problèmes psychiques importants, un tiers (32%) ont reçu un traitement au cours des douze mois précédant l'enquête, et deux tiers – tendanciellement plutôt des hommes, des personnes âgées et des personnes de formation tertiaire – n'en ont suivi aucun. 28% des personnes traitées l'ont été par un psychiatre, 18% par un médecin généraliste et 16% par un psychologue ou un psychothérapeute. Les chiffres relatifs aux traitements médicaux pour dépression chez les personnes présentant des symptômes dépressifs sont du même ordre de grandeur: deux tiers des personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères ne se font pas soigner, soit 60% chez les femmes et 76% chez les hommes.

### *Jeunes de 11 à 24 ans*

Provenant des enquêtes HBSC pour les 11–15 ans et ESS pour les 16–24 ans, les résultats pour ces deux classes d'âge ne sont pas directement comparables. Les filles de 11 à 15 ans font état d'un état psychoaffectif moins bon

que les garçons du même groupe d'âge. Par ailleurs, la part des répondants jouissant d'un bon état psychoaffectif diminue au cours de ces quatre années de vie. La part des jeunes de 11 à 15 ans ayant un mauvais état psychoaffectif est plus élevée dans les familles monoparentales ou recomposées que chez les jeunes qui vivent avec leurs deux parents. Lorsque leur état psychoaffectif est mauvais, les jeunes de 11 à 15 se sentent plus fréquemment seuls et trouvent plus souvent difficile de se confier à leurs parents. De même, la fréquence de leurs contacts par SMS, par téléphone ou par Internet avec leurs amis est d'autant plus élevée que leur état psychoaffectif est mauvais. Dans les deux groupes d'âge considérés, on observe que les troubles psychiques et les troubles somatiques surviennent, comme dans la population adulte, de manière concomitante.

### *Population âgée et personnes vivant seules*

L'analyse des données relatives à la *population âgée* et aux *personnes vivant seules* montre que, par rapport à la population générale, les personnes qui vivent sans partenaire (avec ou sans enfants) se sentent plus souvent seules et souffrent plus souvent de l'absence d'une personne de confiance. Parmi les personnes de 65 ans et plus, on observe des différences nettes entre celles qui vivent seules et celles qui vivent avec un partenaire en ce qui concerne le sentiment de solitude et le sentiment de manquer d'une personne de confiance, mais pas en ce qui concerne la présence d'une personne de confiance. Pour ce qui est des ressources psychiques, on n'observe pas, chez les personnes de 65 ans et plus, de différence entre celles qui vivent seules et celles qui vivent avec un partenaire, mais la part des personnes qui n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques importants ou pas de symptômes dépressifs est nettement plus élevée parmi les personnes qui vivent avec un partenaire. Les personnes âgées vivant seules mais ayant une bonne insertion sociale (participation aux trois réseaux sociaux représentés par la famille, les amis et la vie associative) sont comparables, pour ce qui est de la fréquence des problèmes psychiques, avec celles qui ne vivent pas seules.

### *Santé psychique et travail*

Deux sous-groupes ont été considérés sur la base de critères en rapport avec le monde du travail: les *personnes sans emploi* et les *personnes qui craignent de perdre leur emploi*. On trouve parmi elles des proportions comparables de personnes disposant de faibles ressources

psychiques (un peu plus de 60%), de personnes ayant des problèmes psychiques importants (environ 40%) et de personnes présentant des symptômes dépressifs (un peu plus de 25%). Ces proportions sont nettement au-dessus de la moyenne de la population générale (resp. 37%, 22% et 22%). La crainte de perdre son emploi semble avoir un impact plus ou moins fort sur la santé psychique selon que l'individu dispose ou non de ressources psychiques élevées: 92% des personnes qui disposent de ressources élevées – qu'elles craignent ou non de perdre leur emploi – n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques. Si les ressources psychiques sont faibles, les personnes qui craignent de perdre leur emploi ont davantage de problèmes psychiques que celles qui ne craignent pas de perdre leur emploi.

Chez les *personnes qui exercent une activité professionnelle*, la santé psychique est en rapport étroit avec la satisfaction au travail: 84% des personnes qui sont très satisfaites de leur travail n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques. Cette proportion est de 55% chez les personnes insatisfaites de leur travail. Une différence analogue s'observe lorsqu'il y a cumul de mauvaises conditions de travail. Différents facteurs peuvent entraver le bon déroulement du travail et affecter la santé psychique. Le stress, les tensions et la nervosité sont le plus fréquemment cités, mais la santé psychique est également affectée par les discriminations et par le harcèlement au travail.

### Conclusion

La santé psychique interagit avec de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, socio-économiques et socioculturels. Elle ne peut donc être considérée indépendamment de ces facteurs. L'interaction de ces facteurs suggère plusieurs approches dans le domaine de la prévention et des traitements, qu'il s'agisse du renforcement des ressources psychiques des individus, de la promotion de l'intégration et de la participation à la vie sociale, de l'amélioration de la satisfaction au travail ou encore de la détection précoce des problèmes psychiques, particulièrement chez les jeunes, et d'un accès aisé aux soins. Les Alliances contre la dépression mises en place dans plusieurs cantons poursuivent par exemple de tels objectifs en s'efforçant de sensibiliser les acteurs-clés (médecins de famille, enseignants, prêtres, agents de police, etc.) et le grand public au problème de la dépression.

Plus spécifiquement, certains sous-groupes de la population ont une santé psychique moins bonne que la moyenne de la population, notamment les personnes âgées vivant seules, les personnes vivant seules avec des enfants ou les personnes sans emploi. Ces personnes pourraient constituer des groupes cibles appropriés pour des programmes cantonaux de promotion de la santé.

## 2.2 Contexte

### 2.2.1 La santé psychique en bref

#### *Pas de santé sans santé psychique*

La santé psychique concerne à la fois l'individu et la société dans son ensemble. Elle permet à l'individu de gérer son quotidien en étant satisfait et sûr de lui, d'exercer une activité lucrative, de participer à la vie sociale ainsi que d'établir et d'entretenir des relations sociales. Lorsque la santé psychique est atteinte, la perception et le comportement sont perturbés, les activités quotidiennes et professionnelles sont réduites. Parmi les conséquences, on peut citer la marginalisation sociale, parfois l'invalidité et, dans le pire des cas, le suicide. En 2002, dans les pays européens comparables à la Suisse, les troubles neuropsychiatriques ont été à l'origine d'un quart du total des pertes d'années de vie corrigées de l'incapacité (OMS, 2001a)<sup>23</sup>. Dans la catégorie des maladies non transmissibles, la majeure partie des pertes d'années de vie corrigées de l'incapacité sont imputables aux troubles neuropsychiatriques (30%; dépression unipolaire: 9%).

En plus de la personne directement concernée, toute maladie psychique implique des parents ou des proches qui, face à ce qui arrive, se sentent souvent dépassés et désemparés. En outre, les frais du système de santé et les coûts économiques consécutifs aux affections psychiques sont très élevés. Souvent pourtant, les troubles psychiques ne sont pas reconnus, mais minimisés ou sous-estimés. Les personnes concernées sont exposées à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui rend leur guérison et leur intégration sociale encore plus difficiles.

#### *Santé psychique et maladies mentales*

Santé psychique et maladies mentales sont des notions étroitement liées, mais la présence de l'une ne suppose pas simplement l'absence de l'autre.

<sup>23</sup> Mesuré en DALY (Disability Adjusted Life Years). Il faut entendre ici le total des années de vie perdues pour cause de décès prématuré ou d'incapacité consécutive à un problème de santé.

### *Santé psychique*

La santé psychique correspond à un état de bien-être: la personne est consciente de ses capacités, fait face à des situations normales de stress, est productive dans son travail, capable de réussir dans sa vie professionnelle et apte à fournir une contribution à la collectivité (OMS, 2001a, 2001b). La santé psychique est le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Elle ne se caractérise pas par un état stable, mais par un processus dynamique, à plusieurs niveaux, au cours duquel il s'agit de maintenir un équilibre psychique même lorsque ce dernier est menacé par des conflits, des souffrances ou des crises existentielles. Ce qui est décisif, ce sont les possibilités de pouvoir gérer de tels événements (Baer & Cahn, 2009).

### *Maladies mentales*

La distinction entre expériences douloureuses, singularités dans l'expression de la personnalité ou comportements étranges sans caractère pathologique et maladie mentale est souvent peu nette. Elle correspond dans une large mesure à une norme d'ordre culturel. Les maladies mentales sont cependant réelles. L'interaction défavorable de facteurs internes et externes est susceptible d'amorcer des processus pouvant mener à des handicaps importants sur le plan du vécu et du comportement, pour aboutir finalement à de graves souffrances, voire à l'invalidité (Baer & Cahn, 2009).

Les causes, la genèse et l'évolution des troubles mentaux sont extrêmement complexes. Certains systèmes de classification et de diagnostic, tels la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1994) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'*American Psychiatric Association* (Sass et al., 1998), proposent des définitions des troubles, des descriptions cliniques et des directives diagnostiques. Selon ces critères, les troubles psychiques ont un caractère pathologique lorsque, selon la situation biographique et l'environnement socioculturel de la personne concernée, ils présentent une certaine gravité, une certaine intensité, une certaine fréquence et une certaine durée, et qu'ils aboutissent à des souffrances personnelles ou à une incapacité fonctionnelle (Scharfetter, 2002).

### *Les maladies mentales sont fréquentes*

Environ la moitié de la population souffre au moins une fois dans sa vie d'une maladie psychique (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). La prévalence annuelle est de l'ordre de 25 à 30% et les nouveaux cas représentent, chaque année, 1 à 2% de la population. Les cas les plus fréquents sont les dépressions, les troubles anxieux et les syndromes de dépendance à une substance (addiction). Chez un tiers environ des personnes concernées, la maladie mentale se manifeste sous la forme d'une combinaison de troubles (par exemple anxiété et dépression) qui s'accompagnent par ailleurs souvent de troubles physiques (par exemples troubles anxieux et affections de l'appareil locomoteur). Ces comorbidités vont de pair avec un pronostic aggravé, un besoin accru de traitement et un degré élevé d'incapacité.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux se manifestent plus fréquemment chez les femmes, tandis que les hommes sont plus souvent victimes de dépendances. Dans l'ensemble, la fréquence des maladies mentales semble toutefois se répartir assez équitablement entre les deux sexes (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Si les troubles psychiques commencent généralement pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte et s'ils sont fréquents à l'âge moyen, les plus jeunes et les personnes âgées sont aussi fortement touchés. Chez les jeunes de 9 à 17 ans, la prévalence annuelle des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles comportementaux et des troubles dus à l'abus de substances est de l'ordre de 20%. Chez les personnes âgées, des études mettent en évidence des fréquences se situant, selon l'âge, entre 25 et 40%, les dépressions et la démence étant ici particulièrement fréquentes (Baer & Cahn, 2009).

Ces prévalences, tirées d'études épidémiologiques, se rapportent à des troubles psychiques à caractère pathologique qui justifieraient un traitement. Il s'agit, pour une part, de troubles relativement légers et passagers. La moitié des troubles – dont la majeure partie sont des affections comorbides – doivent être qualifiés de graves et nécessitent clairement un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique spécialisé (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Baer & Cahn, 2009).

Les informations sur les troubles psychiques dont il est question dans le présent chapitre sont basées sur des indications fournies par les intéressés eux-mêmes, principalement dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé. Aucun trouble psychique ne peut être diagnostiqué lors d'une telle enquête; on ne peut dès lors se prononcer ni

sur la nature des troubles ni sur la nécessité d'un traitement. Les réponses permettent toutefois de faire une estimation de l'état de santé psychique actuel des personnes interrogées et, le cas échéant, d'identifier des symptômes de troubles psychiques.

### *Conséquences des maladies mentales*

Les rentes d'invalidité (rentes AI) allouées en raison de problèmes de santé relevant de la psychiatrie se sont multipliées par cinq entre 1986 (20'000) et 2006 (100'000). En 2006, environ 40% des rentes AI ont été accordées pour cause de maladie mentale. La progression la plus forte a été observée dans le groupe des dépressions, du stress, des troubles de la personnalité et des troubles somatoformes (Baer & Cahn, 2009).

La conséquence la plus grave des maladies mentales est le suicide. On estime qu'environ 90% des personnes qui se suicident souffrent d'une maladie mentale. En Suisse, le nombre des personnes décédées par suicide est de l'ordre de 1300 par année, soit environ trois fois plus que les décès dus aux accidents de la circulation. Après les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les accidents, le suicide occupe le quatrième rang quant au nombre d'années potentielles de vie perdues (Obsan, 2009). Chez les personnes de 15 à 44 ans, le suicide est la deuxième cause de décès, après les accidents.

### *Vers une amélioration de la santé psychique?*

Alors que les cas de maladies mentales traités au cours des années 90 et au début des années 2000 et les cas de mise au bénéfice des prestations de l'assurance-invalidité se sont multipliés, le bien-être psychique de la population semble s'être amélioré durant le même laps de temps<sup>24</sup> (Baer & Cahn, 2009). Simultanément, la part de personnes dont le bien-être psychique est bas et celle des personnes souffrant de troubles psychiques ont baissé de 10%. Les troubles physiques n'ayant pas diminué durant la même période, on peut supposer que c'est plus particulièrement la santé psychique de la population qui s'est améliorée. Baer et Cahn (2009) mentionnent à cet égard la peur de perdre son emploi et de tomber au chômage au rang des facteurs de stress déterminants, tout en faisant observer que la situation du marché de l'emploi s'est améliorée au cours des années en question.

Cette évolution, qui se traduit par une amélioration générale de la santé psychique en même temps qu'une sollicitation accrue de l'offre de soins et des prestations de l'assurance-invalidité, tient peut-être à une polarisa-

tion entre, d'une part, une majorité de personnes socialement intégrées bénéficiant d'une amélioration de la santé psychique en général, d'autre part, un groupe de personnes souffrant de troubles psychiques de plus en plus exposées à la marginalisation (Baer & Cahn, 2009). Par ailleurs, on peut supposer que le phénomène de stigmatisation (notamment à l'égard de certaines maladies psychiques comme la dépression) ait un peu perdu de son acuité et que le retard accumulé dans la couverture des besoins en matière de traitements et de réhabilitation ait été partiellement rattrapé (Angermeyer & Matschinger, 2003; Politique nationale suisse de la santé, 2004b; Riedel-Heller et al., 2005).

### *Promotion de la santé, prévention et activités cantonales*

La charge de morbidité due aux troubles psychiques étant importante, il convient non seulement de traiter ces troubles, mais également d'accorder une attention particulière à la prévention.

Suite à différentes études montrant l'ampleur des problèmes psychiques dans la population suisse, la Confédération, en accord avec les cantons, considère que l'amélioration de la santé psychique est importante, et ce tant pour des raisons de politique de la santé qu'économiques. En 2000, la Confédération et les cantons ont décidé que l'amélioration de la santé psychique constituait une priorité en matière de politique de la santé. Un projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse a été mis en consultation en 2004 auprès de la Confédération, des cantons et des institutions privées<sup>25</sup>. En 2005, lors de la séance du Dialogue de la politique nationale suisse de santé entre la Confédération et les cantons sur la politique de santé<sup>26</sup>, il est décidé de conserver la santé psychique comme thème national et d'assurer des échanges réguliers sur les développements actuels dans ce domaine. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) adoptent la «Stratégie nationale pour la santé psychique» (Politique nationale suisse de la santé, 2005) et la «Synthèse des résultats de la consultation» (Politique nationale suisse de la santé, 2004a) comme cadres de référence. La Confédération, les cantons et les institutions privées développeront et réaliseront alors des projets de mise en œuvre en se référant à ces documents.

<sup>24</sup> Il s'agit des données de l'ESS des années 1992, 1997 et 2002. Les questions correspondant à ces indicateurs ne figurant pas dans l'ESS 2007; l'interprétation ne s'applique que jusqu'en 2002.

<sup>25</sup> Voir [www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr) (consulté le 08.06.2010).

<sup>26</sup> Voir [www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch)

Pour sa part, la CDS a élaboré en 2008 un guide intitulé «Planification de la psychiatrie», qui se propose d'atteindre trois objectifs principaux: 1) soutenir les cantons en vue d'une planification des soins psychiatriques répondant aux exigences de la LAMal; 2) prendre adéquatement en compte la fourniture de prestations ambulatoires dans le cadre de la planification hospitalière; 3) soutenir l'exécution de programmes-modèles<sup>27</sup>, lesquels constituent une condition incontournable pour développer des éléments de soins psychiatriques qui répondent aux besoins des patients. Afin que les objectifs du guide puissent être atteints, la CDS organise à intervalles irréguliers des manifestations spécialisées, conjointement avec des prestataires de soins et d'autres acteurs importants<sup>28</sup>.

Du point de vue de la prévention, les causes de mortalité sur lesquels il est possible d'agir sont particulièrement importantes lorsqu'elles concernent avant tout les personnes jeunes en raison du nombre élevé d'années potentielles de vie perdues. Le suicide constitue une telle cause de mortalité, particulièrement au regard du taux élevé de suicides en Suisse qui appelle une intensification des activités de prévention dans ce domaine. La Stratégie pour la santé psychique (Politique nationale suisse de la santé, 2005) mentionne la baisse du taux de suicide comme un objectif important pour la décennie à venir. Il existe déjà quelques services régionaux ou cantonaux qui s'occupent activement de la prévention du suicide, par exemple en organisant des séances d'information ou des séminaires de perfectionnement pour les professionnels et en renforçant le réseau professionnel. L'Etat du Valais a attribué un mandat visant à développer une campagne permettant d'optimiser les ressources cantonales en matière de prévention du suicide. Cette campagne vise à constituer un réseau de partenaires afin de renforcer l'accès aux ressources d'aide des personnes concernées par le suicide. Il s'agit de lever le tabou sur la problématique de la souffrance existentielle et du suicide. Cette campagne a débouché sur le programme dénommé Réseau Entraide<sup>29</sup>, organisé autour de quatre axes: 1) identification et mise en réseau coopératif des partenaires; 2) formation et développement des compétences du réseau; 3) évaluations, développement et recherche; 4) campagne publique d'information et de

sensibilisation. Les institutions partenaires du Réseau Entraide sont organisées et disponibles pour accueillir, écouter, soutenir et orienter les personnes en détresse.

Divers cantons ont élaboré des plans d'action concernant la santé psychique. Par exemple, le plan de santé mentale du canton de Vaud développé pour la législature 2007–2012 est composé de cinq programmes prioritaires<sup>30</sup>: 1) renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination; 2) lutte contre les conduites suicidaires; 3) amélioration de la prise en charge des situations de violence; 4) amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique; 5) handicap mental et psychiatrie. Le Département de la santé et de l'action sociale fixe les priorités sur la base des recommandations du Service de la santé publique, du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et de la Fondation de Nant.

Le canton de Fribourg a, quant à lui, un Plan cantonal de promotion de la santé 2007–2011, dans lequel la santé psychique est élevée au rang de thème prioritaire. Ce plan cantonal, décliné en plan d'action contenant des objectifs à soumettre au Conseil d'Etat, envisage de traiter la thématique selon des objectifs liés à la déstigmatisation. Il a pour but de favoriser, par exemple, à l'aide du travail des institutions du terrain fribourgeoises telle l'Association Fribourgeoise Action et Accompagnement Psychiatrique (AFAAP), la connaissance des offres proposées notamment par le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM) et l'accessibilité à ces dernières ainsi que le maintien des activités en cours concernant le suicide par le biais du programme Prévention Suicide Fribourg (PréSui-Fri).

Dans le cadre du Plan directeur neuchâtelois de promotion de la santé, le Conseil d'Etat a décidé de retenir huit champs d'action prioritaires pour la législature 2009–2012<sup>31</sup>. Un des programmes prioritaires porte sur l'amélioration de la santé mentale en coordination avec le programme sur la santé psychique et le stress de Promotion santé suisse. Ce plan d'action pour la santé mentale est encore en cours de conception. Lors d'une première phase de détermination des besoins, différents axes ont été explorés, qui pourraient devenir les lignes directrices du plan d'action: 1) prévention et promotion de la santé mentale, 2) dépistage et intervention précoce, 3) accès aux soins, 4) insertion sociale, 5) soutien

<sup>27</sup> «Les programmes-modèles sont des mesures élaborées par les professionnels qui modifient de manière ciblée des structures et/ou des procédures. Les professionnels relèvent aussi des informations visant à savoir dans quelle mesure les buts fixés ont été atteints.» Voir <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=366&L=1> (consulté le 08.06.2010).

<sup>28</sup> Voir [www.gdk-cds.ch/258.0.html?&L=1](http://www.gdk-cds.ch/258.0.html?&L=1) (consulté le 08.06.2010).

<sup>29</sup> Voir [www.sifor.org/cms/entraide/aide.php/](http://www.sifor.org/cms/entraide/aide.php/) (consulté le 08.06.2010).

<sup>30</sup> Voir [www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers\\_pdf/synthese\\_plan\\_SANMT\\_vdef\\_novembre\\_08.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT_vdef_novembre_08.pdf) (consulté le 08.06.2010).

<sup>31</sup> Voir [www.ne.ch/neat/site/jsp/rubrique/rubrique.jsp?styleType=bleu&CatId=6105](http://www.ne.ch/neat/site/jsp/rubrique/rubrique.jsp?styleType=bleu&CatId=6105) (consulté le 08.06.2010).

aux groupes d'entraide, 6) information et sensibilisation du public, 7) coordination et coopération multisectorielles.

L'Alliance contre la dépression, un programme qui est établi dans le canton de Genève et dans différents cantons alémaniques, est l'amorce d'un travail visant à apporter des améliorations à la formation des médecins généralistes en vue d'une détection précoce des dépressions et de la mise en œuvre de traitements appropriés, à optimiser l'offre thérapeutique, à intensifier la collaboration entre les différents acteurs et à sensibiliser le public. En outre, depuis octobre 2007, il existe à Genève une équipe mobile pour la prise en charge et le soutien des patients dans leur environnement habituel ou celui de leurs proches. Un programme de réinsertion dans la vie professionnelle a également été mis sur pied.

Dans le canton du Jura, les résultats de l'étude sur les populations jurassienne et neuchâteloise ont notamment montré que le mal-être psychique, le risque suicidaire et la dépression sont des thèmes particulièrement importants (Graz et al., 1999).

Au Tessin, le projet Rete Prevenzione Suicidio<sup>32</sup> est né en janvier 2001 en réponse à une motion parlementaire. Suite à cette motion, le Conseil d'Etat a annoncé l'élaboration d'une stratégie d'intervention fondée sur une approche multisectorielle. Depuis 2007, le Laboratoire de psychopathologie du travail<sup>33</sup> propose – sur la base d'une analyse de situations personnelles – une série de recommandations pour le traitement et la prévention des cas de maladies sur le lieu de travail. Il existe aussi un groupe d'étude sur la faisabilité du lancement d'une Alliance contre la dépression sur le modèle suivi par d'autres cantons et d'autres activités destinées aux jeunes et aux personnes âgées, qui sont conduites dans le cadre de la Planification sociopsychiatrique cantonale. Une réflexion sur l'élaboration d'un projet cantonal de promotion de la santé mentale, qui impliquera divers offices cantonaux d'une manière intersectorielle aura prochainement lieu.

### 2.2.2 Indicateurs et définitions

Les principaux indicateurs de la santé et des troubles psychiques qui seront examinés dans ce chapitre sont brièvement décrits ci-dessous. Il s'agit en l'occurrence d'indicateurs tirés de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et – pour ce qui est des analyses concernant les jeunes

de 11 à 15 ans – de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Les questions auxquelles les indicateurs se rapportent sont reproduites dans l'annexe 2.2 telles qu'elles figurent dans le questionnaire.

#### *Indicateurs des ressources psychiques de l'ESS*

La santé psychique dépend dans une large mesure des ressources à disposition des individus. Une situation en soi difficile peut être surmontée plus ou moins facilement en fonction, par exemple, de l'appréhension des difficultés rencontrées et des moyens qu'une personne pourra mettre en œuvre pour y faire face. En d'autres termes, ce n'est pas nécessairement la charge que représente une difficulté particulière qui est déterminante en tant que telle au regard de la santé psychique, mais la manière dont cette charge sera ressentie et abordée. Des ressources psychiques élevées peuvent ainsi largement contribuer à rendre supportable une situation qui serait problématique en l'absence de telles ressources. L'ESS permet d'aborder les ressources psychiques par le biais de deux concepts centraux que sont le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie<sup>34</sup>.

#### *Sentiment de cohérence*

Le sentiment de cohérence, lié aux ressources de résistance générales, est au cœur de l'approche salutogénétique d'Antonovsky (1997; Wydler et al., 2000). Un sentiment marqué de cohérence permet à l'individu de s'accommoder de facteurs de stress qui perturbent l'équilibre de son état de santé. Les ressources de résistance générales, parmi lesquelles on peut citer des facteurs physiques ou biologiques (constitution, immunité), personnels (connaissances, comportement), sociaux (soutien, réseau), culturels (stabilité, croyances) ou encore matérielles (nourriture, revenu) permettent de faire face à des sollicitations tout en protégeant la santé. Lorsqu'elles sont affirmées, ces ressources peuvent donner naissance à un sentiment de cohérence élevé, c'est-à-dire un sentiment de pouvoir agir sur les événements de la vie et de pouvoir surmonter d'éventuelles difficultés. Le sentiment de cohérence se décline en trois dimensions: le sentiment de comprendre les événements de la vie, celui de gérer les événements de la vie et celui d'attribuer un sens aux événements de la vie<sup>35</sup>. Sous-tendant la confiance de l'individu et orientant

<sup>32</sup> Voir [www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/progetti/benessere&disagio/PrevenzioneSuicidio.htm](http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/progetti/benessere&disagio/PrevenzioneSuicidio.htm) (consulté le 08.06.2010).

<sup>33</sup> Voir [www.ti.ch/DSS/DSP/ORGSC/SPS/](http://www.ti.ch/DSS/DSP/ORGSC/SPS/) (consulté le 08.06.2010).

<sup>34</sup> Ces indicateurs seront le plus souvent traités conjointement lors des analyses (voir 2.4.1).

<sup>35</sup> *Sense of comprehensibility, sense of manageability et sense of meaningfulness* en anglais.



ses actions, le sentiment de cohérence accroît la résistance aux facteurs de stress et contribue à maintenir, voire à renforcer la santé.

Cet indicateur a été utilisé pour la première fois dans l'ESS 2007. Il n'est donc pas possible d'établir des comparaisons temporelles.

#### *Sentiment de maîtrise de la vie*

Tout en étant proche du sentiment de cohérence, le sentiment de maîtrise de la vie, quant à lui, s'attache à caractériser les facteurs qui influencent, selon la perception de l'individu, le cours de sa vie. Dans l'optique de Rotter (1966, 1975), ces facteurs peuvent se situer sur un continuum allant d'un lieu de contrôle des événements de la vie interne, le contrôle étant le fait de l'individu, à un lieu de contrôle externe, le contrôle ne dépendant pas de l'individu. L'affirmation du lieu de contrôle interne signifie qu'une personne se sent, par ses propres actions, en mesure d'organiser les événements de la vie et d'agir sur son environnement (par la suite, il sera question de sentiment élevé de maîtrise de la vie). Par contre, une personne ayant un lieu de contrôle externe marqué considérera qu'elle ne peut guère influencer les événements, mais que des facteurs externes tels le hasard, le destin ou la société gouvernent le cours de son existence (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 contrôler elle-même le cours et les difficultés de l'existence. Un sentiment élevé de maîtrise de la vie constitue généralement un facteur de protection de la santé, tandis qu'un faible sentiment se présente souvent comme un facteur de risque.

Cet indicateur ayant été utilisé dans l'ensemble des ESS, il est possible de comparer les années 1992, 1997, 2002 et 2007.

#### *Indicateurs des troubles psychiques de l'ESS*

Pour aborder les troubles psychiques, on aura recours à deux indices provenant de l'ESS. Il sera question, au niveau général, des problèmes psychiques de la population et, sur un plan plus spécifique, des symptômes dépressifs.

Pour ces deux indices, et plus particulièrement pour celui des symptômes dépressifs, il convient de rappeler que l'ESS ne tient notamment pas compte des personnes qui se trouvent dans des hôpitaux psychiatriques ou des établissements médico-sociaux au moment de l'enquête. Par ailleurs, il est probable que les personnes présentant

des symptômes dépressifs – tels que morosité, manque d'entrain, désintérêt et difficulté à se concentrer – sont moins enclines à participer à l'enquête. Pour ces raisons, il est vraisemblable que l'ESS tende à sous-estimer la prévalence des troubles psychiques et, particulièrement, des dépressions dans la population.

#### *Problèmes psychiques*

Les problèmes psychiques sont recensés à l'aide de la sous-échelle Mental Health Inventory (MHI) de la version courte du MOS (Medical Outcome Study, SF-36) (Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992). 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)».

Cet indicateur a été utilisé pour la première fois dans l'ESS 2007. Il n'est donc pas possible d'établir des comparaisons temporelles.

#### *Symptômes dépressifs*

L'échelle dite de Wittchen comporte dix questions sur la fréquence de symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les questions portent sur les symptômes suivants: 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 *aucun* symptôme dépressif, *symptômes dépressifs faibles* et *symptômes dépressifs moyens à sévères* (Wittchen et al., 2000); lorsque leur degré de gravité est de moyen à sévère, on peut parler de dépression avérée nécessitant un traitement par un professionnel.

Cet indicateur ayant été utilisé pour la première fois dans l'ESS 2002, il est possible de comparer les années 2002 et 2007.

#### *Indicateurs de l'enquête HBSC pour les troubles psychiques*

Les résultats concernant les jeunes de 11 à 15 ans proviennent de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Dans le cadre de l'enquête HBSC réalisée en 2006, les élèves ont répondu à une question

portant sur la fréquence de symptômes psychoaffectifs: «Au cours des six derniers mois, combien de fois as-tu eu les troubles suivants?». Sur la base de leurs réponses, un indice de l'état psychoaffectif a été créé, dont les catégories correspondent au nombre de symptômes chroniques ressentis (aucun symptôme chronique, un ou deux symptômes, trois symptômes ou plus) parmi les symptômes suivants: tristesse, mauvaise humeur, nervosité, difficultés à s'endormir, fatigue, anxiété et colère.

### 2.2.3 Structure des analyses

La section 2.3 ci-après présente tout d'abord une comparaison régionale (2.3.1) et temporelle (2.3.2) des indicateurs des ressources et des troubles psychiques. La section 2.4 aborde ensuite plus en détail les ressources psychiques (2.4.1), qui sont notamment examinées selon plusieurs critères sociodémographiques (2.4.2) et mises en relation avec les troubles psychiques (2.4.3). La section 2.5 traite spécifiquement des troubles psychiques. Ils sont analysés d'après différents critères sociodémographiques (2.5.1) et en rapport avec la santé subjective (2.5.2), la santé physique (2.5.3) et le recours aux traitements (2.5.4). La section 2.6 est consacrée à quelques sous-groupes spécifiques: les enfants, adolescents et jeunes adultes (2.6.1), les personnes seules et les personnes âgées (2.6.2), les chômeurs et les personnes craignant de perdre leur emploi (2.6.3), et les personnes exerçant une activité professionnelle (2.6.4). Les analyses se concentrent en priorité sur la population de la Suisse latine âgée de 25 ans et plus, à l'exception du point 2.6.1 qui traite des jeunes de 11 à 24 ans.

## 2.3 Comparaisons régionales et temporelles

### 2.3.1 Comparaisons régionales

Cette section présente un aperçu de la fréquence des principaux indicateurs des ressources et troubles psychiques selon le sexe pour les trois régions linguistiques et pour l'ensemble de la Suisse.

En Suisse latine (Suisse romande et Tessin), 5,3% des personnes âgées de 25 ans et plus indiquent souffrir de problèmes psychiques importants, 16,5% de problèmes moyens et 78,3% ne déclarent aucun ou que de faibles problèmes. La part de personnes ayant des problèmes psychiques importants et moyens est plus élevée en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique

(tableau 2.1). Par ailleurs, avec 7,3%, la part de personnes présentant des troubles psychiques importants est nettement plus élevée au Tessin que dans les autres régions linguistiques (Suisse romande: 4,9%, Suisse alémanique: 4,1%). Dans toutes les régions, les femmes font état de problèmes psychiques significativement plus fréquents et plus graves que les hommes. En particulier, on relèvera la situation des femmes tessinoises, puisque plus d'un quart d'entre elles (26,7%) déclarent des problèmes psychiques moyens ou importants.

De même, les symptômes dépressifs sont significativement plus fréquents en Suisse latine qu'en Suisse alémanique et, là encore, les femmes sont significativement plus fortement touchées que les hommes. En Suisse alémanique, on observe une différence significative entre les sexes pour les symptômes faibles, mais non pour les symptômes moyens à sévères.

Les ressources psychiques reflètent assez fidèlement les différences en matière de problèmes psychiques et de fréquence des symptômes dépressifs selon les régions linguistiques et le sexe. Ainsi, les Romands et les Tessinois mentionnent significativement moins souvent des ressources psychiques moyennes ou élevées que les Suisses alémaniques. Ce constat se vérifie tant en ce qui concerne le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence que l'indicateur de ressources psychiques, qui prend en considération à la fois le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence (voir 2.4.1). A l'instar des problèmes psychiques, un sentiment moyen ou élevé de maîtrise de la vie est significativement plus fréquent en Suisse romande qu'au Tessin.

On note également des différences régionales pour d'autres caractéristiques qui seront traitées ultérieurement en lien avec les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs, par exemple une santé auto-évaluée moindre et des troubles physiques plus répandus en Suisse latine.

### 2.3.2 Comparaisons temporelles

Les données disponibles sur le sentiment de maîtrise de la vie et les symptômes dépressifs permettent de comparer les années 1992, 1997, 2002 et 2007 pour le premier, et les années 2002 et 2007 pour les seconds.

En Suisse romande, le sentiment de maîtrise de la vie évolue de manière irrégulière entre 1992 et 2007 (figure 2.1). Les répondants déclarant un sentiment élevé de maîtrise de la vie sont moins nombreux en 1992 et en 2002 qu'en 1997 et en 2007, tandis que la part des personnes ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie

**Tab. 2.1 Proportions de personnes en fonction des régions linguistiques selon différents indicateurs de santé psychique, de ressources psychiques et de santé physique, 25 ans et plus, 2007 (en %)**

	Suisse romande			Tessin			Suisse alémanique			Suisse			
	F+H	F	H	F+H	F	H	F+H	F	H	F+H	F	H	
<b>Problèmes psychiques</b>													
aucun/faibles	78,3	76,6	80,2	77,9	73,3	83,6	85,1**	83,5	86,8	83,1	81,3	85,1	
moyens	16,8	17,8	15,7	14,8	18,0	10,9	10,8**	11,9	9,7	12,5	13,6	11,2	
importants	4,9*	5,7	4,1	7,3	8,7	(5,5)	4,1**	4,6	3,5	4,4	5,0	3,7	
<b>Symptômes dépressifs</b>													
sans	78,8	74,7	82,8	77,0	72,8	81,4	81,7**	79,6	83,8	80,8	78,1	83,5	
faibles	16,6	19,5	13,8	17,1	20,6	13,4	15,7	17,9	13,5	16,0	18,4	13,6	
moyens à sévères	4,6	5,8	3,4	5,9	(6,6)	(5,2)	2,5**	2,5	2,6	3,2	3,5	2,9	
<b>Ressources</b>													
Sentiment de maîtrise de la vie	moyen/élevé	75,3*	73,8	76,9	66,4	68,5	64,1	82,5**	81,7	83,3	80,0	79,1	81,0
	faible	24,7*	26,2	23,1	33,6	31,5	35,9	17,5**	18,3	16,7	20,0	20,9	19,0
Sentiment de cohérence	moyen/élevé	62,9	64,0	61,8	65,3	67,8	62,3	65,7**	65,2	66,2	65,0	65,1	64,9
	faible	37,1	36,0	38,2	34,7	32,2	37,7	34,3**	34,8	33,8	35,0	34,9	35,1
Indicateur de ressources psychiques	moyen/élevé	63,0	62,8	63,3	62,9	63,3	62,5	69,1**	68,7	69,4	67,3	67,0	67,5
	faible	37,0	37,2	36,7	37,1	36,7	37,5	30,9**	31,3	30,6	32,7	33,0	32,5
<b>Santé auto-évaluée</b>													
(très) bonne		83,6*	81,6	85,6	78,5	78,7	78,1	86,0**	84,8	87,3	85,1	83,7	86,5
(très) mauvaise		4,3*	4,9	3,7	9,5	9,5	9,5	3,5**	3,3	3,7	3,9	4,0	3,9
<b>Troubles physiques</b>													
pas du tout		38,4	30,1	47,0	38,0	30,0	47,5	40,6**	32,9	48,8	39,9	32,1	48,3
beaucoup		26,4	33,6	18,9	26,5	34,0	17,6	24,2**	30,0	17,9	24,8	31,0	18,2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problèmes psychiques: n=4'756 (Suisse romande, CHR), n=1'287 (Tessin, TI), n=9'887 (Suisse alémanique, CHA), n=15'930 (Suisse, CH); symptômes dépressifs: n=3'420 (CHR), n=873 (TI), n=7'225 (CHA), n=11'518 (CH); sentiment de maîtrise de la vie: n=3'559 (CHR), n=886 (TI), n=7'345 (CHA), n=11'790 (CH); sentiment de cohérence: n=3'744 (CHR), n=968 (TI), n=7'649 (CHA), n=12'361 (CH); ressources psychiques: n=3'455 (CHR), n=864 (TI), n=7'004 (CHA), n=11'323 (CH); santé auto-évaluée: n=5'088 (CHR), n=1'393 (TI), n=10'456 (CHA), n=16'937 (CH); troubles physiques: n=4733 (CHR), n=1'297 (TI), n=9'794 (CHA), n=15'824 (CH)

Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30

\* Les proportions diffèrent significativement à 5% entre la Suisse romande et le Tessin

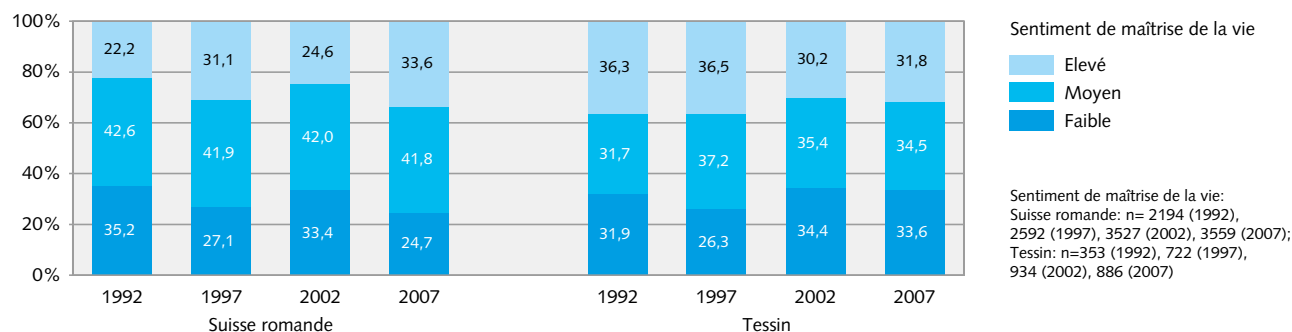
\*\* Les proportions diffèrent significativement à 5% entre la Suisse alémanique et la Suisse latine

suit une tendance inverse. Quelle que soit l'année considérée, une proportion similaire de répondants déclarent un sentiment moyen de maîtrise de la vie. Au Tessin, un sentiment élevé de maîtrise de la vie s'observe un peu moins souvent en 2002 et en 2007 qu'en 1992 et en 1997, alors que la part de répondants ayant un faible sentiment paraît moins élevée en 1997 uniquement.

En ce qui concerne les symptômes dépressifs, on ne constate pas de différence significative pour la Suisse romande entre 2002 et 2007 (figure 2.2). Il en va autrement au Tessin, les répondants faisant moins souvent état de symptômes dépressifs en 2007 qu'en 2002. Ce sont surtout les symptômes faibles qui sont moins souvent cités.

### Sentiment de maîtrise de la vie selon l'année pour la Suisse romande et le Tessin, 25 ans et plus, 1992, 1997, 2002 et 2007

Fig. 2.1

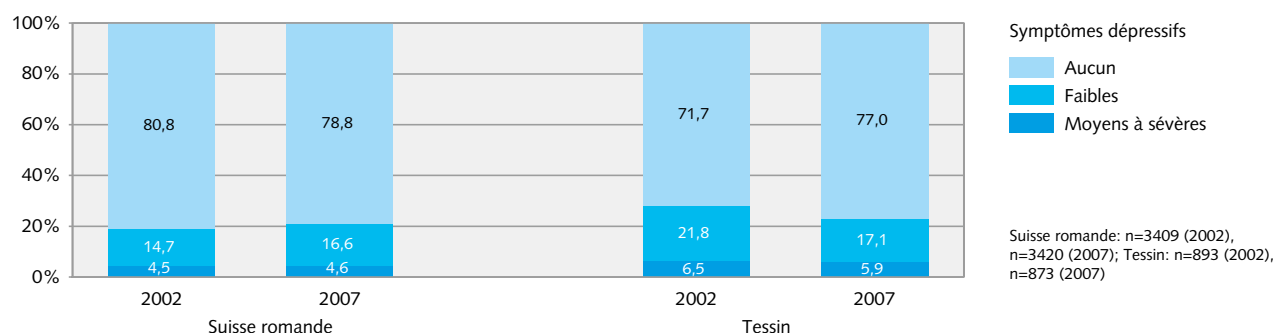


Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992–2007

© Obsan

### Symptômes dépressifs selon l'année pour la Suisse romande et le Tessin, 25 ans et plus, 2002 et 2007

Fig. 2.2



Au Tessin, les proportions des personnes ayant ou n'ayant pas de symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% selon l'année

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

© Obsan

## 2.4 Ressources

La santé psychique d'une personne est étroitement associée aux ressources que sont le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie. Au plan théorique, ces deux types de ressources sont certes distincts: tandis que le sentiment de cohérence renvoie à la capacité de surmonter des facteurs de stress et de renforcer la santé dans l'approche salutogénétique d'Antonovsky (1979, 1997), le sentiment de maîtrise de la vie s'attache à saisir la conviction de pouvoir agir ou non sur le cours de sa vie, ce en référence à la distinction entre lieu de contrôle interne et externe (Rotter, 1966, 1975). Cependant, ces ressources n'en sont pas moins liées. Par exemple, un sentiment élevé de maîtrise de la vie s'accompagne généralement d'un sentiment de cohérence lui-même élevé.

Cette section se propose de présenter ces ressources (2.4.1) et leurs variations selon plusieurs facteurs socio-démographiques (2.4.2). Elle s'attache aussi à examiner le lien entre ressources et troubles psychiques (2.4.3). En raison des liens étroits entre les deux types de ressources, mais aussi pour simplifier la présentation<sup>36</sup> et pour des raisons méthodologiques<sup>37</sup>, un indicateur synthétique de ressources psychiques est proposé. Cet indicateur sera utilisé dans la suite de ce chapitre.

<sup>36</sup> Les variations du sentiment de cohérence et du sentiment de maîtrise de la vie selon les déterminants sociodémographiques étant concordantes, le recours à un indicateur synthétique permet d'éviter une répétition de résultats largement similaires.

<sup>37</sup> Dans l'Enquête suisse sur la santé, le sentiment de cohérence est mesuré à l'aide de trois items, tandis que les instruments classiques font appel à sensiblement plus d'items (29 items pour la version longue du questionnaire original et 13 items pour la version courte; Antonovsky, 1987). Il en va de même pour le sentiment de maîtrise de la vie, reposant sur quatre items, alors que l'échelle originale de Pearlin et Schooler (1978) en compte sept. L'échelle de Rotter (1966), quant à elle, comporte 29 items (dont six de remplissage). Le nombre restreint d'items peut conduire à une mesure moins précise que les versions originales (voir par exemple Olsson et al., 2009 pour une comparaison des trois échelles du sentiment de cohérence). L'utilisation d'un indicateur synthétique est susceptible d'atténuer l'effet des imprécisions de mesure.

### 2.4.1 Sentiment de cohérence et sentiment de maîtrise de la vie

Quatre personnes sur dix (39,3%) ont un sentiment élevé de cohérence et presque autant de répondants se caractérisent par un sentiment de cohérence bas (36,7%). Cette polarisation est moins marquée pour le sentiment de maîtrise de la vie, ce dernier étant élevé chez un tiers (33,4%) des personnes interrogées et faible chez un quart d'entre elles (25,9%).

Le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie sont liés l'un à l'autre. Parmi les personnes qui ont un sentiment élevé (faible) de cohérence, 56,1% (49,3%) jouissent également d'un sentiment de maîtrise élevé (faible). Inversement, lorsque le sentiment de maîtrise est élevé (faible), le sentiment de cohérence l'est aussi à 66,4% (69,3%)<sup>38</sup>.

Cette proximité suggère de réaliser un indicateur synthétique de ressources psychiques<sup>39</sup>. Les personnes qui, selon cet indicateur synthétique, ont des ressources psychiques élevées disposent à 83,4% d'un sentiment élevé de cohérence et à 67,6% d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie. De même, lorsque les ressources psychiques sont faibles, 87,3% des répondants ont un faible sentiment de cohérence et 61,1% un faible sentiment de maîtrise de la vie.

### 2.4.2 Ressources psychiques et déterminants sociodémographiques

Dans une large mesure, les variations des ressources psychiques selon les différents facteurs sociodémographiques coïncident avec celles de la prévalence des problèmes psychiques (voir 2.5.1): par exemple, les ressources psychiques sont d'autant meilleures que l'âge, le niveau de formation ou le revenu sont élevés. L'âge semble cependant jouer un rôle particulier quant aux ressources psychiques. En effet, alors que les variations des problèmes psychiques selon les principaux déterminants sociodémographiques examinés sont comparables, les ressources psychiques varient le plus fortement selon l'âge. De plus, les différences liées à l'âge sont beaucoup plus prononcées pour les ressources que pour les pro-

blèmes psychiques. D'autres facteurs, tels le sexe ou le lieu de résidence – urbain ou rural – ne jouent en revanche presque aucun rôle.

La place centrale qu'occupe l'âge doit sans doute être rapprochée de la mise en place par les individus, au fil de temps, de stratégies d'adaptation aux situations de vie, particulièrement manifestes à un âge avancé (voir par exemple Staudinger, 2000; Wahl & Heyl, 2004). Toutefois, si les ressources psychiques augmentent fortement selon l'âge, il n'en demeure pas moins vrai que les problèmes psychiques diminuent dans une moindre proportion (voir 2.5.1). En référence à l'approche salutogénétique, on peut suggérer que les ressources psychiques servent à faire face à des situations difficiles susceptibles de réduire la santé psychique – par exemple sollicitations professionnelles et familiales, atteintes à la santé, incapacités fonctionnelles ou isolement. En ce sens, les ressources psychiques permettraient avant tout de maintenir – plutôt que d'améliorer – une santé psychique satisfaisante face à des difficultés plus fréquentes à mesure que l'âge avance<sup>40</sup>.

#### Age

La proportion de personnes disposant de ressources psychiques élevées croît régulièrement selon l'âge, tandis que celle des personnes ayant de faibles ressources diminue (figure 2.3). Ainsi, près d'un tiers (65,3%) des personnes de 75 ans et plus font état de ressources psychiques élevées contre moins d'un quart (23,3%) évoquant des ressources faibles. Chez les répondants âgés entre 25 et 34 ans, un tiers (32,8%) mentionnent des ressources élevées et un peu moins de la moitié (47,5%) de faibles ressources. En d'autres termes, on compte 2,8 personnes ayant des ressources psychiques élevées pour une personne ayant de faibles ressources chez les répondants de 75 ans et plus. Entre 25 et 34 ans, ce rapport est de 0,7. Par ailleurs, on remarquera que les personnes d'âge moyen, appartenant aux classes d'âge de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans, présentent un profil similaire. Enfin, environ une personne sur cinq dispose de ressources psychiques moyennes dans les classes d'âge de moins de 75 ans. Chez les répondants de 75 ans et plus, cette part est d'une personne sur dix.

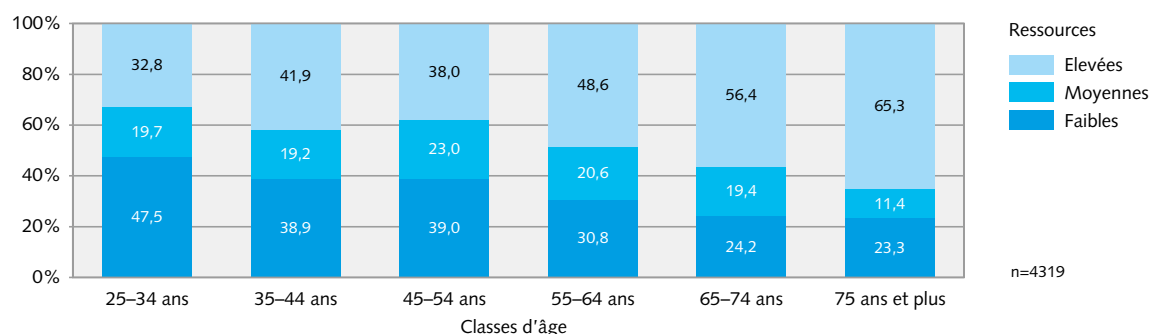
<sup>38</sup> Les situations d'incohérence – l'un des deux sentiments est élevé, l'autre faible – sont rares. Chaque fois, environ une personne sur dix est concernée.

<sup>39</sup> L'indice est construit de la manière suivante: ressources psychiques élevées si le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie sont tous deux élevés ou l'un élevé, l'autre moyen; ressources psychiques faibles si le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie sont tous deux faibles ou l'un faible, l'autre moyen; ressources psychiques moyennes dans les autres cas.

<sup>40</sup> Ce constat s'applique aux problèmes psychiques, mais non aux symptômes dépressifs, plus fréquents selon l'âge (voir 2.5.1).

### Ressources psychiques selon l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.3

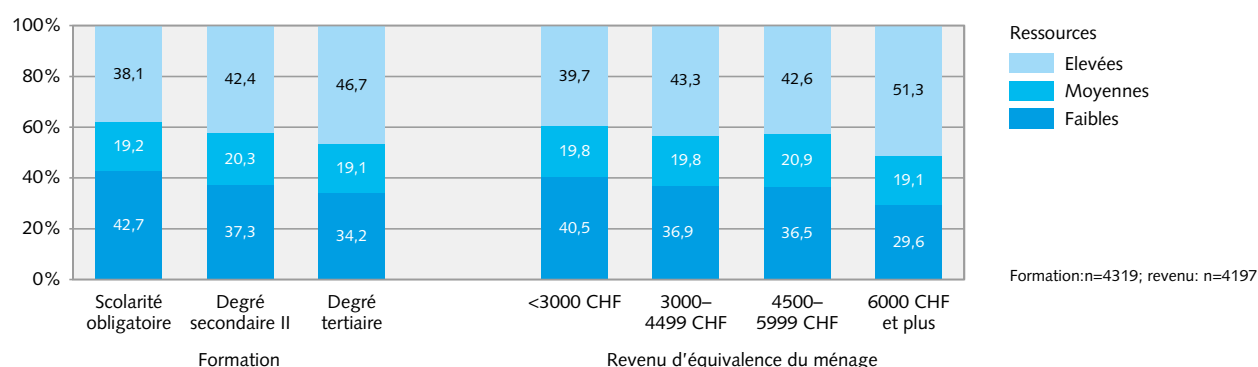


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Ressources psychiques selon la formation et le revenu d'équivalence du ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

#### Formation et revenu

En cas de niveau de formation élevé, des ressources psychiques élevées s'observent plus fréquemment, tandis que de faibles ressources se font plus rares (figure 2.4). Ainsi, les répondants ayant suivi la seule scolarité obligatoire font un peu plus souvent état de faibles ressources que de ressources élevées. Au contraire, les répondants ayant suivi une formation de degré tertiaire sont sensiblement plus nombreux à disposer de ressources élevées plutôt que faibles.

Une relation similaire existe entre les ressources psychiques et le revenu: en cas de faible revenu (moins de CHF 3000), ressources élevées et faibles ressources sont à peu près aussi fréquentes les unes que les autres (figure 2.4). A nouveau, les personnes bénéficiant d'un revenu élevé (CHF 6000 ou plus) mentionnent plus souvent des ressources élevées que faibles. Cet écart est plus affirmé que chez les personnes ayant suivi une formation tertiaire.

Les ressources psychiques varient non seulement selon l'âge et la formation ou le revenu, mais également selon la combinaison de ces facteurs. Les différences liées à la

formation semblent particulièrement prononcées chez les personnes entre 35 et 54 ans, soit en milieu de vie<sup>41</sup>. Pour le revenu, les ressources se différencient le plus dans la tranche d'âge de 55 et 74 ans, à la période de la transition de la vie active vers la retraite<sup>42</sup>.

#### Nationalité

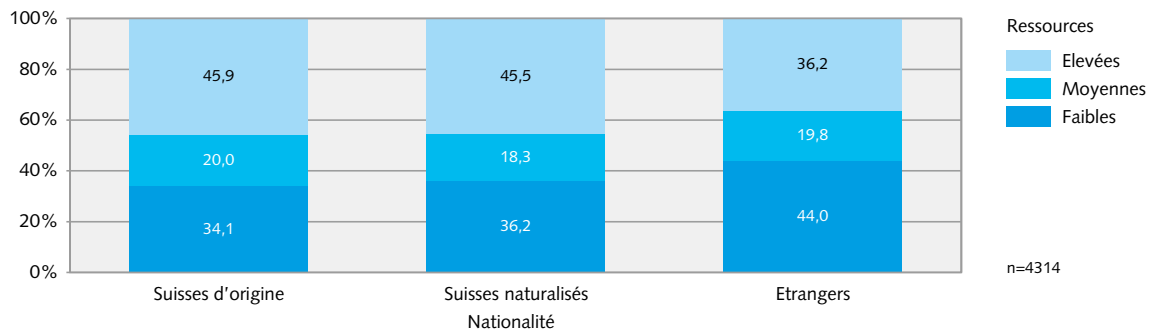
Autant les Suisses d'origine que les Suisses naturalisés disposent plus souvent de ressources élevées que les personnes de nationalité étrangère (figure 2.5). Ces dernières font plus souvent état de faibles ressources que les Suisses d'origine et naturalisés. Les variations des ressources psychiques selon la nationalité s'observent

<sup>41</sup> Entre personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire et celles qui disposent d'une formation de degré tertiaire, la différence des proportions de répondants signalant des ressources psychiques élevées est de 20,9% chez les 35-44 ans et de 20,2% chez les 45-54 ans (ces deux pourcentages correspondent à un nombre de réponses inférieur à 30). Concernant les faibles ressources, les proportions diffèrent respectivement de 26,4% et de 12,6%.

<sup>42</sup> Entre la catégorie de revenu de moins de CHF 3000 et celle de CHF 6000 ou plus, les proportions de personnes dont les ressources psychiques sont élevées diffèrent de 18,5% chez les 55-64 ans et de 17,0% chez les 65-74 ans. En cas de faibles ressources, les différences correspondantes sont respectivement de 18,4% et de 14,8% (ce dernier pourcentage correspond à un nombre de réponses inférieur à 30).

**Ressources psychiques selon la nationalité,**  
Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

essentiellement chez les personnes âgées entre 45 et 54 ans, la situation des personnes de nationalité étrangère étant particulièrement défavorable. Dans cette tranche d'âge, 43,3% des Suisses – d'origine ou naturalisés – se signalent par des ressources élevées, tandis que cette part est de 23,2% chez les étrangers<sup>43</sup>. De même, 35,6% des Suisses font état de faibles ressources contre 48,7% des étrangers.

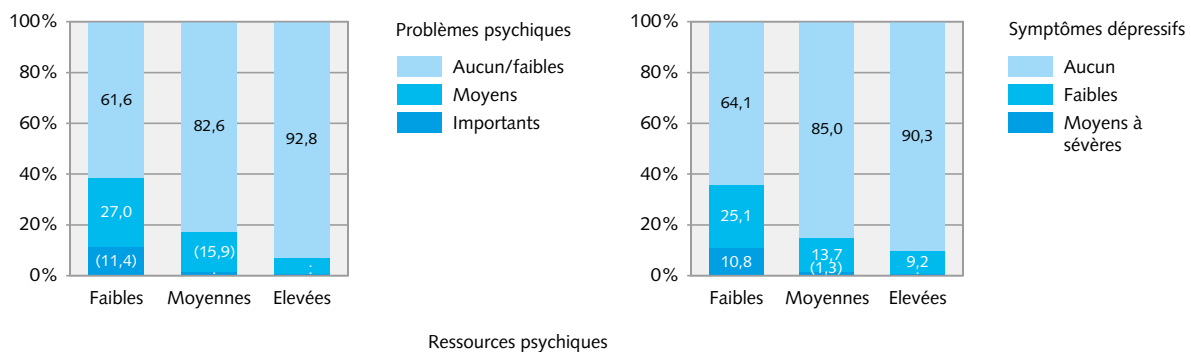
### 2.4.3 Ressources et troubles psychiques

La santé psychique est étroitement liée aux ressources psychiques. Autant les problèmes psychiques que les symptômes dépressifs s'accroissent lorsque de telles ressources font défaut (figure 2.6). En ce qui concerne les problèmes psychiques, les ressources semblent en parti-

culier prévenir la présence de problèmes importants. Plus de neuf personnes sur dix (92,8%) disposant de ressources élevées n'évoquent que de rares problèmes psychiques. Cette proportion est de six personnes sur dix (61,6%) lorsque les ressources psychiques sont faibles. Près d'un répondant sur dix (11,4%) bénéficiant de faibles ressources fait état de problèmes psychiques importants. Des ressources moyennes ou élevées préservent largement de tels problèmes. Les ressources psychiques varient de manière similaire selon le degré des problèmes psychiques. Les personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques disposent à 50,7% de ressources élevées et à 28,6% de faibles ressources. En présence de problèmes psychiques importants, ces proportions sont respectivement de 15,0% et de 68,3%.

**Problèmes psychiques et symptômes dépressifs**  
selon les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.6



Problèmes psychiques: n=4273; symptômes dépressifs: n=3918

. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>43</sup> La différence des proportions de personnes disposant de ressources élevées s'élève ainsi à 20,1% chez les 45-54 ans. Elle est de 9,2% chez les 55-64 ans et de 7,9% chez les plus de 74 ans. Dans les autres classes d'âge, elle reste inférieure à 5% (les pourcentages des classes d'âge dès 55 ans correspondent à un nombre de réponses inférieur à 30).

La présence de symptômes dépressifs s'organise de manière semblable (figure 2.6). Lorsque les ressources psychiques sont élevées, neuf répondants sur dix (90,3%) ne déclarent aucun symptôme dépressif. Près d'un répondant sur dix (10,8%) disposant de faibles ressources psychiques présente des symptômes moyens à sévères.

La santé psychique varie à la fois selon les ressources psychiques et, comme on le verra, selon l'âge, la santé s'améliorant lorsque ce dernier croît (voir 2.5.1, aussi 2.4.2). Comment ces deux facteurs se combinent-ils pour rendre compte des variations de la santé psychique? Les personnes jeunes ont-elles une santé psychique moindre que les aînés en raison de leur seul âge ou les ressources psychiques expliquent-elles ce constat?

La proportion de personnes ne déclarant aucun ou que de faibles problèmes psychiques dépend presque exclusivement des ressources psychiques, l'âge jouant un rôle négligeable (figure 2.7)<sup>44</sup>. Ainsi, dans chaque classe d'âge, environ 60 à 65% des personnes interrogées disposant de faibles ressources n'indiquent aucun ou que de faibles problèmes psychiques. Parmi les personnes ayant des ressources psychiques élevées, on compte environ 90% de répondants n'ayant aucun ou que de faibles problèmes. Or, on se souvient que les personnes âgées disposent de meilleures ressources psychiques que les personnes jeunes (voir 2.4.2). L'inégale distribution des ressources psychiques semble ainsi expliquer une santé psychique généralement moins bonne chez les jeunes personnes que chez les personnes âgées.

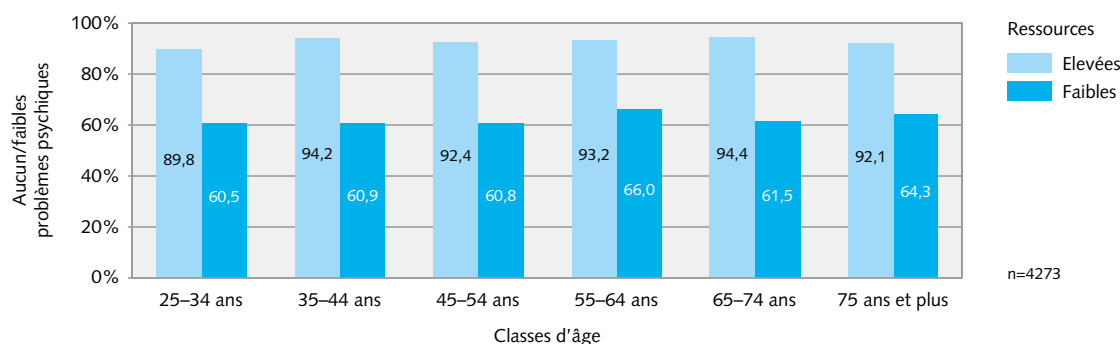
Il en va autrement pour les symptômes dépressifs, l'âge jouant un rôle propre. En effet, la part de personnes présentant des symptômes dépressifs et disposant de ressources élevées croît selon l'âge, passant de 4,4% chez les 25–44 ans et 8,8% chez les 45–64 ans à 23,0% chez les 65 ans et plus. En présence de faibles ressources psychiques, ces parts sont respectivement de 33,6%, de 34,4% et 55,7%<sup>45</sup>.

## 2.5 Troubles psychiques

La section suivante s'intéresse en détail aux troubles psychiques de la population de la Suisse latine. Les troubles psychiques comprennent ici d'une part les problèmes psychiques tels que la nervosité, l'abattement ou les troubles de l'humeur, le calme, le détachement, le découragement ou la mélancolie et la sensation de bien-être, d'autre part un aspect plus spécifique de la santé psychique, à savoir les symptômes dépressifs.

La section commence par une présentation des analyses des troubles psychiques selon différents facteurs sociodémographiques (point 2.5.1). Les troubles psychiques sont ensuite mis en lien avec la santé subjective (point 2.5.2) et les troubles physiques (point 2.5.3). Enfin, la proportion de personnes souffrant de troubles psychiques qui sont en traitement et les types de prestataires de soins auxquels elles ont fait appel sont examinés (point 2.5.4).

**Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon l'âge et les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** Fig. 2.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>44</sup> On ne présente ici que la proportion de personne n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques, la part de personnes déclarant des problèmes psychiques moyens étant également stable selon les classes d'âge. Cette part est comprise entre 5% et 10% chez les personnes disposant de ressources psychiques élevées et entre 25% et 31% en cas de faibles ressources.

<sup>45</sup> Des régressions logistiques confirment ces résultats : les problèmes psychiques dépendent des ressources psychiques, les problèmes dépressifs des ressources et de l'âge (voir annexe 2.1).



### 2.5.1 Problèmes psychiques, symptômes dépressifs et déterminants sociodémographiques

Un modèle de régression logistique a été utilisé afin de déterminer les variables (sociodémographiques) jouant un rôle important en relation avec les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs. Les résultats sont présentés dans l'annexe 2.1. Dans la mesure où la distinction en fonction du degré d'urbanisation ne semble pas apporter d'information supplémentaire, on a par la suite renoncé à cette distinction. Les différences régionales entre la Suisse romande et le Tessin ont été abordées (malgré le résultat non significatif de la régression) dans le cadre des comparaisons régionales (2.3.1).

#### Age

Les personnes âgées font moins souvent état de problèmes psychiques moyens ou importants que les personnes plus jeunes (figure 2.8).

Il en va autrement des symptômes dépressifs, puisque ceux-ci ne s'atténuent pas lorsque l'âge augmente (figure 2.8). La répartition des fréquences selon les classes d'âge varie ici en fonction du degré de gravité des symptômes: on observe d'une part une augmentation des symptômes faibles selon l'âge, particulièrement manifeste dans la classe d'âge des 65–74 ans et des 75 ans et plus. D'autre part, la proportion de personnes souffrant de symptômes moyens à sévères est déjà élevée chez les adultes jeunes (25–34 ans), puis diminue à l'âge moyen (45–64 ans) pour augmenter de nouveau ensuite.

#### Formation et revenu

Les proportions de personnes touchées par des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs diffèrent selon le niveau de formation (figure 2.9). Les personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire sont celles qui présentent le plus souvent (30% environ) des problèmes psychiques moyens ou importants et des symptômes dépressifs faibles à sévères. Chez les personnes disposant d'une formation tertiaire, ce chiffre est de 20%.

Il existe une relation similaire entre revenu et troubles psychiques (figure 2.9): la proportion de personnes signalant des problèmes psychiques moyens ou importants est plus faible dans les ménages disposant d'un revenu élevé que dans ceux ayant un faible revenu. En ce qui concerne les symptômes dépressifs, on peut distinguer deux groupes: les personnes issues de ménages au revenu faible à moyen et celles provenant de ménages au revenu élevé. Les symptômes sont plus rares dans le second groupe que dans le premier.

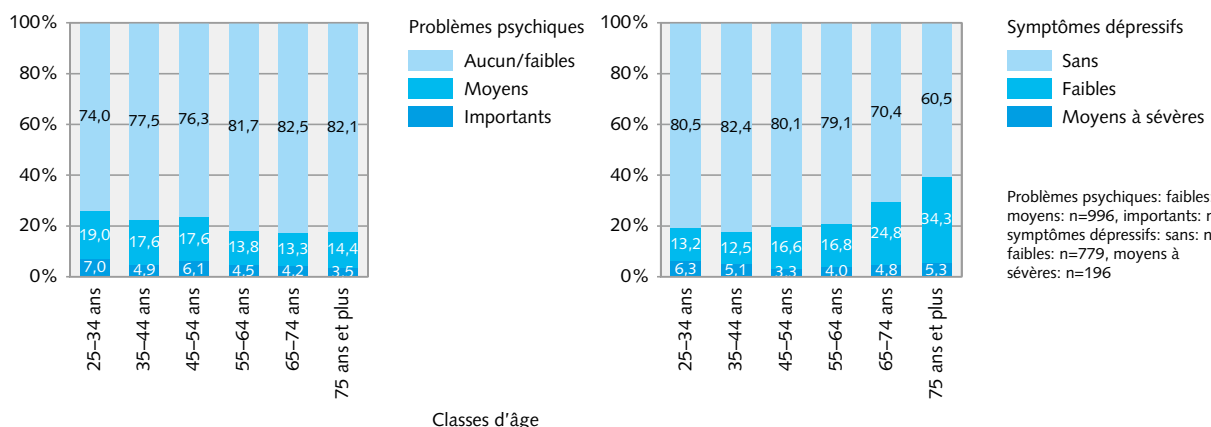
Les différences de sexe, qui sont en général marquées pour les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs, ne se retrouvent plus que sous forme de tendance lorsque le revenu est élevé (résultats non présentés).

#### Nationalité

Les Suisses d'origine souffrent moins souvent de problèmes psychiques moyens ou importants que les Suisses naturalisés et les étrangers, les hommes moins souvent que les femmes.

Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.8

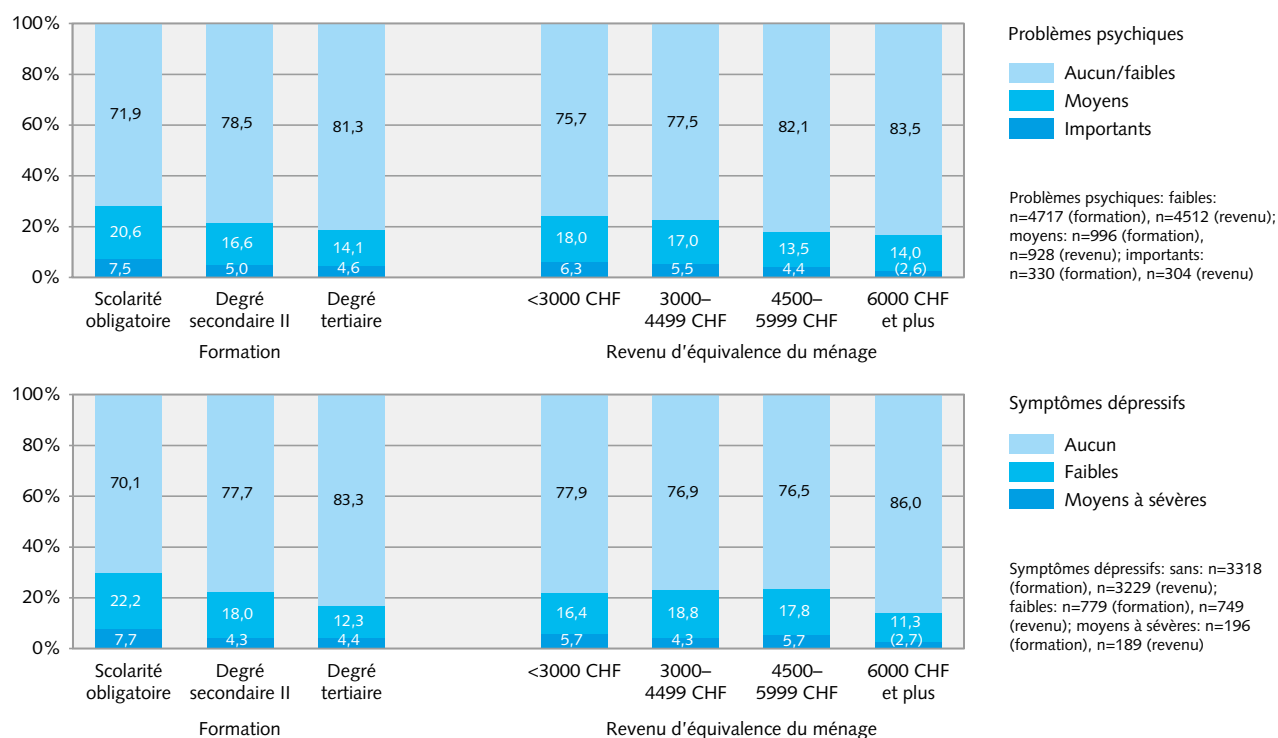


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon la formation et le revenu d'équivalence du ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.9



Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30.

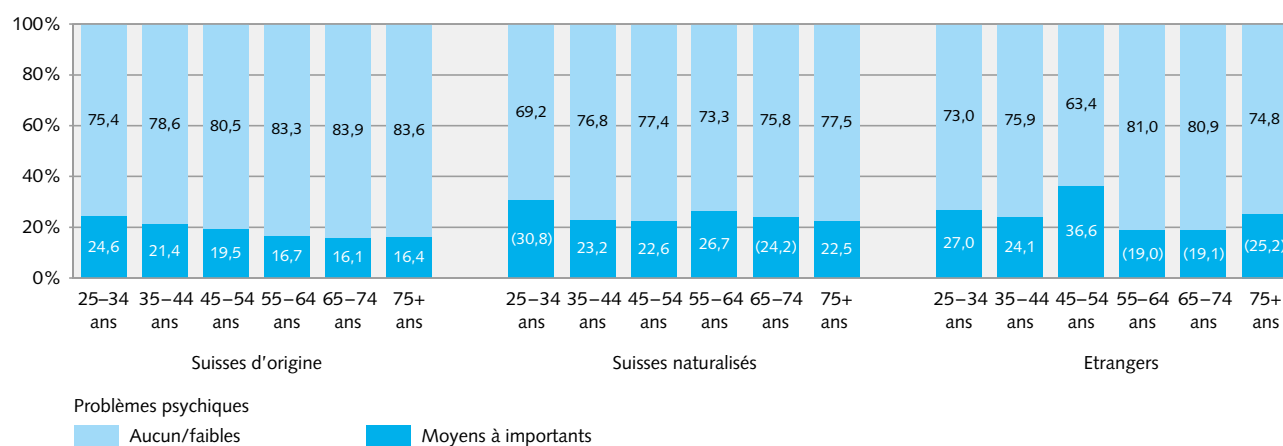
Les proportions des personnes ayant des problèmes psychiques ou des symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% selon la formation et le revenu

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Proportions de personnes ayant des problèmes psychiques moyens à importants selon la nationalité et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.10



Suisse d'origine: n=4348, Suisse naturalisé: n=764, étrangers: n=919

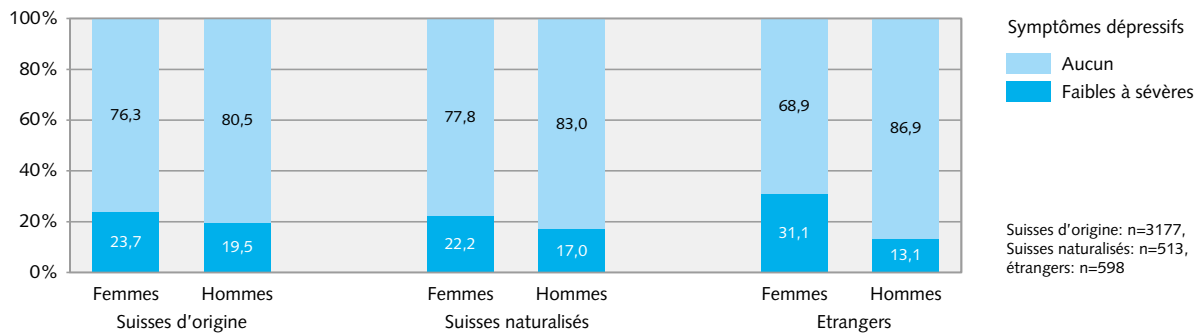
Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30. Les proportions des personnes avec des problèmes psychiques diffèrent significativement à 5% selon la nationalité. Chez les Suisses d'origine les proportions diffèrent significativement à 5% selon l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Proportions de personnes ayant des symptômes dépressifs selon la nationalité et le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.11



Les proportions de personnes ayant des symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% selon la nationalité. Chez les SuisSES d'origine et les étrangers les proportions diffèrent significativement à 5% selon le sexe

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Contrairement aux SuisSES d'origine, on n'observe pas de diminution sensible des problèmes psychiques selon l'âge chez les SuisSES naturalisés et plus encore chez les étrangers (figure 2.10). Chez les étrangers, la classe d'âge des 45–54 ans est particulièrement touchée, 36,6% d'entre eux présentant des problèmes psychiques moyens ou importants.

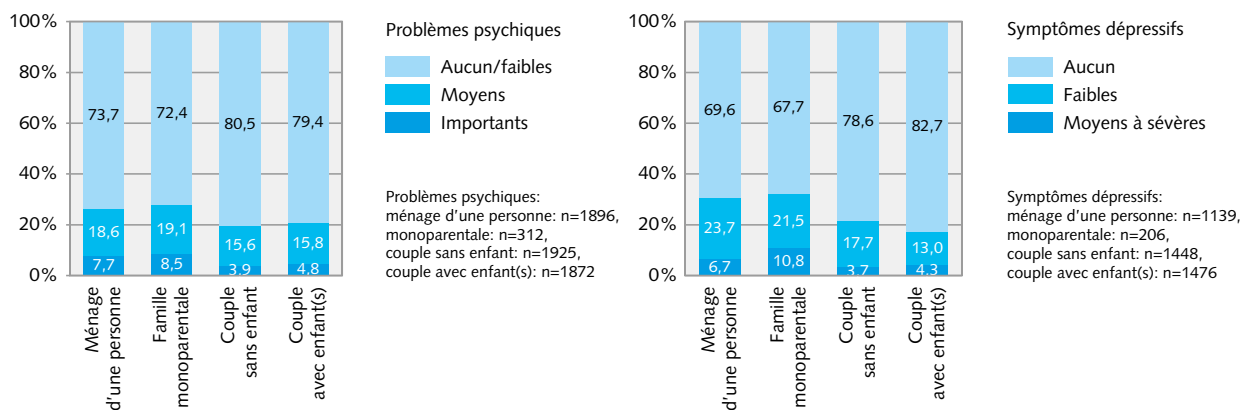
Les différences selon la nationalité sont moins prononcées pour les symptômes dépressifs (figure 2.11). Les SuisSES d'origine diffèrent des étrangers en ce qui concerne les symptômes sévères. Ce sont en particulier les femmes étrangères qui en sont plus souvent atteintes: 10,9% d'entre elles souffrent de symptômes dépressifs sévères contre 3,6% chez les femmes suisSES d'origine.

### Type de ménage

Deux groupes se dessinent lorsque l'on considère le type de ménage et la fréquence des problèmes psychiques ou des symptômes dépressifs. Il s'agit d'un côté des personnes vivant sans partenaire, avec ou sans enfant, et de l'autre de celles qui partagent leur vie avec un partenaire, de nouveau avec ou sans enfant. Les personnes vivant sans partenaire font plus souvent état de problèmes psychiques et de symptômes dépressifs que celles qui sont engagées dans une relation de couple (figure 2.12). Les parents seuls sont ceux qui souffrent le plus de problèmes psychiques et de symptômes dépressifs.

### Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon le type de ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.12



Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30  
 Les proportions de personnes ayant des problèmes psychiques ou des symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% selon le type de ménage

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

## 2.5.2 Problèmes psychiques et santé subjective

La santé auto-évaluée est représentative de l'état de santé d'une personne notamment parce qu'elle englobe aussi bien les aspects physiques, psychiques que sociaux (Hunt, 1988). De plus, plusieurs études prospectives ont montré qu'elle constituait un facteur prédictif fiable et indépendant de la mortalité (Appels et al., 1996).

Le fait que la santé générale participe de la santé psychique se vérifie clairement dans la relation entre la santé auto-évaluée<sup>46</sup> et les problèmes psychiques ou les symptômes dépressifs (figure 2.13). Plus de 80% des personnes qui évaluent leur santé comme bonne ou très bonne n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques et ne signalent pas de symptômes dépressifs, tandis que 3% font état de problèmes psychiques importants et de symptômes dépressifs sévères. Chez les répondants qui estiment que leur santé est mauvaise ou très mauvaise, ces proportions sont de l'ordre de 35% dans les deux cas. Cependant, il n'est pas possible de cerner ici les causes et les effets de façon univoque. Il est probable qu'une mauvaise santé provoque une augmentation des troubles psychiques; d'un autre côté, les problèmes psychiques ont certainement un effet négatif sur l'auto-évaluation de l'état de santé. C'est ainsi que 52,1% des personnes déclarant des problèmes psychiques importants indiquent qu'elles sont en bonne ou en très bonne santé contre 89,6% de celles qui n'ont aucun ou que de faibles problèmes psychiques.

## 2.5.3 Problèmes psychiques et troubles physiques

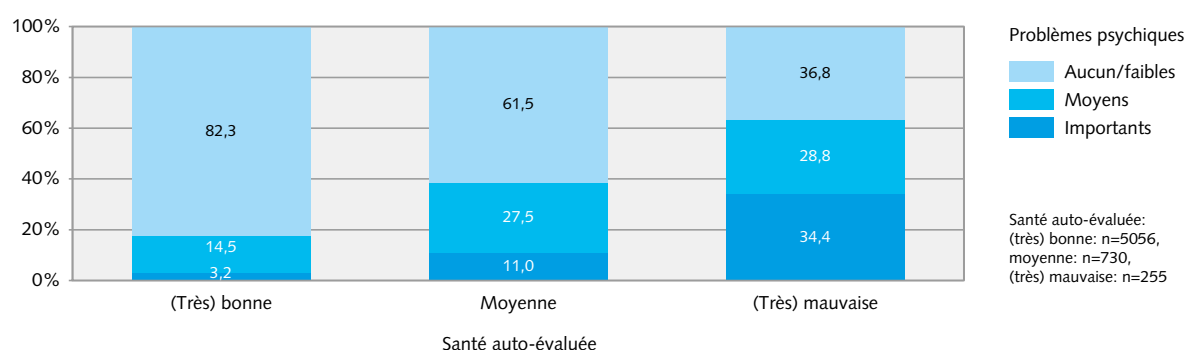
Les maladies psychiques s'accompagnent souvent de troubles physiques et de maladies chroniques (par ex. (Härter et al., 2007; Klesse et al., 2008). Environ 45% des personnes souffrant d'une affection psychique présentent par ailleurs une maladie somatique (Lobo et al., 2005; Thiel et al., 1998). Selon Knol et al. (2006), les adultes souffrant d'une dépression ont un risque accru de 37% de présenter un diabète. D'une part, les pathologies somatiques ou leur traitement peuvent déclencher des affections psychiques; d'autre part, des troubles psychiques peuvent précéder l'apparition de symptômes ou de maladies somatiques. Sur le plan de la prévention, il est essentiel de savoir où existent des vulnérabilités et quels domaines devraient être envisagés conjointement.

### Troubles physiques

La présence simultanée de troubles psychiques et physiques peut également être mise en évidence grâce aux indicateurs sur les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs. Les troubles physiques suivants ont été considérés: maux de dos et de reins, faiblesse généralisée et lassitude généralisée, maux de ventre et ballonnements, diarrhée et constipation, insomnies et difficultés d'endormissement, maux de tête et autres douleurs au visage, irrégularités cardiaques de même que douleurs et pressions dans la poitrine. Il convient ici de rappeler qu'il s'agit d'indications fournies par les personnes interrogées et non de diagnostics médicaux.

**Problèmes psychiques selon la santé auto-évaluée,**  
Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

**Fig. 2.13**



Les proportions de personnes ayant des problèmes psychiques diffèrent significativement à 5% selon la santé auto-évaluée

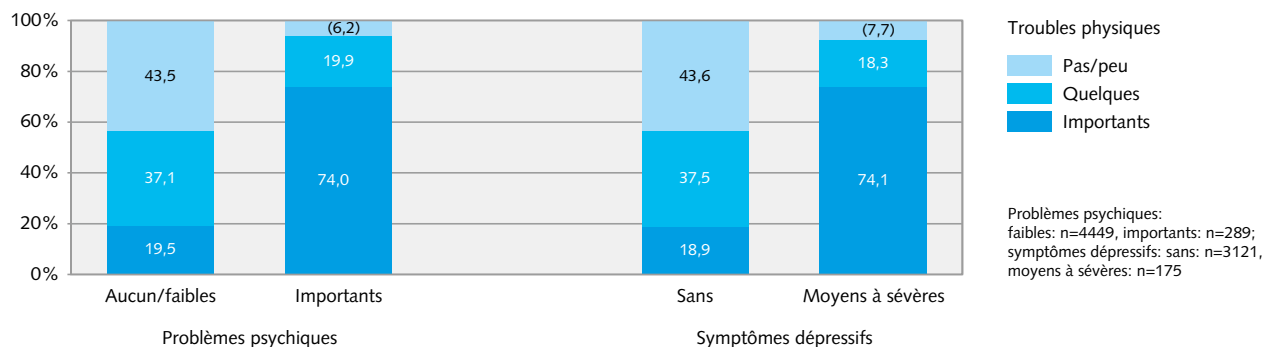
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>46</sup> La question correspondante était la suivante: «Comment jugez-vous votre santé en général?»

### Troubles physiques selon les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.14



Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30. Les proportions de personnes ayant des problèmes psychiques ou des symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% selon les troubles physiques.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Lorsque les problèmes psychiques sont peu marqués ou en l'absence de symptômes dépressifs, on relève des troubles physiques importants chez environ un cinquième des répondants (resp. 19,5% et 18,9%)<sup>47</sup> (figure 2.14). Cependant, si les personnes souffrent de problèmes psychiques importants ou de symptômes dépressifs sévères, ce sont trois quarts d'entre elles (resp. 74,0% et 74,1%) qui présentent des troubles physiques importants. Seules respectivement 6,2% et 7,7% des personnes souffrant de problèmes psychiques importants ou de dépression déclarent ne pas ressentir ou ne guère ressentir de troubles physiques.

Le sentiment de faiblesse généralisée et de fatigue, les insomnies et les difficultés d'endormissement de même que les maux de dos et de reins sont les troubles physiques les plus souvent mentionnés lors de problèmes psychiques ou de symptômes dépressifs. Moins de 3% des personnes ne présentant aucun ou que de faibles problèmes psychiques ou n'ayant pas de symptômes dépressifs déclarent fortement souffrir de faiblesse généralisée et de fatigue, tandis que cette part est près de 14 fois plus élevée en cas de problèmes psychiques importants ou de dépression sévère, soit de plus de 40% (figure 2.15). Les insomnies et les difficultés d'endormissement (5–6%) et

les maux de dos et de reins (presque 8%) se rencontrent un peu plus souvent que la faiblesse généralisée et la fatigue, également chez les personnes ne présentant aucun ou que de faibles problèmes psychiques ou pas de symptômes dépressifs. Ils sont en revanche nettement plus fréquents en cas de problèmes psychiques importants (troubles du sommeil: 42,6%, maux de dos et de reins: 30,0%) et chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères (resp. 34,4% et 32,2%).

#### Maladies chroniques

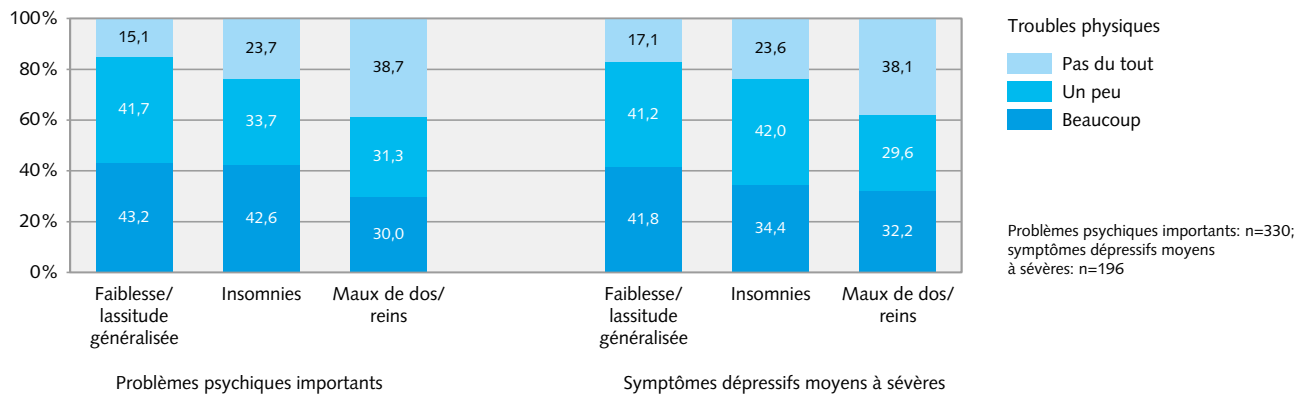
Ce qui vient d'être décrit au sujet du lien entre troubles psychiques et physiques s'applique aussi pour les maladies chroniques: les personnes qui souffrent de problèmes psychiques ou qui déclarent des symptômes dépressifs présentent plus souvent une maladie chronique<sup>48</sup> que celles dont ce n'est pas le cas (problèmes psychiques importants: 54,0%, problèmes psychiques faibles: 22,7%).

La prévalence des maladies chroniques augmente en général selon l'âge. Cette évolution s'observe chez les personnes ne présentant pas de troubles psychiques ou dont les troubles sont modérés, mais pratiquement pas chez les personnes souffrant de problèmes psychiques ou de symptômes dépressifs faibles à sévères. Dans ce dernier cas, la proportion des individus atteints d'une maladie chronique tend à diminuer dans les tranches d'âge à partir de 65 ans (figure 2.16). Ceci pourrait également résulter d'un processus de sélection, notamment du fait que seules les personnes en ménage privé ont été interrogées dans l'ESS.

<sup>47</sup> L'indice des «troubles physiques (sans la fièvre)» est constitué de neuf questions portant sur différents troubles physiques (mal de dos et de reins, faiblesse généralisée et lassitude généralisée, maux de ventre/balonnements, diarrhée/ constipation, insomnies et difficultés d'endormissement, maux de tête et autres douleurs au visage, irrégularités cardiaques, douleurs et pressions dans la poitrine). Les questions se rapportent aux 4 semaines précédant l'enquête. Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories de réponses proposées: 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.

<sup>48</sup> La question correspondante dans l'ESS était la suivante: «Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps?»

### Troubles physiques selon les problèmes psychiques importants et les symptômes dépressifs moyens à sévères, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 Fig. 2.15

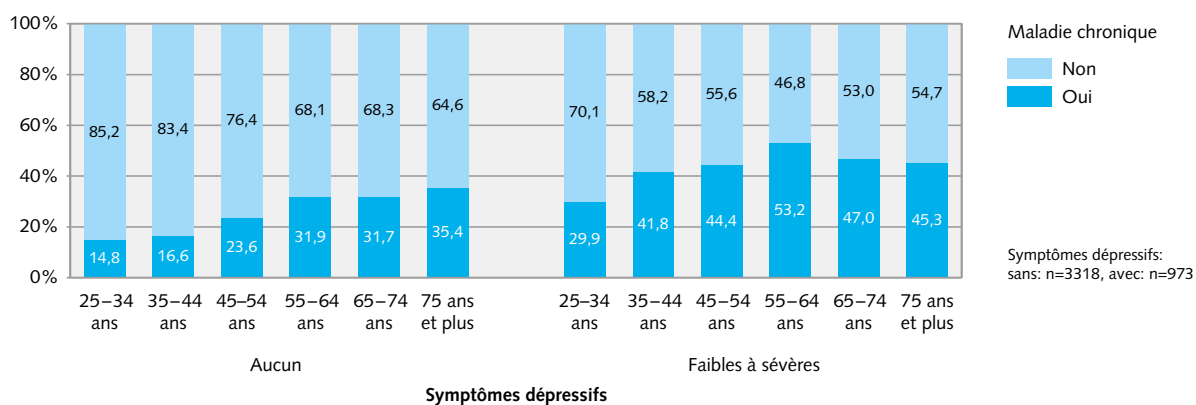


Les proportions de personnes ayant des problèmes psychiques importants ou des symptômes dépressifs diffèrent significativement à 5% des proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques et aucun symptôme dépressif (n'est pas dans la figure)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Prévalence d'une maladie chronique selon les symptômes dépressifs et l'âge, Suisse latine, 2007 Fig. 2.16



En raison des effectifs réduits, les catégories des symptômes faibles et des symptômes moyens à sévères ont été réunies. Chez les personnes sans/avec des symptômes dépressifs les proportions de personnes sans/avec des maladies chroniques diffèrent significativement à 5% selon l'âge.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

#### 2.5.4 Troubles psychiques et traitement

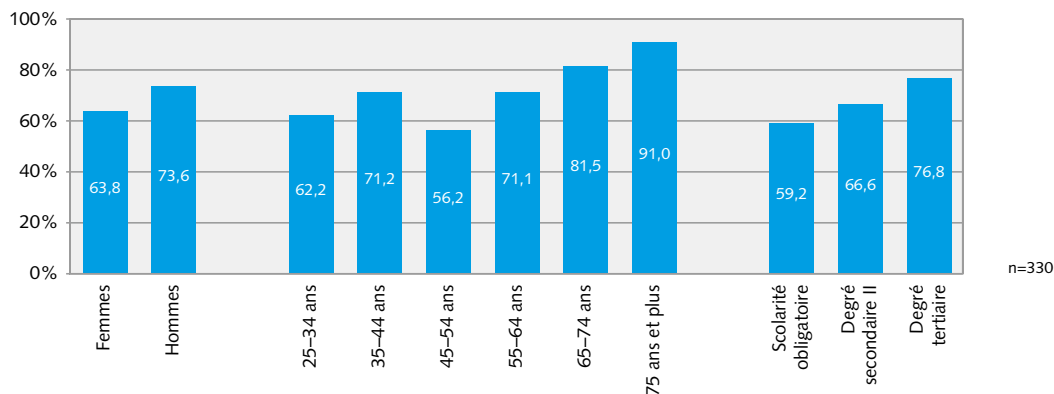
Le moment où l'on demande l'aide d'un professionnel et la personne à qui l'on s'adresse sont décisifs pour les chances de guérison en cas de maladies psychiques. Pour l'individu, des soins insuffisants signifient un risque accru d'aggravation, de chronicisation, de comorbidité, et de suicide ainsi que d'isolement, d'appauvrissement, de déprivation et de conflits (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Spycher et al. (2005) font remarquer que le recours aux psychothérapies est insuffisant en Suisse, dans la mesure où 146'000 patients environ suivent actuellement une thérapie, alors qu'on estime qu'il y aurait jusqu'à 553'000 personnes en ayant besoin ou qui souhaiteraient en débiter une.

En Suisse latine, 5,9% des 25 ans et plus ont été traités pour des troubles psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête, les femmes (7,3%) plus souvent que les hommes (4,5%).

La figure 2.17 montre les proportions de personnes souffrant de problèmes psychiques importants qui ont eu recours à un traitement au cours des douze mois précédant l'enquête selon différents facteurs sociodémographiques. Les effectifs sont très faibles dans certaines catégories, ce qui pourrait expliquer que les différences ne soient pas statistiquement significatives. Cependant, on peut identifier diverses tendances selon le sexe, la tranche d'âge et le niveau de formation. On retiendra pour l'essentiel que les femmes ayant des problèmes psychiques importants ont plus tendance à se faire traiter

**Proportions de personnes ayant des problèmes psychiques importants et n'ayant pas de traitement selon le sexe, l'âge et la formation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 2.17



Différences non significatives

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

que les hommes, et que ce sont surtout les personnes âgées qui ne cherchent pas un traitement. Par ailleurs, il semble que les personnes ayant un haut niveau de formation sont moins enclines à se faire traiter que, par exemple, celles ayant suivi la seule scolarité obligatoire.

La figure 2.18 montre à quel type de prestataires de soins les individus font appel. Les personnes interrogées avaient la possibilité de donner plusieurs réponses, ce qui explique que les catégories mentionnées comprennent aussi des combinaisons de divers professionnels. La majorité des personnes ayant été traitées pour des troubles psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête ont consulté des psychiatres (28,2%); ceux-ci sont suivis, par ordre décroissant, des médecins généra-

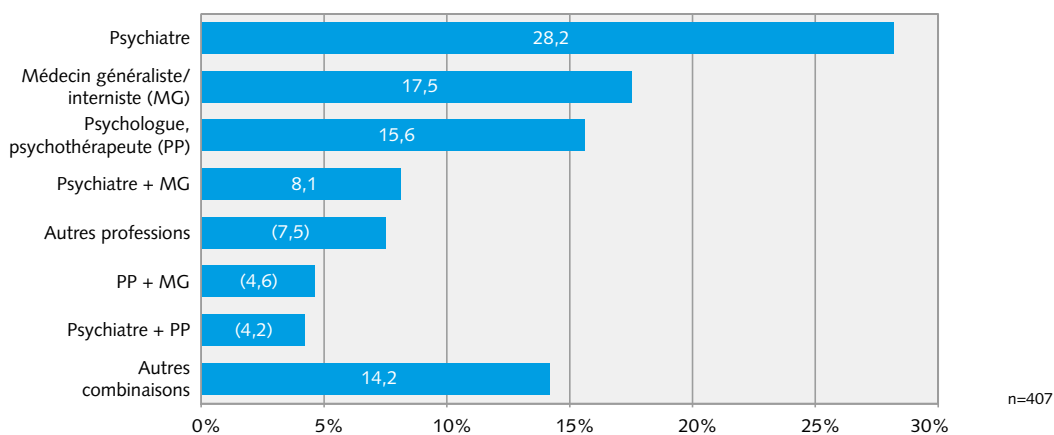
listes et des psychologues/psychothérapeutes. La combinaison d'une prise en charge par un médecin généraliste et un psychiatre est également assez fréquente.

On voit ici apparaître le rôle fondamental qui incombe aux médecins de premier recours dans l'identification, le traitement mais aussi la prévention des troubles psychiques, en particulier pour les problèmes peu sévères ou en cas d'affections physiques associées.

On a par ailleurs cherché à savoir s'il existait parmi les divers sous-groupes de la population des différences expliquant que les personnes fassent plutôt appel à des médecins de premier recours ou à des spécialistes non médecins. Cependant, aucune différence significative n'apparaît, que ce soit entre femmes et hommes, selon

**Proportions de personnes qui ont été traitées pour des problèmes psychiques selon le prestataire, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 2.18



Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

le niveau de formation ou la nationalité. Cela pourrait être dû au faible nombre de personnes en traitement dans l'échantillon.

### Traitement médical de la dépression

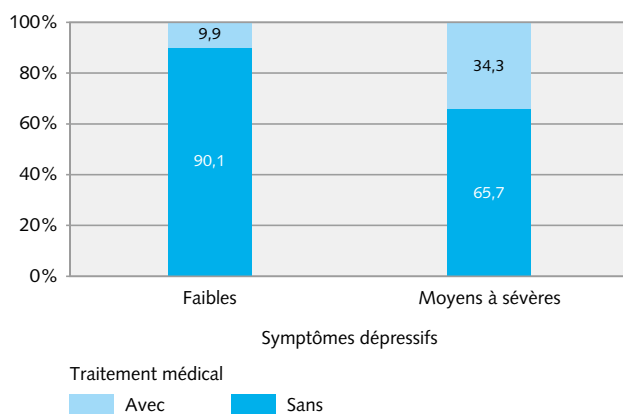
5,1% des personnes interrogées indiquent avoir bénéficié d'un traitement médical pour une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête (femmes: 6,1%; hommes: 4,0%). Ces chiffres se retrouvent dans les mêmes proportions selon les classes d'âge, soit entre 4,4% (25–34 ans) et 6,3% (55–64 ans).

Chez les personnes présentant des symptômes dépressifs, 15,5% suivaient un traitement médical; parmi celles-ci, 9,9% souffraient de symptômes dépressifs faibles et un bon tiers (34,3%) de symptômes sévères (figure 2.19). Deux tiers des personnes (65,7%) présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères ne bénéficiaient pas d'un traitement médical de la dépression.

On notera enfin que 40,5% des femmes présentant des symptômes dépressifs sévères indiquent qu'elles sont traitées médicalement pour une dépression, alors que ce chiffre est de 24,3% chez les hommes.

### Proportions de personnes ayant des symptômes dépressifs avec ou sans traitement médical, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.19



n=903  
Les proportions de personnes qui se font traiter diffèrent significativement à 5% selon les symptômes dépressifs

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

## 2.6 Groupes spécifiques

Cette section est consacrée à éclairer la santé psychique du point de vue de plusieurs groupes de population spécifiques, dont les membres partagent certains critères biographiques ou de situation de vie. Elle débute par une présentation détaillée de résultats concernant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes âgés de 11 à 24 ans (2.6.1). Puis, on traitera de la situation de personnes susceptibles d'être privées du soutien de proches, à savoir les personnes vivant seules ou élevant seules leurs enfants en incluant les personnes âgées (2.6.2). Les deux points suivants s'articulent autour de l'insertion professionnelle, s'intéressant à la santé psychique d'une part des chômeurs et des personnes craignant de perdre leur emploi (2.6.3), d'autre part des personnes exerçant une activité professionnelle en lien avec leurs conditions de travail (2.6.4).

### 2.6.1 Jeunes de 11 à 24 ans

A l'adolescence, les symptômes d'ordre psychique sont courants mais le plus souvent passagers et n'ont, par conséquent, généralement aucune incidence sur la vie quotidienne. En fait, selon leur sévérité et leur durée, les symptômes psychiques peuvent traduire une réaction temporaire à un événement, des difficultés psychosociales ou des troubles psychologiques. Lorsqu'ils sont sévères et persistants, ils peuvent être la manifestation de pathologies telles la dépression et l'anxiété. Une récente revue de littérature montre que, parmi les étudiants universitaires, les pathologies les plus répandues sont la dépression, les troubles du comportement alimentaire, l'auto-mutilation et différents troubles obsessionnels compulsifs (Storrie et al., 2010).

Un dépistage précoce des troubles psychiques est essentiel, car il permet une meilleure prise en charge de ceux-ci. Cependant, les jeunes souffrant de ce type de maux n'en parlent pas forcément à leur entourage et ne cherchent pas systématiquement de l'aide, ce qui peut avoir des conséquences pour leur vie future. En effet, les adolescents et jeunes adultes qui présentent durablement des symptômes psychiques ont un risque accru d'en souffrir encore ou de développer des troubles psychiques sévères plus tard à l'âge adulte (Kinnunen et al., 2010). Sachant cela, le rôle des parents, des pairs et des acteurs du milieu scolaire et professionnel s'avère déterminant puisque leur situation leur permet, s'ils constatent de tels symptômes, d'engager une discussion appro-



fondie avec le jeune, dont le but sera de déceler d'éventuels troubles et, le cas échéant, de lui proposer une prise en charge adaptée.

### Etat psychoaffectif des jeunes âgés de 11 à 15 ans Comparaisons régionales

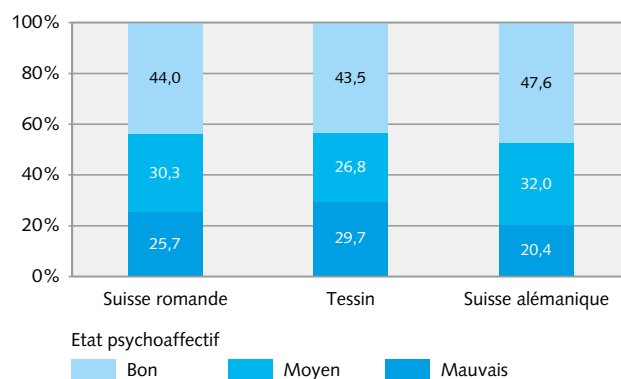
L'état psychoaffectif (annexe 2.2) des jeunes de 11 à 15 ans varie peu mais de façon significative entre les régions linguistiques (figure 2.20). C'est au Tessin que la part des jeunes adolescents ayant un mauvais état psychoaffectif est la plus élevée. Vient ensuite la Suisse romande, puis la Suisse alémanique.

### Age et sexe

Dans les cantons latins considérés dans leur ensemble, 26,5% des 11–15 ans ont un mauvais état psychoaffectif, 29,5% un état psychoaffectif moyen et 44,0% un bon état psychoaffectif (c'est-à-dire aucun symptôme psychoaffectif chronique).

Alors qu'aucune différence n'apparaît si l'on considère la nationalité des jeunes de 11 à 15 ans, des différences sont observables selon le sexe et l'âge (figure 2.21). En effet, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir un mauvais état psychoaffectif, tandis que les garçons sont proportionnellement plus nombreux à jouir d'un bon état psychoaffectif. Par ailleurs, la part des jeunes qui ont un bon état psychoaffectif est comparable chez les 11 et 12 ans, puis diminue chez les 13, 14 et 15 ans. On ne relève en revanche pas de tendance aussi claire pour les deux autres niveaux de bien-être psychoaffectif, dont la prévalence tend néanmoins à s'accroître entre les classes d'âge.

### Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans, comparaison régionale, 2006 Fig. 2.20

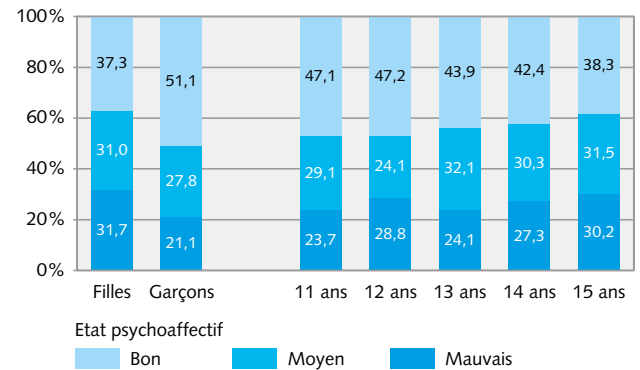


Suisse romande: n=2327, Tessin: n=1067, Suisse alémanique: n=6409  
Différences significatives à 0.1% entre les régions linguistiques (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 2006 Fig. 2.21



Filles: n=1474, Garçons: n=1394, 11 ans: n=539, 12 ans: n=553, 13 ans: n=686, 14 ans: n=693, 15 ans: n=397

Différence significative à 0.1% entre les garçons et les filles (p<0.001) et à 5% entre les cinq groupes d'âge (p<0.05)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Structure familiale

Des différences significatives apparaissent également lorsque l'on considère la structure familiale dans laquelle vivent les jeunes de 11–15 ans (figure 2.22): la part des jeunes ayant un mauvais état psychoaffectif est plus grande parmi ceux grandissant dans une famille monoparentale ou recomposée que parmi ceux qui vivent avec leurs deux parents; ces derniers sont proportionnellement plus nombreux que les autres à jouir d'un bon état psychoaffectif.

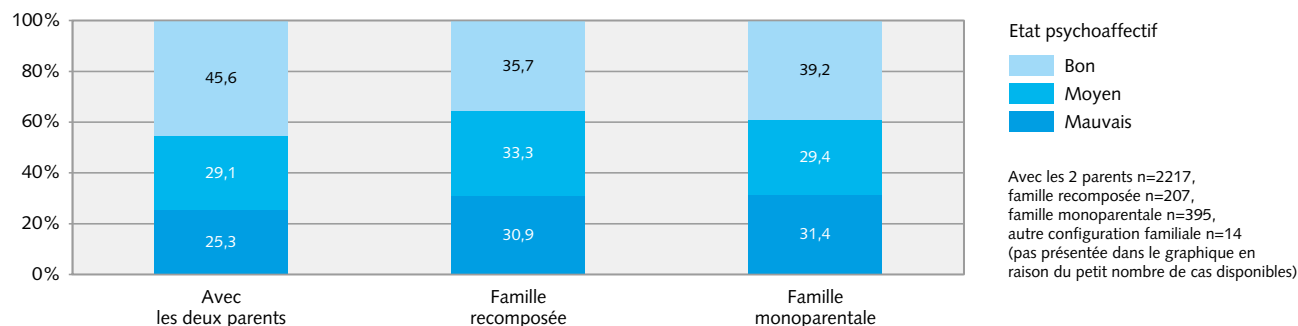
### Santé générale et troubles somatiques

A l'adolescence, les symptômes somatiques peuvent être liés à une maladie ou une défaillance organique ainsi qu'à des problèmes mécaniques ou de croissance. Si un examen médical ne permet pas de les expliquer, il se pourrait qu'ils traduisent des problèmes d'adaptation psychosociale ou une trop forte exposition à des situations de stress. Ce phénomène de somatisation est courant durant cette période et le plus souvent transitoire. Mais s'il persiste, il peut aussi être associé à des pathologies telles que la dépression ou l'anxiété (pour plus d'information à ce sujet, voir Delgrande Jordan et al., 2007).

Dans les cantons latins, 7,0% des 11–15 ans jugent leur état de santé moyen ou mauvais. Comparativement à ceux dont l'état psychoaffectif est bon, les jeunes adolescents dont l'état est mauvais sont proportionnellement plus nombreux à considérer leur santé comme moyenne ou mauvaise (figure 2.23). 71,7% des 11–15 ans n'ont ressenti de manière chronique (c'est-à-dire

**Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans selon la structure familiale, Suisse latine, 2006**

**Fig. 2.22**



Différences significatives à 1% entre les quatre différentes structures familiales ( $p < 0.01$ )

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

plusieurs fois par semaine ou plus souvent dans les six derniers mois) aucun des quatre symptômes somatiques que sont les maux de tête, les maux de ventre, les vertiges et les maux de dos, 16,1% en ont ressenti un, 7,2% deux et 5% trois ou quatre. Or, comparés à ceux dont l'état psychoaffectif est bon, les jeunes adolescents ayant un mauvais état psychoaffectif sont proportionnellement plus nombreux à indiquer souffrir chroniquement d'au moins un de ces troubles (figure 2.24).

#### Sentiment de solitude et contacts sociaux

Toujours en Suisse latine, 13,6% des jeunes de 11 à 15 ans se sentent parfois seuls et 9,1% souvent ou toujours seuls. Par ailleurs, 19,3% pensent ne pas pouvoir se confier facilement à au moins un de leurs parents (père, mère, beau-père, belle-mère); 36,1% disent avoir chaque jour des contacts par SMS, téléphone ou internet avec leurs amis et 48,3% au moins un jour par semaine (mais pas chaque jour). Les jeunes adolescents dont

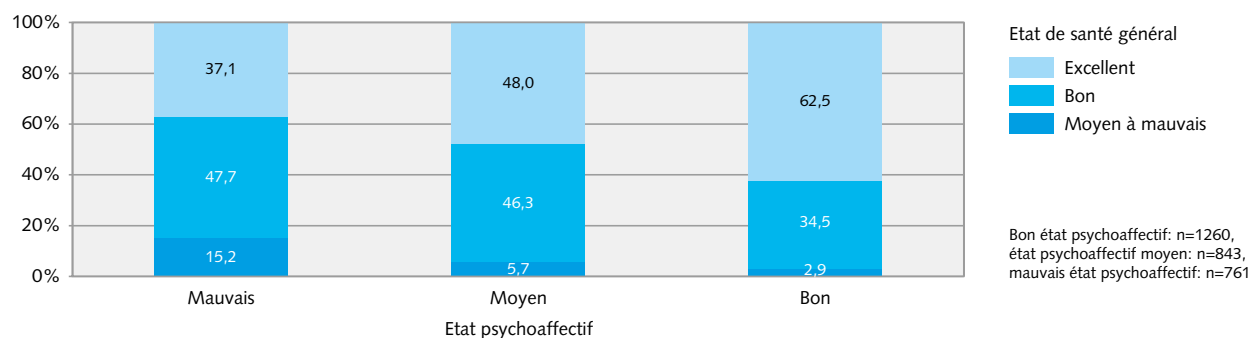
l'état psychoaffectif est mauvais sont proportionnellement plus nombreux à trouver difficile de se confier à leurs parents et à se sentir fréquemment seuls que ceux dont l'état psychoaffectif est bon. S'agissant de la fréquence des contacts «électroniques» avec les amis, il apparaît que leur fréquence est d'autant plus élevée que l'état psychoaffectif est mauvais (figure 2.25 à figure 2.27).

#### Problèmes psychiques et symptômes dépressifs chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans

Dans le cadre de l'ESS de 2007, les jeunes gens âgés de 16 à 24 ans ont, quant à eux, été interrogés sur divers indicateurs relatifs aux problèmes psychiques et aux symptômes dépressifs (voir 2.2.2). Les analyses reposent ainsi sur les mêmes indices que ceux utilisés pour les personnes âgées de 25 ans et plus.

**Perception de l'état de santé général chez les jeunes de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006**

**Fig. 2.23**



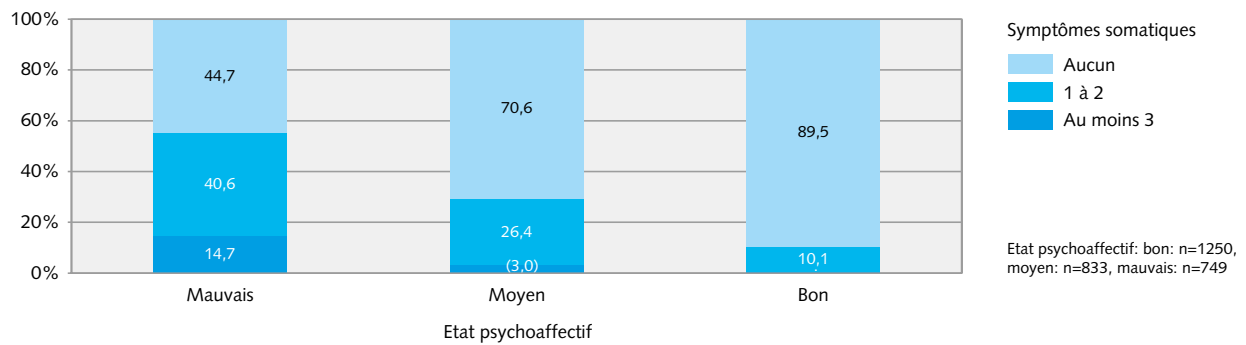
Différence significative à 0.1% entre états psychoaffectifs ( $p < 0.001$ )

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

**Nombre de symptômes somatiques chroniques ressentis durant les douze derniers mois par les jeunes de 11 à 15 ans selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006**

**Fig. 2.24**



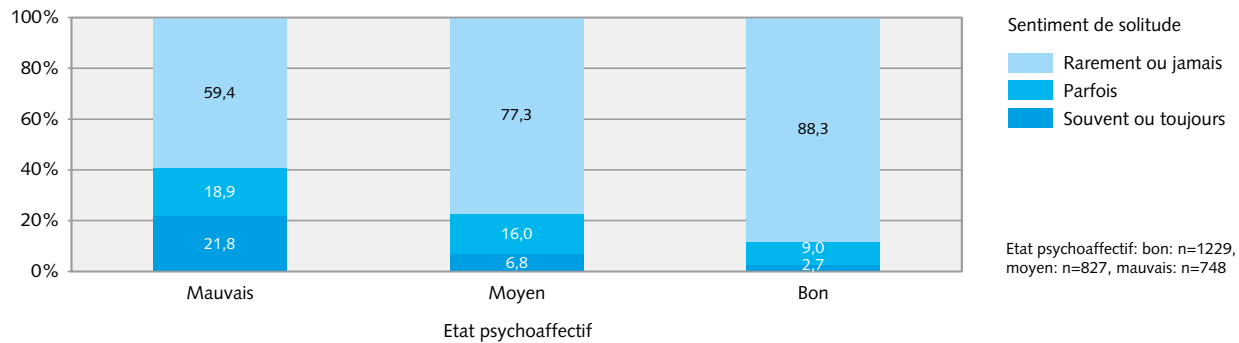
. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30  
 Différence significative à 0.1% entre états psychoaffectifs (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

**Fréquence du sentiment de solitude durant la dernière semaine, chez les jeunes de 11 à 15 ans selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006**

**Fig. 2.25**



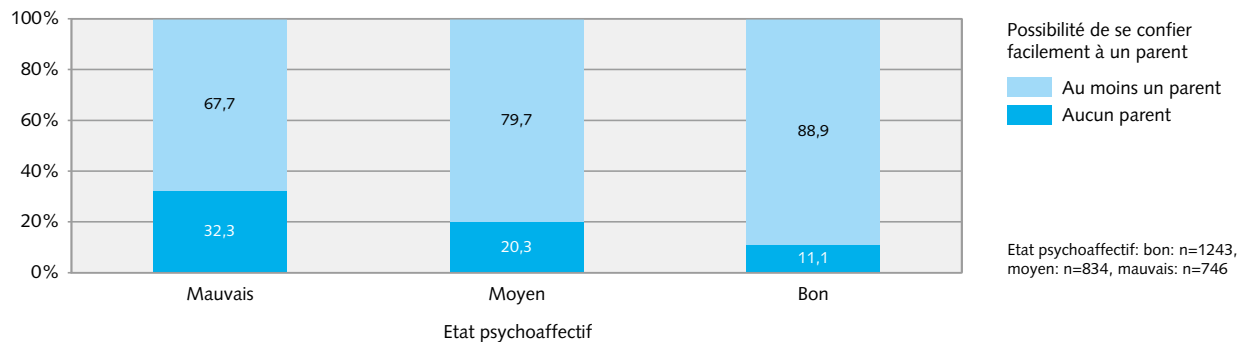
. Réponses de 0 à 9 personnes  
 Différence significative à 0.1% entre états psychoaffectifs (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

**Possibilité de se confier facilement à un parent (père, mère, beau-père, belle-mère) parmi les jeunes de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006**

**Fig. 2.26**



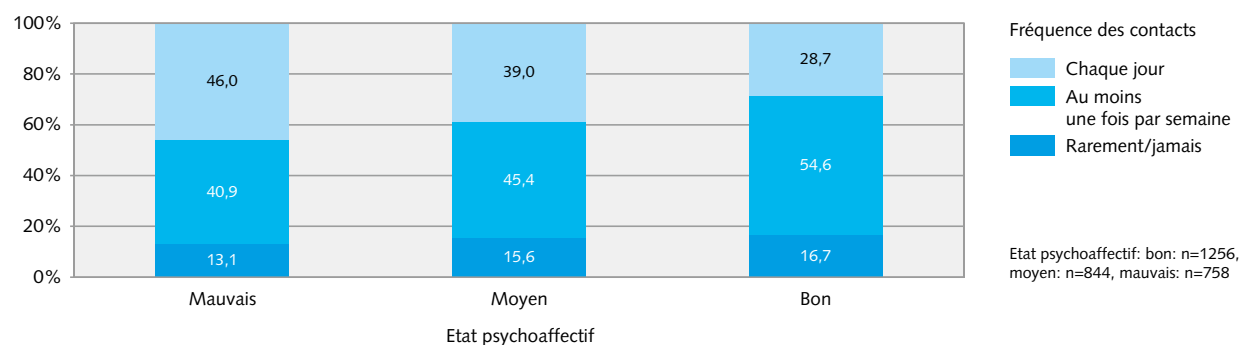
Différence significative à 0.1% entre états psychoaffectifs (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Fréquence des contacts par SMS, téléphone ou Internet avec les amis chez les jeunes de 11 à 15 ans selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006

Fig. 2.27



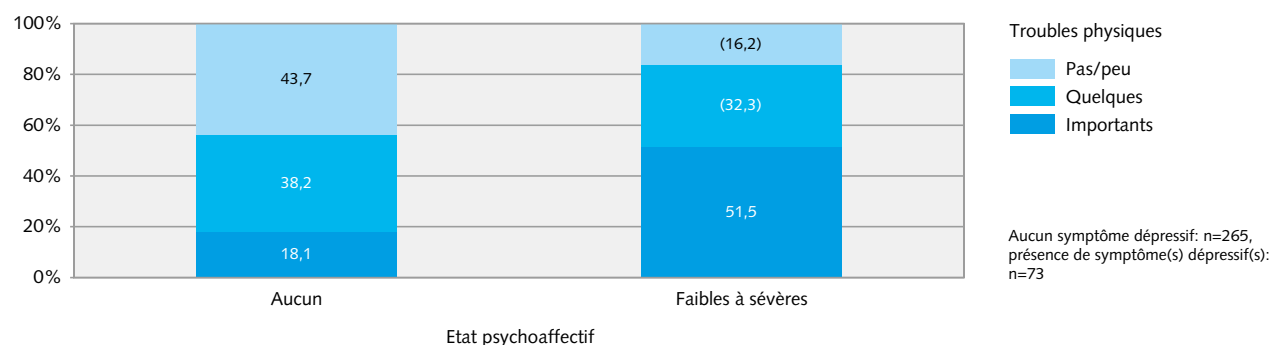
Différence significative à 0.1% entre états psychoaffectifs (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Importance des troubles physiques durant les quatre semaines précédant l'enquête chez les jeunes de 16 à 24 ans selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007

Fig. 2.28



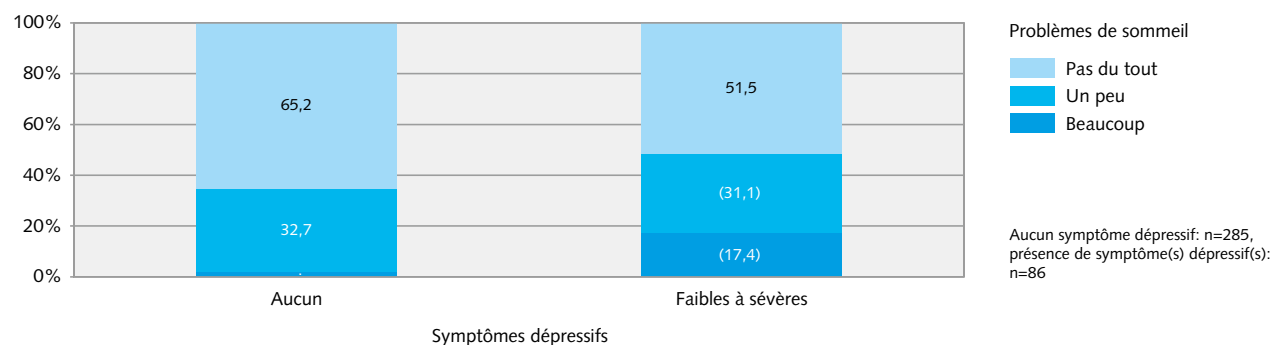
Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30. Différence significative à 0.1% (p<0.001)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Fréquence des problèmes de sommeil au cours des quatre semaines précédant l'enquête chez les jeunes de 16 à 24 ans selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007

Fig. 2.29



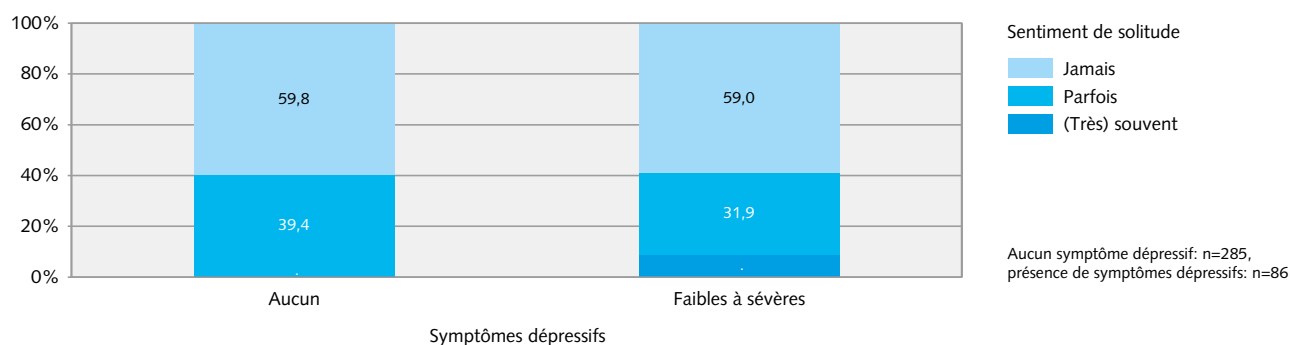
Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30. Différence significative à 0.1% (p<0.001)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Fréquence du sentiment de solitude chez les jeunes de 16 à 24 ans durant les quatre semaines précédant l'enquête selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007**

Fig. 2.30



Réponses de 0 à 9 personnes  
Différence significative à 0.1% ( $p < 0.001$ )

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Comparaison temporelle et critères sociodémographiques

Selon l'indice utilisé dans la présente étude, 5,3% des 16–24 ans déclarent des problèmes psychiques importants et 17,9% des problèmes moyens, tandis que 76,8% n'évoquent aucun ou que de faibles problèmes. On ne relève pas de différences significatives en fonction du sexe, de l'âge (16–19 ans vs 20–24 ans), de la nationalité, du niveau de formation, du type de ménage et du revenu d'équivalence du ménage.

Concernant les symptômes dépressifs, 3,6%<sup>49</sup> des 16–24 ans présentent des symptômes moyens à sévères et 19,5% de faibles symptômes; 76,9% ne font état d'aucun symptôme. Dans leur ensemble, les résultats de 2007 ne diffèrent pas significativement de ceux de 2002 (resp. 6,0%, 14,8% et 79,2%).

La sévérité des symptômes dépressifs ne varie pas de façon significative selon le sexe, l'âge (16–19 ans vs 20–24 ans), la nationalité, le niveau de formation et du type de ménage. En revanche, la part des jeunes gens ne présentant aucun symptôme dépressif est plus élevée lorsque le revenu de la famille est inférieur à 4500 francs par mois (environ 80%) que lorsque celui-ci est supérieur à 4500 francs par mois (58,9%).

### Troubles physiques et sentiment de solitude

En Suisse latine, 3,9%<sup>49</sup> des 16–24 ans jugent leur état de santé mauvais à moyen, 67,4% bon et 28,8% très bon. Ils sont en outre 25,2% à présenter d'importants troubles physiques, 35,7% quelques troubles et 39,2% peu ou pas de troubles; 7,1% disent avoir eu beaucoup d'insomnies et de difficultés d'endormissement au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 28,8% quelques difficultés et 64,1% pas du tout. Enfin, 3,3%<sup>49</sup> se sentent souvent voire très souvent seuls, 37,4% parfois et 59,3% jamais seuls.

Comparativement à ceux qui présentent peu ou pas de symptômes dépressifs<sup>50</sup>, les jeunes de 16–24 ans qui souffrent d'au moins un symptôme sont proportionnellement plus nombreux à souffrir de troubles physiques importants, à rencontrer des insomnies et des difficultés d'endormissement (figure 2.28 à figure 2.30).

### 2.6.2 Personnes seules et âgées

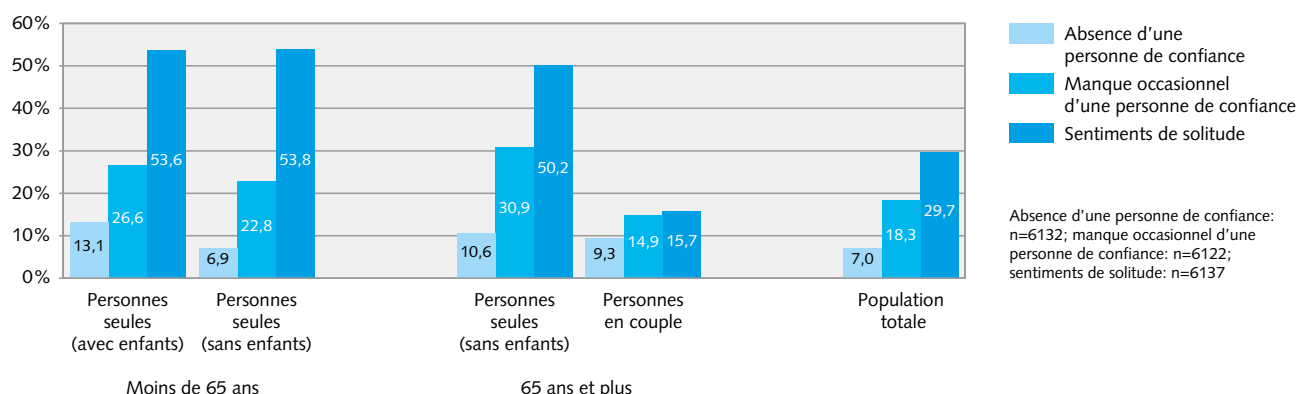
La santé psychique dépend des ressources sociales des individus, la solitude et le manque de soutien, notamment en lien avec une faible participation sociale, étant des facteurs conduisant à un affaiblissement de la santé psychique (Berkman & Glass, 2000; Cacioppo et al., 2006; Steinmann, 2005). Les personnes seules – qu'elles vivent avec des enfants ou non – éprouvent souvent un manque de soutien social couplé à des sentiments de solitude (figure 2.31). Avant l'âge de 65 ans, une personne interrogée sur huit (13,1%) élevant seule ses enfants déplore l'absence, dans son entourage, d'une

<sup>49</sup> Ce pourcentage correspond à un nombre de réponses inférieur à 30.

<sup>50</sup> L'indice de symptômes dépressifs a été dichotomisé afin de disposer d'un nombre suffisant de cas pour les analyses.

Proportions de personnes selon différents indicateurs de soutien social, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.31



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

personne de confiance à qui elle puisse se confier et parler de ses problèmes<sup>51</sup>; un quart (26,6%) d'entre elles indiquent qu'il leur manque parfois le soutien d'une telle personne<sup>52</sup>. Enfin, la moitié des personnes seules avec enfants font état de sentiments de solitude (53,6%)<sup>53</sup>. Les répondants vivant seuls sans enfant – autant dans le groupe des moins de 65 ans que des 65 ans et plus – présentent une situation largement comparable. Tout au plus déclarent-ils un peu moins souvent l'absence d'une personne de confiance; les moins de 65 ans évoquent moins souvent et les 65 ans et plus en revanche plus fréquemment manquer parfois du soutien d'une telle personne.

La situation des personnes de 65 ans et plus met clairement en évidence le rôle de soutien que peut jouer l'entourage proche, en l'occurrence le conjoint. Ainsi, les aînés vivant seuls évoquent deux fois plus souvent un manque occasionnel de soutien d'une personne de confiance que les répondants en couple. Cet écart est encore plus affirmé pour les sentiments de solitude, ceux-ci étant trois fois plus fréquents chez les aînés vivant seuls que chez ceux qui vivent avec leur conjoint.

Parallèlement à un soutien social parfois limité, les personnes vivant seules se caractérisent par une santé psychique souvent moindre. Ces différences, tout en res-

tant somme toute assez modérées, portent en premier lieu sur les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs (figure 2.32). Les ressources psychiques, quant à elles, diffèrent uniquement chez les moins de 65 ans. Dans une large mesure, les différences reflètent les variations liées à l'âge (voir 2.4.2 et 2.5.1).

Environ 70% des personnes seules – qu'elles vivent ou non avec des enfants – n'évoquent aucun ou que de faibles problèmes psychiques, cette part s'élevant à un peu moins de 80% dans l'ensemble de la population. Environ sept personnes sur dix de moins de 65 ans vivant seules ne déclarent aucun symptôme dépressif contre à nouveau 80% dans l'ensemble de cette classe d'âge. L'écart est plus affirmé chez les aînés de 65 et plus vivant seuls, presque la moitié des répondants évoquant des symptômes dépressifs contre deux tiers de la classe d'âge dans son entier. Avant 65 ans, environ un tiers des répondants signalent des ressources psychiques élevées, cette part étant d'une personne sur quatre dans l'ensemble de la classe d'âge.

L'insertion dans les champs sociaux de la famille, des amis ou connaissances et de la vie associative ou politique peut contribuer à renforcer la santé psychique. Les contacts dans ces champs sont susceptibles de procurer un soutien social ou pratique, de favoriser la reconnaissance sociale et la capacité d'action. Ainsi, les personnes

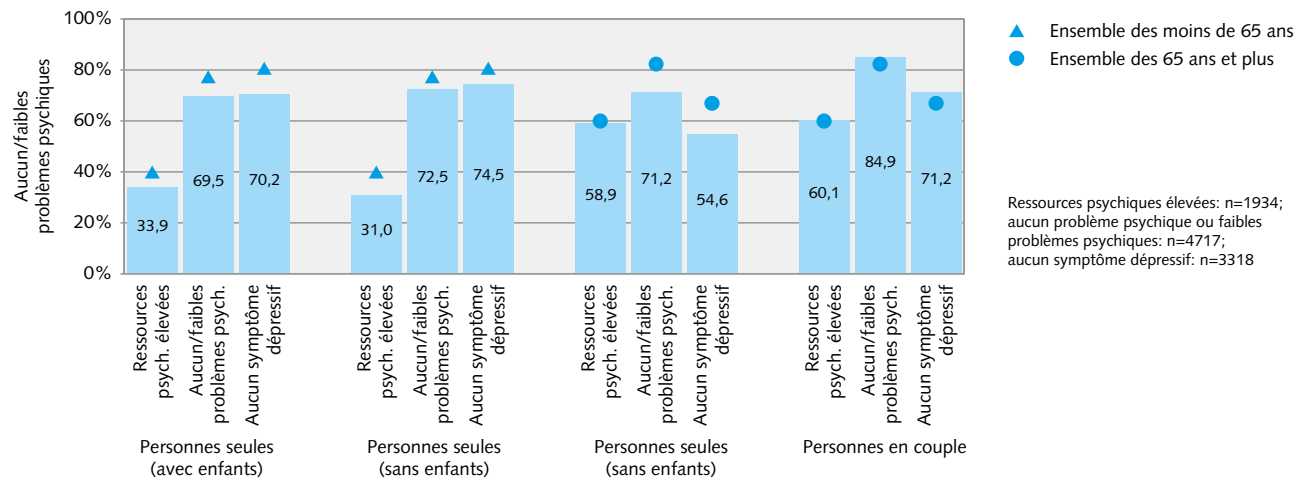
<sup>51</sup> La question est formulée comme suit: «Y a-t-il, parmi vos proches, une personne à qui vous puissiez vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels?»

<sup>52</sup> La question est la suivante: «Regrettez-vous [sic] parfois une personne à qui vous puissiez vraiment parler de problèmes très personnels?»

<sup>53</sup> Les personnes éprouvant des sentiments de solitude sont celles qui ont répondu par «très souvent», «souvent» ou «parfois» à la question «Vous arrive-t-il souvent de vous sentir seul(e)? Cela vous arrive-t-il...», les personnes ne faisant pas état de tels sentiments ayant choisi la réponse «jamais».

### Santé psychique selon différentes situations de vie, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.32



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

qui ne participent à aucun des réseaux sociaux évoqués<sup>54</sup> sont 72,6% à ne signaler aucun ou que de faibles problèmes psychiques. Cette part s'élève à 77,8% en cas d'insertion dans un ou deux réseaux et à 88,4% lorsqu'une personne est insérée dans les trois champs.

La santé psychique peut, à l'évidence, aussi conditionner la participation aux champs sociaux. Par exemple, de faibles ressources psychiques peuvent être un obstacle à engager et à maintenir des contacts sociaux. Les personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques sont 15,9% à participer aux trois champs sociaux et 18,3% à ne signaler aucun champ social. Lorsque les problèmes psychiques sont importants, ces proportions sont respectivement de 3,3%<sup>55</sup> et de 29,5%.

La participation aux champs sociaux joue un rôle certain dans le lien entre situation de vie et santé psychique. En effet, dans des situations de vie où le soutien du conjoint fait défaut, les variations de la santé psychique par rapport à l'ensemble de la population peuvent s'amenuiser selon l'insertion dans les champs sociaux (figure 2.33). Ainsi, chez les moins de 65 ans, la plupart (97,1%) des personnes élevant seules des enfants ne rencontrent aucun ou que de faibles problèmes psychiques lorsqu'elles participent aux trois champs sociaux, et ce dans une proportion comparable à l'ensemble de la population. En cas de participation à un ou deux champs, la part de personnes élevant seules leurs enfants est légèrement inférieure à la part correspondante dans l'ensemble de la population. En revanche, cette part est particulièrement basse (53,5%) si l'insertion dans les trois champs fait complètement défaut.

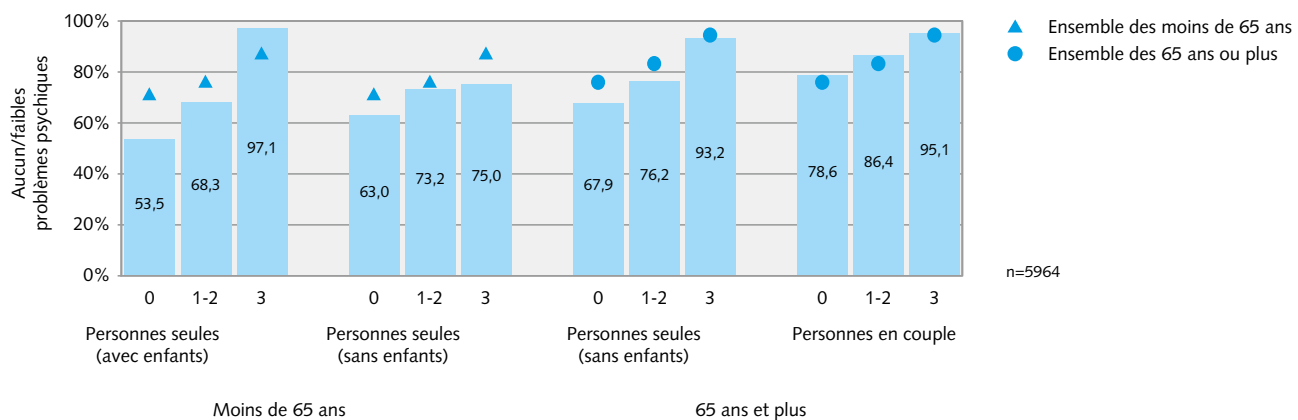
Un effet semblable se fait jour chez les personnes de 65 ans et plus. Lorsqu'il y a participation aux trois champs sociaux, la part des aînés ne faisant état d'aucun ou que de faibles problèmes psychiques est semblable chez les personnes seules et chez celles vivant avec un conjoint. Par contre, l'absence de problèmes psychiques – ou la présence de faibles problèmes psychiques – s'observe moins souvent chez les répondants ne participant à aucun champ social lorsqu'ils vivent seuls.

<sup>54</sup> La participation aux réseaux sociaux a été mesurée à l'aide d'un indice tenant compte de la fréquence des contacts dans les trois champs sociaux de la famille («A quelle fréquence recevez-vous chez vous ou allez-vous chez des membres de votre famille?»), des amis et connaissances («A quelle fréquence recevez-vous ou allez-vous chez des amis, des connaissances?») et de la vie associative ou politique («A quelle fréquence participez-vous aux activités d'une société, d'un club, d'un parti politique ou d'une association quelconque?»). Une personne participe à un champ lorsqu'elle signale des contacts hebdomadaires ou plus fréquents dans le champ en question. L'indice porte sur le nombre de champs auxquels participe une personne. En raison de la forte similarité des résultats présentés concernant les personnes participant à un ou à deux champs, ces catégories sont fusionnées.

<sup>55</sup> Ce pourcentage correspond à un nombre de réponses inférieur à 30.

**Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon la participation sociale et différentes situations de vie, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 2.33



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### 2.6.3 Chômeurs et personnes craignant de perdre leur emploi

Les liens entre travail et santé psychique sont multiples. A la fois facteur d'intégration sociale et souvent aussi d'identification, le travail occupe une place centrale dans la vie des personnes actives. A ce titre, il peut contribuer à renforcer la santé psychique sous différents aspects, parmi lesquels on peut citer l'estime de soi, la confiance en soi ou encore la capacité d'action. En même temps, l'exclusion du monde du travail, que ce soit en raison d'absences temporaires telles le chômage ou appelées à durer par exemple en cas d'invalidité, peut avoir un effet défavorable sur la santé psychique. Ensuite, le travail peut en lui-même être une source de difficultés diminuant la santé psychique. Des conditions de travail pénibles, des cadences soutenues couplées à des tâches répétitives, des conflits récurrents ou l'absence de reconnaissance des tâches accomplies peuvent peser sur le bien-être des individus. Enfin, les incertitudes tant conjoncturelles que structurelles du marché du travail peuvent générer des craintes quant à une éventuelle perte d'emploi chez les personnes exerçant une activité professionnelle<sup>56</sup>.

<sup>56</sup> Bien que ce point ne soit pas abordé ici, une dégradation de la santé psychique peut bien sûr également conduire à l'exclusion du marché du travail. A cet égard, il convient de relever l'augmentation des bénéficiaires de rentes de l'assurance invalidité pour des motifs psychiques, souvent liée à des parcours professionnels fragiles (Baer et al., 2009). Ainsi, en 2007, 38,4% des rentes de l'AI ont été servies au motif d'une maladie psychique (voir 2.2.1, Conséquences des maladies mentales): sur un total de 253'321 bénéficiaires, 97'344 personnes ont bénéficié d'une rente à cause d'une maladie psychique (OFAS, s.d.; propres calculs). Les autres causes d'invalidité sont classées en maladies des os et des organes du mouvement (21,0%; 53'074), en infirmités congénitales (11,1%; 28'189), en accidents (9,4%; 23'937), en maladies du système nerveux (6,8%; 17'225) et en autres maladies (13,2%; 33'552).

On se propose ici d'éclairer brièvement ces différents aspects du travail. Il s'agit d'esquisser quelques aspects de la situation en termes de santé psychique d'un travail devenu à la fois rare et sélectif, conduisant à l'exclusion du marché du travail, mais aussi générateur de stress et d'épuisement chez ceux qui travaillent. On s'intéressera dans un premier temps aux personnes exclues du monde du travail en raison du chômage et à celles qui estiment probable une perte d'emploi, abordant ainsi les craintes d'une exclusion potentielle du marché du travail (2.6.3). Autant le chômage que les craintes de perte d'emploi sont considérés comme des facteurs nuisant à la santé psychique (voir par exemple Burchell, 1994; Ferrie, 2001; Ferrie et al., 2002). Dans un second temps, l'attention portera sur le lien entre satisfaction au travail, conditions de travail et santé psychique (2.6.4). En plus des conditions et de la charge de travail, la santé psychique dépend notamment de la reconnaissance par les supérieurs, de l'autonomie ou encore du rapport entre les exigences et la marge d'action personnelle (voir par exemple Godin et al., 2005; Paterniti et al., 2002; Tennant, 2001)<sup>57</sup>.

Selon l'ESS 2007, on compte 2,8% de chômeurs<sup>58</sup> et 16,7% de personnes craignant de perdre leur emploi. En même temps, 15,3% des personnes exerçant une activité professionnelle sont insatisfaites de leurs conditions de travail et 17,8% se plaignent de nuisances multiples sur le lieu de travail; 20,7% évoquent des charges physiques importantes, tandis que 44,6%

<sup>57</sup> Faute de données, les analyses portent principalement sur les deux premiers facteurs.

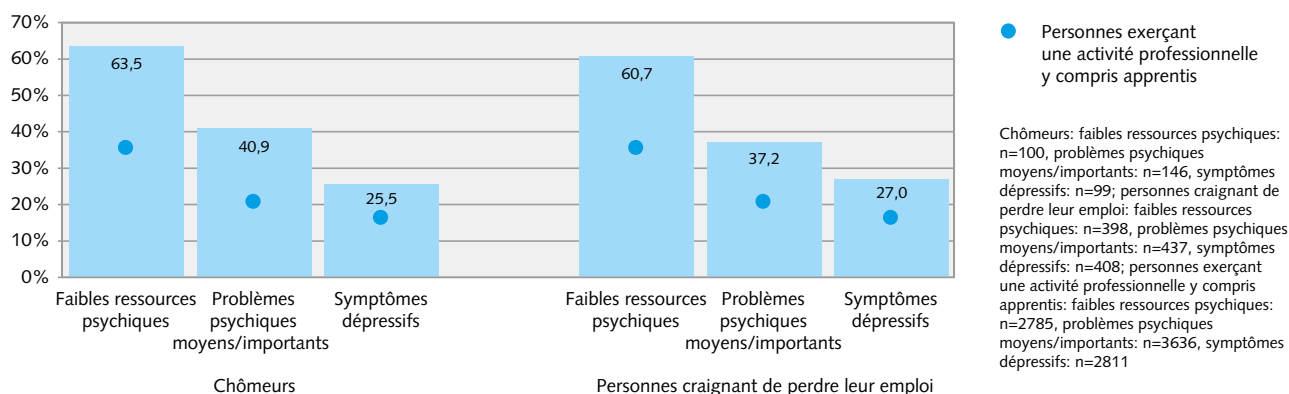
<sup>58</sup> Pour deux tiers, il s'agit de chômeurs complets (sans activité lucrative) et pour un tiers de chômeurs partiels (avec une activité lucrative).



signalent des tensions psychiques et nerveuses importantes. Tant le chômage que la crainte d'une perte d'emploi<sup>59</sup> sont associés à une santé psychique moindre (figure 2.34). Que l'exclusion du marché du travail soit factuelle ou potentielle, elle déploie des effets largement similaires. Ainsi, en cas d'exclusion, près de six personnes sur dix (resp. 63,5% et 60,7%) déclarent de faibles ressources psychiques et près de quatre personnes sur dix (resp. 40,9% et 37,2%) des problèmes psychiques moyens ou importants. Ces proportions sont presque deux fois aussi élevées que chez les personnes exerçant une activité professionnelle (apprentis

compris). Les symptômes dépressifs ne sont en revanche qu'un peu plus fréquents chez les personnes exclues du marché du travail que chez les personnes qui exercent une activité professionnelle. L'exclusion semble ainsi se traduire plus par une accentuation des problèmes psychiques couplée à une diminution du sentiment de pouvoir agir sur les événements que par des symptômes qui annonceraient une maladie psychique.

**Indicateurs de la santé psychique chez les chômeurs et les personnes craignant de perdre leur emploi, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** Fig. 2.34

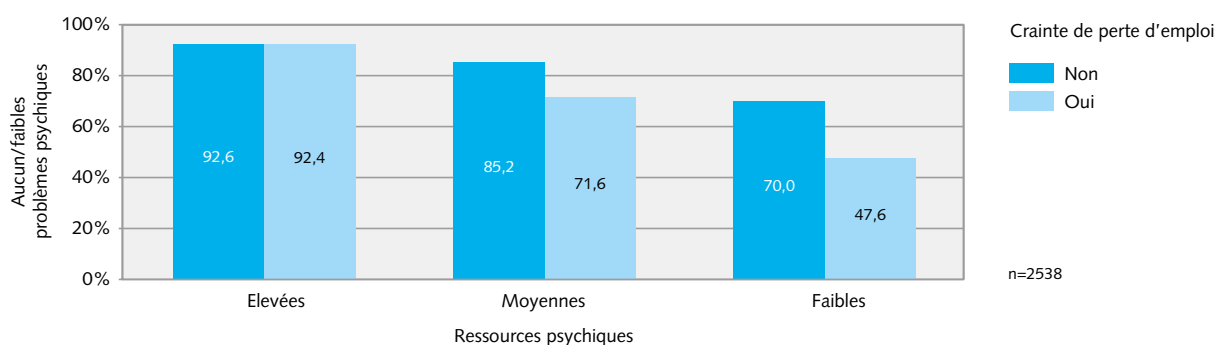


Chômage: chômeurs à temps complet et à temps partiel; Crainte de perte d'emploi: exclusivement personnes exerçant une activité professionnelle y compris apprentis

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon la crainte d'une perte d'emploi et les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** Fig. 2.35



Personnes exerçant une activité professionnelle y compris apprentis

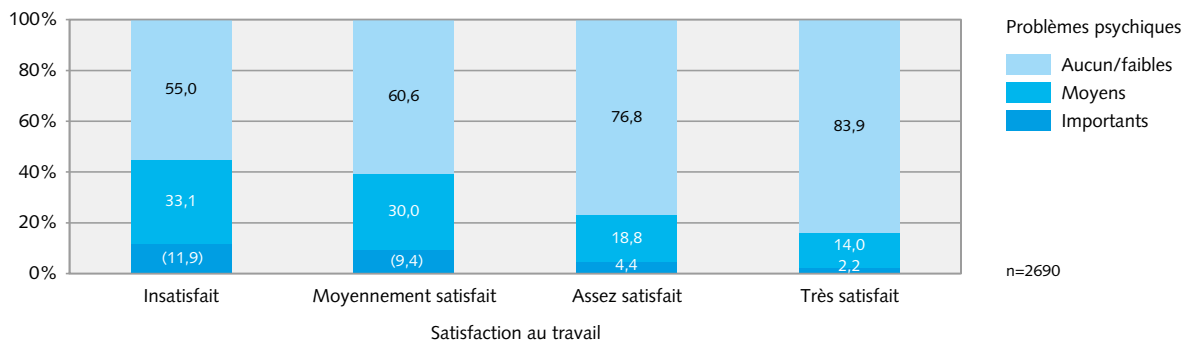
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>59</sup> La question correspondante est formulée de la manière suivante: «Craignez-vous de perdre votre emploi actuel?» Les personnes craignant de perdre leur emploi sont celles qui ont répondu «oui, beaucoup» ou «oui, passablement», les réponses «non, pas tellement» et «non, pas du tout» s'appliquant à celles qui n'ont pas de telles craintes.

### Problèmes psychiques selon la satisfaction au travail, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 2.36



Personnes exerçant une activité professionnelle y compris apprentis  
Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Le lien entre problèmes psychiques, ressources psychiques et crainte de perte d'emploi mérite d'être examiné plus avant<sup>60</sup>. En effet, les ressources psychiques jouent un rôle-clé dans la manière dont la crainte d'une perte d'emploi peut affecter la santé psychique, des ressources élevées étant susceptibles de préserver les individus de l'apparition de problèmes psychiques. Ainsi, la part des personnes disposant de ressources psychiques élevées ne déclarant aucun ou que de faibles problèmes psychiques reste inchangée, qu'il y ait crainte de perte d'emploi ou non (figure 2.35). Lorsque les ressources sont moindres, des écarts se font jour. Les personnes ayant de faibles ressources sont les plus exposées: seules 47,6% d'entre elles ne signalent aucun ou que de faibles problèmes psychiques en cas de crainte de perte d'emploi contre 70% en l'absence de telles craintes.

#### 2.6.4 Personnes exerçant une activité professionnelle

La santé psychique ne dépend que peu de l'exercice d'une activité professionnelle en tant que telle. En effet, l'absence de problèmes psychiques – ou la présence de faibles problèmes – est à peu près aussi fréquente parmi les personnes qui exercent une activité professionnelle (79,1%) que dans l'ensemble de la population (78,3%)<sup>61</sup>. En revanche, la santé psychique est étroitement liée à la satisfaction au travail et, dans une mesure certes moindre, aux conditions de travail.

<sup>60</sup> Les analyses portent sur la seule crainte de perte d'emploi en raison du nombre restreint de chômeurs dans l'échantillon.

<sup>61</sup> Ce résultat ne dépend pas de l'âge, en particulier d'une meilleure santé psychique chez les aînés (voir 2.4.2), qui n'exercent souvent pas d'activité professionnelle. Chez les personnes de moins de 65 ans, les pourcentages correspondants sont respectivement de 78,7% et de 77,3%. Il en va de même pour le type d'activité professionnelle exercée: ainsi, 78,6% des employés, 81,5% des indépendants et 77,6% des salariés occasionnels n'évoquent aucun ou que de faibles problèmes psychiques. Seuls les collaborateurs dans une entreprise familiale semblent se démarquer (91,7%).

Ainsi, plus de quatre personnes sur cinq qui se déclarent très satisfaites de leur travail ne font état d'aucun ou que de faibles problèmes psychiques<sup>62</sup> (figure 2.36). Cette proportion ne s'élève guère au-delà de trois personnes sur cinq en cas d'insatisfaction ou de satisfaction partielle au travail. Dans ce cas-ci, une personne sur dix déclare des problèmes psychiques importants, alors que ces derniers sont presque absents chez les personnes très satisfaites de leur travail.

Les conditions de travail<sup>63</sup> semblent moins déterminantes que la satisfaction au travail quant à la santé psychique. Les personnes travaillant dans des conditions favorables – absence de nuisances, faibles charges physiques ou faibles tensions psychiques et nerveuses – ne rencontrent, à 80% ou plus, aucun ou que de faibles problèmes psychiques (figure 2.37). Cette part se situe entre 70% et 75% lorsque les conditions de travail sont défavorables – nuisances multiples<sup>64</sup> ou charges et tensions importantes.

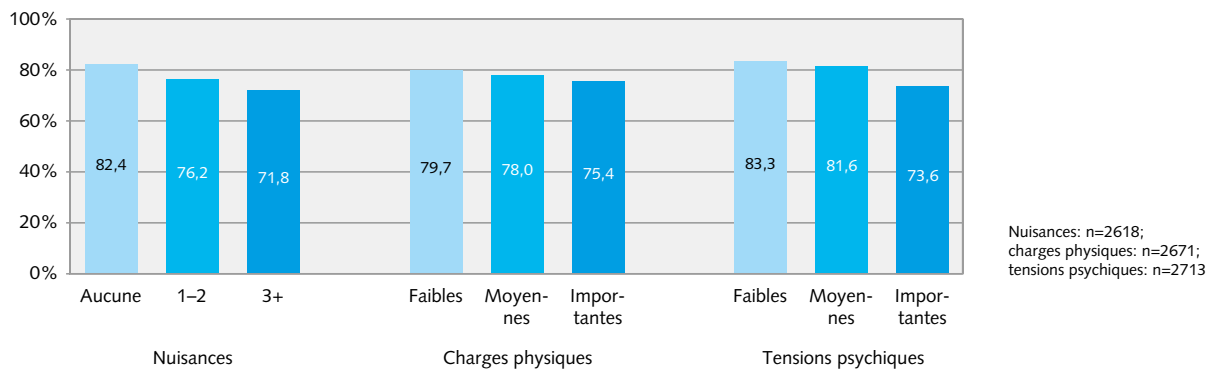
<sup>62</sup> La question correspondante est formulée comme suit : «De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre travail?» Les réponses ont été regroupées dans les catégories figurant entre parenthèses: «pleinement satisfait(e)» et «très satisfait(e)» (très satisfait); «assez satisfait(e)» (assez satisfait); «moyennement satisfait(e)» (moyennement satisfait); «plutôt insatisfait(e)», «très insatisfait(e)» et «complètement insatisfait(e)» (insatisfait).

<sup>63</sup> Les aspects des conditions de travail examinés portent sur le degré d'exposition à des nuisances (vibrations, bruit, température, fumées, vapeurs, substances chimiques, radiations, tabagisme passif, matériaux infectieux), la charge physique et la tension psychique et nerveuse. Pour ces deux derniers aspects, les répondants étaient appelés à situer leur poste de travail par rapport à deux postes imaginaires, à savoir «Un poste A où la charge physique est généralement très lourde» et «Un poste B où la charge physique est pratiquement inexistante» respectivement «Un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte» et «Un poste B où la charge psychique et nerveuse est pratiquement inexistante».

<sup>64</sup> C'est-à-dire trois nuisances ou plus.

**Proportions de personnes n'ayant aucun ou de faibles problèmes psychiques selon différents indicateurs des conditions de travail, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 2.37



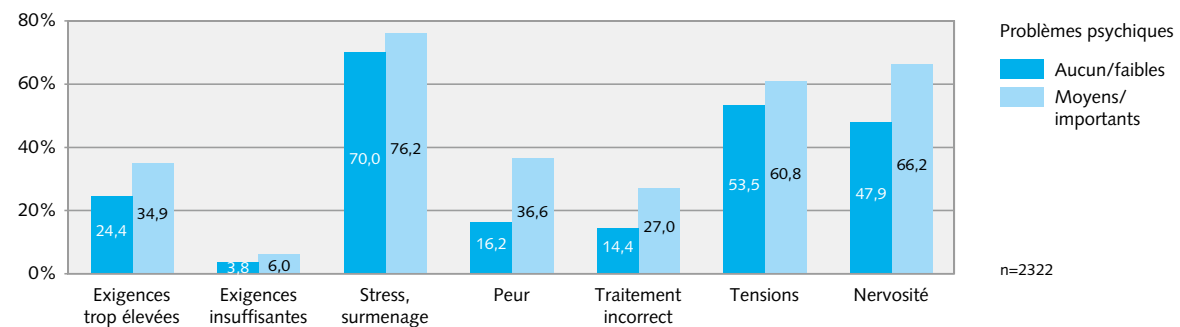
Personnes exerçant une activité professionnelle y compris apprentis

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Proportions de personnes confrontées à des facteurs pouvant entraver le travail selon les problèmes psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 2.38



Personnes exerçant une activité professionnelle y compris apprentis

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

La santé psychique est en revanche plus clairement liée au cumul de conditions de travail défavorables – nuisances multiples, charges physiques importantes ou tensions psychiques et nerveuses importantes. Les personnes ne rencontrant aucune condition défavorable sont 82,9% à ne mentionner aucun ou que de faibles problèmes psychiques. En présence d'une ou de deux conditions défavorables, cette part est de 77,6%, alors qu'elle baisse à 55,7% lorsque les trois conditions sont simultanément défavorables.

Différents facteurs sont susceptibles d'entraver le bon déroulement du travail et d'affecter la santé psychique. L'examen de sept facteurs qu'ont pu rencontrer les personnes interrogées durant les douze mois précédant l'enquête montre que le stress ou le surmenage, les tensions et la nervosité sont le plus fréquemment cités (figure 2.38). Ces facteurs sont cependant courants à la fois en cas d'absence de problèmes psychiques – ou de présence de faibles problèmes – que lorsque les problèmes psychiques sont moyens ou importants. La fréquence du stress ou du surmenage et des tensions ne varie que peu selon les problèmes psychiques. Seule la nervosité est clairement plus souvent citée en cas de problèmes psychiques moyens ou importants. La distinction selon les problèmes psychiques est également marquée selon la peur et les traitements incorrects.

La santé psychique est étroitement liée au nombre de facteurs pouvant entraver le travail. Ainsi, la part des personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants est d'autant plus élevée que ces facteurs sont nombreux. Elle croît de 12,4% (0 ou 1 facteur) à 22,7% (2 ou 3), 37,1% (4 ou 5) et 52,3% (6 ou 7 facteurs)<sup>65</sup>.

Par ailleurs, la santé psychique se trouve également affectée par des atteintes à la personnalité subies sur le lieu de travail. Ainsi, quatre personnes sur cinq ne font état d'aucun ou que de faibles problèmes psychiques en l'absence de discriminations<sup>66</sup> (80,6%) ou de harcèlement moral (ou *mobbing*; 80,3%) au travail durant les douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est inférieure à deux tiers chez les personnes qui se disent victimes de discriminations (64,4%) ou de harcèlement moral (66,2%).

<sup>65</sup> Le pourcentage de 52,3% correspond à un nombre de réponses inférieur à 30. Les symptômes dépressifs sont également d'autant plus fréquents que le nombre de facteurs est élevé (resp. 11,1%, 15,1%, 32,2% et 45,5%, le pourcentage de 45,5% correspondant à un nombre de réponses inférieur à 30).

<sup>66</sup> Les discriminations recensées sont liées à l'âge, à la nationalité, à l'origine ethnique, à la religion, aux handicaps ou à l'orientation sexuelle.

# 3 Alimentation et activité physique

*Florence Moreau-Gruet, France Weaver, Dorith Zimmermann-Sloutskis  
en collaboration avec Sophie Inglin*

## 3.1 Résumé

Une alimentation équilibrée (ni carencée, ni excessive), une activité physique modérée sont très importantes pour la qualité de vie et diminuent le risque de certaines maladies et de surcharge pondérale. Des recommandations officielles ont été édictées par l'OFSP pour l'alimentation et l'activité physique. Ce chapitre a pour but de mettre en évidence certains groupes à risque qui ne respectent pas les recommandations de consommation de certains types d'aliments, qui n'ont pas un niveau d'activité physique suffisant ou qui sont en surcharge pondérale, ceci en fonction des principales variables sociodémographiques contenues dans l'Enquête suisse sur la santé. Il présente aussi quelques comparaisons temporelles concernant le niveau d'activité physique (2002–2007), la surconsommation de viande et la surcharge pondérale (1992–2007). Les mêmes thèmes sont repris pour la population des jeunes sur la base de l'HBSC (11 à 15 ans) et de l'ESS (16 à 24 ans).

Adultes (25 ans et plus)

### *Alimentation*

Cinq types d'aliments sont étudiés en termes de fréquences de consommation: les boissons non alcoolisées, les fruits et légumes, le lait et les produits laitiers, la viande et le poisson. A noter qu'aucune question de l'Enquête suisse sur la santé ne portait sur la consommation de féculents, de sel, de sucre, de graisses, ou d'œufs, ni sur la quantité consommée des cinq aliments étudiés. Ce chapitre permet le regroupement des fréquences de consommation en catégories plus larges et ainsi d'avoir une connaissance de l'ordre de grandeur de la consommation des cinq types d'aliments mentionnés afin d'évaluer si la recommandation officielle est respectée ou non par le répondant.

Au niveau de l'alimentation, deux tiers des Suisses latins ne respectent pas la recommandation de manger cinq fruits et/ou légumes par jour, un tiers ne consom-

ment pas tous les jours ou presque de lait ou de produits laitiers, un tiers ne boivent pas suffisamment de liquide (moins d'un litre par jour), un tiers mangent de la viande cinq jours par semaine ou plus, et un quart ne mangent pas au moins une fois par semaine du poisson. Par rapport au Tessinois qui ont une consommation plus modérée de viande, les Suisses romands sont plus nombreux à manger trop fréquemment de la viande, ce qui ne permet pas de varier les sources de protéines. Les Tessinois sont plus nombreux que les Suisses romands à ne pas consommer suffisamment de fruits et légumes et du lait ou des produits laitiers. L'âge ne semble pas avoir une grande influence sur la fréquence des aliments consommés sauf en ce qui concerne les boissons non alcoolisées qui ne sont pas assez consommées par les personnes âgées. Par rapport aux femmes de Suisse latine, les hommes sont plus nombreux à ne pas consommer suffisamment de fruits et légumes, de lait et de produits laitiers, par contre ils mangent trop fréquemment de la viande. Les Suisses naturalisés sont plus nombreux que les Suisses d'origine à avoir une consommation insuffisante de lait et de produits laitiers, les étrangers sont par contre moins nombreux à consommer trop fréquemment de la viande ou à ne pas manger de poisson. Plus le niveau de formation est bas, plus le risque de consommation insuffisante de fruits et légumes est élevé.

La proportion de consommateurs de viande au dessus des valeurs recommandées (5 à 7 jours par semaine) est globalement plus élevée en Suisse romande et allemande (presque 50%) qu'au Tessin (un cinquième) depuis 1992 et surtout dès 1997 parmi les hommes, alors que les femmes diminuent légèrement leur consommation excessive de viande entre 1992 et 2007 dans les trois régions linguistiques.

### *Activité physique*

En Suisse, les Offices fédéraux responsables de la santé publique et du sport recommandent pour les adultes de pratiquer au minimum «un sport d'intensité moyenne ou, plus simplement, d'exercer une activité physique

modérée pendant au moins une demi-heure quotidiennement». Une activité physique quotidienne ou régulière plus intense est encouragée.

Au niveau suisse, environ 80% des adultes remplissent au moins partiellement les critères d'une activité physique suffisante pour la santé. Parmi eux, un tiers seulement des personnes de plus de 25 ans respectent la recommandation fédérale d'activité plus intensive et près de 40% indiquent une activité physique pratiquée irrégulièrement entre 20 et 150 minutes au moins une fois par semaine. En Suisse latine, et au Tessin en particulier, les proportions d'inactifs (20% à 30%) sont nettement supérieures à la Suisse alémanique (15%). Le risque d'inactivité est d'une fois et demie plus élevé pour la Suisse latine comparée à la Suisse alémanique après ajustement de toutes les variables sociodémographiques. Quelle que soit la région considérée, le niveau d'activité physique des hommes est supérieur à celui des femmes et diminue fortement avec l'âge pour les deux sexes. Les personnes de nationalité étrangère, sans formation post-obligatoire et au revenu le plus bas ont un risque plus élevé d'inactivité physique.

L'étude des moyens de locomotion utilisés pour les trajets quotidiens montre que la voiture est plus utilisée en Suisse latine, que les transports en commun le sont plus en Suisse alémanique et que la proportion de personnes qui marchent habituellement diffère assez peu en fonction des régions linguistiques. Par contre les Suisses alémaniques utilisent nettement plus le vélo quotidiennement (24%) que les Suisses romands (11%) et les Tessinois (7%).

Toutefois, ces constats doivent être interprétés avec prudence en tenant compte des multiples facteurs socio-culturels et environnementaux favorables ou défavorables à l'activité physique des personnes au cours de leur existence. Si l'activité physique des jeunes dépend fortement de leur pratique d'une activité sportive collective ou individuelle, celle des adultes est davantage tributaire d'une activité physique modérée en relation avec leurs activités quotidiennes et de loisir. Rendre plus faciles et plus attractifs les déplacements à pied ou à vélo en combinaison avec l'utilisation des transports publics apparaîtrait ainsi comme particulièrement efficace pour la promotion de l'activité physique parmi la population adulte.

L'appréciation personnelle de pratiquer une activité physique suffisante pour sa santé (72%) contraste pour la plupart des personnes avec la réalité, à savoir que seule une minorité (34%) se conforment strictement aux recommandations fédérales. Néanmoins, les deux tiers des personnes totalement inactives en sont conscientes

et sont ainsi susceptibles de répondre positivement à des mesures d'encouragement et de facilitation ciblées.

Enfin, il est réjouissant de constater que le niveau d'activité physique de la population résidante suisse s'est significativement amélioré entre 2002 et 2007 pour tous les groupes d'âge et les deux sexes. Cette amélioration temporelle a été particulièrement importante en Suisse latine. Le niveau d'activité physique reste toutefois inférieur au niveau observé en Suisse alémanique. Les efforts de promotion entrepris depuis une décennie en faveur d'une meilleure prise de conscience de l'importance de l'activité physique pour la santé ont certes contribué à cette évolution positive.

### *Surcharge pondérale*

La prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse latine a été évaluée sur la base de l'indice de masse corporelle. Les deux cinquièmes des Suisses à partir de 25 ans sont en surcharge pondérale, avec peu de différences en fonction des régions linguistiques. En Suisse latine, c'est le cas de la moitié des hommes et du tiers des femmes. Plus l'âge augmente, plus la proportion de personnes en surcharge pondérale est élevée. L'augmentation en fonction de l'âge de la proportion d'hommes en excès pondéral est beaucoup plus prononcée que celle des femmes, mais depuis 1992, la proportion de femmes en surpoids et surtout obèses a nettement plus augmenté que celle des hommes. La prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée parmi les personnes sans formation post-obligatoire (51%) que parmi celles qui bénéficient d'une formation de niveau tertiaire (36%). De 1992 à 2007, la proportion de personnes en surcharge pondérale a augmenté de 10% passant de 30% à 40% de la population de Suisse latine de 25 ans et plus. Il est intéressant de noter que, parmi les adultes de Suisse latine, deux tiers des femmes et la moitié des hommes en surcharge pondérale se disent insatisfaits de leur poids.

### *Cumul des risques*

Après une présentation des résultats séparée pour le non-respect des recommandations concernant l'alimentation, l'inactivité physique et la surcharge pondérale, des groupes de personnes qui cumulent ces trois risques ont été mis en évidence.

Une proportion élevée d'hommes respectent moins bien deux recommandations dans le domaine de l'alimentation qui sont la recommandation «5 fruits et/ou légumes par jour» et ne pas manger trop fréquemment

de la viande. Par contre, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes sont actifs physiquement. La mesure de la surcharge pondérale confirme qu'une proportion élevée d'hommes consomment trop de calories par rapport à leurs besoins. Il serait important de considérer comment le comportement alimentaire des hommes, à la fois au niveau quantitatif et qualitatif, pourrait être amélioré.

Peu de différences quant aux recommandations concernant l'alimentation ont pu être mises en évidence en relation avec la classe d'âge. Les données de l'ESS ne sont pas longitudinales, mais cette stabilité des comportements alimentaires tendrait à montrer qu'une fois établis ceux-ci changent peu au cours de la vie. Des études ont montré que l'établissement de comportements favorables à la santé a lieu durant l'enfance et l'adolescence et qu'ils ont tendance à se maintenir à l'âge adulte (Hamburg et al., 1993). Cela devrait encore encourager les promoteurs de comportements alimentaires sains à en faire une priorité au niveau de la scolarité obligatoire.

La fréquence de l'activité physique et la surcharge pondérale se développent en sens inverse au cours de la vie: une diminution rapide de l'activité physique à la fin de l'adolescence et une augmentation de la surcharge pondérale constante au cours de la vie. Tout devrait être entrepris pour freiner ces tendances.

Un dernier groupe devrait faire l'objet de toute l'attention des responsables de la promotion de la santé: ce sont les personnes sans formation scolaire post-obligatoire qui cumulent le risque de ne pas consommer assez de fruits et de légumes, de ne pas faire assez d'activité physique et d'être en surpoids.

Jeunes de 11 à 15 ans (HBSC) et de 16 à 24 ans (ESS)

Les questions et les catégories de réponse pour les deux groupes d'âge (HBSC pour les 11–15 ans et ESS pour les 16–24 ans) diffèrent mais ont été recodées de manière à être aussi comparables que possible.

Plus de la moitié des jeunes de 11 à 15 ans de Suisse latine ne mangent pas de fruits et de légumes quotidiennement. Environ un tiers d'entre eux ne consomment pas de lait ou de produits laitiers quotidiennement et environ deux cinquièmes ne prennent pas chaque jour de petit-déjeuner.

Des tendances similaires pour les deux groupes d'âge se dessinent pour les différences de comportement alimentaire entre les filles et les garçons: les filles sont proportionnellement moins nombreuses à prendre un petit-déjeuner quotidien, à consommer chaque jour des produits laitiers et à manger du poisson au moins une

fois par semaine. Pour leur part, les garçons se montrent de moins grands consommateurs de fruits et de légumes et sont proportionnellement moins nombreux à manger de la viande à une fréquence d'un à quatre jours par semaine.

La part des jeunes de 11 à 15 ans physiquement actifs est plus faible en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Dans les cantons latins, moins d'un jeune sur dix pratique au moins une heure chaque jour une activité physique au point d'être essoufflé. Les garçons font nettement plus d'exercice physique que les filles. Les personnes de 16 à 24 ans semblent encore moins actives que leurs cadets. Dans ce groupe d'âge, un tiers des filles pratiquent du sport contre presque la moitié des garçons.

Parmi les jeunes de 11 à 24 ans des cantons latins, quatre garçons ou jeunes hommes sur cinq et environ trois filles ou jeunes femmes sur quatre ont – d'après la taille et le poids qu'ils ont indiqués – un poids normal. Les garçons ou jeunes hommes indiquent plus souvent que leurs contemporaines féminines des valeurs correspondant à un léger surpoids, alors que les filles et les jeunes femmes déclarent plus souvent un poids légèrement insuffisant.

## 3.2 Contexte

### 3.2.1 Enjeux pour la santé de l'alimentation et de l'activité physique

Dans la plupart des pays européens, cinq des sept facteurs de risque les plus importants pour la mortalité ont un lien avec le comportement alimentaire et l'activité physique. Il s'agit de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, du surpoids, d'une consommation de fruits et légumes insuffisante, et du manque d'activité physique (les autres facteurs les plus importants étant le tabagisme et la consommation d'alcool (OMS, 2008).

Les comportements individuels au niveau de l'alimentation et de l'activité physique contribuent à l'état de santé d'une population. Mieux connaître les comportements alimentaires et l'activité physique peut permettre de mettre sur pied des mesures incitatives de prévention et de promotion de la santé afin de réduire la morbidité et la mortalité dans les décennies à venir. L'OFSP est en train de coordonner les activités de monitoring autour de l'activité physique, de l'alimentation et du poids corporel en Suisse. Les premiers indicateurs sont déjà visibles sur le site de Promotion santé suisse (Promotion santé suisse, 2009).

## Alimentation

L'alimentation doit procurer à l'organisme ce dont il a besoin pour grandir, apporter l'énergie indispensable aux fonctions vitales et à l'activité physique et répondre à des attentes gustatives et émotionnelles. L'alimentation est un phénomène quantitativement important. En effet, selon Léo Moulin, «l'homme mange 75'000 à 100'000 fois dans sa vie et consacre à cet exercice 13 à 17 années de vie éveillée» (Poulain, 2002). Dans l'acte alimentaire se retrouvent des aspects sociaux, culturels et psychologiques fondamentaux. La manière d'apprêter les aliments («passer du cru au cuit» (Lévi-Strauss, 1964), le type de cuisson, les choix et mélanges d'ingrédients, les recettes) forment un ensemble de représentations, d'attitudes et de comportements transmis, acquis et valorisés au sein d'un groupe plus ou moins formel et dans la famille, dont la fonction est d'affirmer une identité commune (Poulain, 2002).

Dans les pays développés, l'angoisse du manque a disparu grâce aux progrès récents de l'agriculture. Mais d'autres problèmes ont surgi. D'une part, il s'agit de gérer la qualité de l'alimentation (épizootie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), introduction des organismes génétiquement modifiés (OGM), mondialisation de l'agriculture, excès de l'agriculture productiviste, etc.), mais aussi la quantité mangée car une autre menace guette, l'américanisation de l'alimentation (McDonaldisation, etc.), la malbouffe et l'obésité. Dès les années 70, des chercheurs américains tirent l'alarme et des études françaises confirment un courant de déstructuration des habitudes alimentaires et des repas (souplesse accrue dans la régularité, la composition et le déroulement des repas (Herpin, 1988)). Le travail féminin, la journée continue, le développement de l'urbanisation, la redéfinition des rôles sociaux de sexe, le rétrécissement de la cellule familiale, l'industrialisation de la filière agroalimentaire expliqueraient ces mutations.

De nombreuses études ont déjà été conduites sur l'alimentation mais le thème reste difficile à appréhender. L'évaluation précise des fréquences et des quantités d'aliments consommés au niveau individuel est complexe et exige des questionnaires validés semi-quantitatifs ou sous forme d'interviews personnalisées et dépasse les possibilités d'une enquête de population générale telle que l'ESS. Il n'existe pas d'étude nationale représentative sur la nutrition en Suisse, contrairement à d'autres pays européens comme l'Allemagne ou la France, et les connaissances dont notre pays dispose dans ce domaine sur le plan national sont lacunaires. Des données très

détaillées ne sont pas disponibles dans l'Enquête suisse sur la santé, mais feront l'objet prochainement d'une étude mandatée par l'OFSP, la «National Nutrition Survey Switzerland (NANUSS)» (OFSP, 2010).

## Activité physique

La pratique régulière d'une activité physique réduit les risques de surcharge pondérale, de maladies cardio-vasculaires, de diabète type 2, d'ostéoporose, de douleurs dorsales ainsi que de cancer du côlon et du sein (Rogers et al., 2008; White et al., 1996). Par ailleurs, la pratique de l'activité physique a un effet antidépresseur et épanouissant (Marti & Hättich, 1999; OMS, 2003b). L'âge venant, les personnes qui sont physiquement actives semblent requérir moins de soins et vivent plus longtemps (Lee & Paffenbarger, 2000). En Suisse, la sédentarité entraîne chaque année au moins 2900 décès prématurés, 2,1 millions de cas de maladies et des frais de traitements d'un montant de 2,4 milliards de francs (OFSP et al., 2001).

La sédentarité est au moins en partie responsable de l'augmentation importante de l'obésité observée dans les pays occidentaux (Branca et al., 2007). L'effet positif de l'activité physique est progressif selon son intensité et sa régularité. Récemment, une activité physique d'intensité modérée pratiquée régulièrement, si possible quotidiennement, a été jugée comme déjà suffisante pour prévenir certaines maladies chroniques et améliorer la qualité de la vie, surtout chez l'adulte (Martin et al., 2009).

Des travaux antérieurs ont déjà mis en évidence que le niveau de l'activité physique varie de manière significative selon la région linguistique: les Suisses alémaniques étant les plus actifs, suivis des Romands et des Tessinois. Cependant, quelle que soit la région considérée, il a été démontré que les hommes, les personnes de nationalité suisse et de revenu et éducation supérieurs sont plus actifs (Lamprecht & Stamm, 2006; Stamm & Lamprecht, 2009).

Pour les enfants et les adolescents, les bienfaits d'une activité physique régulière sur le développement corporel et la santé ont été démontrés (Department of Health and Human Service, 1996). De plus, l'activité physique contribue à leur bien-être psychologique et facilite leur intégration sociale, tout en améliorant leurs capacités cognitives (Hallal et al., 2006). Des études ont aussi montré que les jeunes physiquement actifs ont une probabilité élevée de maintenir leurs habitudes à l'âge adulte (INSERM, 2006; Kjønniksen et al., 2008; Malina, 2001).



### Surpoids et obésité

L'être humain prend du poids lorsque son apport énergétique dépasse ses besoins. Les conditions de vie dans les sociétés développées ont diminué les besoins énergétiques: nature du travail, moyens de transports, chauffage des locaux, ascenseurs, etc. Même si les habitants des pays développés ont déjà largement diminué leur apport énergétique, il faudrait qu'ils mangent encore moins ou qu'ils dépensent plus. Cette nécessité se heurte à des résistances comme le goût pour les graisses, l'envie de se faire plaisir, le positionnement à l'intérieur d'un espace social et culturel (goût pour la viande, mets au fromage en Suisse, par exemple).

Le nombre de personnes présentant une surcharge pondérale a beaucoup augmenté ces dernières années dans de nombreuses parties du monde (OCDE, 2009b; OMS, 2000b). En Suisse, différentes études ont aussi montré que la prévalence de l'excès pondéral a augmenté tant dans la population adulte (Heeb, 2009; Suter & Schutz, 2005) que parmi les plus jeunes (Suter, 2005).

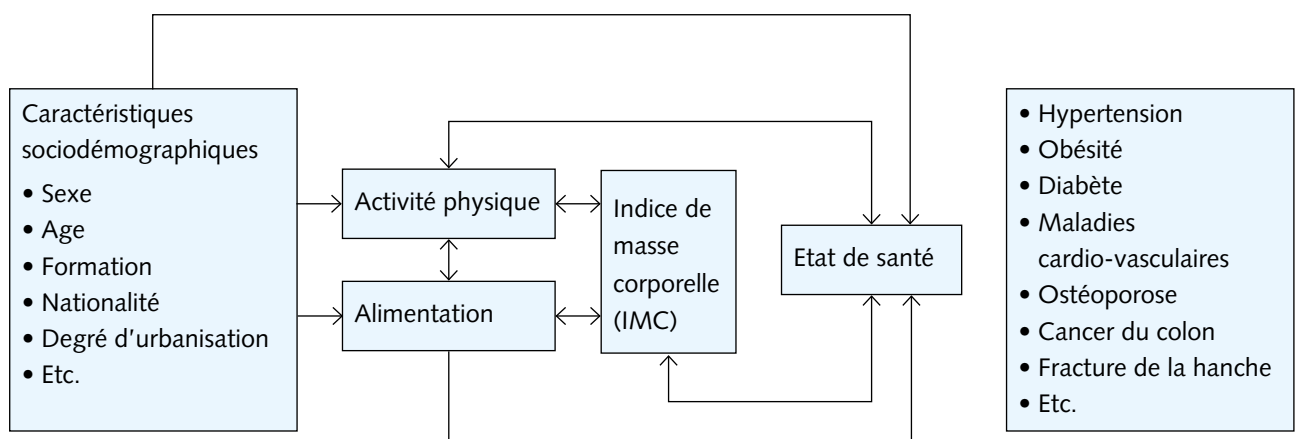
L'excès pondéral est un problème de santé publique majeur car il provoque ou aggrave de nombreuses maladies (James et al., 2004) et entraîne une mortalité précoce importante (Fontaine & Allison, 2004). L'obésité, de par ses conséquences négatives au plan psychosocial, tant dans la vie privée que professionnelle, amoindrit la qualité de vie (Williamson & O'Neil, 2004). Par exemple, une étude américaine menée sur plus de 9000 personnes conclut que l'obésité est associée à un risque plus élevé de 25% d'avoir des troubles de l'humeur et des troubles anxieux par rapport aux personnes d'un poids corporel normal (Simon et al., 2006).

Les coûts associés aux maladies attribuables à l'excès pondéral comprennent les coûts médicaux, les coûts de la perte de productivité des personnes absentes au travail ou moins productives sur le lieu de travail, les coûts de l'invalidité et de la mort prématurée. Les coûts de maladies résultant de l'excédent de poids ont doublé depuis la dernière enquête réalisée en Suisse en 2001, passant de 2648 à 5755 millions de francs par an pour l'année 2007 (Schneider & Schmid, 2004; Schneider et al., 2009).

Une alimentation équilibrée – ni carencée, ni excessive – une activité physique modérée contribuent à une bonne qualité de vie et diminuent le risque de certaines maladies tels le diabète, l'ostéoporose, le cancer du colon et surtout les maladies cardio-vasculaires qui représentent la première cause de décès en Suisse (IARC, 2003; Paccaud & Faeh, 2005).

Il existe un lien de causalité entre l'alimentation et l'activité physique sur la santé à court et à long terme. Ce décalage temporel entre la cause et les effets sur le poids, la santé physique et psychique et l'incidence plus tardive des maladies cardio-vasculaires et des cancers, rend l'étude épidémiologique des relations causales difficile. Il faudrait à cette fin disposer de données individuelles longitudinales sur une longue durée. Les liens entre les comportements alimentaires, l'activité physique et le surpoids ou l'obésité présentés dans ce rapport sont uniquement descriptifs et leur interprétation causale doit rester prudente.

**Fig. 3.1 Cadre d'analyse du lien entre alimentation, activité physique et indice de masse corporelle (IMC)**



### Approche conceptuelle

Le présent chapitre se base sur une approche conceptuelle descriptive qui implique que le comportement alimentaire et l'activité physique sont déterminés par certaines caractéristiques sociodémographiques et que le poids de l'individu (mesuré par l'indice de masse corporelle, IMC), aussi déterminé en partie par les caractéristiques sociodémographiques, est influencé par le comportement alimentaire et l'activité physique. Finalement, activité physique, comportement alimentaire et masse corporelle ont une influence sur l'état de santé, le surpoids et la sédentarité favorisant certaines maladies (figure 3.1).

### 3.2.2 Structure du chapitre

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2007 permet une analyse descriptive d'un certain nombre de comportements alimentaires, du niveau d'activité physique et du poids, surpoids et obésité (calculés sur la base du poids et de la taille auto-reportés). Les données de l'ESS sont complétées par une analyse des données de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) qui porte sur les jeunes de 11 à 15 ans.

Les analyses bivariées se concentrent sur des comparaisons selon le sexe, l'âge, la nationalité et le niveau de formation pour l'année 2007 en Suisse latine. Les liens entre alimentation, activité physique et IMC sont mis en évidence et quelques évolutions temporelles sur 15 ans (de 1992 à 2007, ou seulement 2002–2007 selon les questions) sont présentées. Des analyses multivariées ont été réalisées afin d'identifier des sous-groupes spécifiques ne respectant pas les recommandations officielles en matière d'alimentation et d'activité physique tout en tenant compte simultanément des autres facteurs sociodémographiques. Elles ont aidé au choix des analyses présentées.

La première partie du chapitre traite de l'alimentation, la deuxième de l'activité physique et la troisième de l'excès pondéral et de l'obésité parmi les personnes dès 25 ans (excepté quelques courbes en fonction de l'âge qui reprennent l'ensemble de la population), puis quelques résultats sont présentés pour deux groupes d'âge spécifiques, les jeunes de 11 à 15 ans (HBSC) et ceux de 16 à 24 ans (ESS2007).

## 3.3 Alimentation

### 3.3.1 Recommandations officielles liées à l'alimentation

L'Office fédéral de la santé publique a édicté un certain nombre de recommandations sur l'alimentation qui sont basées sur la pyramide alimentaire établie par la Société suisse de nutrition (Société Suisse de Nutrition, 2006, voir annexe 3.1).

#### *Règle de base: nourriture saine et variée*

Pour couvrir les principaux besoins nutritionnels en glucides, protéines, graisses, vitamines et sels minéraux, il est essentiel de varier le choix des aliments et des menus.

Une alimentation équilibrée passe par une consommation suffisante de **liquide non alcoolisé**. Le corps est composé d'environ 60% d'eau, et cette eau est indispensable à l'ensemble des processus vitaux (Kleiner, 1999). Les besoins en liquide augmentent dans certaines conditions, par exemple en cas de grande chaleur, d'activité physique intense ou de forte consommation de sel.

Les **fruits et légumes** constituent la base d'une alimentation saine. Ils stimulent le transit intestinal et contiennent un grand nombre de substances de valeur nutritive. Leur qualité nutritionnelle est associée à un faible apport calorique. Des études ont notamment mis en évidence le rôle des fruits et légumes dans la prévention des cancers et des maladies cardio-vasculaires (IARC, 2003).

Selon l'OFSP, le **lait** et les produits laitiers doivent être consommés plusieurs fois par jour. Ils contiennent des nutriments indispensables, en particulier le calcium nécessaire à la formation des os. Outre le calcium, les produits laitiers contiennent des protéines et des matières grasses dont l'excès de consommation peut éliminer le calcium et induire certaines maladies. C'est pourquoi les produits laitiers semi-écrémés et les fromages maigres sont préférables aux produits riches en graisse (OFSP, 2007b). Si l'apport en calcium ne peut être assuré par des produits laitiers, il peut être complété par certains fruits secs, certaines eaux minérales, etc. Une alimentation pauvre en calcium est considérée comme l'un des facteurs de risque de l'ostéoporose.

Une alimentation variée et équilibrée implique notamment la consommation d'aliments riches en protéines. La **viande** contient des substances vitales telles que des protéines et des vitamines, mais aussi des graisses animales qui peuvent être malsaines et semblent liées aux maladies cardio-vasculaires. La viande maigre devrait être préférée aux viandes riches en graisse.

Du fait de sa teneur en graisses non saturées, le **poisson** devrait occuper une place de choix dans une alimentation saine et équilibrée. Le poisson contient également des vitamines et des substances minérales.

Ces recommandations sont générales et s'appliquent à la population adulte en bonne santé. En effet, ces recommandations ne répondent pas aux besoins de certains groupes de la population dont les besoins nutritifs peuvent différer, tels que les jeunes en pleine croissance, les personnes souffrant de certaines maladies (ex. le diabète), les personnes très âgées ou celles se trouvant dans une période de vie spécifique (ex. grossesse).

### 3.3.2 Indicateurs de la consommation de certains aliments et du respect/non-respect des recommandations officielles

Cinq types d'aliments qui ont fait l'objet de questions dans l'ESS 2007 ont été étudiés: les boissons non alcoolisées (qui comprennent aussi les boissons sucrées), les fruits et légumes, les produits laitiers, la viande et le poisson. L'opérationnalisation des cinq recommandations se base sur les recommandations officielles. Le tableau 3.1 présente les réponses possibles selon le questionnaire ESS 2007 classées en trois catégories (niveau insuffisant de respect de la recommandation, niveau moyen, bon niveau). Dans un deuxième temps, la mesure de la recommandation a été simplifiée en deux catégories (respect/non-respect). Les cases en gris du tableau 3.1 correspondent au non-respect de la recommandation.

Pour la consommation de **liquide**, la valeur la plus basse de la recommandation (un litre et moins par jour) a été choisie pour marquer le non-respect de la recom-

mandation. Les **fruits et légumes** sont abordés ensemble. Les personnes consommant moins de 5 portions par jour de l'un et/ou de l'autre aliment – 120g par portion – sont considérées comme ne respectant pas la recommandation. Le **lait et les produits laitiers** devraient être consommés tous les jours. Une certaine marge a été laissée en considérant que les personnes en consommant 6 jours par semaine respectent la recommandation. Les personnes qui consomment de 1 à 4 jours par semaine de la **viande** sont considérées comme respectant les recommandations de l'OFSP. Une consommation de viande cinq jours et plus par semaine est considérée comme excessive selon les recommandations de l'OFSP car elle limite la possibilité de varier les sources d'apport en protéines. Consommer au moins une fois par semaine du **poisson** respecte la recommandation. Les personnes qui n'en consomment pas du tout ou rarement sont considérées comme ne respectant pas la recommandation qui exige de varier les sources de protéines.

Les indicateurs issus du questionnaire de l'ESS 2007 permettent une estimation relativement fiable des fréquences de consommation et des prévalences du respect/non-respect des recommandations officielles en termes d'alimentation, mais très approximative des quantités consommées. De plus, aucune information sur la qualité de ces aliments en termes de composants nutritionnels n'est possible. Les résultats présentés permettent d'estimer des prévalences de comportements à risque au niveau de la population mais pas au niveau individuel.

**Tab. 3.1 Indicateurs pour la mesure du degré de respect des recommandations concernant la consommation de cinq groupes d'aliments (en 3 catégories) et du respect/non respect de ces recommandations (en 2 catégories)**

Aliments	Niveau insuffisant	Niveau moyen	Bon niveau
<b>Quantité de liquide bue par jour</b>	Jusqu'à 1 litre (y compris 1 litre) par jour	Plus de 1 litre jusqu'à 2 litres par jour	Plus de 2 litres par jour
<b>Nombre de portions de fruits et légumes par jour</b>	0–1 portions par jour	2–4 portions ou plus par jour	5 portions ou plus par jour
<b>Lait et produits laitiers* dans la semaine</b>	0 jour par semaine ou plus rarement	1–5 jours dans la semaine	6–7 jours dans la semaine
<b>Viande dans la semaine</b>	0 jour par semaine ou plus rarement**	5–7 jours dans la semaine	1–4 jours dans la semaine
<b>Poisson dans la semaine</b>	0 jour par semaine ou plus rarement	1–3 jours dans la semaine	4–7 jours dans la semaine

En gris: non respect de la recommandation

\* Abrégé par «lait» dans les figures

\*\* Les végétariens peuvent compenser les protéines provenant de la consommation de viande en mangeant d'autres aliments. L'ESS ne permet pas de savoir s'ils le font correctement

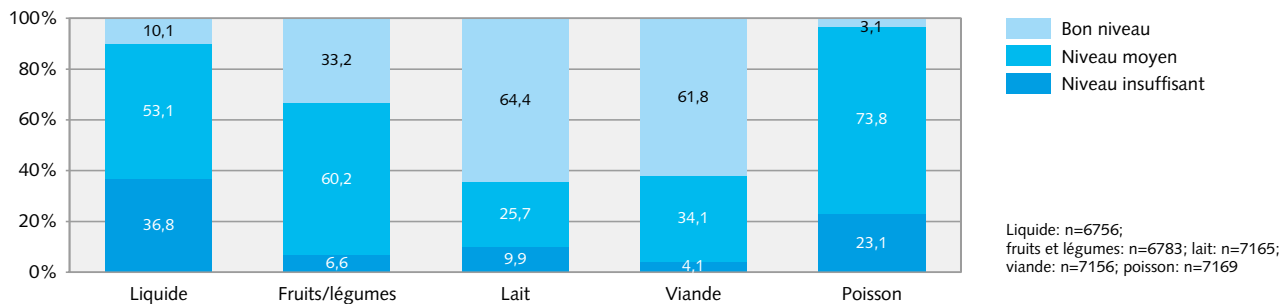
### 3.3.3 Niveau de consommation de cinq aliments, personnes de 25 ans et plus

Les fréquences des personnes consommant cinq groupes d'aliments (voir pour la description le tableau 3.1) sont présentées pour la Suisse latine, comparées avec les autres régions linguistiques, puis analysées en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, nationalité, niveau de formation) et de l'attention portée à l'alimentation. Ces variables sociodémographiques ont été choisies sur la base d'un modèle logistique pour la Suisse latine (voir annexe 3.2). Ensuite sont présentées les proportions de personnes selon le nombre et le type de recommandations respectées (échelle et typologie) et les obstacles à une bonne alimentation mentionnés par les répondants. Finalement, l'évolution de la consommation de viande est présentée sur 15 ans (1992–2007).

### Niveau de consommation de cinq aliments selon certains critères sociodémographiques

Les proportions de personnes consommant cinq groupes d'aliments en Suisse latine sont présentées à la figure 3.2. Plus d'un tiers des Suisses latins disent boire moins d'un litre de **liquide** par jour. La proportion de personnes qui ne mangent pas de **fruits et légumes** dans la semaine ou seulement une portion par jour est très faible (6,6%). Trois cinquièmes des Suisses latins (60,2%) en mangent entre deux et quatre portions par jour, et un tiers (33,2%) en mangent cinq portions ou plus. Seul ce dernier groupe respecte la recommandation «5 par jour». Un dixième des Suisses latins (9,9%) consomment moins d'une fois par semaine du **lait ou des produits laitiers**; ces personnes pourraient manquer de certaines protéines nécessaires à la santé. Un quart des Suisses latins (25,7%) en consomment de un à cinq jours par semaine et les deux tiers (64,4%) en consomment six à sept jours par semaine, ce

**Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 3.2**

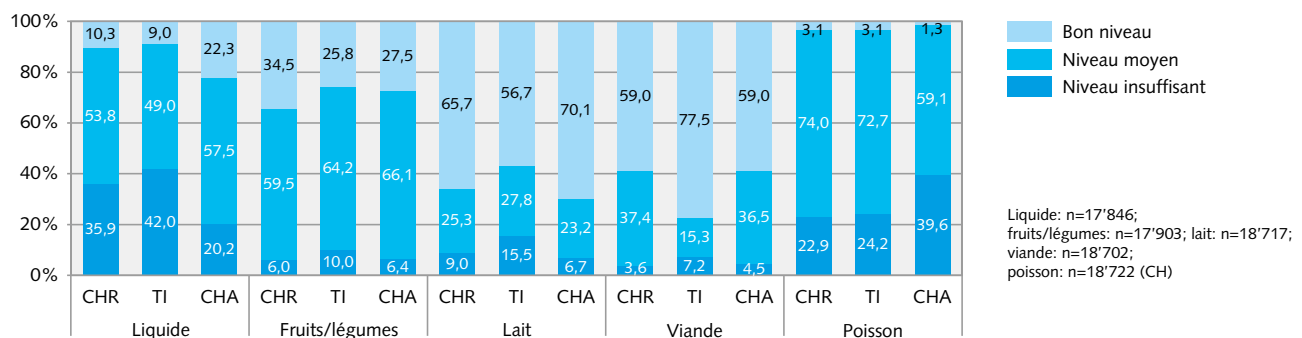


Pour la définition des catégories, voir le tableau 3.1. Tous les tableaux sur le respect des recommandations concernant l'alimentation reprennent les mêmes catégories

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, par région linguistique, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 3.3**



Les proportions de personnes ne respectant pas les recommandations diffèrent significativement à 5% entre la Suisse romande et le Tessin à l'exception de la consommation de poisson  
CHR=Suisse romande, TI=Tessin, CHA=Suisse alémanique

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

qui est recommandé. Les non-consommateurs de **viande** sont peu nombreux (moins de 5% en Suisse latine). Plus de trois cinquièmes des répondants (61,8%) consomment entre un et quatre jours par semaine de la viande, par contre un tiers en consomment trop ( $\geq 5$  jours/semaine), ce qui ne permet pas de varier les différentes sources de protéines.

### Régions linguistiques

Les proportions de personnes ne respectant pas les recommandations diffèrent significativement entre la Suisse romande et le Tessin (figure 3.3), à l'exception de la consommation de poisson (qui est nettement plus consommé par les Suisses latins que les Suisses allemandiques). Les Tessinois sont proportionnellement plus nombreux que les Suisses romands à ne pas suivre les recommandations de consommation de boissons non alcoolisées, de fruits et légumes ainsi que de lait et de produits laitiers. Par contre, le Tessin a une proportion plus faible qu'en Suisse romande de personnes qui consomment trop de viande.

*La suite des résultats se concentre sur la population adulte (25 ans et plus) de la Suisse latine dans son ensemble.*

### Différences en fonction du sexe

En Suisse latine, les proportions d'hommes ne respectant pas les recommandations diffèrent de manière significative de celles des femmes, à l'exception de la consommation de poisson (figure 3.4). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne pas respecter les recommandations liées à la consommation de fruits/légumes, de lait et de produits laitiers et de viande. Par contre, ils

sont moins nombreux que les femmes à ne pas respecter la recommandation de consommer au moins un litre de boissons non alcoolisées par jour. Les différences les plus marquées entre sexes concernent les fruits et légumes et la viande. Plus de trois quarts des hommes (75,5%) ne consomment pas cinq portions de fruits et légumes par jour, contre 60% des femmes. Pour la viande, 43,0% des hommes mangent trop de viande, alors que seules 28,0% des femmes sont dans ce cas.

### Classes d'âge

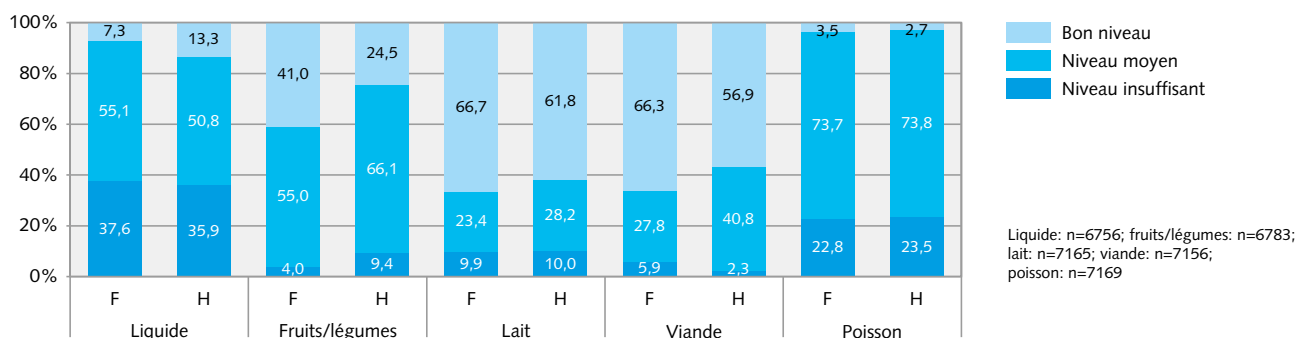
Des régressions logistiques ont révélé que l'âge n'est pas un facteur associé au non-respect des recommandations pour tous les aliments sauf le liquide aux âges les plus avancés (voir annexe 3.2). Le respect de la recommandation concernant la consommation de liquide est assez stable (un peu plus de trois personnes sur 10 consomment au moins un litre de liquide non alcoolisé chaque jour), mais vers l'âge de 55–64 ans les proportions de personnes qui ne respectent pas cette recommandation augmentent et atteignent près de 48% dès 75 ans.

### Nationalité/statut migratoire

Environ 40% des étrangers et des Suisses naturalisés ne respectent pas l'apport de **liquide** recommandé, ce qui est le cas d'un gros tiers des Suisses (34,9%, figure 3.5). La recommandation de consommer des **produits laitiers** est la moins bien respectée par les Suisses naturalisés, deux cinquièmes (42,8%) ne la respectent pas contre un tiers des Suisses d'origine (35,1%) et des étrangers (33,8%).

Par contre, les Suisses naturalisés respectent mieux la consommation recommandée de **viande** (70,1%) que les étrangers (65,3%) et les Suisses d'origine (58,7%). La

**Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 3.4**



Les proportions de personnes ne respectant pas les recommandations diffèrent significativement à 5% selon le sexe, à l'exception de la consommation de liquide et de poisson

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

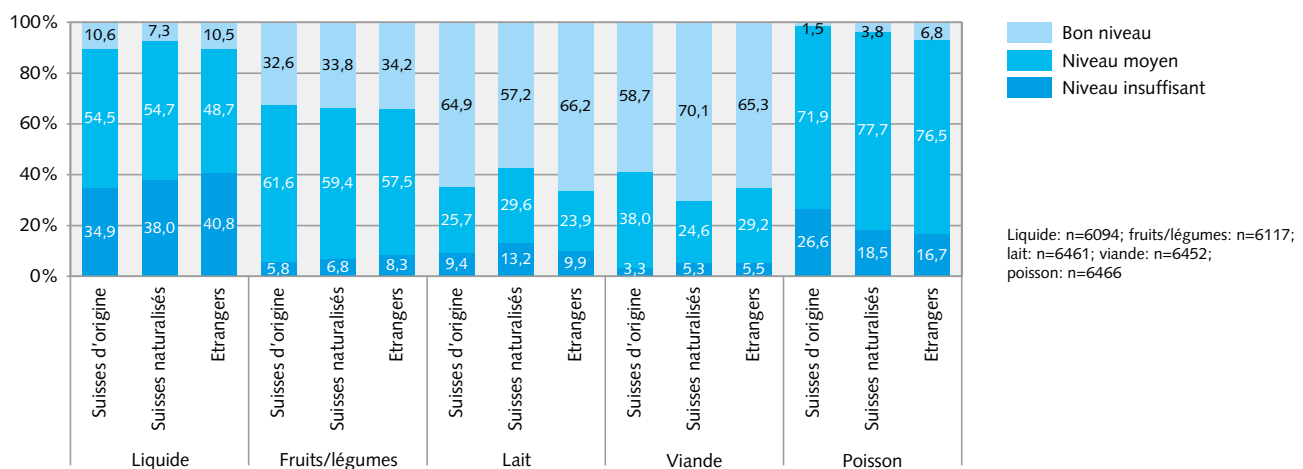
recommandation de ne pas manger trop souvent de la viande est la moins bien respectée par les Suisses d'origine (38,0%). Pour le **poisson**, les Suisses d'origine respectent moins bien la recommandation que les Suisses naturalisés et les étrangers. Ces derniers sont plus de 80% à manger au moins une fois par semaine du poisson.

### Niveau de formation

Des régressions logistiques confirment que le niveau d'éducation est un facteur peu associé au non-respect des recommandations concernant la consommation de liquide, de lait et de viande (voir annexe 3.2). Les personnes ayant une formation de niveau tertiaire sont 63,5% à ne pas consommer suffisamment de **fruits et légumes** contre 70,9% des personnes ayant terminé l'école obligatoire (figure 3.6). Par contre les personnes

**Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon la nationalité/statut migratoire, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.5**



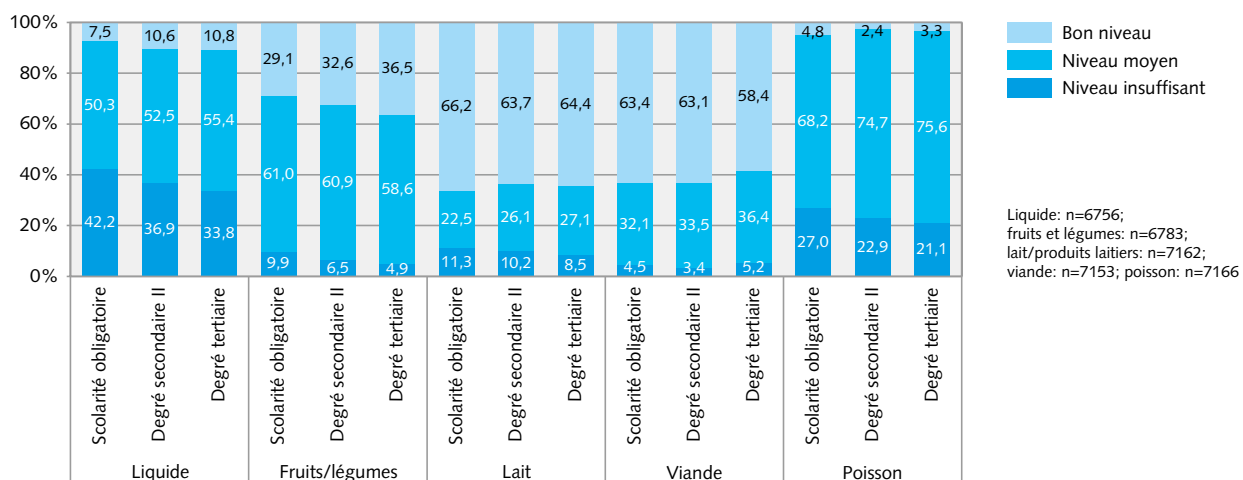
Note: pour le poisson, les données pour les Suissesses naturalisées se basent sur moins de 30 réponses  
Les proportions de personnes ne respectant pas les recommandations diffèrent significativement à 5% selon la nationalité/statut migratoire, à l'exception de la consommation de fruits et légumes

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon le niveau de formation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.6**



Les proportions de personnes ne respectant pas les recommandations diffèrent significativement à 5% selon le niveau de formation, à l'exception de la consommation de viande et de lait

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

ayant terminé l'école obligatoire (27,0%) sont plus représentées parmi les personnes qui ne mangent pas au moins un jour par semaine du **poisson** que parmi celles qui ont un niveau scolaire plus élevé (22,9% degré secondaire II et 21,1% degré tertiaire).

#### *Attention portée à l'alimentation*

A la question: Faites-vous attention à quelque chose de particulier dans votre alimentation? Les répondants avaient le choix entre: Oui, je fais attention à quelque chose, et: Non, je ne fais attention à rien. La proportion de personnes qui disent ne prêter aucune attention à leur alimentation est très différente dans les trois régions linguistiques (25 ans et plus): 21,6% des Suisses alémaniques sont dans ce cas, par rapport à 26,0% des Tessinois et 40,7% des Suisses romands (données non présentées).

Parmi les répondants de Suisse latine, 45,2% des hommes disent ne prêter aucune attention à leur alimentation contre 32,3% des femmes. Les plus jeunes sont moins attentifs à leur alimentation (25–34 ans: 44,5%) ainsi que les plus âgés (75 ans et plus: 42,4%) par comparaison avec les classes d'âge moyen (35–74 ans) qui sont plus attentives. Parmi les 55 à 64 ans, on trouve la plus faible proportion de personnes non attentives (32,5%, données non présentées). Les personnes qui disent ne pas faire attention à leur alimentation se différencient de celles qui disent faire attention à leur alimentation pour la consommation de certains aliments. La différence la plus marquée concerne les **fruits et légumes**: parmi les personnes qui disent ne pas faire attention à leur alimentation, 74,7% ne respectent pas la recommandation de cinq portions de fruits et légumes quotidiennes, contre 62,0% parmi celles qui font attention à leur alimentation. Pour le **liquide**, un tiers des personnes qui disent faire attention à leur alimentation ont un niveau insuffisant de consommation de liquide, c'est le cas de 42,5% des personnes qui disent ne pas faire attention à leur alimentation. Près de deux cinquièmes (41,1%) des personnes qui disent ne pas faire attention à leur alimentation mangent de la **viande** 5 à 7 fois par semaine, en comparaison de 30,8% de ceux qui disent faire attention à leur alimentation. Pour le **poisson**, la différence existe mais est plus petite, et pour le lait et les produits laitiers, il n'y a pas de différence selon l'attention portée à l'alimentation.

#### *Facteurs associés au non-respect des recommandations concernant l'alimentation*

Les régressions logistiques bivariées et multivariées présentées dans l'annexe 3.2 permettent de tirer des conclusions concernant les déterminants sociodémographiques du non-respect de la consommation des cinq types d'aliments choisis pour la population adulte de Suisse latine (25 ans et plus).

On constate que les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à ne pas consommer assez de fruits et légumes, ni suffisamment fréquemment de lait ou de produits laitiers et à consommer trop fréquemment de la viande.

Il n'y a pas de différence de respect des recommandations en fonction de l'âge, excepté pour la consommation insuffisante de liquide qu'on observe plus fréquemment chez les personnes de 65 ans et plus.

Les Suisses naturalisés sont un peu plus nombreux que les Suisses d'origine et les étrangers à ne pas consommer suffisamment fréquemment de lait ou de produits laitiers. Comme les étrangers, les Suisses naturalisés sont moins nombreux à consommer trop fréquemment de la viande mais plus nombreux à consommer au moins une fois par semaine du poisson.

Les personnes ayant terminé l'école obligatoire ou de formation secondaire II respectent un peu moins la recommandation de consommer 5 portions ou plus de fruits et/ou légumes par jour que les personnes qui ont une formation de niveau tertiaire. Les personnes sans formation post-obligatoire mangent un peu plus rarement du poisson au moins une fois par semaine que les personnes qui ont suivi une formation de niveau secondaire II ou tertiaire.

Les catégories de revenu utilisées dans les analyses n'ont pas permis de mettre en évidence des recommandations qui seraient moins bien respectées en fonction d'un tel critère. Des catégories plus fines, en particulier pour des personnes ayant des bas revenus auraient peut-être pu mettre en évidence des différences.

Les Tessinois sont plus nombreux que les Suisses romands à ne pas consommer assez de lait et de produits laitiers, à ne pas respecter la recommandation «5 par jour» et à ne pas consommer assez de liquide, par contre ils sont moins nombreux que les Suisses romands à ne pas manger trop fréquemment de la viande.

### Nombre de recommandations suivies et obstacles à une bonne alimentation

Pour l'établissement d'une échelle et d'une typologie des recommandations suivies, les personnes considérées comme les respectant sont celles qui consomment plus d'un litre de liquide par jour, mangent cinq portions de fruits et/ou légumes ou plus par jour, consomment du lait ou des produits laitiers 6 à 7 jours par semaine, mangent de la viande 1 à 4 jours par semaine et mangent au moins un jour dans la semaine du poisson.

### Nombre de recommandations suivies: échelle

La figure 3.7 présente les proportions de personnes en fonction du nombre de recommandations respectées. Les différences en fonction du sexe sont importantes: plus du double des femmes (13,0%) disent respecter les cinq recommandations par rapport à 5,3% des hommes. 41,5% des femmes respectent au moins quatre recommandations contre seulement 27,8% des hommes.

Certains groupes de population sont plus représentés parmi ceux qui respectent ces cinq recommandations: les jeunes, les personnes de formation tertiaire, les étrangers, les personnes qui travaillent à temps partiel, les cadres moyens et supérieurs. Parmi les personnes qui disent faire attention à quelque chose dans leur alimentation, 39,5% respectent ces cinq recommandations alimentaires contre 27,4% de celles qui disent ne faire attention à rien (données non présentées).

### Types de recommandations suivies (aliments solides): typologie

Sur la base du respect de quatre recommandations (fruits/légumes, lait et produits laitiers, viande et poisson), une typologie a été établie comprenant 16 possibilités allant des personnes qui respectent les quatre recommandations à celles qui n'en respectent aucune (tableau 3.2). Les quatre recommandations sont suivies par 11,8% des répondants de Suisse latine et 2,6% des répondants ne respectent aucune des quatre recommandations. Presque 16% de femmes respectent ces quatre recommandations contre 6,6% environ des hommes.

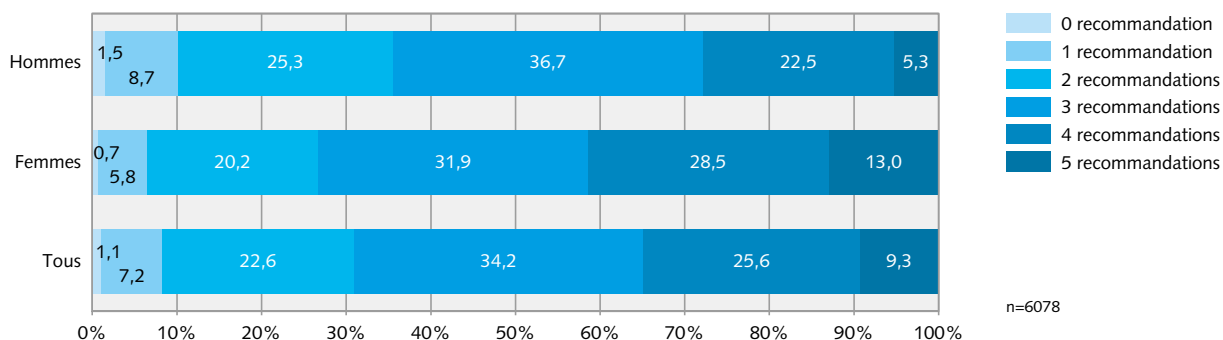
### Obstacles à une bonne alimentation

La difficulté à suivre les recommandations alimentaires ne dépend pas seulement de l'attitude des gens par rapport à l'alimentation mais aussi de facteurs externes. A la question: Voyez-vous des obstacles pour quelqu'un voulant se nourrir sainement?, les répondants pouvaient cocher un ou plusieurs obstacles proposés sous forme d'une liste de dix obstacles. Les trois obstacles qui ont été les plus fréquemment sélectionnés en Suisse latine parmi les personnes de 25 ans et plus sont: la «prédilection pour la bonne chère» (54,9%), les «coûts élevés de l'alimentation» (54,1%) et les «habitudes et contraintes de la vie quotidienne» (43,0%).

Pour certains obstacles, il y a de grandes différences entre la Suisse romande et le Tessin (figure 3.8). Les Suisses romands sont les plus nombreux à mentionner la «prédilection pour la bonne chère» comme obstacle le

**Proportions de personnes selon le nombre de recommandations alimentaires respectées selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.7**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan



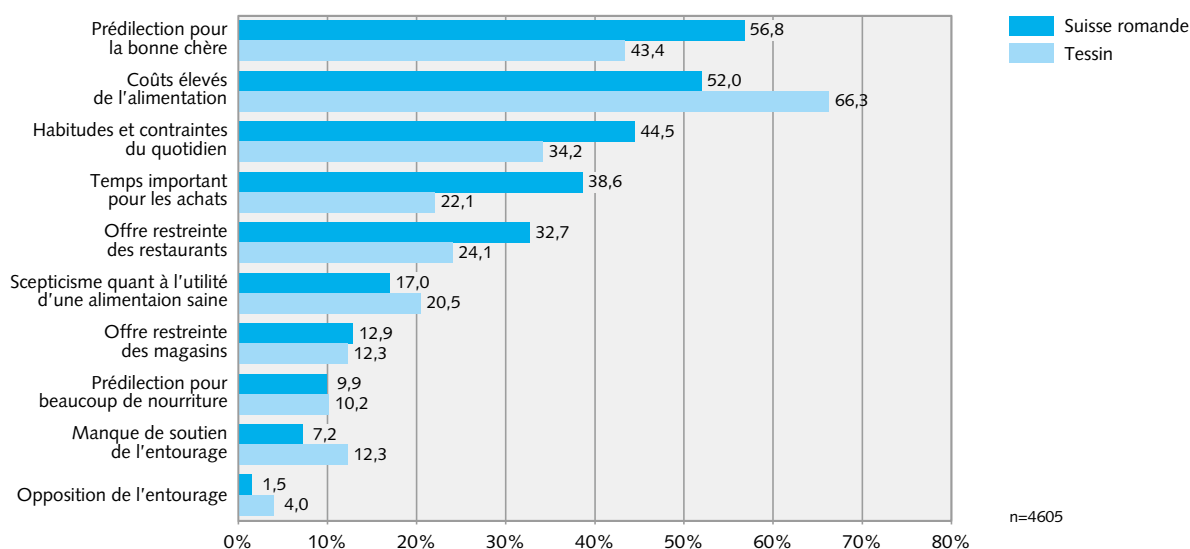
**Tab. 3.2 Proportions de personnes selon le type de recommandations alimentaires respectées, selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (en %)**

Aliments	Femmes	Hommes	Tous
Les 4: produits laitiers, fruits-légumes, viande, poisson	15,8	6,6	11,8
3: produits laitiers, viande, poisson	19,3	19,2	19,3
3: produits laitiers, fruits-légumes, poisson	6,5	5,6	6,1
3: fruits-légumes, viande, poisson	6,7	4,2	5,6
3: viande, produits laitiers, fruits-légumes	3,2	1,4	2,4
2: produits laitiers, poisson	11,4	14,6	12,8
2: viande, poisson	8,2	14,6	10,9
2: fruits-légumes, poisson	2,6	2,1	2,4
2: produits laitiers, viande	6,8	6,4	6,6
2: viande, fruits-légumes	1,1	(1,0)	1,0
2: produits laitiers, fruits-légumes	2,4	1,7	2,1
1: poisson	4,3	7,7	5,8
1: viande	3,9	4,6	4,2
1: produits laitiers	4,4	6,7	5,4
1: fruits-légumes	1,2	(0,5)	0,9
Ne respectent aucune recommandation	2,1	3,3	2,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=6'109

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

**Proportions de personnes selon les obstacles mentionnés à une bonne alimentation, Suisse romande et Tessin, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 3.8**

Plusieurs possibilités de réponse. Les pourcentages se réfèrent aux répondants. Réponses ordonnées par ordre d'importance pour la Suisse romande

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?

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

plus important pour se nourrir sainement (56,8%), obstacle qui est le troisième pour les Tessinois (43,4%). Ces derniers mentionnent comme premier obstacle les «coûts élevés de l'alimentation» (66,3%) qui est le deuxième obstacle le plus fréquemment cité par les Romands.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence car une liste d'obstacles est proposée aux répondants et peut les induire à choisir des critères qui, dans les faits, n'orientent pas ou peu leurs comportements alimentaires.

Il pourrait être relativement difficile d'améliorer le respect des recommandations concernant l'alimentation, puisque les Suisses latins mentionnent en priorité que ce qui les empêche de les suivre est leur goût pour la bonne chère et le prix. On évalue le budget consacré à l'alimentation dans les années 70 à 27% pour les salariés ayant le plus bas pouvoir d'achat et à 19% dans la classe au pouvoir d'achat le plus élevé (Deiss, 2008). Actuellement le budget alloué à l'alimentation atteint en moyenne suisse 10,9% (OFS, 2008c, 2010b). Les Suisses consacrent une part presque égale aux loisirs et à la culture (10,6%). L'alimentation est considérée comme ayant un coût élevé, mais sa priorité dans les achats n'est plus la même que par le passé car elle entre en compétition avec d'autres dépenses jugées plus importantes.

### 3.3.4 Tendances temporelles: consommation de viande (1992–2007)

Pour les tendances temporelles, les analyses se concentrent sur les personnes qui consomment trop de viande, c'est-à-dire 5 à 7 fois par semaine. L'analyse logistique sur les données 2007 a mis en évidence des différences importantes en fonction du sexe et de la région linguistique. Ces caractéristiques sont reprises dans les compa-

raisons temporelles pour les années 1992 à 2007 (figure 3.9). Les données chiffrées complètes des tendances temporelles en fonction du sexe par région linguistique et pour la Suisse sont en annexe 3.3.

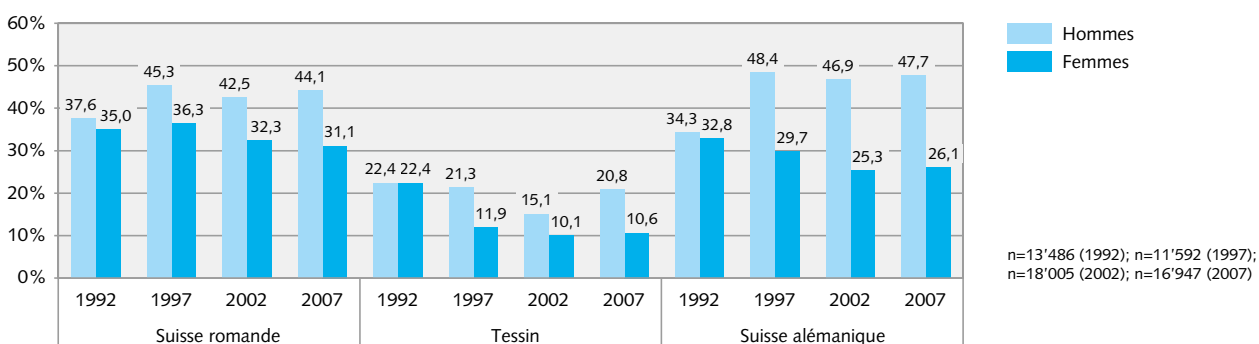
Sur toute la période de 1992 à 2007, les répondants du Tessin sont nettement moins nombreux à consommer 5 à 7 jours par semaine de la viande (14,6%) qu'en Suisse romande (38,3%) ou qu'en Suisse alémanique (37,0%, annexe 3.4) et ils sont encore moins nombreux en 2007 (15,3%) qu'en 1992 (22,4%).

En 1992 en Suisse romande et alémanique, la proportion d'hommes qui consommaient trop de viande était à peu près équivalente à celle des femmes (un peu plus d'un tiers des répondants). Dès 1997, cette proportion a nettement augmenté chez les hommes mais est restée ensuite relativement stable (environ 44% en 2007 pour les Suisses romands et 48% pour les Suisses alémaniques). Par contre au Tessin, la consommation fréquente de viande était déjà nettement moins répandue en 1992 (22,4%) chez les hommes et a diminué et atteint 20,8% en 2007.

Parmi les femmes des trois régions linguistiques un mouvement de baisse de la consommation de viande peut s'observer. C'est parmi les femmes de Suisse romande qu'on trouve la plus forte proportion de consommation fréquente de viande lors de toutes les enquêtes, avec toutefois une légère baisse sur le long terme (31,1% en 2007). La proportion de consommation fréquente de viande chez les femmes de Suisse alémanique a baissé lors de chaque enquête pour atteindre 26,1% en 2007. Un cinquième des Tessinoises étaient de grandes consommatrices de viande en 1992; dès 1997, elles n'étaient plus qu'un dixième (10,6%) sans modification jusqu'en 2007.

**Proportions de personnes consommant trop de viande (5 à 7 fois par semaine) selon le sexe et la région linguistique, 25 ans et plus, 1992–2007**

**Fig. 3.9**



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

© Obsan

Ces tendances de l'Enquête suisse sur la santé confirment les données recueillies par Proviande. En Suisse, la consommation de viande domine largement celle de poisson. En 2008, les Suisses mangent 53,4 kg de viande par année en comparaison de 8,5 kg de poisson (Proviande, 2008). Ces chiffres n'ont que peu varié depuis 2002 (52,9 kg et 7,5 kg).

### 3.3.5 L'alimentation parmi les jeunes de 11 à 24 ans

A l'adolescence, les changements physiques et psychosociaux – affirmation face aux adultes, influence croissante des pairs – peuvent influencer le choix des aliments et le rythme des repas (Quandt, 1999). De plus, les habitudes alimentaires formées durant la jeunesse se répercutent souvent à l'âge adulte (Hamburg et al., 1993). Connaître les habitudes alimentaires des jeunes peut dès lors être particulièrement utile aux acteurs de la politique de santé.

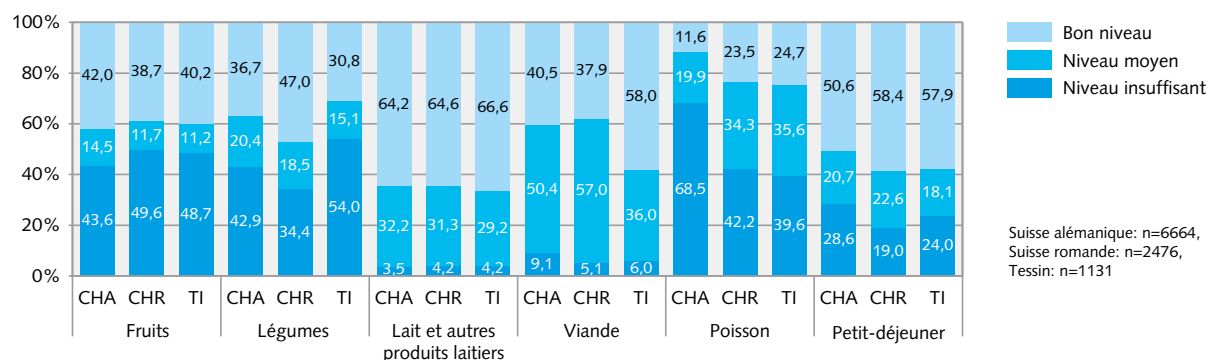
Dans cette section, les analyses portant sur les jeunes de 11 à 15 ans se basent sur les données de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) et celles sur les jeunes de 16 à 24 ans sur celles de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). A noter que les données de l'enquête HBSC couvrent l'année 2006 et celles de l'ESS l'année 2007. Pour les jeunes de 11 à 15 ans, six comportements alimentaires sont étudiés: les fréquences de consommation de fruits et de légumes, qui sont présentées séparément afin d'avoir un éclairage plus détaillé sur ces deux aliments, les fréquences de consommation de lait et d'autres produits laitiers, de viande, de poisson et la fréquence du petit-déjeuner.

Les questions et les catégories de réponses de l'enquête HBSC diffèrent de celles de l'ESS. Elles ont cependant été recodées de manière à être aussi comparables que possible. Bien qu'il n'existe pas de recommandations alimentaires sous forme de pyramide pour les enfants et les adolescents en Suisse, la Société suisse de nutrition recommande de se référer aux règles concernant les adultes. La pyramide alimentaire reste donc la référence générale pour toute la famille et la Société suisse de nutrition insiste sur le fait que les fruits et légumes devraient être présents à tous les repas et qu'en période de croissance, le lait est très important.

Pour les fruits, les légumes et les produits laitiers, les jeunes qui n'en consomment pas tous les jours ont été considérés comme ne respectant pas la recommandation. Pour le poisson, c'est la consommation un jour par semaine et moins souvent qui est considérée comme non respectueuse des recommandations. Par contre, le même seuil que pour les adultes a été pris en compte pour le non-respect de la recommandation relative à la viande. Comme le petit-déjeuner est un repas particulièrement important pour des jeunes en pleine période de croissance, ceux qui n'en prennent pas chaque jour d'école ont été considérés comme ne respectant pas une recommandation concernant leur alimentation.

Les résultats sont présentés par région linguistique pour les 11 à 15 ans. Ensuite, une description selon le sexe est effectuée séparément pour les jeunes de 11 à 15 et ceux de 16 à 24 ans pour la Suisse latine uniquement.

**Proportions de jeunes de 11 à 15 ans en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation par région linguistique, 2006** **Fig. 3.10**



Fruits: niveau bas: jamais à 4 jours par semaine, niveau moyen: 5 à 6 jours par semaine, bon niveau: chaque jour  
Légumes: niveau bas: jamais à 4 jours par semaine, niveau moyen: 5 à 6 jours par semaine, bon niveau: chaque jour  
Lait et autres produits laitiers: niveau bas: jamais ou moins d'un jour par semaine, niveau moyen: 1 à 6 jours par semaine, bon niveau: chaque jour  
Viande: niveau bas: jamais ou moins d'un jour par semaine, niveau moyen: 5 jours ou plus par semaine, bon niveau: 1 à 4 jours par semaine  
Poisson: niveau bas: jamais ou moins d'un jour par semaine, niveau moyen: un jour par semaine, bon niveau: 2 jours ou plus par semaine  
Petit déjeuner: niveau bas: jamais les jours d'école, niveau moyen: pas chaque jour, bon niveau: chaque jour  
Différences significatives à 5% entre les régions linguistiques (p<0.05) sauf pour le lait et les produits laitiers

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Régions linguistiques (11 à 15 ans)

Les plus jeunes sont majoritaires à ne pas manger des fruits et des légumes quotidiennement. La recommandation de consommer des légumes chaque jour est mieux suivie par les jeunes Suisses romands que par les jeunes Tessinois ou les jeunes Alémaniques. Quoiqu'il en soit, plus de 50% des jeunes Romands ne consomment pas suffisamment de légumes. Près de 70% des Tessinois sont aussi dans ce cas (figure 3.10). Les proportions de jeunes ne consommant pas suffisamment de fruits sont également élevées avec des taux d'environ 60% dans les trois régions linguistiques n'en consommant pas tous les jours.

Au cours de l'adolescence, la consommation de lait et d'autres produits laitiers doit répondre au besoin accru en calcium lié à la croissance considérable de la masse osseuse. En Suisse latine, comme en Suisse alémanique,

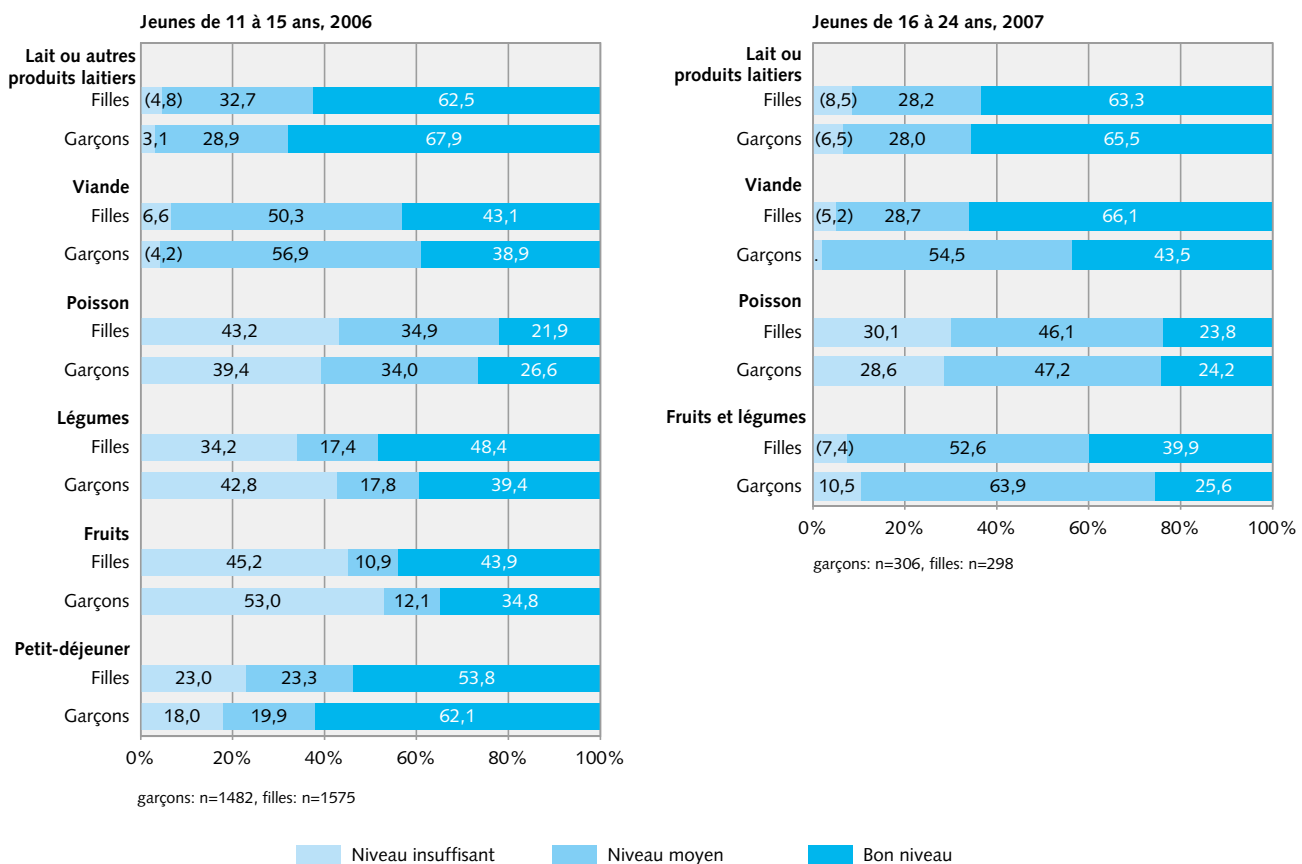
un tiers environ des jeunes de 11 à 15 ans ne consomment pas ce type d'aliments tous les jours. Par ailleurs, environ deux cinquièmes des jeunes ne prennent pas un petit-déjeuner quotidien en Suisse latine (41,6% CHR, 42,1% TI), soit une proportion inférieure à ce qui est reporté pour la Suisse alémanique (49,3%).

### Différences en fonction du sexe (11 à 15 ans et 16 à 24 ans)

Les comportements à l'égard des recommandations liées à l'alimentation montrent des différences significatives en fonction du sexe aussi bien parmi les plus jeunes que parmi ceux âgés de 16 à 24 ans (figure 3.11). Les filles de 11 à 15 ans sont en effet proportionnellement moins nombreuses à déjeuner avant de se rendre à l'école, à consommer chaque jour des produits laitiers et à manger du poisson au moins un jour par semaine, alors que les

### Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon le sexe, Suisse latine 2006 et 2007

Fig. 3.11



. Réponses de 0 à 9 personnes. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
Différences significatives à 5% entre les garçons et les filles (p<0.05) sauf pour le lait et les produits laitiers et le poisson chez les jeunes de 16 à 24 ans  
Pour les catégories se référer à la figure 3.10

garçons se montrent de moins grands consommateurs de fruits et de légumes et sont proportionnellement moins nombreux à manger de la viande à une fréquence d'un à quatre jours par semaine. Mêmes tendances chez les 16 à 24 ans, où les différences ne sont toutefois significatives que pour la consommation de légumes et/ou de fruits et la consommation de viande.

### 3.4 Activité physique

#### 3.4.1 Recommandations officielles concernant l'activité physique

Depuis 1999, il existe en Suisse des recommandations officielles pour une activité physique ayant des effets positifs sur la santé (OFSPPO et al., 2007b) définies sur des connaissances et des recommandations internationales (OMS). De nombreux programmes de prévention sont basés sur ces recommandations (voir Promotion Santé Suisse) et orientés sur des groupes cibles déterminés par les connaissances épidémiologiques actuelles issues de l'Enquête suisse sur la santé et d'autres enquêtes sur la prévalence de la sédentarité (Lamprecht et al., 2008).

*Règle de base: faire régulièrement de l'exercice physique*

Les recommandations diffèrent pour les adultes et les jeunes. Pour les **adultes**, la recommandation minimale de l'Office fédéral du sport (OFSPPO), de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et du Réseau santé et activité physique Suisse est la suivante: «Quel que soit l'âge ou le sexe, il est recommandé de pratiquer un sport d'intensité moyenne ou, plus simplement, d'exercer une activité physique modérée pendant **au moins une demi-heure quotidiennement** (respiration légèrement accélérée)». Pour avoir des effets positifs sur la condition physique, une activité physique ne doit pas forcément être du sport. Les activités quotidiennes (marche rapide, vélo, jardinage) constituent également une activité physique et peuvent présenter l'avantage d'être plus faciles à intégrer dans l'emploi du temps de la vie quotidienne.

Les enfants et adolescents devraient être physiquement actifs **au moins 60 minutes par jour** (les périodes d'activité d'au moins dix minutes chacune peuvent être additionnées).

**Tab. 3.3 Indicateurs pour la mesure de la recommandation liée à l'activité physique pour les adultes en cinq niveaux (1–5) et trois niveaux (i–iii)**

Niveaux	Activités modérées (respiration accélérée)	Activités intenses (transpiration)
<b>i) Plein respect de la recommandation: actif</b>		
1) Entraîné		Minimum 20 minutes au moins 3 fois par semaine
2) Régulièrement actif	Minimum 30 minutes au moins 5 fois par semaine	
<b>ii) Respect partiel de la recommandation: actif partiel</b>		
3) Irrégulièrement actif	Minimum 150 minutes par semaine	Ou Minimum 20 minutes au moins 2 fois par semaine
4) Partiellement actif	Minimum 30 minutes par semaine	Ou Minimum 20 minutes par semaine
<b>iii) Non-respect de la recommandation: inactif</b>		
5) Inactif	Activité minimale ou nulle	Activité minimale ou nulle

Source: (Lamprecht & Stamm, 1999a)

### 3.4.2 Indicateurs de l'activité physique bénéfiques à la santé

Découlant de quatre questions d'interview<sup>67</sup>, les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 permettent de définir des indicateurs standard du niveau d'activité physique modérée (fréquence et durée) et intensive (fréquence) correspondant aux recommandations de l'«Observatoire Sport et Activité Physique Suisse» (tableau 3.3).

Les questions posées aux personnes interviewées permettent de distinguer entre l'activité physique d'intensité modérée – essoufflement avec accélération de la fréquence cardiaque – et celle d'intensité plus élevée – transpiration –, ainsi que de définir un indicateur synthétique en cinq respectivement en 3 niveaux d'intensité croissante en fonction de la fréquence et de la durée<sup>68</sup>.

Pour faciliter l'analyse, l'indicateur synthétique d'activité physique peut être regroupé en trois niveaux: (i) les personnes entraînées et régulièrement actives considérées comme suffisamment actives selon les recommandations de l'OFSP, (ii) les personnes irrégulièrement ou partiellement actives et (iii) celles totalement inactives. Le strict respect des recommandations de l'OFSP ne concerne que le premier groupe. Ce regroupement a déjà été adopté par d'autres auteurs et est également utilisé par l'OFSP et l'OFSP (Lamprecht & Stamm, 1999a; Lamprecht & Stamm, 2006; Stamm & Lamprecht, 2009a)<sup>69</sup>.

Deux questions complémentaires relatives à l'activité physique ont été posées dans l'enquête: a) la fréquence de la pratique de la gymnastique, du fitness et du sport

<sup>67</sup> a. Pendant vos loisirs, avez-vous au moins une fois par semaine une activité physique qui vous fasse transpirer? (par ex. course à pied, faire du vélo, de la marche rapide) Oui ou non.

b. En moyenne, combien de jours par semaine? 0 à 7 jours.

c. La question suivante ne concerne plus seulement les activités physiques qui vous font transpirer, mais également d'autres formes de mouvements moins intensifs. Si vous pensez à des activités physiques au cours desquelles vous êtes au moins un peu essoufflé(e), comme la marche rapide, les excursions à pied, la danse, le jardinage ou différents sports: Combien de jours par semaine pratiquez-vous de telles activités physiques? 0 à 7 jours.

d. Quelle est en moyenne la durée de ces activités physiques pendant ces jours? (heures et minutes).

<sup>68</sup> Contrairement aux données sur l'activité physique intensive, disponibles depuis 1992, celles concernant l'activité modérée provoquant un essoufflement léger, mais déjà bénéfiques pour la santé, ne le sont que depuis 2002.

<sup>69</sup> Des analyses, non rapportées ici, montrent que les deux dimensions sont différemment liées à l'âge. L'activité intensive – le sport et la gymnastique, surtout pratiqués parmi les jeunes – diminue fortement entre 15 et 25 ans et après 65 ans. Par contre, l'activité modérée, incluant la mobilité douce – marche et vélo –, reste plus constante au cours de la vie. En plus, ces deux dimensions correspondent à différentes habitudes comportementales, spécifiques aux régions linguistiques en Suisse et aux niveaux socioculturels.

(«pratique sportive» dans la suite du texte) et b) les habitudes de déplacements quotidiens à pied et/ou à vélo (mobilité douce) et, en contrepartie, les déplacements motorisés en transports publics et/ou en voiture/moto (considérés comme sédentaires). Ces indicateurs offrent une vision globale du niveau d'activité physique de la population suisse et de ses régions linguistiques et permettent de mettre en évidence les groupes de personnes à risque qui ne suivent pas les recommandations minimales considérées comme nécessaires au maintien d'une bonne santé. Toutefois, ils ne renseignent ni sur le type ni sur la qualité de l'exercice physique individuel. Toute activité physique devrait être exercée en relation avec la condition physique de chacun afin de limiter les impacts négatifs sur le corps et le risque d'accidents.

### 3.4.3 Niveau de respect des recommandations concernant l'activité physique bénéfique à la santé parmi les personnes de 25 ans et plus

#### *Régions linguistiques*

Certaines études ont déjà montré que les Suisses latins sont en général moins actifs physiquement que les Suisses alémaniques (Stamm & Lamprecht, 2005). Au vu de certaines différences de composition culturelle entre les régions linguistiques en termes de proportions d'étrangers (plus d'étrangers en Suisse latine) ou de situation socioéconomique (revenus plus élevés en Suisse alémanique), ces variables sont prises en compte sachant que celles-ci sont associées au niveau d'activité physique.

Dans cette section sont mises en évidence les prévalences de toute activité physique générant un certain essoufflement ou de la transpiration et qui est pratiquée de manière régulière à l'aide de l'indicateur d'activité physique, ainsi que la pratique sportive et les modes de déplacement, tout d'abord en situant la région latine par rapport à la région alémanique, puis selon le sexe et l'âge.

La majorité de la population résidant en Suisse est physiquement active (tableau 3.4). Parmi les personnes qui ne suivent pas strictement les recommandations, la plupart sont au moins partiellement actives. La part des inactifs est nettement plus forte au Tessin et en Suisse romande qu'en Suisse alémanique.

**Tab. 3.4 Proportions de personnes selon l'indicateur d'activité physique (3 et 5 niveaux), par région linguistique, 25 ans et plus, 2007 (en %)**

Indicateur à 5 niveaux	Régions linguistiques			Indicateur à 3 niveaux	Régions linguistiques		
	CHR	TI	CHA		CHR	TI	CHA
<b>i) Plein respect de la recommandation</b>							
1) Entraîné	24,9	21,8	31,7	Actif	33,7	28,4	41,6
2) Régulièrement actif	8,8	6,6	9,8				
<b>ii) Respect partiel de la recommandation: actif partiel</b>							
3) Irrégulièrement actif	21,5	21,3	25,3	Actif partiel	45,0	40,4	43,5
4) Partiellement actif	23,5	19,1	18,2				
<b>iii) Non-respect de la recommandation: inactif</b>							
5) Inactif	21,4	31,2	14,9	Inactif	21,4	31,2	14,9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
n=16'167

### Analyse multivariée

Le risque d'une activité physique insuffisante (inactif) est significativement plus élevé pour la Suisse latine (annexe 3.5) que pour la Suisse alémanique, et cette différence entre la Suisse latine et alémanique n'est cependant pas expliquée par les différences régionales du revenu ou de nationalité entre ces deux régions. Après avoir ajusté en fonction de l'âge, de la nationalité et du revenu, la région latine garde toujours un risque d'inactivité (inactif) significativement plus élevé que la Suisse alémanique.

### Pratique de la gymnastique, du fitness ou du sport («pratique sportive» dans la suite du texte)

Près d'un quart des Suisses latins de 25 ans et plus (26,1%) pratiquent du sport quotidiennement ou plusieurs fois par semaine, alors que parmi les Suisses alémaniques ce chiffre se monte à 37,6%. Cette différence entre régions latine et alémanique est surtout due au Tessin où la proportion de personnes pratiquant du sport est plus faible qu'en Suisse romande pour les deux sexes. Les hommes pratiquent légèrement plus souvent quotidiennement du sport que les femmes dans les deux régions linguistiques (Suisse latine: 30,0% hommes vs 23,3% femmes; Suisse alémanique: 38,9% hommes vs 36,4% femmes).

### Moyen de locomotion lors des déplacements pour les trajets quotidiens à pied et/ou à vélo («mobilité douce»)

Parmi les adultes en Suisse (25 ans et plus), le moyen de locomotion le plus fréquent pour les déplacements quotidiens est la voiture/moto (60,2%), puis la marche (49,4%). Environ un cinquième utilisent les transports

publics (22,7%) ou le vélo (20,1%). La marche diffère peu entre les régions (CHR: 49,5%, TI: 46,3%, CHA: 49,5%), par contre le vélo est bien plus utilisé en Suisse alémanique (24,2%) qu'en Suisse romande (10,7%) ou au Tessin (7,0%). En Suisse alémanique la part des déplacements en voiture est nettement plus faible (57,4%), comparée à celle de la Suisse latine (67,1%). Les transports publics sont plus fréquemment utilisés en Suisse alémanique (25,0%) qu'en Suisse romande (18,1%) et au Tessin (11,0%).

### Activité physique en Suisse latine des personnes âgées de 25 ans et plus en 2007 selon certains critères socio-démographiques

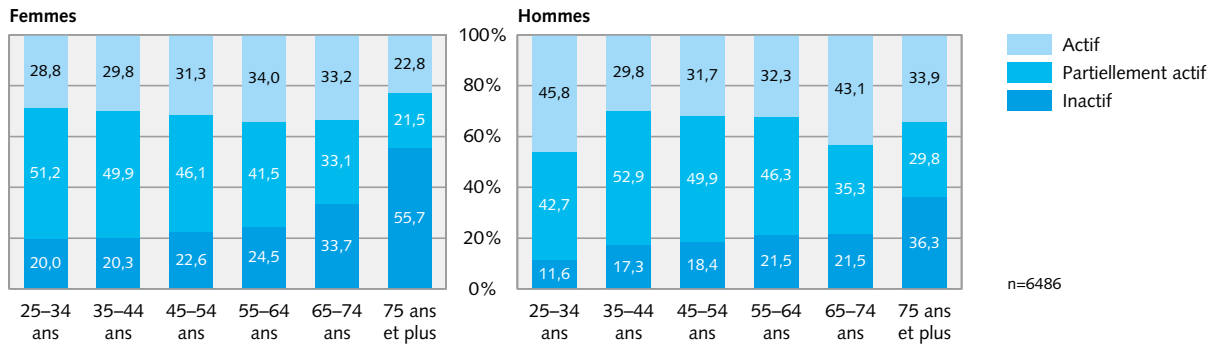
#### Sexe et âge

La prévalence de l'activité physique varie considérablement selon le sexe et l'âge des personnes. Le sexe et l'âge se trouvent associés à diverses conditions ou phases de vie pouvant jouer un rôle d'obstacle à une activité physique suffisante. Ces facteurs liés au «rôle social» ont une influence particulièrement importante sur la pratique de l'activité physique parmi les jeunes, en raison des changements d'orientation dans la vie familiale et professionnelle. A l'autre extrême, les personnes âgées sont potentiellement sujettes à des problèmes de mobilité et de santé.

En Suisse latine, la proportion de personnes inactives augmente avec l'âge, surtout au détriment des personnes partiellement actives qui deviennent moins nombreuses dès l'âge de 65 ans (figure 3.12). Parmi les femmes, la prévalence des actives/entraînées est plus faible que parmi les hommes (d'environ 28–30%) et assez stable au cours de la vie sauf qu'elle augmente légèrement entre 55 et 65 ans. Pour les hommes, on observe une forte diminution

**Proportions de personnes selon l'indicateur d'activité physique par sexe et âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.12**

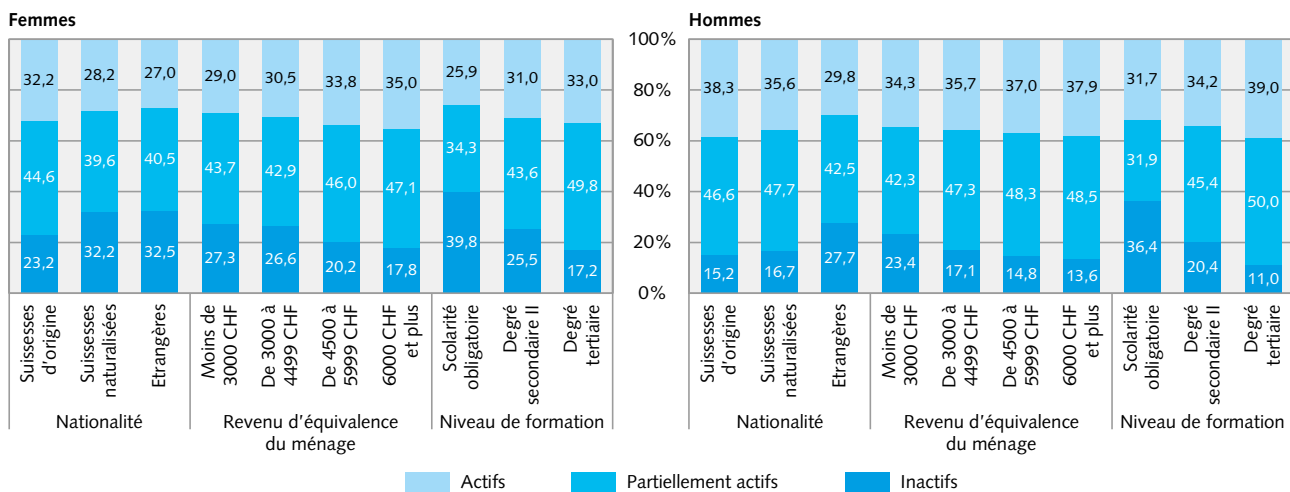


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Niveaux d'activité physique selon la nationalité/statut migratoire, le niveau de formation et le revenu d'équivalence du ménage par sexe, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007**

**Fig. 3.13**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

de la prévalence des actifs/entraînés entre la classe d'âge des 25 à 34 ans et celle des 35 à 44 ans. Les hommes latins après l'âge de la retraite ont plutôt tendance à augmenter leur niveau d'activité (des analyses plus détaillées montrent que l'augmentation de la sédentarité avec l'âge est surtout due à la diminution de l'indicateur lié à l'activité sportive et moins à celui lié à l'activité modérée – résultats non présentés ici).

#### Nationalité/statut migratoire

En Suisse latine, les Suisses d'origine sont plus actifs physiquement que les Suisses naturalisés et les personnes de nationalité étrangère. Ceci est valable pour les deux sexes en Suisse latine, mais également dans chacune des trois régions linguistiques (figure 3.13).

En résumé, c'est parmi les Suisses et Suissesses d'origine qu'il y a le moins d'inactifs et le plus d'actifs en Suisse latine. Pratiquer rarement ou jamais du sport est plus fréquent parmi les étrangers, surtout parmi les femmes, et ne pas se déplacer à pied et/ou à vélo est également plus fréquent parmi les étrangers, surtout parmi les hommes.

#### Niveau d'éducation

Par rapport aux personnes ayant suivi une formation de degré secondaire ou tertiaire, les personnes sans formation post-obligatoire sont proportionnellement plus nombreuses à être inactives. Un niveau de formation bas est associé pour les deux sexes à une activité physique insuffisante (figure 3.13).



*Revenu d'équivalence du ménage*

Plus le revenu d'équivalence du ménage est bas, plus la proportion d'inactifs est élevée et celle des actifs basse, alors que la proportion des modérément actifs reste relativement stable. Par rapport à la classe de revenu la plus élevée (6000 CHF et plus), les personnes appartenant à la classe de revenu la plus basse ont un risque d'inactivité presque deux fois plus élevé.

*Analyse multivariée*

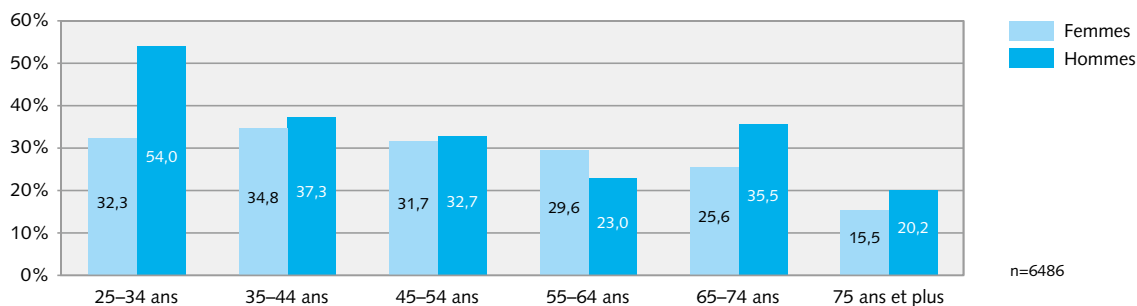
En tenant compte simultanément des principaux déterminants linguistiques et socioéconomiques présentés (voir annexe 3.5), on constate que le risque d'une activité physique insuffisante selon les recommandations officielles augmente significativement avec l'âge. De plus, il est nettement plus élevé chez les femmes, les personnes de nationalité étrangère ou naturalisées, celles qui n'ont pas de formation post-obligatoire ou une formation de niveau secondaire II et celles qui ont un bas revenu.

**3.4.4 Activités physiques spécifiques: «pratique sportive» et «mobilité douce» en Suisse latine parmi les adultes (25 ans et plus)***Pratique sportive*

En Suisse latine, la pratique sportive diminue avec l'âge de manière assez similaire à l'activité physique en général. La figure ci-dessous (figure 3.14) décrit pour la Suisse latine la prévalence du sport par groupe d'âge et par sexe.

La pratique du sport est nettement plus prononcée chez les hommes que chez les femmes, particulièrement dans les classes d'âge de 25 à 34 ans. Elle a tendance à s'égaliser dans les classes d'âge de 35 à 54 ans. Dans la classe d'âge de 55 à 64 ans, les femmes sont plus actives que les hommes, mais chez les seniors, ce sont de nouveau les hommes qui pratiquent plus de sport.

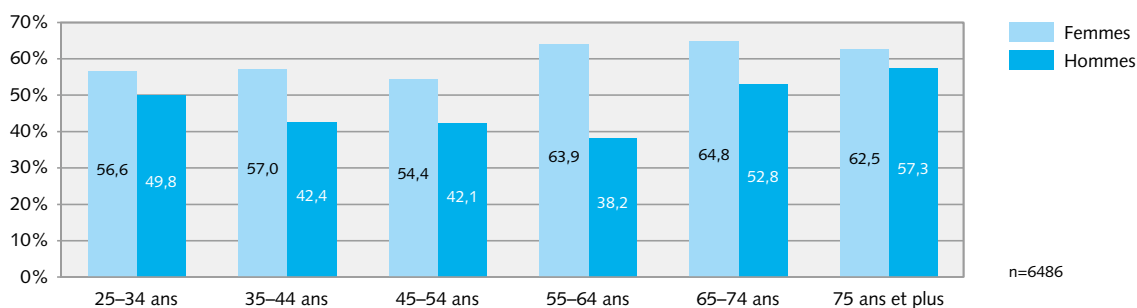
**Proportions de personnes pratiquant plusieurs fois par semaine ou tous les jours de la gymnastique, du fitness ou du sport par âge et sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.14**

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Proportions de personnes se déplaçant au moins une fois à pied et/ou en vélo par jour par âge et sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.15**

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### Mobilité douce

En Suisse latine, la proportion de personnes se déplaçant au moins une fois à pied et/ou en vélo par jour diminue avec l'âge jusqu'à l'âge de la retraite et augmente par la suite, surtout chez les hommes. Ces derniers se déplacent à pied et/ou en vélo moins fréquemment que les femmes à tout âge (figure 3.15).

### Perception subjective de pratiquer suffisamment d'activité physique pour sa propre santé selon l'activité physique rapportée en Suisse latine

La majorité des personnes interrogées (71,7%), quel que soit leur sexe et leur âge, estiment pratiquer suffisamment d'activités physiques pour leur santé. Ceci contraste fortement avec le constat que seulement un tiers des répondants observent pleinement les recommandations formulées par les Offices fédéraux compétents (OFSP et al., 2007b).

Globalement, les personnes inactives ou irrégulièrement actives sont bien plus nombreuses à penser pratiquer insuffisamment d'activité physique (60%) que les personnes actives/entraînées (30%). Cette tendance dans la perception est similaire pour les hommes et les femmes.

Concernant les liens entre l'activité physique et les comportements à l'égard de l'alimentation, les personnes qui sont actives physiquement sont proportionnellement plus nombreuses à respecter la recommandation de manger 5 portions de fruits et/ou légumes par jour (figure 3.16). De même, les personnes physiquement actives sont proportionnellement plus nombreuses à manger 5 à 7

jours par semaine de la viande. Elles sont moins représentées parmi les personnes qui ne se soucient pas de leur santé. C'est parmi les personnes inactives, qu'on trouve le plus de personnes qui ne portent pas particulièrement attention à leur santé.

### 3.4.5 Tendances temporelles de l'activité physique (2002 et 2007)

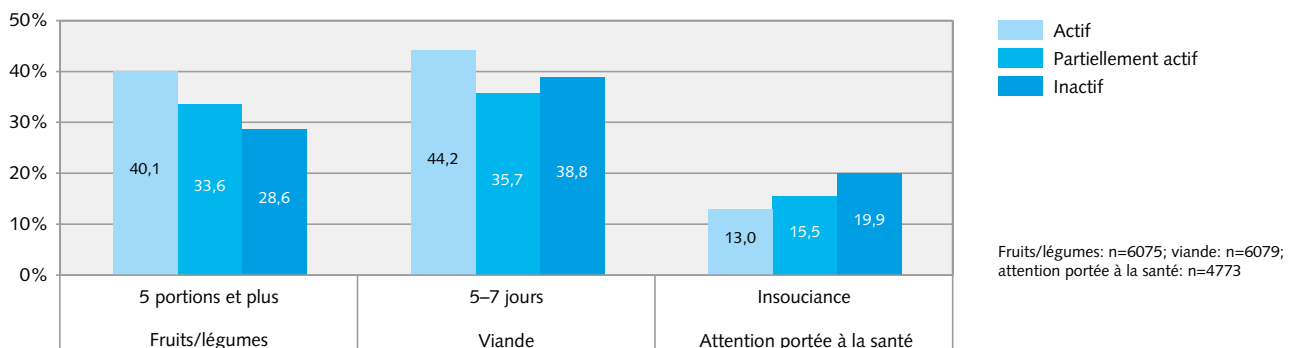
Les tendances temporelles<sup>70</sup> de la prévalence d'une activité physique considérée comme suffisante selon les recommandations (actif/entraîné) sont présentées par sexe et âge (15–85 ans) pour la Suisse latine (figure 3.17), les analyses multivariées ayant montré que ces deux caractéristiques sont particulièrement importantes pour expliquer la baisse de l'activité physique. La proportion de personnes physiquement actives augmente entre 2002 et 2007, cette tendance étant plus marquée parmi les femmes.

### 3.4.6 Non-respect de la recommandation liée à l'activité physique parmi les jeunes de 11 à 24 ans

#### Régions linguistiques (11 à 15 ans)

La part des jeunes de 11 à 15 ans physiquement actifs est plus faible en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique, et ce pour les trois critères retenus (figure 3.18): être actif quotidiennement au moins 60 minutes, être actif 3 à 6 jours par semaine au moins 60 minutes chaque jour, et pratiquer un sport (une forme d'activité physique parmi d'autres) au moins deux fois par semaine. Dans les cantons latins, moins d'un jeune

**Niveau d'activité physique en fonction de différents aspects du comportement à l'égard de l'alimentation et de la santé, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** Fig. 3.16



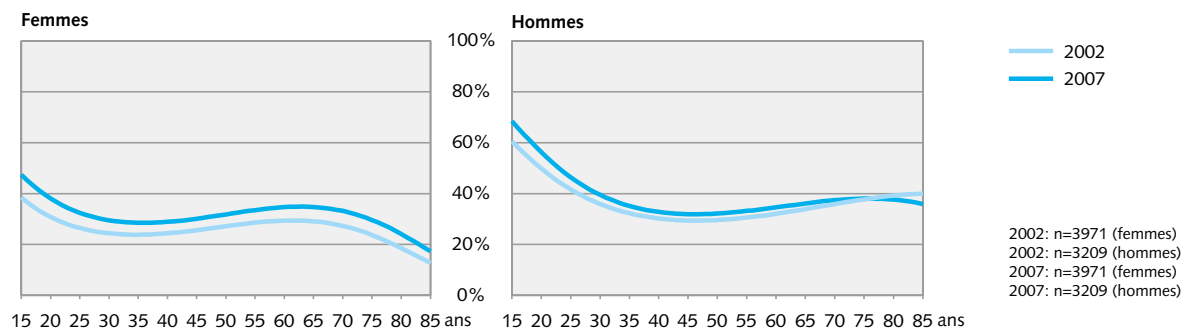
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>70</sup> Les figures avec tendances selon l'âge sont basées sur un modèle polynomial, les figures sont ainsi plus lisses et les résultats démontrés par le test «goodness of fit test» sont meilleurs (p-value plus grands).

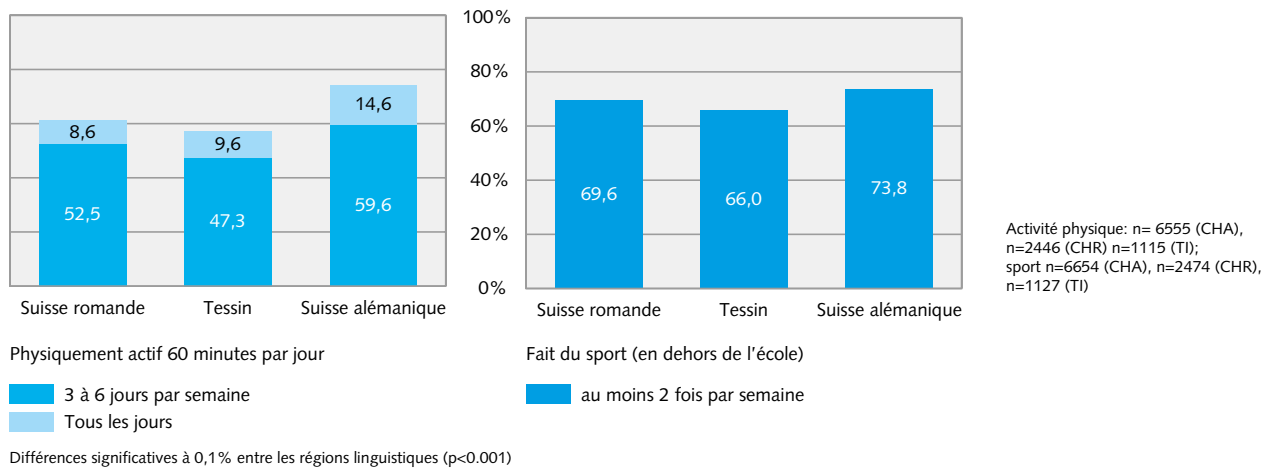
**Proportions de personnes en fonction de l'indicateur d'activité physique (actif/entraîné) selon l'âge et le sexe, Suisse latine, 15 à 85 ans, 2002/2007 (en %)**

Fig. 3.17



**Proportions de jeunes de 11 à 15 ans selon le niveau d'activité physique et la pratique d'un sport par région linguistique, 2006**

Fig. 3.18

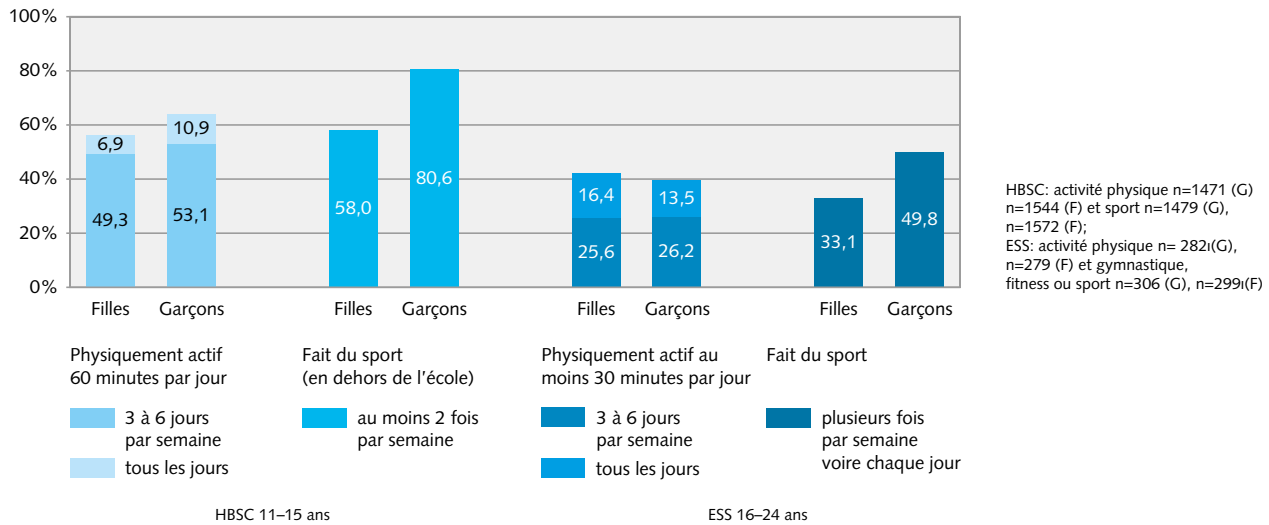


sur dix (CHR: 8,6%, TI: 9,6%) pratique au moins une heure chaque jour une activité physique au point d'être essoufflé. La part des jeunes actifs grimpe par contre à 61,1% en Suisse romande et 56,9% au Tessin si le critère minimal de «60 minutes par jour, au moins trois jours par semaine» est considéré. Ces résultats pour l'année 2006 ne diffèrent pas de façon significative de ceux enregistrés en 2002. Quant au sport, une forme spécifique d'activité physique parmi d'autres, environ deux tiers des jeunes de 11 à 15 ans de Suisse romande et du Tessin en font deux fois par semaine ou plus en dehors de l'école, proportions plus faibles qu'en Suisse alémanique (73,8%).

#### En fonction du sexe (11 à 15 ans et 16 à 24 ans)

Pour les 16 à 24 ans, les recommandations de l'OFSPPO sont reprises, ainsi la comparaison avec les résultats des plus jeunes, basés sur d'autres critères, doit se faire avec prudence. Néanmoins, les 16 à 24 ans semblent moins actifs que leurs cadets (figure 3.19). Les personnes de 16 à 24 ans sont proportionnellement à peine plus nombreuses à pratiquer chaque jour pendant au moins 30 minutes une activité physique qui les fait s'essouffler que les plus jeunes pendant 60 minutes. Quant aux différences par sexe, elles sont fortes entre 11 et 15 ans, les garçons étant plus enclins à faire de l'exercice physique que les filles. Chez les jeunes entre 16 et 24 ans, un large écart entre les sexes ne s'observe qu'en matière de sport avec 33,1% des filles pratiquant un sport plusieurs fois par semaine contre 49,8% des garçons.

**Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans selon le niveau d'activité physique, la pratique d'un sport et le sexe, Suisse latine, 2006 et 2007 Fig. 3.19**



Différences significatives à 0,1% entre les garçons et les filles ( $p < 0.001$ ) pour les résultats de l'ESS

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006, OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

## 3.5 Surpoids et obésité

### 3.5.1 Définition de l'indice de masse corporelle

Différentes méthodes permettent de déterminer la masse corporelle d'une personne. Pour évaluer le niveau pondéral, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de recourir à l'indice de masse corporelle (IMC). Il est défini comme la division du poids en kilogrammes par la taille en mètres élevés au carré. L'OMS a défini certains seuils permettant de catégoriser les individus en fonction de leur poids (tableau 3.5). Les seuils limites pour l'interprétation de l'IMC sont différents selon qu'ils s'appliquent aux adultes (OMS, 1995) ou aux jeunes ayant moins de 18 ans (Cole et al., 2000; Cole et al., 2007).

Dans le cadre d'enquêtes auprès de la population, telles que l'ESS et l'HBSC, l'indice de masse corporelle est calculé sur la base des valeurs de poids et de taille indiquées par les personnes interrogées. S'agissant d'une enquête téléphonique, ces paramètres n'ont pas fait l'objet d'une mesure physique. Procéder de la sorte peut avoir pour conséquence de sous-évaluer l'IMC. En effet, les adultes comme les jeunes ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids (Faeh et al., 2008; Paccaud et al., 2001). Néanmoins, l'indice de masse corporelle permet de détecter certains risques sanitaires tels que l'obésité ou un fort sous-poids.

**Tab. 3.5 Seuils de l'indice de masse corporelle (IMC) pour les personnes de 18 ans et plus**

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

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

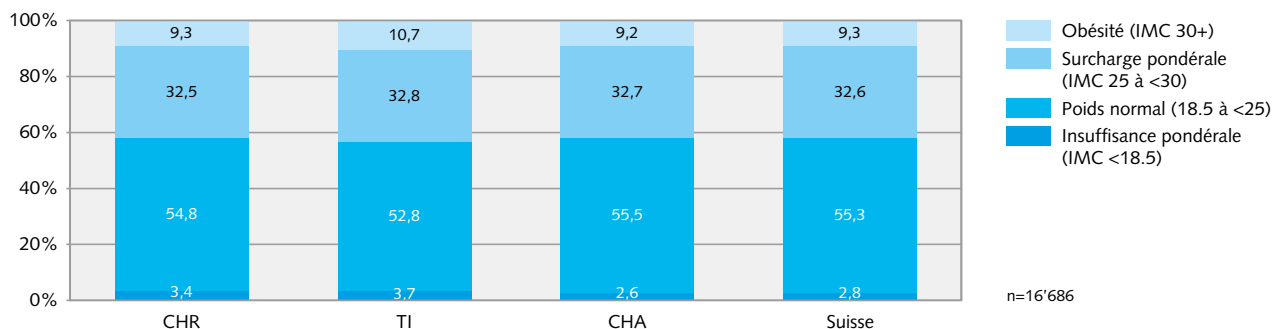
### 3.5.2 Indice de masse corporelle selon certains critères sociodémographiques parmi les personnes de 25 ans et plus

#### Régions linguistiques

Dans les trois régions linguistiques, 41,9% de la population suisse âgée de 25 ans et plus présente un excès de poids, c'est-à-dire un IMC supérieur à 25 (figure 3.20). Cette proportion se décompose en un peu plus de 30% de répondants avec une surcharge pondérale et environ 9% (Suisse romande et alémanique) et 11% (Tessin) avec une obésité. Les différences entre les régions linguistiques sont faibles.

**Proportions de personnes selon la charge pondérale (IMC) par région linguistique, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.20**



Différences non significatives

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Les résultats qui suivent se focalisent sur la population adulte (25 ans et plus) de la Suisse latine dans son ensemble.

*Sexe, nationalité/statut migratoire et niveau de formation*

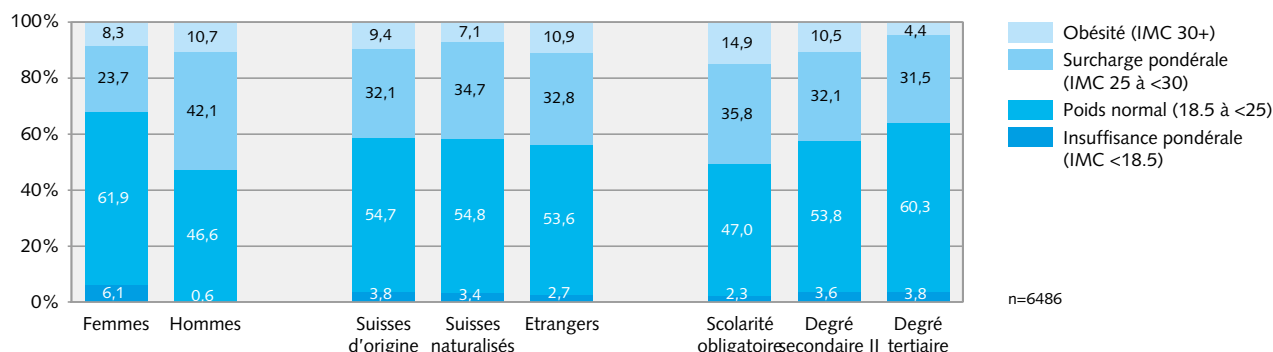
La proportion d'hommes en surpoids s'élève à 47,2% contre 32,0% chez les femmes, la différence provenant en grande partie de la surcharge pondérale (IMC entre 25 et 30) et non de l'obésité (figure 3.21). Les différences en fonction de la nationalité ne sont pas statistiquement significatives. Par contre, les personnes sans formation post-obligatoire sont proportionnellement plus nombreuses à être en surpoids (35,8%) et obèses (14,9%) que les personnes avec une formation secondaire II (32,1% et 10,5%) ou tertiaire (31,5% et 4,4%).

*Sexe et classes d'âge*

Le surpoids et l'obésité deviennent de plus en plus importants avec l'âge, mais dès 65 ans la prévalence baisse pour les hommes et demeure stable pour les femmes. Comme le montre la figure 3.22, la proportion d'hommes en surpoids ou obèses atteint son maximum pour le groupe d'âge de 55 à 64 ans (64,7%) puis baisse pour atteindre 60,5% entre 65 et 74 ans et 56,0% dès 75 ans. Malgré cette baisse, il convient de garder à l'esprit que plus de la moitié des hommes en âge de la retraite (65 ans et plus) sont en surpoids ou obèses. De plus, la baisse de la prévalence peut s'expliquer par le fait que les hommes affectés par une surcharge pondérale élevée décèdent avant d'atteindre un âge avancé.

**Proportions de personnes selon la charge pondérale (IMC) le sexe, la nationalité/statut migratoire et le niveau de formation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 3.21**



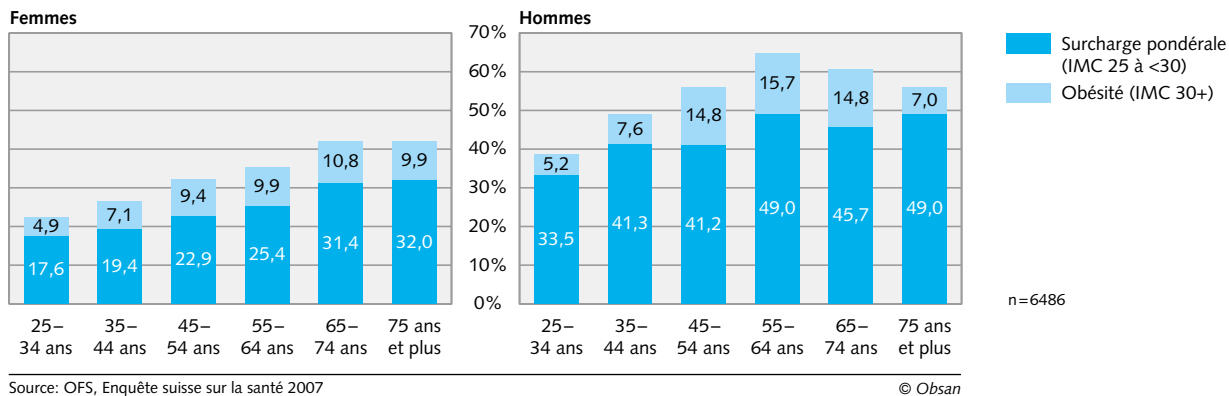
Les proportions de personnes en surpoids ou obèses diffèrent significativement à 5% selon le sexe et le niveau de formation mais pas selon la nationalité

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

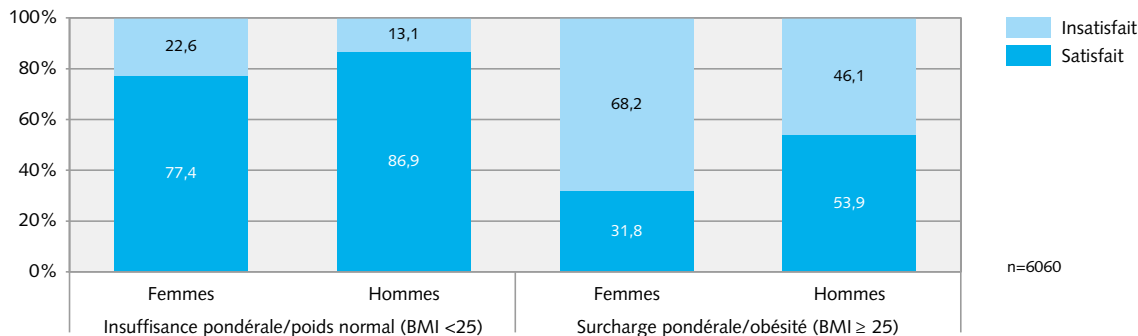
**Proportions de personnes en excès pondéral (surpoids et obésité) selon le sexe et la classe d'âge, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007**

Fig. 3.22



**Lien entre l'IMC et la satisfaction concernant son propre poids, selon le sexe, 18 ans et plus, Suisse latine, 2007**

Fig. 3.23



Ce sont donc ceux avec les poids moins critiques qui vivent suffisamment longtemps pour apparaître dans la statistique. Quant aux femmes, la prévalence la plus élevée survient dès 65 ans et demeure stable aux âges les plus avancés. Un peu plus de 40% des femmes âgées de 65 ans et plus sont en surpoids ou obèses.

#### *Attitudes et comportements face au poids corporel*

De multiples facteurs peuvent influencer l'excès pondéral. Parmi eux, l'attitude et les comportements des personnes face à leur poids fournissent un éclairage sur l'état d'esprit de la population et permettent de déterminer les comportements susceptibles d'être influencés par des mesures de prévention et de promotion de la santé. Par exemple, une personne insatisfaite de son surpoids pourrait probablement être plus facilement motivée à perdre du poids qu'une personne pour qui son surpoids n'est pas perçu comme problématique.

#### *Satisfaction avec le poids*

Un tiers des Suisses latins sont insatisfaits de leur poids (pas de différence entre les Suisses romands et les Tessinois). Les femmes sont plus fréquemment insatisfaites de leur poids (37% vs 30% des hommes), les personnes de 55 à 64 ans (38%), les étrangers (37%) ainsi que les personnes qui font attention à leur alimentation (36%). Il n'y a pas de différences significatives en fonction du niveau de formation, du revenu ou de la catégorie socio-professionnelle (données non présentées).

L'excès pondéral est clairement associé à cette insatisfaction (figure 3.23). En Suisse latine, parmi les personnes qui ont un poids normal, seule une minorité de femmes (22,6%) et d'hommes (13,1%) sont insatisfaites de leur poids corporel. Les personnes en surcharge pondérale ou obèses sont nettement plus nombreuses à être insatisfaites, mais la proportion d'insatisfait(e)s est beaucoup plus élevée chez les femmes que les hommes (68,2% vs 46,1%).

*Attitudes et comportements face au poids*

Plus de la moitié des répondants de 25 à 49 ans de Suisse latine (57,6%) aimeraient changer de poids, cette envie étant fortement associée à leur charge pondérale (tableau 3.6): 45,8% des personnes qui ont un poids normal aimeraient changer de poids, alors que les trois quarts (78,1%) de celles en surcharge pondérale et plus de 90% des personnes obèses le souhaitent. Parmi les personnes qui aimeraient changer de poids, la plupart aimeraient maigrir mais ne s'en préoccupent pas particulièrement. Plus l'IMC est élevé, plus cette préoccupation semble prendre un caractère obsessionnel car un tiers des personnes obèses y pensent tout le temps. Quatre cinquièmes des personnes en insuffisance pondérale aimeraient grossir.

Les comportements alimentaires semblent moins liés au poids que les attitudes. Environ 6% des répondants en surcharge pondérale déclarent manger énormément au moins une fois par semaine sans pouvoir s'arrêter, comparés à 4,8% des personnes avec un poids normal. Se nourrir irrégulièrement semble concerner un peu moins d'un cinquième (17,4%) des répondants de Suisse latine de 25 à 49 ans qui disent manger de manière irrégulière sur une longue période et ne pas faire de repas consistants.

L'introduction a mis en évidence qu'en utilisant uniquement les données de l'ESS, il était difficile de faire des liens directs entre des comportements actuels et leurs conséquences qui peuvent mettre des années à se manifester. On a pu toutefois observer que la tendance à manger trop de calories au cours de la vie par rapport à ses besoins se manifeste par une augmentation au niveau de la proportion de personnes en surpoids ou obèses qui croît en fonction de la classe d'âge. Les personnes qui mangent trop fréquemment de la viande, c'est-à-dire 5 à 7 jours par semaine, souffrent plus fréquemment de surcharge pondérale ou d'obésité (figure 3.24). A l'opposé, parmi les personnes qui mangent 5 portions de fruits et/ou légumes par jour, il y a moins de personnes en surcharge pondérale ou obèses. Il y a aussi plus de personnes en surpoids ou obèses parmi celles qui sont physiquement inactives.

**3.5.3 Tendances temporelles: indice de masse corporelle (1992–2007)**

Dans un premier temps, les tendances temporelles de la prévalence du surpoids et de l'obésité sont présentées en fonction du sexe puis du sexe et de l'âge. Les proportions d'hommes et de femmes en surpoids ou obèses parmi les 25 ans et plus sont présentées séparément pour la Suisse et la Suisse latine en annexes 3.6 et 3.7.

**Tab. 3.6 Proportions de personnes selon diverses attitudes et comportements liés à l'alimentation en fonction du poids, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007 (en %)**

	Niveaux de poids				Total
	Insuffisance pondérale	Poids normal	Surcharge pondérale	Obésité	
<b>Attitudes</b>					
Est (très) mécontent de son poids	19,2	18,9	49,7	73,5	33,9
Aimerait changer de poids	31,2	45,8	78,1	92,3	57,6
Parmi ceux qui aimeraient changer leur poids:					
Aimerait maigrir mais pas un souci	.	80,7	84,8	64,7	79,1
Aimerait maigrir et y pense tout le temps	.	7,0	14,3	33,2	12,7
Aimerait grossir*	80,8	12,3	.	.	8,2
<b>Comportements</b>					
Manger énormément sans pouvoir s'arrêter (d'une fois par semaine à tous les jours)	.	4,8	6,3	(13,3)	5,8
Manger sur une longue période de manière irrégulière, ne pas faire de repas consistants	(17,0)	16,9	17,8	21,1	17,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Content de son poids: n=6'060, souhait de modifier son poids: n=2'874, type de modification de poids: n=1'592, manger énormément: n=2'875, manger de manière irrégulière: n=2'875

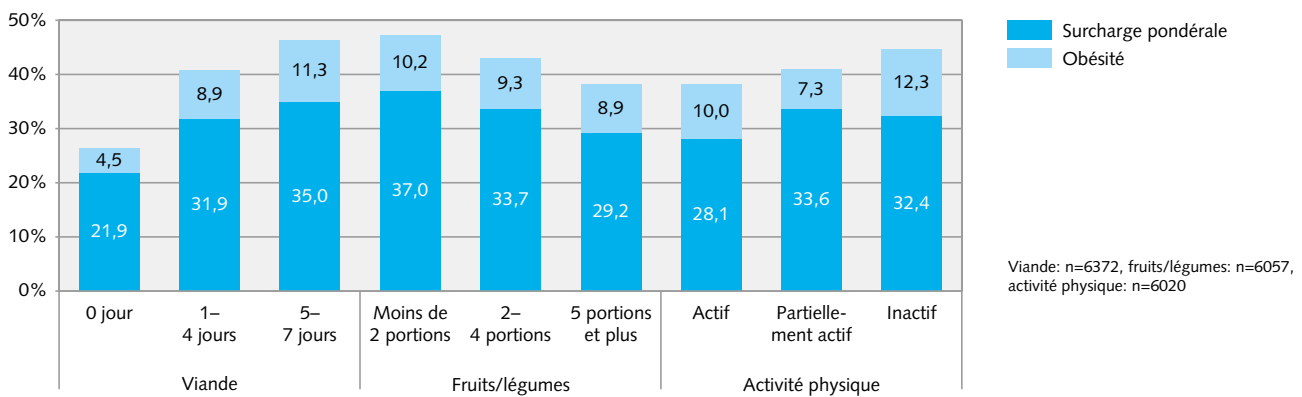
Personnes de 25 à 49 ans sauf pour la première question sur la satisfaction concernant le poids

\*En raison du faible nombre de réponses, les modalités «J'aimerais prendre du poids mais cela n'est pas mon principal souci» et «J'aimerais prendre du poids et j'y pense tout le temps» ont été regroupées

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

**Surcharge pondérale et obésité en fonction de la consommation de viande, de fruits/légumes et le niveau d'activité physique, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Fig. 3.24



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

En Suisse entre 1992 et 2007 la prévalence du surpoids et de l'obésité tous âges confondus a beaucoup augmenté chez les hommes et chez les femmes. La même tendance s'observe en Suisse latine (voir figures 3.25 et 3.26).

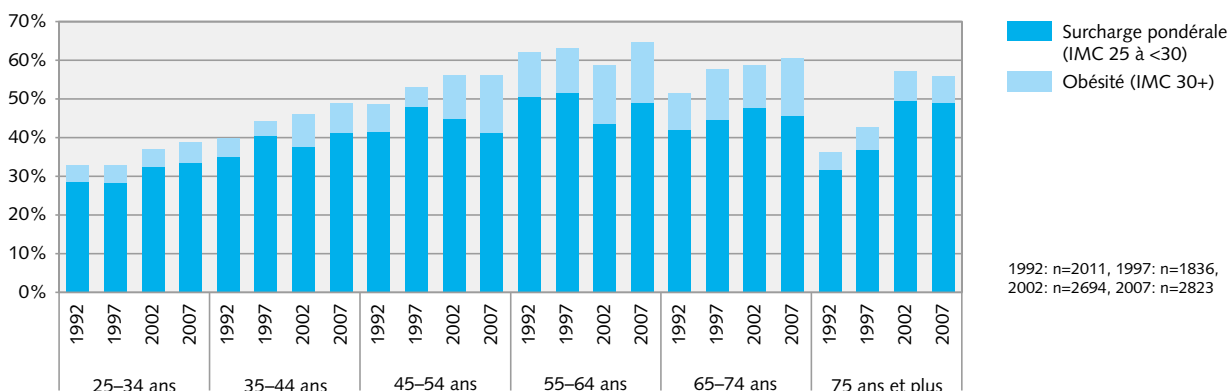
Les pourcentages de la figure 3.25 mettent clairement en évidence l'augmentation de la proportion d'hommes en surpoids entre 1992 et 2007 dans toutes les classes d'âge. Il y a une augmentation très forte de la proportion d'hommes en surpoids dès l'âge de 25 ans pour atteindre environ 60% des hommes autour de 60 ans. Dans la classe d'âge des 75 ans et plus, la proportion d'hommes en surpoids est plus basse, mais cette baisse était nettement plus marquée jusqu'en 1997.

Les tendances pour le surpoids et l'obésité chez les femmes présentent des similitudes et des différences avec celles des hommes (figure 3.26). Les données de

1992 sont aussi les plus basses dans pratiquement toutes les classes d'âge. L'augmentation de la proportion de femmes en surpoids ou obèses a été la plus forte entre 1992 et 1997 (plus 8,7%), elle n'a plus été que de 4,1% de 1997 à 2007. Par rapport aux hommes qui étaient déjà presque un tiers à être en surpoids entre 25 et 34 ans en 1992, un peu plus de 10% des femmes étaient dans la même situation. Par contre, au cours des années 1992 à 2007, l'augmentation de la proportion en surpoids est beaucoup plus prononcée chez les femmes dans certaines classes d'âge (p.ex. de 12,6% à 22,5% (25-34 ans), 15,1% à 26,5% (35-44 ans)) que chez les hommes (32,9% à 38,7% (25-34 ans), 39,9% à 48,9% (35-44 ans)).

**Tendances temporelles (1992 à 2007) de la prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge parmi les hommes, Suisse latine, 25 ans et plus**

Fig. 3.25



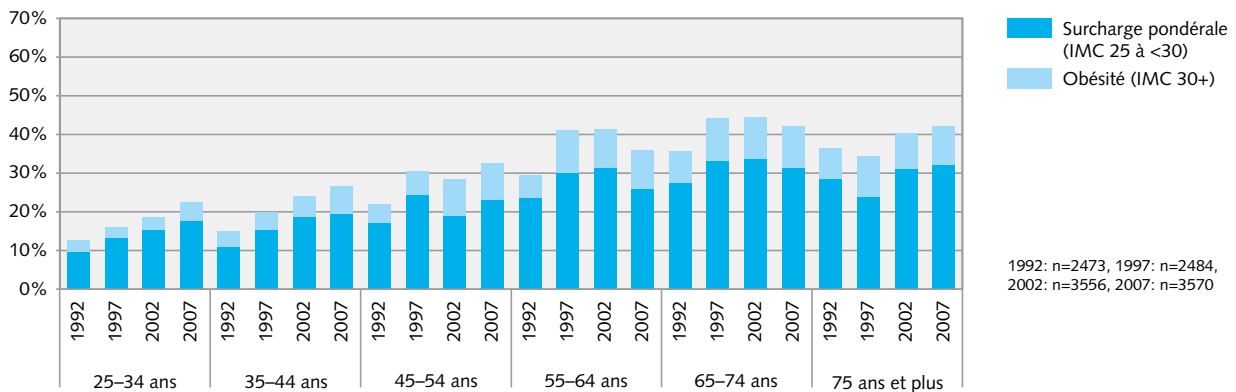
En 1992 et 1997, le nombre d'hommes obèses interrogés se situe entre 10 et 29 (moins de 10 pour les 75 ans et plus). En 2002 et 2007, c'est le cas uniquement pour les hommes obèses de 25 à 34 ans et de plus de 75 ans

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992-2007

© Obsan



**Tendances temporelles (1992 à 2007) de la prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge parmi les femmes, Suisse latine, 25 ans et plus** **Fig. 3.26**



En 1992 et 1997, le nombre de femmes obèses interrogées se situe entre 10 et 29. En 2002, c'est le cas uniquement pour les hommes obèses de 25 à 34 ans et de plus de 75 ans

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992-2007

© Obsan

### 3.5.4 Indice de masse corporelle et stratégies de contrôle du poids parmi les jeunes de 11 à 24 ans

#### Régions linguistiques

Pour les adolescents et les jeunes adultes, des disparités significatives mais peu prononcées existent entre régions linguistiques (figure 3.27). Dans les cantons latins, d'après les valeurs indiquées par les 11 à 24 ans, environ quatre garçons ou jeunes hommes sur cinq et environ trois filles ou jeunes femmes sur quatre ont un poids normal (figure 3.28). Les garçons ou jeunes hommes indiquent plus souvent que leurs contemporaines féminines des valeurs correspondant à un léger surpoids, alors que les filles et les jeunes femmes déclarent plus souvent un poids légèrement insuffisant. En comparaison avec les adultes, le fort sous-poids et l'obésité concernent peu de jeunes de 11 à 24 ans.

#### Evolution de 1990 à 2006

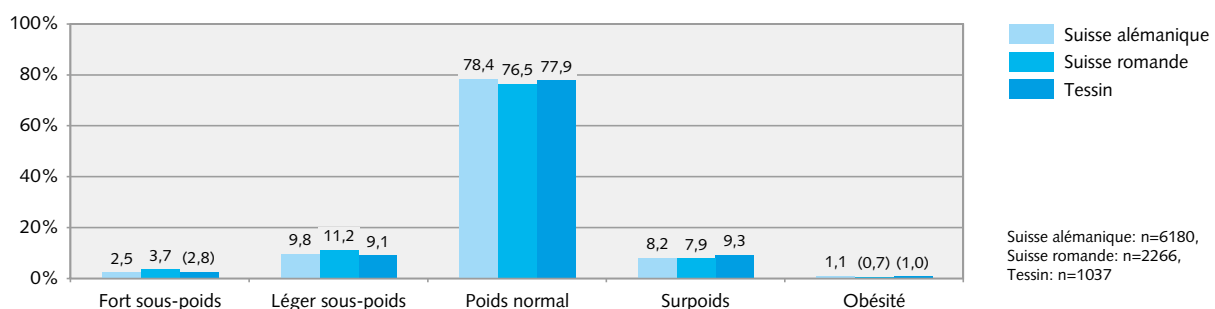
Entre 1990 et 2006, aucune tendance temporelle concernant les prévalences de l'excès pondéral n'a pu être mise en évidence.

#### Contrôle du poids corporel

Le pourcentage de jeunes entre 11 et 15 ans qui font un régime ou un autre comportement pour maigrir est plus élevé en Suisse alémanique (14,6%) qu'en Suisse romande (10,2%) et au Tessin (9,2%, annexe 3.8). Dans ces deux dernières régions, cela correspond à 8,3% des garçons et 11,8% des filles (pas de figure). Les jeunes de 14 et 15 ans<sup>71</sup> qui disent faire quelque chose pour perdre du poids mentionnent le sport et l'attention prêtée à l'alimentation comme stratégies principales (pas de figure). Toutefois, certains jeunes recourent à des

**Proportions de jeunes de 11 à 15 ans selon leur statut pondéral, par région linguistique, 2006**

**Fig. 3.27**



Suisse alémanique: n=6180, Suisse romande: n=2266, Tessin: n=1037

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
Différences significatives à 5% entre les régions linguistiques (p<0.05)

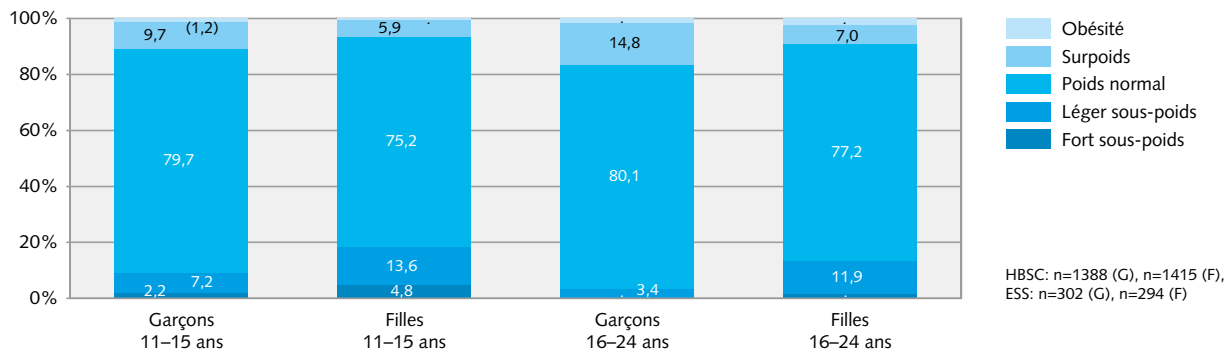
Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

<sup>71</sup> Ces questions n'ont pas été posées aux répondants plus jeunes.

**Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans selon le statut pondéral et le sexe, Suisse latine, 2006 et 2007**

**Fig. 3.28**



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 Différences significatives à 5% entre les garçons et les filles (p<0.05) pour les résultats de l'ESS  
 Différences significatives à 0,1% entre les garçons et les filles (p<0.001) pour les résultats HBSC

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006, OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

méthodes inadaptées, en particulier 15,6% des filles qui souhaitent maigrir sautent des repas, ainsi que 7,8% des garçons.

Au niveau des jeunes de 16 à 24 ans, l'Enquête suisse sur la santé montre que 12,4% des jeunes hommes et 31,9% de leur contrepartie féminine sont insatisfaits de leur poids corporel. De plus, 2,7% des jeunes hommes et 8,6% des jeunes femmes ont suivi un régime au cours des 12 derniers mois (annexe 3.9, pourcentages à considérer avec prudence car ils se basent sur moins de 30 cas). A noter qu'il ne s'agit pas forcément d'un régime pour perdre du poids<sup>72</sup>.

Chez les 16 à 24 ans, 5,6% déclarent avoir suivi un régime alimentaire spécial au cours des douze derniers mois, la motivation invoquée étant de perdre du poids dans la moitié des cas. Dans ce groupe aussi, le régime est plus fréquent chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (pas de figure). Par ailleurs un tiers des 16 à 24 ans affirment avoir mangé compulsivement au moins une fois dans les 12 derniers mois.

<sup>72</sup> Les autres modalités de réponses sont: régime pour des raisons médicales, pour d'autres raisons (ni médicales, ni pour perdre du poids).

# 4 Consommation de substances psychoactives: alcool, tabac et cannabis

Sarah Vilpert

en collaboration avec Sophie Inglin

## 4.1 Résumé

### *Consommation d'alcool en Suisse latine*

La consommation de boissons alcooliques, notamment de vin et de bière, est très répandue en Suisse et fait partie intégrante de la culture helvétique. Si une consommation d'alcool modérée ne pose pas de problème, une consommation d'alcool excessive provoque des dommages sociosanitaires importants. En effet, l'excès d'alcool (à long et court termes) a été à l'origine des décès de 2432 hommes et 1033 femmes en 2002 (Rehm et al., 2007). Afin de pouvoir prévenir les effets néfastes d'une consommation d'alcool excessive, il est essentiel de connaître la fréquence et les modes de consommation d'alcool de la population de Suisse latine.

### *Consommation d'alcool dans la population de Suisse latine âgée de 25 ans et plus*

La fréquence de la consommation d'alcool diffère en fonction du sexe et de l'âge. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à boire de l'alcool quotidiennement (femmes 15%, hommes 31%) ou hebdomadairement (femmes 31%, hommes 42%). Elles sont aussi plus souvent abstinentes que ces derniers (femmes 29%, hommes 13%). Par ailleurs, les individus ont tendance à consommer de l'alcool plus régulièrement avec l'âge. Depuis 1997, la consommation d'alcool quotidienne a diminué pour les deux sexes, alors que la consommation hebdomadaire (moins d'une fois par jour) a augmenté. Il existe également des différences de fréquence de consommation d'alcool entre les trois régions linguistiques suisses. La population tessinoise a une consommation d'alcool quotidienne plus élevée que la population suisse romande ou alémanique, par contre le nombre d'abstinents y est plus important que dans les deux autres régions linguistiques.

La consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé (plus de 20g d'alcool pur par jour pour les femmes et plus de 40g pour les hommes) concerne 6% des femmes et 8% des hommes de Suisse latine. Ces

proportions progressent avec l'âge. La consommation d'alcool ponctuelle excessive (consommation de 4 verres standard pour les femmes et 5 pour les hommes en une seule fois à une fréquence au moins mensuelle) s'élève à 5% chez les femmes et à 13% chez les hommes. Elle est la plus fréquente chez les jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans, en particulier chez les hommes. Le croisement entre la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé et celle ponctuelle excessive permet d'identifier la part de la population de Suisse latine qui cumule les deux types de risque. Cette part est de 0,9% chez les femmes et de 2,6% chez les hommes. Par ailleurs, environ un cinquième des hommes âgés de 25 à 34 ans sont concernés par une consommation d'alcool *potentiellement* problématique (test AUDIT décelant une consommation d'alcool dangereuse, toxique ou une dépendance).

### *Consommation d'alcool dans la population de Suisse latine âgée de 11 à 24 ans*

La majorité des adolescents âgés de 11 à 15 ans ne consomment jamais de boissons alcooliques (49%) ou alors occasionnellement (40%) et seuls 11% en consomment de manière au moins hebdomadaire. Les filles boivent moins fréquemment de l'alcool que les garçons. Par rapport à 1986, les adolescents âgés de 11 à 15 ans ont 33% de moins de risque en 2006 de consommer de l'alcool de manière au moins hebdomadaire. Chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans, 3% déclarent boire de l'alcool quotidiennement et 47% en consomment chaque semaine (mais pas tous les jours).

Parmi les adolescents âgés de 11 à 15 ans, 11% ont connu l'ivresse une fois dans leur vie et 10% à plus de deux occasions. Ces proportions sont plus importantes chez les garçons. Chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans, 19% des femmes (consommation de 4 verres standard en une seule fois) et 30% des hommes (consommation de 5 verres standard en une seule fois) déclarent avoir été ivres en moyenne au moins une fois par mois.

### *Consommation de tabac en Suisse latine*

La consommation de tabac est un problème de santé publique qui concerne aussi bien les fumeurs que les non-fumeurs. En effet, la fumée du tabac contient des substances toxiques et cancérigènes auxquelles sont exposées toutes personnes qui la respirent. Les fumeurs absorbent également de la nicotine, substance addictive qui renforce l'envie et le besoin de fumer. La prévention contre le tabagisme est rendue difficile d'une part par la dépendance aux produits tabagiques et d'autre part par les effets nocifs différés du tabagisme sur la santé. Toutefois, la lutte contre le tabagisme a porté ses fruits puisqu'on a pu constater une réduction du nombre de fumeurs en Suisse au cours des dix dernières années et que la loi fédérale contre le tabagisme passif dans les espaces publics et les lieux de travail a été adoptée en mai 2010.

### *Consommation de tabac dans la population de Suisse latine âgée de 25 ans et plus*

La proportion de femmes fumeuses s'élève à 23% et celle des hommes fumeurs à 30% en 2007 en Suisse latine. Ces proportions diminuent avec l'avancée en âge. Le nombre de fumeurs a reculé depuis 1992 période à laquelle on dénombrait 27% de fumeuses et 38% de fumeurs. Entre 1992 et 2007, chez les hommes la part des non-fumeurs a augmenté, alors que chez les femmes c'est la part d'ex-fumeuses qui s'est accrue. La répartition de la consommation de tabac en fonction des trois régions linguistiques ne diffère que légèrement. La proportion de fumeurs (32%) est la plus élevée en Suisse alémanique, alors que c'est au Tessin que l'on dénombre le plus grand nombre de fumeuses (25%).

La majorité des fumeuses et fumeurs consomment plus de 10 cigarettes par jour. Les gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour) sont aussi ceux qui désirent le plus arrêter de fumer. Par contre, ces derniers sont moins nombreux que les fumeurs plus modérés à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer.

L'exposition à la fumée passive du tabac (au moins une heure par jour) diminue avec l'avancée en âge: dus à la nature de leurs loisirs, les jeunes y sont plus exposés. Les hommes sont également plus concernés que les femmes par le tabagisme passif. La proportion de personnes exposées à la fumée passive a diminué entre 2002 et 2007.

### *Consommation de tabac dans la population de Suisse latine âgée de 11 à 24 ans*

Un tiers des adolescents âgés de 11 à 15 ans ont déjà fumé du tabac. Cependant, la large majorité n'en consomment pas (91%) au moment de l'enquête et seuls 3,4% disent fumer quotidiennement. Ces proportions sont similaires chez les filles et chez les garçons.

La part des jeunes âgés de 16 à 24 ans qui fument est importante: 36% chez les femmes et 40% chez les hommes. Ces proportions sont restées stables entre 1992 et 2007. Chez les jeunes de cet âge, la proportion de gros fumeurs (au moins 10 cigarettes par jour) s'élève à 17% et celle de fumeurs consommant entre 1 et 9 cigarettes par jour à 14%. Le désir d'arrêter de fumer est nettement plus élevé chez les jeunes hommes (49%) que chez les jeunes femmes (22%). Par ailleurs, environ un tiers des jeunes ont déjà tenté d'arrêter de fumer.

### *Consommation de cannabis en Suisse latine*

La Suisse figure dans la moyenne supérieure du classement des pays européens concernant la prévalence à vie de la consommation de cannabis. Cependant, la prévalence à vie indique uniquement l'expérimentation du cannabis (avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie) et non la consommation à risque d'un point de vue sociosanitaire. La consommation de cannabis modifie les aptitudes et diminue notamment la concentration, l'attention et le temps de réaction. Outre les conséquences sociales que peuvent avoir ces effets, l'inhalation de la fumée du cannabis (et du tabac souvent mélangé au cannabis) augmente les risques de dommages des voies respiratoires et des poumons, tout comme le tabagisme. Etant donné que les consommateurs de cannabis sont essentiellement des adolescents ou de jeunes adultes, et qu'à ces âges les conséquences d'une consommation problématique de cannabis peuvent avoir des répercussions à vie (déscolarisation), les programmes de prévention du cannabis en Suisse ciblent les jeunes et ont lieu dans les établissements de formation.

### *Consommation de cannabis dans la population de Suisse latine âgée de 25 ans et plus*

La prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les personnes âgées de 25 à 59 ans s'élève à 19% chez les femmes et 31% chez les hommes. Elle est nettement plus importante chez les individus âgés de 25 à 34 ans que chez ceux âgés de 35 à 59 ans. Depuis 1997,

cette prévalence a augmenté dans les deux catégories d'âge et pour les deux sexes. La consommation actuelle de cannabis (au moment de l'enquête) n'a pas augmenté entre 1997 et 2007: elle était en 2007 de 2,1% chez les femmes et de 5,2% chez les hommes. Parmi les personnes âgées de 25 à 69 ans en Suisse latine, moins d'1% des femmes et 2,1% des hommes consomment du cannabis au moins une fois par semaine.

#### *Consommation de cannabis dans la population de Suisse latine âgée de 11 à 24 ans*

Chez les adolescents âgés de 14 à 15 ans, la prévalence à vie de la consommation de cannabis s'élève à 22%. Elle est plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et qu'au Tessin. Cette prévalence n'a cessé d'augmenter entre 1986 et 2002, puis a reculé entre 2002 et 2006 pour les 15 ans.

Chez les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans, la prévalence à vie de la consommation de cannabis n'a pas évolué entre 1997 et 2007 où elle s'élevait à 26% chez les femmes et 38% chez les hommes. Dans cette même classe d'âge, la consommation actuelle de cannabis (au moment de l'enquête) était de 5,2% chez les femmes et 13,6% chez les hommes en 2007, proportions qui sont restées stables depuis 1997.

#### *Polyconsommation de substances psychoactives: alcool, tabac, cannabis*

La polyconsommation désigne le fait de consommer avec une certaine fréquence plusieurs substances psychoactives (Costes, 2005). Les polyconsommateurs cumulent les risques associés à chaque substance psychoactive qu'ils consomment et dans ce sens il est important de savoir quelle est l'ampleur du nombre de polyconsommateurs et quelles substances sont concernées.

En Suisse latine en 2007, 7,5% de la population fument au moins une cigarette par jour et consomment de l'alcool au moins trois fois par semaine. Le risque d'être polyconsommateur de tabac et d'alcool dans les mesures décrites ci-dessus est 2,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Il existe également des associations entre les consommations des trois substances psychoactives tabac, alcool et cannabis. En effet, une consommation d'alcool chronique à risque moyen ou élevé (plus de 20g d'alcool pur par jour pour les femmes et plus de 40g pour les hommes) augmente de 1,7 fois le risque d'être fumeur.

Par ailleurs, le fait d'être fumeur augmente de 3,8 fois le risque d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie. A préciser que ces associations ne sont pas directionnelles et qu'on ignore si la consommation d'une substance psychoactive est à l'origine de la consommation d'une autre de ces substances.

La consommation des différentes substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) est essentiellement présentée selon le sexe, l'âge et la région linguistique dans ce chapitre. En effet, les analyses de régression logistique ont montré une faible variation de la consommation de ces trois substances psychoactives en fonction des variables sociodémographiques retenues: nationalité, niveau de formation, revenu, degré d'urbanisation, statut d'activité, type de ménage. C'est pourquoi, les effets de ces variables sociodémographiques sur la variation de la consommation de substances psychoactives sont présentés uniquement dans les paragraphes qui décrivent les résultats des régressions logistiques. Par ailleurs, les classes d'âge retenues chez les adultes (25–34 ans, 35–64 ans, 65 ans et plus) sont plus larges dans ce chapitre que dans les deux précédents. Les faibles effectifs dans certaines mesures de la consommation de substances psychoactives sont à l'origine du choix de ces classes d'âge.

## 4.2 Consommation d'alcool en Suisse latine

### 4.2.1 Introduction

En Suisse, le Programme National Alcool 2008–2010 (PNA) a pour volonté de réduire les méfaits tant sociaux, sanitaires qu'économiques engendrés par la consommation d'alcool. Il favorise une politique cohérente en matière d'alcool, des mesures de prévention structurelles (réglementation concernant la restauration et le commerce de détail et les heures d'ouverture des magasins) ainsi que la promotion de la santé et la prévention des dépendances (OFSP, 2008a). En Suisse latine, certains cantons, notamment les cantons de Genève et Vaud, ont établi des plans d'action visant à coordonner l'action sanitaire et sociale relative à la prévention et à la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. A Fribourg, un tel plan cantonal est en cours d'élaboration. Par ailleurs, il existe dans chaque canton latin des institutions, privées ou publiques, dont le champ d'action couvre les problématiques liées à la consommation d'alcool.

La consommation d'alcool pur moyenne en Suisse, par habitant âgé de 15 ans et plus, s'élève à 10,2 litres en 2008 (ventes annuelles d'alcool pur) (Addiction Info Suisse, 2008). Cette moyenne se situe à 9,7 litres pour les pays de l'OCDE en 2007 (Organisation de coopération et de développement économiques 2009b). L'ampleur de ce chiffre montre à quel point l'alcool fait partie intégrante de notre culture, même si son acceptabilité dépend de son mode de consommation. En effet, si trinquer est socialement valorisé, l'abus de boisson est collectivement réprouvé. Cependant, la limite consentie par l'opinion publique entre consommation d'alcool modérée et excessive ne concorde pas avec celle fixée par les acteurs de santé publique. La première a une définition bien plus lâche que les seconds et préfère «passer volontairement sous silence que boire modérément et boire trop sont inextricablement liés» (Müller, 2001; p. 8).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue deux types de consommation à haut risque pour la santé: la consommation chronique excessive qui consiste à boire régulièrement trop et, la consommation ponctuelle excessive qui se réfère à l'absorption d'une grande quantité d'alcool en peu de temps (OMS, 2000a). Du croisement de ces deux types de consommation d'alcool émerge une typologie en quatre catégories, dont l'une d'elles permet d'identifier le cumul des deux risques (Wicki & Gmel, 2005)<sup>73</sup>. D'autres formes de consommation à risque pour la santé sont décrites dans la littérature de santé publique, comme la consommation inadaptée à la situation (boire alors que l'on doit conduire, aller travailler ou que l'on est enceinte) ou l'alcoolodépendance. Ces dernières n'apparaissent pas dans ce sous-chapitre étant donné qu'il est impossible de les mesurer avec les données de l'Enquête suisse sur la santé.

La consommation d'alcool chronique et la consommation ponctuelle excessive ont des effets différents sur la santé et contribuent distinctement au développement de certaines pathologies. Sont attribués aux effets d'une consommation d'alcool chronique, notamment, les maladies du foie, les problèmes de santé mentale, certains cancers (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, foie) et les maladies cardio-vasculaires. Les dommages imputables aux effets à court terme ou immédiats de la consommation d'alcool sont: les accidents de la route liés

à l'alcool, les blessures ou décès non intentionnels inhérents à l'alcool, les suicides (également attribuables à la consommation chronique d'alcool) et les violences interpersonnelles.

Une consommation d'alcool inadaptée a des conséquences étendues qui ne se rapportent pas uniquement aux dommages à la santé. Elle implique souvent une diminution du bien-être individuel, l'altération des liens sociaux avec l'entourage et la réduction des aptitudes sur le lieu de travail. Par ailleurs, elle engendre des coûts pour la société. Une étude menée par Fueglistler-Dousse et al. (2009) a permis de quantifier le montant des dommages causés par la consommation d'alcool inadaptée en Suisse en 2007. Cette dernière occasionne des coûts directs (traitements médicaux, accidents de la circulation) (1054 millions de francs), indirects (incapacité de travail temporaire ou permanente, augmentation du chômage) (3103 millions de francs) et humains (Disability-adjusted life years, DALY<sup>74</sup>) (3970 millions de francs) pour la société qui se chiffrent au total à 8127 millions de francs. Cette étude a mis en évidence que pour chaque franc investi dans la prévention de l'usage nocif d'alcool, la société retire un bénéfice net de 23 francs (coûts directs, perte de production et coûts intangibles évités) (Wieser et al., 2010).

Les dommages sur la santé que provoque la consommation excessive d'alcool sont bien documentés, sûrement en partie parce qu'ils sont onéreux pour la collectivité (OMS, 2000a). Ils se mesurent notamment en termes de mortalité et de morbidité attribuables à la consommation d'alcool. Selon les estimations de Rehm et al. (2007), la consommation d'alcool a été à l'origine des décès de 2432 hommes et 1033 femmes en 2002. Une consommation d'alcool modérée a toutefois des effets bénéfiques sur l'organisme<sup>75</sup>. Cependant, Rehm et al. émettent des réserves sur la quantification de ces effets; c'est pourquoi seuls les résultats sans ajustement pour l'effet protecteur de l'alcool sont présentés. En Suisse en 2002, les trois premières causes de mortalités attribuables à la consommation d'alcool étaient, pour les deux sexes, le cancer (hommes 33,7% des décès, femmes 39,5%), les maladies cardio-vasculaires (hommes 18,7%, femmes 17,7%) et la cirrhose alcoolique du foie (hommes 17,9%, femmes 18,4%) (Rehm et al., 2007).

<sup>73</sup> Typologie en annexe 4.1.

<sup>74</sup> Somme des années potentielles de vie perdue dues à une mortalité prématurée et des années de vie productive perdues due à une incapacité. WHO ([http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/daly/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/)).

<sup>75</sup> «En quantité modérée l'alcool peut réduire le risque d'apparition de maladies cardio-vasculaires, d'attaques d'apoplexie ou de diabète de type II» (Addiction Info Suisse, 2010a).

Les dommages liés aux décès imputables à la consommation d'alcool sont aussi mesurés en années potentielles de vie perdues<sup>76</sup> (APVP). En Suisse en 2002, 12,9% de l'ensemble des années potentielles de vie perdues parmi les hommes et 4,2% parmi les femmes étaient associés à la consommation d'alcool (Rehm et al., 2007). Les principales causes de décès à l'origine des années potentielles de vie perdues liées à la consommation d'alcool sont le cancer, la cirrhose alcoolique du foie ainsi que les blessures non intentionnelles (Rehm et al., 2007). Finalement, les troubles neuropsychiatriques comptent pour 42,1%, parmi les femmes et 52,2% parmi les hommes des DALYs attribuables à la consommation d'alcool.

#### 4.2.2 Consommation d'alcool parmi les adultes âgés de 25 ans et plus

##### Fréquence de la consommation d'alcool

La fréquence à laquelle la population de Suisse latine consomme habituellement de l'alcool (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie) diffère fortement en fonction du sexe et de l'âge (figure 4.1). Des évolutions temporelles sont également observables entre 1997 et 2007 (figure 4.2).

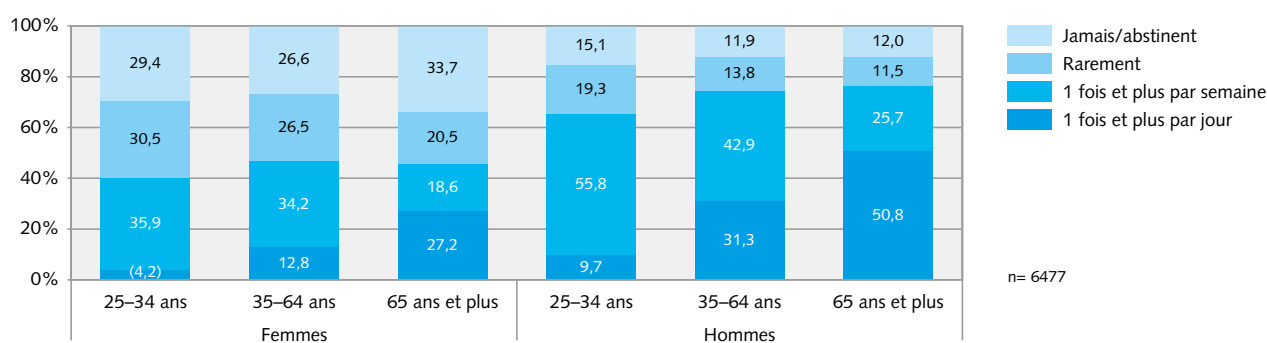
En Suisse latine en 2007, il existe une grande différence de fréquence de consommation d'alcool entre les femmes et les hommes. Ces derniers (30,9%) sont, en moyenne, deux fois plus nombreux que les femmes (14,5%) à boire de l'alcool quotidiennement, et ce dans les trois classes d'âge. Leur consommation d'alcool hebdomadaire (42,1%) est également plus élevée que celle de leurs consœurs (30,9%). De plus, ils sont également, en moyenne, deux fois moins fréquemment abstinentes que les femmes (femmes 28,7%, hommes 12,6%).

La proportion de femmes et d'hommes consommant de l'alcool au moins une fois par jour augmente fortement avec l'âge<sup>77</sup> (figure 4.1). En Suisse latine en 2007, les femmes âgées de 25 à 34 ans sont seulement 4,2% à consommer de l'alcool quotidiennement, alors qu'à 65 ans et plus elles sont presque 7 fois plus nombreuses dans ce cas (27,2%). Chez les hommes des mêmes catégories d'âge, cette tendance se retrouve même si elle est un peu moins marquée: les plus âgés (50,8%) sont 5 fois plus nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement que les plus jeunes (9,7%).

Entre 1997<sup>78</sup> et 2007 deux tendances majeures se dessinent: une diminution du nombre de consommatrices et consommateurs d'alcool quotidiens et une augmentation de celui des consommateurs et consommatrices hebdomadaires. En effet, le nombre moyen d'hommes consommant de l'alcool au moins une fois par jour s'élevait à 39,5% en 1997 et a baissé à 30,9% en 2007

Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

Fig. 4.1



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29). La distribution de la fréquence de la consommation d'alcool diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

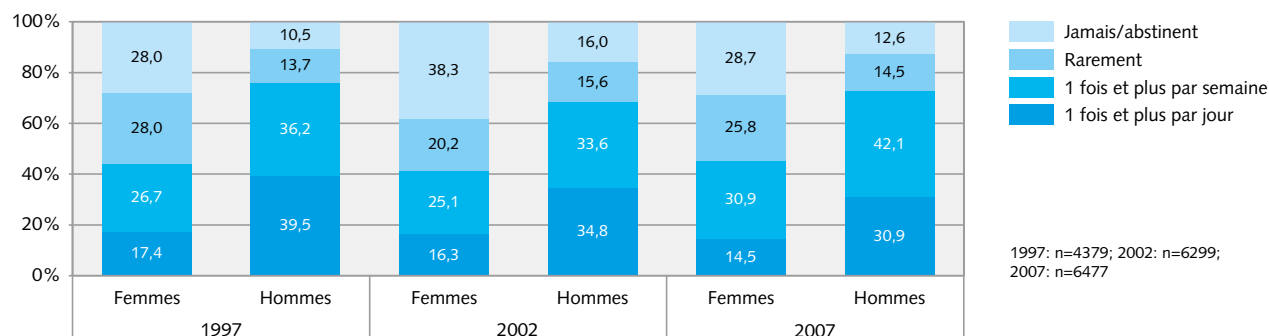
<sup>76</sup> Nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément, c'est-à-dire avant d'atteindre l'âge de l'espérance de vie à la naissance calculée pour le pays (WHO) ([http://www.paho.org/English/DD/AIS/be\\_v24n2-APVP.htm](http://www.paho.org/English/DD/AIS/be_v24n2-APVP.htm)). Dans leur article, Rehm et al. ont pris 80 ans pour les hommes et 82,5 ans pour les femmes.

<sup>77</sup> Les catégories d'âge retenues pour ce chapitre sont moins fines que celles choisies pour les deux autres thématiques de ce rapport en raison d'effectifs trop faibles dans certaines classes d'âge.

<sup>78</sup> L'année d'enquête 1992 n'a pas été incluse dans les analyses portant sur la consommation d'alcool, car les questions portant sur cette thématique ont été posées dans le questionnaire écrit et n'ont pas reçu des réponses suffisamment fiables pour en tenir compte.

**Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 1997–2007**

**Fig. 4.2**



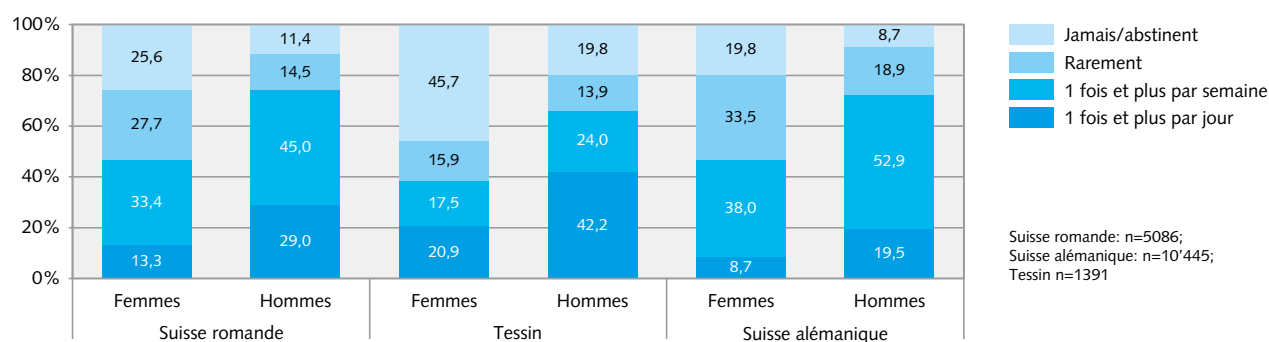
La distribution de la fréquence de la consommation d'alcool diffère significativement à 5% selon le sexe

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

© Obsan

**Fréquence de la consommation d'alcool selon la région linguistique et le sexe, Suisse, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.3**



La distribution de la fréquence de la consommation d'alcool diffère significativement à 5% selon le sexe et la région linguistique

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

(figure 4.2). Parmi les femmes, cette proportion est passée de 17,4% en 1997 à 14,5% en 2007. En contrepartie, la proportion de personne consommant de l'alcool au moins une fois par semaine (mais moins d'une fois par jour) s'est accrue en dix ans, passant de 26,7% (1997) à 30,9% (2007) chez les femmes et de 36,2% (1997) à 42,1% (2007) chez les hommes. Une augmentation inexplicable du nombre de femmes et d'hommes abstinents s'observe en 2002 par rapport à 1997 et 2007. Elle est également visible au niveau suisse, mais est plus accentuée en Suisse latine.

### Différences entre régions linguistiques

Il existe une différence significative<sup>79</sup> de fréquence de consommation d'alcool entre les trois régions linguistiques suisses en 2007 (figure 4.3). Les hommes et les femmes du Tessin consomment davantage d'alcool de manière quotidienne, 42,2% et 20,9%, que leurs compatriotes de Suisse romande, 29,0% et 13,3%, et de Suisse alémanique, 19,5% et 8,7%. Par contre, la tendance inverse se dessine pour la consommation hebdomadaire d'alcool (1 fois et plus par semaine, mais moins d'une fois par jour). En effet, les Suisses alémaniques, hommes et femmes, sont plus nombreux à boire de l'alcool hebdomadairement que les Suisses romands ou les Tessinois. Par ailleurs, la population tessinoise déclare plus souvent être abstinente (femmes 45,7%, hommes 19,8%) que la population suisse romande (femmes 25,6%, hommes 11,4%) ou suisse alémanique (femmes 19,8%, hommes 8,7%).

<sup>79</sup> Z-test > 11,961.



### *Consommations d'alcool chronique et ponctuelle excessive*

La mesure de la fréquence de la consommation d'alcool ne permet pas de distinguer les individus qui boivent modérément de ceux qui ont une consommation usuelle ou ponctuelle élevée. Or, la «consommation chronique excessive» et la «consommation ponctuelle excessive» d'alcool sont dommageables, dites à haut risque pour la santé. En effet, le premier type de consommation est néfaste pour la santé à long terme et a une influence sur l'apparition de maladies chroniques telles que la cirrhose alcoolique du foie ou les maladies cardio-vasculaires. Le second type de consommation, aussi connu sous le nom de «binge drinking», a des effets sur la santé autant immédiats, accidents ou violence, qu'à long terme dans le cas de fortes intoxications alcooliques.

La consommation d'alcool chronique usuelle tient compte de la fréquence de consommation et de la quantité d'alcool consommé habituellement lors d'un épisode de consommation. L'OMS a fixé en 2000 un seuil au-delà duquel les risques pour la santé sont évalués comme étant moyens à élevés: il est de 20g d'alcool pur en moyenne par jour pour les femmes et 40g pour les hommes. Les seuils sont ajustés en fonction du sexe parce que les risques biologiques diffèrent: le corps des femmes comporte plus de tissus adipeux et moins de liquide que celui des hommes ce qui provoque une plus grande concentration d'alcool dans le sang, et il dispose d'une quantité moindre d'enzymes contribuant à l'élimination de l'alcool (sfa/ispa, 2004).

La consommation d'alcool ponctuelle excessive, elle, considère le mode de consommation, à savoir si une personne boit sept verres d'alcool en une semaine ou concentre cette quantité sur une soirée. Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) a officiellement fixé un seuil à la consommation ponctuelle excessive qui se rapporte à la consommation d'au moins 4 verres standard<sup>80</sup> pour les femmes et 5 verres standard pour les hommes en environ deux heures de temps (ce qui correspond à une concentration d'alcool dans le sang, pour un adulte typique, d'au moins 0,8 pour mille (Delgrande Jordan & Notari, 2009)), et ce à une fréquence moyenne de deux fois par mois. La formulation de la question relative à cette thématique dans l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de reproduire exactement le seuil établi par le NIAAA. Ainsi, le laps de temps sur lequel s'étend la consommation d'alcool n'est pas de

<sup>80</sup> En Suisse, un verre standard contient entre 10g et 12g d'alcool pur, ce qui correspond à 3 dl. de bière, 1dl. de vin, 2 cl. d'alcool fort (Addiction Info Suisse, 2009).

«deux heures», mais «en une seule fois» et la fréquence à laquelle ce mode de consommation est soutenu n'est pas «deux fois par mois et plus» mais égale ou supérieure à une fois par mois. Par conséquent, la limite est plus sévère que celle fixée par le NIAAA.

### *Consommation d'alcool chronique*

En Suisse latine en 2007, la large majorité des femmes et des hommes ont une consommation d'alcool chronique à faible risque à tous les âges (67,3% et 80,9%, sans compter les abstinentes). De plus, une part importante de la population féminine se déclare abstinente (27,2%), cette proportion est par ailleurs largement plus réduite chez les hommes (11,5%). Ainsi, une consommation chronique d'alcool à risque moyen à élevé est décelée chez seulement 5,5% des femmes et 7,7% des hommes. Cependant, ces proportions évoluent avec l'âge et sont nettement plus élevées chez les aînés (figure 4.4). Alors que, chez les femmes âgées de 25 à 35 ans, la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé est de 3,3% et chez les hommes du même âge de 4,8%, elle passe à 9,4% chez les femmes de 65 ans et plus et à 8,8% chez les hommes du même âge. Il est à souligner que la différence de proportion entre les deux sexes n'est pas significative et que le seuil qui délimite la consommation d'alcool excessive de celle modérée est plus strict chez les femmes.

### *Consommation d'alcool ponctuelle excessive*

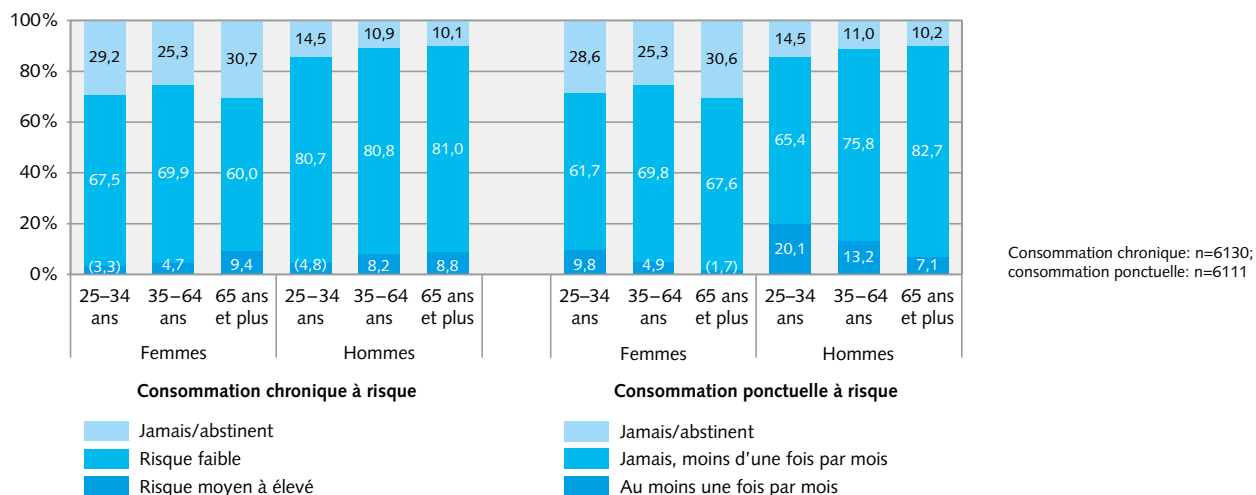
La très large majorité des consommateurs d'alcool ne s'enivrent jamais ou rarement (femmes 67,8%, hommes 75,0%; sans compter les abstinentes: femmes 27,1%, hommes 11,5%). La consommation d'alcool excessive ponctuelle est largement plus répandue parmi les hommes que parmi les femmes, et ce à tout âge. Par ailleurs, elle diminue avec l'avancée en âge pour les deux sexes. La plus grande proportion d'individus consommant de l'alcool de manière excessive au moins une fois par mois concerne les hommes âgés de 25 à 34 ans (20,1%) (figure 4.4). A cet âge, cette proportion s'élève à 9,8% chez les femmes.

### *Différences entre régions linguistiques*

Tout comme pour la fréquence de la consommation d'alcool, la consommation chronique à risque pour la santé diffère en fonction de la région linguistique et du sexe. Chez les hommes, les Tessinois (9,4%) ont le plus tendance à avoir une consommation d'alcool chronique à

**Consommation d'alcool chronique et ponctuelle excessive selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.4**



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 La distribution de la consommation d'alcool chronique et ponctuelle à risque diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge  
 Consommation chronique à risque: jamais/abstinent; risque faible: <21g femmes, <41g hommes;  
 risque moyen à élevé: >= 21g femmes, >= 41g hommes  
 Consommation ponctuelle excessive à risque: jamais/abstinent; ne boit jamais ou moins d'une fois par mois 4 verres standard pour les femmes et 5 pour les hommes en une seule fois; boit au moins une fois par mois 4 verres standard pour les femmes et 5 pour les hommes en une seule fois

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

risque moyen ou élevé, puis viennent les Suisses romands (7,4%) et finalement les Suisses alémaniques (4,6%) (figure 4.5). Chez les femmes, il n'existe pas de différence significative entre la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé des Tessinoises (6,9%) et celle des Suisses romandes (5,2%). Par contre la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé des femmes suisses alémaniques est plus faible (3,6%) que celle des femmes de Suisse latine. Par conséquent, la consommation d'alcool chronique à risque faible est plus fréquente dans la population suisse alémanique et romande que dans la population tessinoise. Toutefois, il est à souligner que c'est parmi cette dernière que l'on trouve le plus d'abstinents pour les deux sexes.

Parmi les femmes et les hommes qui boivent respectivement 4 et 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois, la population tessinoise (femmes 2,2%, hommes 10,2%) connaît moins cette pratique que la population suisse romande (femmes 5,6%, hommes 14,0%) ou alémanique (femmes 5,6%, hommes 13,1%) (figure 4.5).

Les différences de modes de consommation d'alcool entre régions linguistiques reflètent la place culturelle qu'occupe l'alcool dans ces sociétés. Dans la région latine, le style de consommation est plus méditerranéen avec une préférence pour le vin et l'assimilation de la boisson alcoolique à la convivialité, alors que dans la

région alémanique, où l'on boit davantage de la bière, la consommation d'alcool est davantage associée à la célébration et à la festivité (Gmel et al., 2001). Ces spécificités se dessinent assez clairement dans la population tessinoise en contraste avec la population alémanique, mais moins dans la population romande.

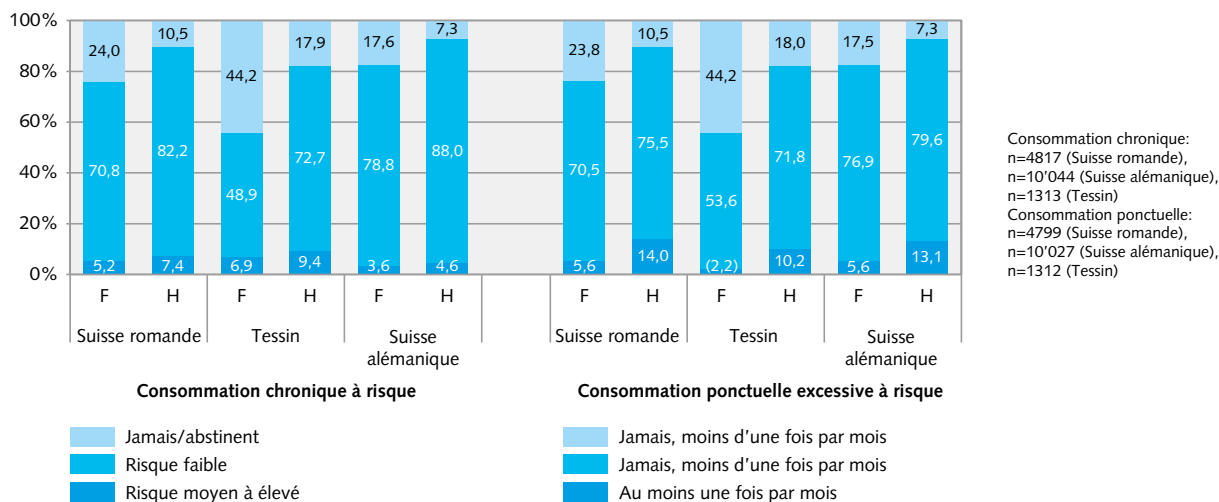
*Cumul de consommations d'alcool à risque*

La figure 4.6 présente quatre catégories de consommateurs d'alcool, formées à partir du croisement entre les consommateurs chroniques et ponctuels (Wicki & Gmel, 2005), auxquelles s'ajoute une cinquième, les abstinents. Cette typologie<sup>81</sup> permet d'identifier le mode de consommation d'alcool le plus répandu, ainsi que le cumul des risques.

En Suisse latine, la majorité de la population a une consommation d'alcool chronique à risque faible et ne s'enivre jamais ou rarement (femmes 63,3%, hommes 70,0%) à laquelle il faut ajouter les abstinents (femmes 27,2%, hommes 11,5%). Par ailleurs, 10,9% des hommes ont une consommation ponctuelle excessive tout en ayant une consommation chronique à risque faible. Chez les femmes, cette proportion est de 4,2%. Par contre, la proportion d'hommes (5,0%) dont la consommation d'alcool est chronique excessive sans

<sup>81</sup> Typologie en annexe 4.1.

**Consommation d'alcool chronique et ponctuelle excessive selon la région linguistique et le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 4.5**



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 La distribution de la consommation d'alcool chronique et ponctuelle diffère significativement à 5% selon le sexe la région linguistique  
 Consommation chronique à risque: jamais/abstinent; risque faible: <21g femmes, <41g hommes; risque moyen à élevé: >= 21g femmes, >= 41g hommes  
 Consommation ponctuelle excessive à risque: jamais/abstinent; ne boit jamais ou moins d'une fois par mois 4 verres standard pour les femmes et 5 pour les hommes en une seule fois; boit au moins une fois par mois 4 verres standard pour les femmes et 5 pour les hommes en une seule fois

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

connaître d'ivresses régulières est moins élevée (femmes 4,5%). Finalement, la catégorie qui cumule les deux types de consommation d'alcool excessive comprend tout de même 2,6% des hommes et 0,9% des femmes.

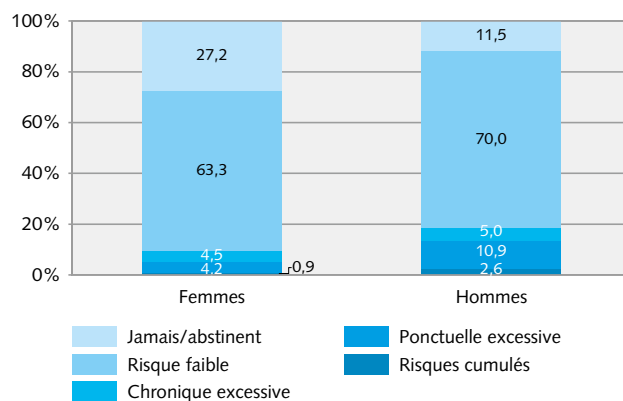
*Facteurs associés au fait d'avoir une consommation d'alcool à risque pour la santé*

Les résultats des régressions logistiques ont permis de discerner quelles caractéristiques sociodémographiques sont associées, d'une part au fait d'avoir une consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé (plus loin «risque chronique») et d'autre part à celui d'avoir une consommation d'alcool ponctuelle excessive (plus loin «risque aigu»)82.

Les modèles montrent que les hommes ont 1,5 fois plus de chance d'avoir une consommation d'alcool chronique à risque que les femmes et 2,5 fois plus de chance d'avoir une consommation ponctuelle excessive (risque aigu). Les personnes âgées de 25 et 34 ans ont 2,5 fois moins (aOR = 0,4) de risque chronique, mais 3 fois plus de risque aigu que les individus âgés de 65 ans et plus. Le type de ménage, qui reflète en partie la situation familiale, est également un facteur associé au fait d'appartenir à la catégorie des consommateurs d'alcool à risque. En effet, les couples ou les parents seuls avec

enfant(s) ont, proportionnellement aux personnes vivant seules, 1,4 fois moins de risque (aOR = 0,7) de se trouver dans une des catégories de risque chronique ou aigu. Etre Suisse d'origine augmente le risque aigu de 2,1 fois par rapport aux étrangers. Les personnes n'ayant accompli que la scolarité obligatoire voient leur risque aigu se réduire de 2 fois (aOR = 0,5) par rapport à celles ayant achevé une formation de niveau tertiaire. Etre actif sur le

**Catégories de consommateurs d'alcool selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007** **Fig. 4.6**



n=6096  
 La distribution de la typologie des consommateurs d'alcool diffère significativement à 5% selon le sexe

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

82 Le tableau des régressions logistiques est disponible en annexe 4.2.

marché du travail augmente le risque aigu de 1,6 fois par rapport aux personnes professionnellement inactives.

Un second modèle d'analyse portant sur les différences entre les trois régions linguistiques montre que, par rapport à la population suisse romande, la population tessinoise a 1,3 fois plus de risque de se situer parmi les consommateurs d'alcool chroniques à risque et la population suisse alémanique 1,7 (aOR = 0,6) moins de risque. La population tessinoise a par contre 1,4 fois moins de risque (aOR = 0,7) de connaître des ivresses régulières que les Suisses romands.

### *Consommation d'alcool potentiellement problématique, AUDIT*

L'AUDIT, l'Alcohol Use Disorders Identification Test, est un test en dix questions développé par l'OMS afin d'identifier une consommation d'alcool problématique chez une personne (Babor et al., 2001). C'est un instrument qui permet de repérer une consommation d'alcool dangereuse (hazardous drinking) ou toxique pour la santé physique ou mentale (harmful drinking) chez une personne et de détecter de manière précoce la dépendance à l'alcool. Ce test est composé de dix questions portant sur la fréquence et la quantité d'alcool consommé (3 questions), la dépendance à l'alcool<sup>83</sup> (3 questions) et la nocivité de la consommation d'alcool<sup>84</sup> (4 questions). Au final, une échelle de score évalue le degré de problématicité de la consommation d'alcool de la personne. Un score de 8 ou plus est généralement considéré pour identifier une consommation d'alcool potentiellement problématique.

<sup>83</sup> L'année dernière, combien de fois avez-vous eu l'impression que vous ne pouviez plus arrêter de boire après avoir commencé? Jamais, moins d'une fois par mois, chaque mois, chaque semaine, tous les jours ou presque tous les jours.

L'année dernière, combien de fois n'avez-vous pas été capable de faire ce qui était attendu normalement de votre part parce que vous aviez bu? Jamais, moins d'une fois par mois, chaque mois, chaque semaine, tous les jours ou presque tous les jours.

L'année dernière, combien de fois avez-vous bu de l'alcool le matin pour vous remettre en train, après avoir bu quelques verres de trop le soir précédent? Jamais, moins d'une fois par mois, chaque mois, chaque semaine, tous les jours ou presque tous les jours.

<sup>84</sup> Un membre de votre famille, un ami ou un médecin a-t-il émis des réserves au sujet de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé d'en réduire la consommation? Non, oui mais pas l'année dernière, oui l'année dernière.

Vous êtes-vous vous-même ou avez-vous blessé corporellement quelqu'un d'autre par votre consommation d'alcool? Non, oui mais pas l'année dernière, oui l'année dernière.

L'année dernière, combien de fois n'avez-vous pas été capable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu? Jamais, moins d'une fois par mois, chaque mois, chaque semaine, tous les jours ou presque tous les jours.

L'année dernière, combien de fois avez-vous eu des sentiments de culpabilité ou des remords à cause de votre consommation d'alcool? Jamais, moins d'une fois par mois, chaque mois, chaque semaine, tous les jours ou presque tous les jours.

L'Enquête suisse sur la santé intègre les questions de l'AUDIT depuis 1997. Seulement, une étude de Gmel, Heeb et Rhem (2001) montre que l'AUDIT, tel qu'on peut le calculer à partir de l'ESS, détecte surtout les personnes qui ont une consommation régulière et assez modérée d'alcool. C'est pourquoi, les résultats obtenus à partir de l'AUDIT sont à interpréter avec prudence: nous parlerons de consommation d'alcool *potentiellement* problématique. Dans l'ESS, les personnes qui boivent de 1 à 3 fois par mois ou moins n'ont pas été interrogées sur les questions de l'AUDIT. Etant donné que la probabilité que ces personnes aient une consommation d'alcool problématique est très faible, elles ont été insérées parmi les individus qui ont un score AUDIT inférieur à 8.

Les résultats de l'AUDIT montrent qu'une part minoritaire de la population est concernée par une consommation d'alcool potentiellement problématique (figure 4.7). Cette part est plus élevée parmi les hommes que chez les femmes. Les hommes âgés de 25 à 34 ans sont particulièrement concernés par la consommation d'alcool potentiellement problématique, puisque pratiquement un homme sur cinq dans cette classe d'âge a obtenu un score de 8 ou plus. Il se peut que cette proportion élevée chez les plus jeunes hommes soit liée au fait qu'ils pratiquent plus régulièrement la consommation d'alcool ponctuelle excessive dont les effets peuvent en partie être relevés dans les questions portant sur la consommation nocive: se blesser corporellement ou blesser quelqu'un d'autre, avoir une perte de mémoire, ressentir de la culpabilité.

### *Fréquence de la consommation de différentes boissons alcooliques*

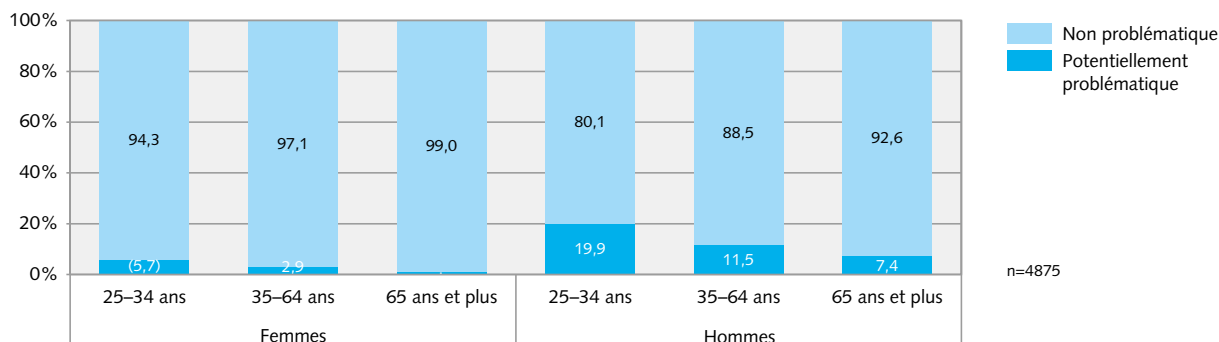
Jusqu'ici, l'ensemble de la population de Suisse latine, consommateurs d'alcool ou non, a été prise en considération dans les calculs. A partir de maintenant, seule la population consommatrice d'alcool est retenue pour les analyses<sup>85</sup>.

Afin de mieux pouvoir appréhender les habitudes de consommation d'alcool en Suisse latine, il est important de connaître quel type de boisson alcoolique est consommée. La figure 4.8 présentant la fréquence de consommation de trois types de boissons alcooliques, vin, bière et spiritueux, montre clairement que les hommes comme les femmes boivent davantage de vin que de bière ou de spiritueux, que ce soit à une fréquence hebdomadaire ou journalière. Les femmes consommatrices d'alcool sont

<sup>85</sup> Les personnes qui consomment de l'alcool moins d'une fois par mois ne répondent pas à ces questions. Elles ne sont pas prises en compte dans ces calculs.

**Consommation d'alcool potentiellement problématique, AUDIT, selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.7**



Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 La distribution de l'AUDIT diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge  
 Les questions de l'AUDIT n'ont pas été posées aux abstinents et aux personnes consommant de l'alcool moins de trois fois par mois.  
 Ces individus sont considérés comme ayant un score inférieur à 8 à l'AUDIT

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

64,9% à déclarer boire du vin une fois par semaine ou plus (mais moins d'une fois par jour) et 22,5% à en consommer quotidiennement. Chez les hommes, ces proportions sont de 58,0% et 28,4%: ils sont plus nombreux à boire du vin tous les jours que les femmes. Par ailleurs, les hommes consomment, hebdomadairement et quotidiennement, davantage de bière ou de spiritueux que les femmes.

*Type de boissons alcooliques consommées à une fréquence au moins hebdomadaire*

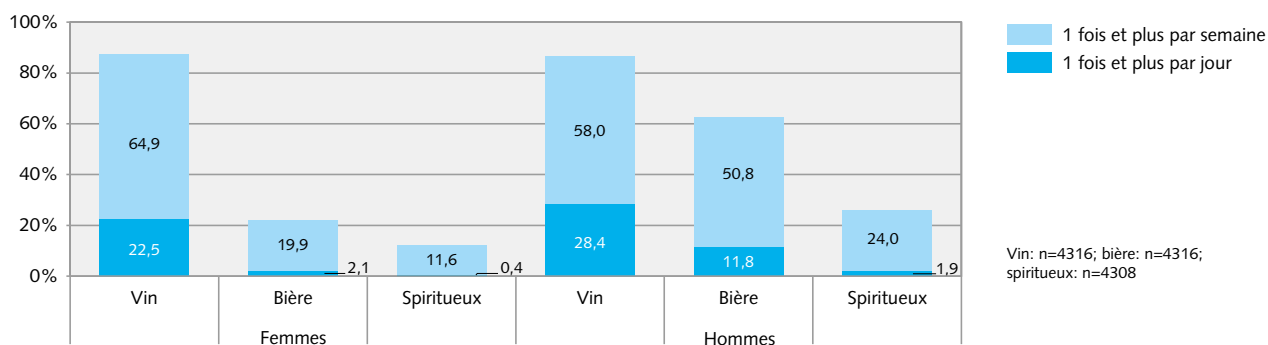
La figure 4.9 permet de distinguer les personnes qui boivent régulièrement (à une fréquence au moins hebdomadaire) seulement du vin, seulement de la bière ou les deux. Une large différence de style de consommation se

dessine à nouveau entre les femmes et les hommes. Les hommes boivent en majorité (53,4%) du vin et de la bière à une fréquence au moins hebdomadaire. A cette fréquence, les femmes, elles, boivent principalement seulement du vin (68,4%). Ainsi, les personnes qui ne boivent ni vin, ni bière, à un rythme au moins hebdomadaire, représentent 4,6% des hommes et 9,6% des femmes qui consomment de l'alcool. Ces individus consomment soit ces deux boissons moins régulièrement qu'une fois par semaine, soit d'autres boissons alcooliques (spiritueux, alcopop, cidre), soit les deux.

Ces deux dernières figures montrent sans surprise que le vin, largement en tête, mais aussi la bière sont les deux boissons alcooliques les plus répandues dans la population de Suisse latine.

**Fréquence de la consommation de différents boissons alcooliques selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.8**



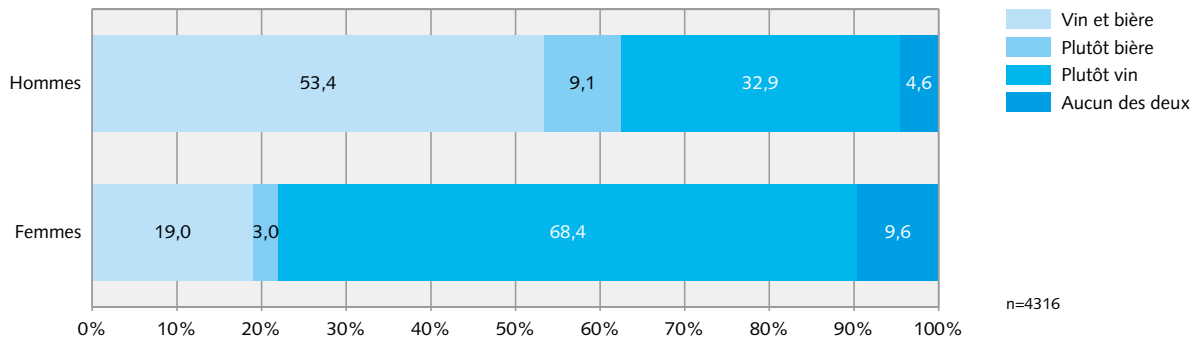
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 La distribution de la fréquence de consommation de différents types de boissons alcooliques diffère significativement à 5% selon le sexe  
 Les abstinents et les personnes consommant de l'alcool moins d'une fois par mois sont exclus

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Type de boissons alcooliques consommées à une fréquence au moins hebdomadaire selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.9**



La distribution de la fréquence à laquelle la population boit plutôt du vin, plutôt de la bière, les deux ou aucun des deux diffère significativement à 5% selon le sexe  
Les abstinentes et les personnes consommant de l'alcool moins d'une fois par mois sont exclus

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### 4.2.3 Consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 11 à 24 ans

#### Fréquence de la consommation de boissons alcooliques

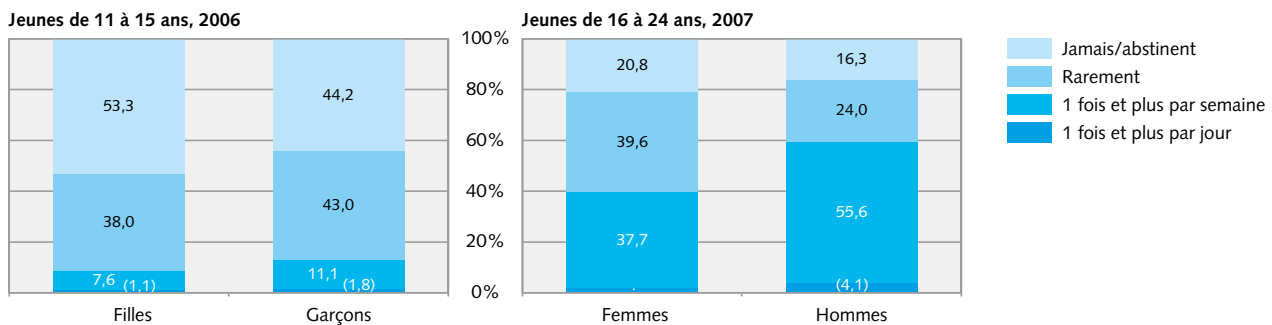
Dans les cantons latins en 2006, près de la moitié des jeunes adolescents âgés de 11 à 15 ans (48,9%) disent ne jamais consommer de boissons alcooliques, 40,4% disent en boire occasionnellement, 9,3% de façon hebdomadaire et 1,4% chaque jour. Il existe toutefois des différences significatives selon le sexe (figure 4.10): les filles sont proportionnellement plus nombreuses à ne jamais en consommer si nous les comparons aux garçons, qui sont proportionnellement un peu plus nombreux à en consommer, et ce pour les trois fréquences considérées.

En Suisse latine en 2007, chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans, 18,5% ne boivent habituellement jamais d'alcool, 31,6% en consomment rarement, 46,9% chaque semaine mais pas chaque jour et 3,0% quotidiennement. L'abstinence et la consommation occasionnelle sont toutefois plus répandues chez les femmes, alors que la consommation au moins hebdomadaire se retrouve davantage chez les hommes (figure 4.10).

En Suisse en 2006, la fréquence de la consommation actuelle de boissons alcooliques chez les jeunes adolescents âgés de 11 à 15 ans varie de manière significative entre les régions linguistiques (figure 4.11). C'est en Suisse alémanique qu'ils sont proportionnellement plus nombreux à ne jamais consommer de boissons alcooliques. La Suisse romande arrive ensuite, suivie du Tessin.

**Fréquence de consommation d'alcool selon le sexe, jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans, Suisse latine, 2006 et 2007**

**Fig. 4.10**



Filles: n=1558; garçons: n=1473  
Différence significative à 0.1% entre les garçons et les filles (p<0.001)

Femmes: n=297; Hommes: n=306  
Différence significative à 5% entre les sexes (p<0.05)

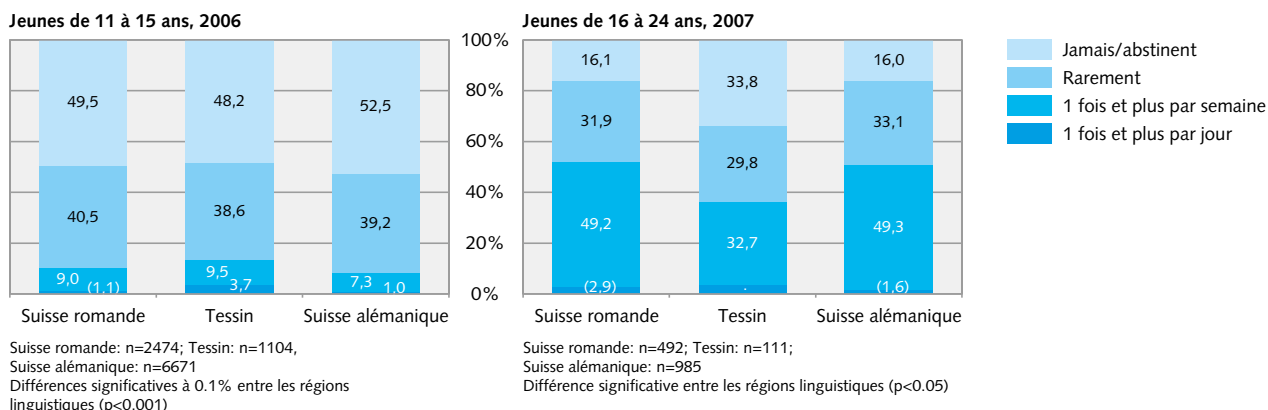
. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006, OFS Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Fréquence de consommation d'alcool selon la région linguistique, jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans, Suisse, 2006 et 2007**

**Fig. 4.11**



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

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006, OFS Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

C'est aussi cette région qui recense un taux un peu plus élevé de consommateurs quotidiens ou au moins hebdomadaires.

En 2007, les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans du Tessin (32,7%) sont moins nombreux à consommer de l'alcool à une fréquence hebdomadaire (au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour) que ceux de Suisse romande (49,2%) et alémanique (49,3%) (figure 4.11). Ils sont également plus souvent abstinentes (33,8%) que leurs pairs de Suisse romande (16,1%) et alémanique (16,0%).

On remarque, s'agissant de la consommation au moins hebdomadaire de boissons alcooliques chez les jeunes âgés de 15 ans, une tendance plutôt ascendante au fil du temps entre 1986 et 2006, excepté en 2006 où un recul semble s'amorcer (tableau 4.1). Chez les jeunes âgés de 13 ans cette tendance est plutôt à la baisse. Quant aux jeunes âgés de 11 ans, dont les résultats ne sont pas présentés en raison de faibles effectifs, la

consommation d'alcool au moins hebdomadaire reste un événement rare à chaque année d'enquête. Globalement, les jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans ont en 2006 (année qui diffère significativement de 1986) environ 33% de risque en moins qu'en 1986 de consommer de l'alcool de façon au moins hebdomadaire.

Depuis 1997, la fréquence de consommation d'alcool parmi les jeunes âgés de 16 à 24 ans a surtout évolué chez les jeunes femmes. En effet, en 2007, 39,6% des jeunes femmes consomment de l'alcool au moins hebdomadairement, alors qu'en 1997 cette proportion s'élevait à 30,9% (tableau 4.2). Parallèlement, la part de jeunes femmes qui ne boivent pas d'alcool a diminué dans ce même laps de temps, passant de 31,6% en 1997 à 20,8% en 2007. Chez les jeunes hommes, plus de la moitié consomme de l'alcool au moins une fois par semaine et cette proportion est restée stable entre 1997 et 2007.

**Tab. 4.1 Prévalence de la consommation au moins hebdomadaire de boissons alcooliques chez les jeunes de 13 et 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)**

	Filles				Garçons			
	13 ans		15 ans		13 ans		15 ans	
	%	n total	%	n total	%	n total	%	n total
1986	.	69	17,2	58	24,6	61	27,6	58
1994	6,0	235	14,3	307	15,7	230	26,6	290
1998	8,4	131	21,6	134	8,3	157	31,2	138
2002	6,5	169	21,6	134	9,7	154	41,6	161
2006	4,6	194	21,0	176	10,9	176	31,0	168

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 1986–2006

. Entre 0 et 9 réponses seulement

**Tab. 4.2 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)**

		1 fois et plus par semaine		Rarement		Jamais/abstinent	
		%	n total	%	n total	%	n total
1997	Femmes	30,9	86	37,5	98	31,6	84
	Hommes	59,8	159	26,4	68	13,8	36
2002	Femmes	34,7	93	37,2	90	28,1	79
	Hommes	59,5	156	16,9	54	23,6	51
2007	Femmes	39,6	118	39,6	117	20,8	62
	Hommes	59,7	184	24,0	77	16,3	45

Source: Enquêtes suisses sur la santé 1997–2007

1997: n=531; 2002: n=523; 2007: n=603

La distribution de la consommation d'alcool diffère significativement à 5% selon le sexe

**Tab. 4.3 Prévalence de l'ivresse au moins deux fois au cours de la vie chez les jeunes de 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)**

	Filles 15 ans		Garçons 15 ans	
	%	n total	%	n total
1986	.	59	(24,1)	58
1994	16,5	309	22,3	291
1998	24,8	133	33,3	138
2002	25,2	135	32,7	159
2006	20,2	178	29,8	171

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 1986–2006

. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent un nombre de réponses inférieur à 30

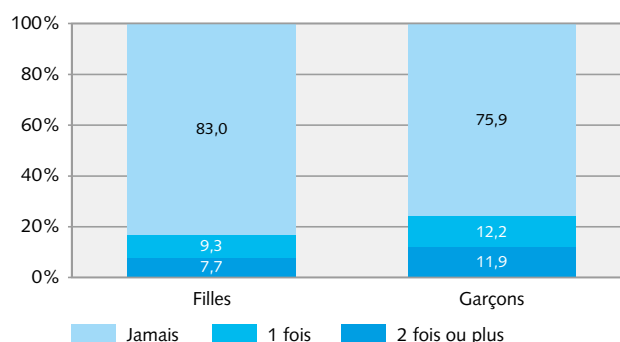
**Ivresse**

En plus de la fréquence de consommation d'alcool, les jeunes adolescents âgés de 11 à 15 ans ont été interrogés sur le nombre de fois où ils ont été ivres dans leur vie. Il s'avère ainsi que, dans les cantons latins, une large majorité de ces jeunes, soit 79,5%, disent ne jamais avoir été ivres, 10,7% disent l'avoir été une seule fois dans leur vie et 9,8% au moins deux fois. De plus, les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à dire avoir été ivres une fois ou plus (figure 4.12). Il n'y a par contre pas de différences significatives entre les régions linguistiques.

S'agissant de la prévalence de l'ivresse au moins deux fois au cours de la vie, on remarque de manière générale une tendance à la hausse chez les garçons et filles de 15 ans, excepté en 2006 où un déclin semble s'amorcer (tableau 4.3). Cette prévalence est très faible chez les jeunes filles et garçons de 11 et 13 ans (les résultats ne sont pas présentés en raison de faibles effectifs). Globalement, la prévalence de l'ivresse au moins deux fois au cours de la vie chez les jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans ne diffère pas de manière significative entre les années d'étude.

Les jeunes âgés de 16 à 24 ans ont, quant à eux, été interrogés sur la fréquence des ivresses ponctuelles durant la dernière année, c'est-à-dire sur la consommation d'au moins 4 verres standard pour les femmes et de 5 verres standard pour les hommes par occasion de boire<sup>86</sup>.

**Nombre d'ivresses au cours de la vie chez les jeunes de 11 à 15 ans, Suisse latine, 2006 Fig. 4.12**



Filles: n=1528; garçons: n=1443

Différence significative à 0.1% entre les garçons et les filles (p<0.001)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

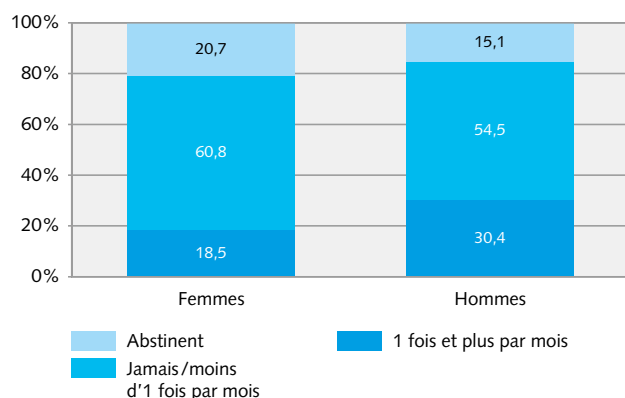
© Obsan

<sup>86</sup> Cette question apparaît pour la première fois avec ce seuil (4 et 5 verres standard) dans le questionnaire 2007.



En Suisse latine en 2007, environ 18% des jeunes âgés de 16 à 24 ans ne consommaient pas d'alcool, 57,6% consommaient de l'alcool mais sans ivresses ponctuelles ou moins d'une fois par mois et 24,5% ont connu au moins une ivresse ponctuelle par mois. La part de ceux ayant eu au moins une ivresse par mois est plus élevée chez les hommes (30,4%) que chez les femmes (18,5%) (figure 4.13). En comparaison, leurs aînés âgés de 24 à 35 ans sont moins nombreux à connaître l'ivresse à cette fréquence (femmes 9,8%, hommes 20,1%).

**Consommation d'alcool excessive ponctuelle durant la dernière année chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 2007** Fig. 4.13



Femmes: n=281; hommes: n=288  
La distribution de la consommation d'alcool ponctuelle excessive diffère significativement à 5% selon le sexe

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

#### Age moyen de la première consommation et de la première ivresse

Dans les cantons latins, les jeunes de 15 ans qui consomment actuellement de l'alcool ont dit en avoir consommé pour la première fois (plus qu'une gorgée) en moyenne à l'âge de 13 ans environ. Les variations autour de cet âge moyen sont cependant assez grandes (écart-type de 1,3 an). Filles et garçons y ont goûté pour la première fois en moyenne à peu près au même âge.

De plus, l'âge moyen de la première ivresse rapporté par les 15 ans qui en ont déjà fait l'expérience est d'un peu moins de 14 ans (écart-type de 1 an). Là non plus, il n'y a pas de différences significatives entre les sexes.

## 4.3 Consommation de tabac en Suisse latine

### 4.3.1 Introduction

En 1995, le constat d'une trop forte prévalence de fumeuses et de fumeurs en Suisse comparée à celle des pays européens, mais aussi le contexte international avec la priorité donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à la lutte contre le tabagisme, incite la Confédération à prendre des mesures contre le tabagisme et ses effets nocifs sur la santé (Bolliger-Salzman et al., 2000). C'est à cette période que le Programme Global Tabac 1996–1999 élaboré par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) voit le jour. La problématique du tabagisme étant une préoccupation importante de santé publique, d'autres programmes nationaux se sont succédé dont l'actuel Programme national tabac (PNT) 2008–2012 qui fixe pour principaux objectifs de réduire le nombre de fumeurs et de fumeuses ainsi que la proportion de personnes exposées à la fumée passive<sup>87</sup> en Suisse.

Selon les résultats du Monitoring sur le tabac<sup>88</sup> de 2008, la prévalence de fumeurs<sup>89</sup> dans la population résidant en Suisse et âgée de 14 à 65 ans est de 27% (Keller et al., 2009). Elle a diminué depuis 2001 où elle se situait à 33%. Ce recul concerne aussi bien les femmes (30% de fumeuses en 2001, contre 24% en 2008) que les hommes (37% de fumeurs en 2001, contre 30% en 2008). En 2008, 19% des consommateurs de produits tabagiques sont des fumeurs quotidiens et 8% des fumeurs occasionnels<sup>90</sup>.

La cigarette est le produit tabagique le plus répandu en Suisse: 99% des femmes fumeuses et 90% des hommes fumeurs<sup>91</sup> en consomment (Keller et al., 2009). En-dehors de la cigarette, d'autres produits tabagiques sont consommés, tels que le cigare, le tabac de pipe ou à chiquer: tous provoquent des dommages à la santé. La fumée de cigarette est composée de gaz toxiques, dont le monoxyde de carbone, l'azote, l'acide cyanhydrique et

<sup>87</sup> Inhalation involontaire de fumée du tabac rejetée par d'autres personnes.

<sup>88</sup> Dans le cadre de cette enquête qui porte spécifiquement sur le tabagisme (consommation de tabac, exposition à la fumée passive...) en Suisse, 2500 personnes âgées de 14 à 65 ans et domiciliées en Suisse sont interrogées chaque trimestre par téléphone (10'000 individus par années depuis janvier 2001).

<sup>89</sup> Rapport entre le nombre de fumeurs, occasionnels ou réguliers, et la population totale.

<sup>90</sup> Les fumeurs quotidiens âgés de 14 à 65 ans ont une consommation moyenne de 14,6 cigarettes par jour et les fumeurs occasionnels de 9 cigarettes par semaine (Keller et al., 2009).

<sup>91</sup> Consommatrices et consommateurs réguliers et occasionnels de produits tabagiques.

l'ammoniac, et de particules contenant de la nicotine et du goudron cancérigène connu pour adhérer aux voies respiratoires et aux poumons et pénétrer dans la circulation sanguine (Addiction Info Suisse, 2010c). C'est cette fumée à laquelle les non-fumeurs sont aussi exposés qui rend le tabagisme passif nocif pour la santé. La nicotine contenue dans le tabac est une substance psychoactive qui a pour effet, entre autres, de renforcer l'envie et le besoin de fumer. Elle est considérée comme étant une drogue addictive (European Commission, 2004). La nicotine a aussi des effets physiologiques sur le système cardio-vasculaire: accélération du pouls, augmentation de la pression sanguine, contraction du muscle cardiaque et diminution de l'irrigation des vaisseaux épidermiques et coronaires (Addiction Info Suisse, 2010d).

Les dangers du tabagisme sur la santé sont démontrés par la mortalité qui lui est imputée. Une étude de l'OFS (2009) dénombre 6427 hommes et 2774 femmes décédés des suites du tabagisme en 2007. Bien que le nombre de fumeurs et de fumeuses soit en baisse depuis le début des années 2000, le nombre de décès liés au tabagisme, en Suisse, a augmenté de 17% chez les femmes âgées de moins de 65 ans et de 11% chez les hommes du même âge durant les dix dernières années (OFS, 2009). Ces tendances contradictoires, l'augmentation du nombre de décès attribuables au tabagisme et la baisse du nombre de fumeurs, montrent que les conséquences du tabagisme sur la santé sont différées. C'est d'ailleurs notamment le retardement des dommages sur la santé qui rend la prévention contre le tabagisme difficile. Les principales causes de décès attribuables au tabagisme sont les cancers (41% des décès), les maladies respiratoires (18% des décès) et cardio-vasculaires (41% des décès) (OFS, 2009). Un lien causal clair a pu être établi entre le tabagisme et seize différents cancers (European Commission, 2004), dont le plus répandu est le cancer du poumon qui a tué 2485 personnes en Suisse en 2007 (OFS, 2009).

En plus de provoquer la mort, le tabagisme est aussi à l'origine de maladies incapacitantes. En Suisse en 2002, la consommation de tabac a contribué à hauteur de 11,2% à la charge de morbidité et de mortalité globale (DALY) (OCDE, 2006). Or, la morbidité et la mortalité dues au tabagisme en Suisse entraînent également des coûts sociaux importants. Ces derniers sont estimés à 9935 millions de francs en Suisse en 2007, dont 1733 millions constituent des coûts directs (frais globaux de traitements ambulatoires et stationnaires), 3929 millions des coûts indirects (incapacités temporaires de travail, invalidité, décès) et finalement 4273 millions des coûts

humains (DALY) (Fueglistler-Dousse et al., 2009). L'investissement d'un franc dans la prévention contre le tabagisme rapporte un bénéfice net de 41 francs en termes de coûts directs, pertes de production et coûts intangibles évités (Wieser et al., 2010).

Malgré les dommages importants que le tabagisme crée à la santé, ceux-ci ne sont pas totalement irréversibles. Des études ont montré que, quel que soit l'âge auquel l'on entreprend d'arrêter de fumer, le bénéfice pour la santé est positif. En effet, les individus qui cessent de fumer avant l'âge de 35 ans ont une courbe de survie qui ne diffère pas significativement de celles des personnes qui n'ont jamais fumé (European Commission, 2004). De plus, même les individus qui arrêtent de fumer tardivement, entre 65 et 74 ans, ont un taux de mortalité par âge spécifique plus bas après 75 ans que ceux qui continuent à fumer. Ces résultats, très encourageants pour la prévention contre le tabagisme, prouvent qu'il existe un avantage absolu à renoncer au tabagisme.

C'est d'ailleurs dans cette perspective que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mené son action de prévention contre le tabagisme entre 2001 et 2009 dans le cadre du PNT 2001–2008. Cette campagne visait à sensibiliser les fumeurs et les non-fumeurs sur la nocivité du tabac afin d'inciter les premiers à stopper leur consommation et les seconds à faire valoir leur droit à évoluer dans un environnement public exempt de fumée de tabac. Les mesures législatives aux échelles nationale et cantonale ainsi que les changements des comportements au niveau individuel semblent montrer que, malgré l'acharnement de l'industrie du tabagisme à promouvoir ses produits, l'acceptation et la normalisation de la lutte contre le tabagisme est en bonne marche et progresse. En effet, sur la période d'action du PNT 2001–2008, le nombre de fumeurs s'est vu diminuer et une loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2010<sup>92</sup> (Kammer, 2009).

#### 4.3.2 Consommation de tabac parmi les adultes âgés de 25 ans et plus

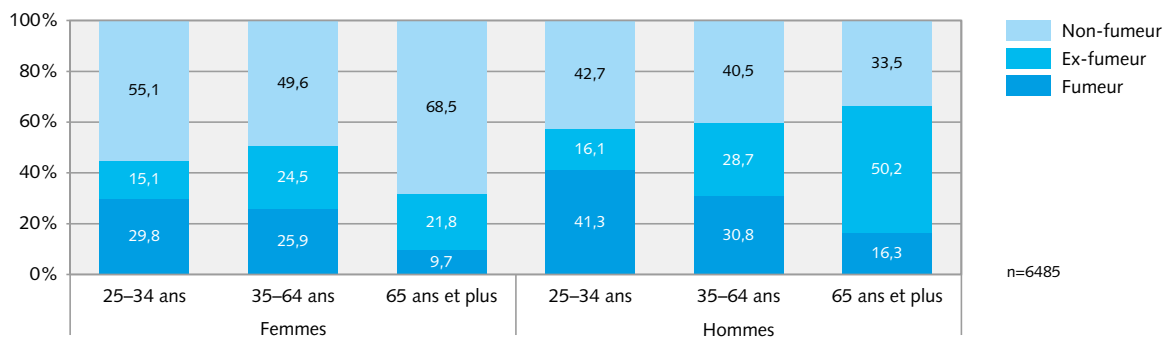
##### *Consommation de tabac*

Les données collectées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) montrent que la consommation de tabac (non-fumeurs, ex-fumeurs, fumeurs) varie énormément en fonction du sexe, de l'âge et évolue entre 1992 et 2007. Dans l'ESS, le statut de consommation de tabac est défini comme suit; non-fumeur: n'a jamais

<sup>92</sup> A partir de cette date, tous les espaces fermés accessibles au public ou servant de lieu de travail à plusieurs personnes sont interdits à la fumée.

**Consommation de tabac selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.14**



La distribution de la consommation de tabac diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

fumé ou pas plus de six mois; ex-fumeur: ne fume plus, mais a fumé durant plus de six mois dans le passé; fumeur: fume régulièrement ou occasionnellement. Fumer une cigarette par semaine est déjà considéré comme étant une consommation régulière (ISPA).

Le modèle de Lopez et al. (Greaves, 2007) décrit l'évolution en fonction du sexe de l'épidémie de tabagisme au 20<sup>ème</sup> siècle, en quatre stades<sup>93</sup>. Il montre comment l'augmentation du tabagisme des femmes au cours du 20<sup>ème</sup> siècle suit celle des hommes avec quelques décennies de décalage et sans pour autant atteindre le niveau de consommation masculin. La différence de comportements dans la consommation de tabac entre les sexes est influencée par des valeurs normatives, des croyances de santé et l'environnement proche (OMS, 2003a). L'industrie du tabac a beaucoup repris et joué sur ces contrastes de genre dans le tabagisme. Chez les femmes, la cigarette a été associée à l'émancipation, la vitalité, la minceur et la séduction, et chez les hommes à la virilité, la liberté et le bonheur; des images souvent à l'opposé de ce qu'apporte réellement le tabac.

En 2007, la majorité de la population de Suisse latine ne fume pas: 55,0% des femmes n'ont jamais fumé et 22,2% sont des ex-fumeuses. Chez les hommes, ces proportions sont, respectivement, de 39,6% et 30,5%. Ainsi, la part des fumeuses s'élève à 22,9% et celle des fumeurs à 30,0%. Les non-fumeuses sont plus nom-

breuses parmi les femmes âgées de 65 ans et plus (68,5%) que parmi les plus jeunes (25-34 ans 55,1%, 35-64 ans 49,6%) (figure 4.14). A l'inverse, les fumeuses sont plus nombreuses entre 25 et 64 ans que parmi les plus âgées. Comme chez les femmes, la proportion de fumeurs est moins importante à l'âge de 65 ans et plus (16,3%) que chez les plus jeunes (25-34 ans 41,3%, 35-64 ans 30,8%). Le nombre de non-fumeurs n'évolue pas significativement avec l'âge. Ainsi, c'est le nombre d'ex-fumeurs qui augmente nettement avec l'âge chez les hommes. Cette proportion s'élève à 16,1% chez les hommes âgés de 25 à 34 ans, à 28,7% chez ceux âgés de 35 à 64 ans et à 50,2% chez ceux âgés de 65 ans et plus.

Entre 1992 et 2007, la population de fumeurs et de fumeuses s'est réduite, passant de 26,5% à 22,9% parmi les femmes et de 38,0% à 30,0% parmi les hommes (figure 4.15). La proportion de non-fumeurs est passée de 31,2% en 1992 à 39,6% en 2007. Le nombre de non-fumeuses, lui, n'a pas évolué significativement durant cette même période. Par contre, une augmentation du nombre d'ex-fumeuses s'observe entre 1992 (18,9%) et 2007 (22,2%). Chez les hommes, la proportion d'ex-fumeurs n'évolue pas entre ces deux périodes. Les non-fumeuses sont plus nombreuses que les non-fumeurs, à chaque année d'enquête, et, inversement, la proportion de fumeurs est plus importante que celle de fumeuses.

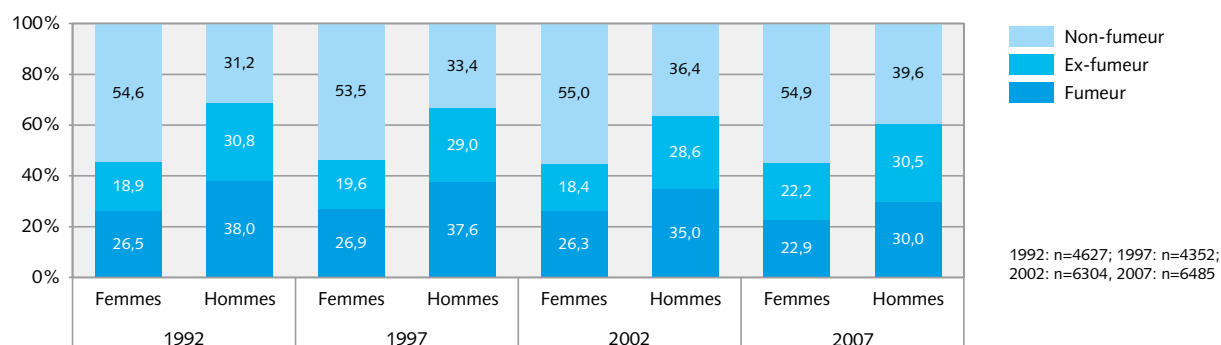
#### Différences entre régions linguistiques

La répartition de la consommation de tabac dans les trois régions linguistiques suisses en 2007 est peu différenciée (figure 4.16). Toutefois, chez les hommes, la proportion de fumeurs en Suisse alémanique (32,1%) est plus élevée que celle de fumeurs au Tessin (29,1%) ou en Suisse

<sup>93</sup> Premier stade, la prévalence de fumeurs est faible parmi les femmes et les hommes, mais la cigarette gagne en popularité chez les hommes. Second stade, la prévalence du tabagisme chez les hommes croît fortement, tandis qu'elle commence seulement à augmenter chez les femmes. Troisième stade, l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les hommes atteint son sommet et commence à décroître. La même tendance se dessine chez les femmes, cependant la prévalence de fumeuses reste considérablement plus faible que celle des fumeurs. Quatrième stade, la prévalence du tabagisme continue à diminuer chez les deux sexes. Ces quatre stades sont atteints à différentes périodes du 20<sup>ème</sup> siècle suivant les régions géographiques. Dans les années 1990, l'Afrique subsaharienne se situait au premier stade et l'Europe de l'Ouest au dernier stade.

**Consommation de tabac selon le sexe,**  
Suisse latine, 25 ans et plus, 1992–2007

**Fig. 4.15**



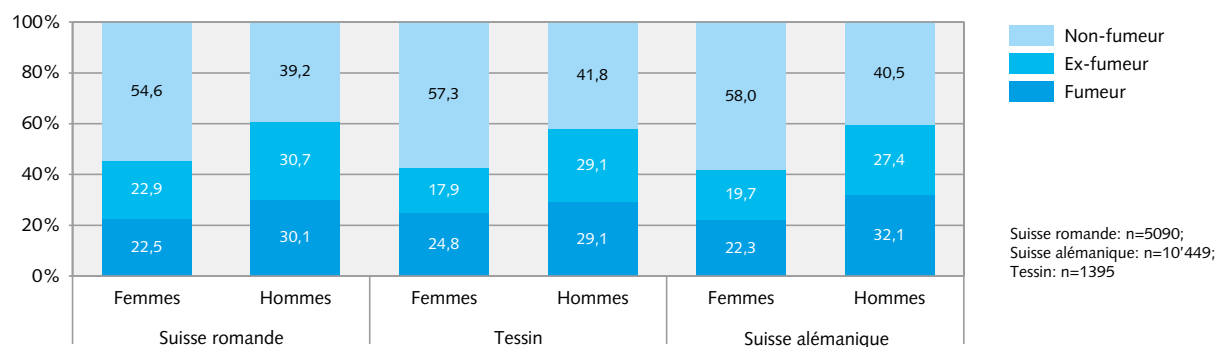
La distribution de la consommation de tabac diffère significativement à 5% selon le sexe pour chaque année d'enquête

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

© Obsan

**Consommation de tabac selon la région linguistique et le sexe,**  
Suisse, 25 ans et plus, 2007

**Fig. 4.16**



La distribution de la consommation de tabac diffère significativement à 5% selon le sexe et la région linguistique

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

romande (30,1%). Par contre, chez les femmes, la proportion de fumeuses est plus importante au Tessin (24,8%) qu'en Suisse romande (22,5%) ou qu'en Suisse alémanique (22,3%). Par ailleurs, les non-fumeuses sont moins nombreuses en Suisse romande (54,6%), qu'au Tessin (57,3%) ou qu'en Suisse alémanique (58,0%).

#### Exposition à la fumée passive

Le tabagisme n'est pas seulement un comportement à risque pour la santé, il est aussi, pour celles et ceux qui y sont exposés, une situation à risque. C'est pourquoi il est essentiel de connaître la proportion de personnes exposées à la fumée passive ainsi que le temps moyen de cette exposition au quotidien.

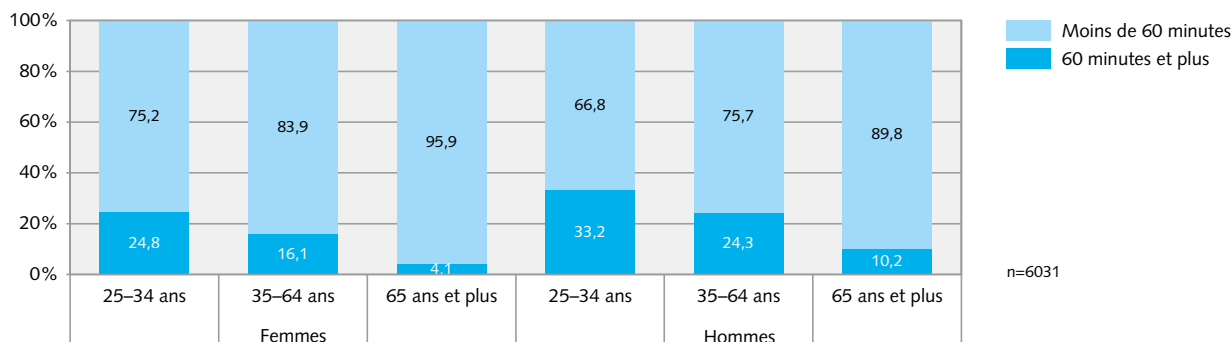
L'exposition à la fumée de tabac d'autres personnes varie en fonction de l'âge et du sexe. En Suisse latine en 2007, 15,1% des femmes et 23,5% des hommes étaient exposés une heure et plus par jour à la fumée passive.

Cette exposition décroît avec l'âge: les femmes âgées de 25 à 34 ans sont 24,8% à inhaler de la fumée de tabac d'autres personnes contre 4,1% chez celles âgées de 65 ans et plus (figure 4.17). Chez les hommes, ces proportions sont de 33,2% et de 10,2%. Les habitudes de sortie et de loisirs des plus jeunes sont certainement à la base de l'explication de ces différences d'exposition à la fumée passive (Radtke et al., 2009). A souligner également que les hommes âgés de 35 ans et plus sont plus exposés à la fumée passive (au moins une heure pas jour) que les femmes des mêmes âges.

La proportion de personnes exposées à la fumée passive a diminué entre 2002 et 2007 en Suisse latine pour les deux sexes. Les femmes déclarant inhaler la fumée de tabac d'autres personnes à une fréquence d'au moins une heure par jour étaient 26,8% en 2002 et 15,1% en 2007. Chez les hommes ces proportions sont passées de 38,3% en 2002 à 23,5% en 2007 (figure 4.18).

**Exposition à la fumée passive (au moins 60 min. par jour) selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.17**



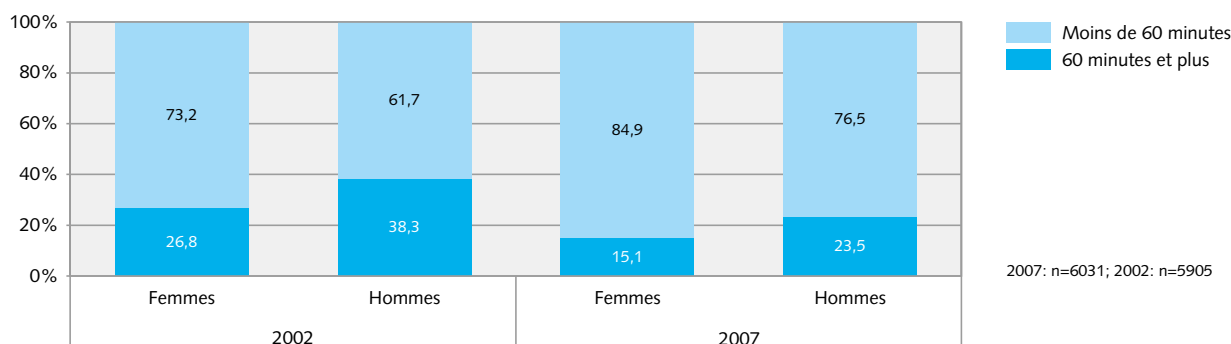
La distribution du temps d'exposition à la fumée passive diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Exposition à la fumée passive (au moins 60 min. par jour) selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2002/2007**

**Fig. 4.18**



La distribution du temps d'exposition à la fumée passive diffère significativement à 5% selon le sexe pour chaque année d'enquête

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

© Obsan

En Suisse latine en 2007, les fumeuses (25,3%) et fumeurs (33,3%) étaient plus exposés à la fumée passive (au moins une heure par jour) que les non- ou ex-fumeurs (femmes 11,9%, hommes 19,3%, figure 4.19). Ainsi, la population fumeuse cumule les risques liés au tabagisme actif et passif.

#### Intensité de la consommation de tabac

Dans la population de fumeurs et de fumeuses, il est nécessaire de distinguer l'intensité de consommation du tabac. En effet, les risques pour la santé augmentent avec la quantité de cigarettes fumées quotidiennement. Il est à souligner cependant que toute consommation de tabac provoque des dommages à la santé. Bjartveit et Tverdal (2005) ont montré que le risque de décès pour les deux sexes, toutes causes confondues, augmente de 50% chez les consommateurs de 1 à 4 cigarettes par jour par rapport aux non-fumeurs.

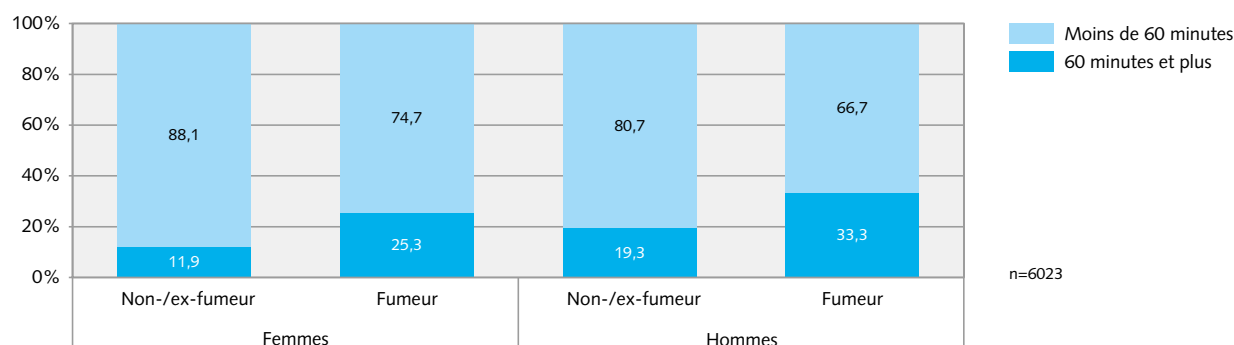
Afin de pouvoir comparer tous les fumeurs, la quantité de tabac consommé est convertie en équivalence de cigarettes fumées par jour en moyenne<sup>94</sup>. D'ailleurs, en Suisse latine, la majorité de la population fumeuse consomme des cigarettes: 94,5% des femmes et 75,5% des hommes fument exclusivement la cigarette.

Dans la population de fumeurs et de fumeuses de Suisse latine, les individus qui fument 10 cigarettes ou plus par jour sont plus nombreux, dans toutes les classes d'âge (sauf pour les hommes âgés de 65 ans et plus), que ceux qui fument de manière plus modérée, moins de 10 cigarettes par jour. La proportion de fumeurs et fumeuses qui consomment plus de 10 cigarettes par jour diminue continuellement avec l'âge chez les hommes, tandis que chez les femmes cette diminution n'est significative qu'à partir de l'âge de 65 ans. La part d'hommes fumant 10 cigarettes et plus par jour est de 25,4% à

<sup>94</sup> Un cigare égale 5 cigarettes, un cigarillo ou une pipe valent 2,5 cigarettes.

**Exposition à la fumée passive selon le sexe et la consommation de tabac, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.19**



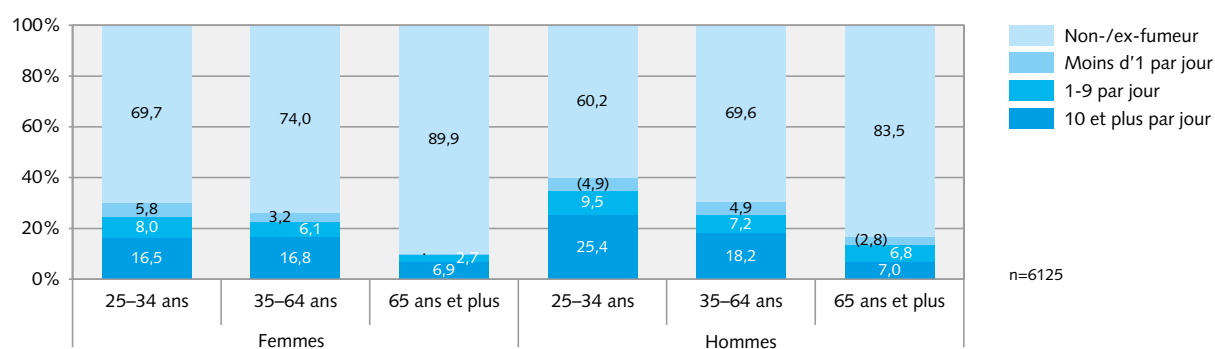
La distribution du temps d'exposition à la fumée passive diffère significativement à 5% selon le sexe et la consommation de tabac

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Intensité de la consommation de tabac en équivalent cigarettes selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.20**



Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
La distribution de la fréquence de consommation de tabac diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

l'âge de 25 à 34 ans, de 18,2% à l'âge de 35 à 64 ans, et plus que de 7,0% à l'âge de 65 ans et plus (figure 4.20). Une des explications possible à la réduction manifeste des gros fumeurs avec l'âge serait qu'un certain nombre de ceux-ci décèdent avant d'atteindre un âge avancé. Selon les chiffres de l'OFS (2009), 24% des décès masculins attribuables au tabagisme surviennent avant l'âge de 65 ans.

*Facteurs associés au fait d'être fumeur plutôt que non-fumeur ou ex-fumeur*

La régression logistique permet de distinguer quelles caractéristiques sociodémographiques sont associées au fait d'être fumeur plutôt que non-fumeur ou ex-fumeur<sup>95</sup>. Les résultats montrent, comme nous l'avons déjà souligné, que le sexe et l'âge jouent un rôle déterminant dans la consommation de tabac. Les hommes ont

1,4 plus de risque d'être fumeurs que les femmes. Les individus âgés de 25 à 34 ans voient leur risque d'être fumeurs multiplié par 3,4 et ceux âgés de 35 à 64 ans par 2,6 par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus. Sur le plan du niveau d'éducation, les individus ayant suivi des études de niveau secondaire ont 1,3 fois plus de risque de se retrouver parmi les fumeurs que ceux qui ont achevé une formation de niveau tertiaire. Finalement, la composition du ménage figure parmi les facteurs qui réduisent le risque d'être fumeur: les couples sans enfants et les couples ou les parents seuls avec enfant(s) ont chacun 1,4 fois moins de risque (aOR = 0,7) d'être fumeurs que les personnes vivant seules. Les autres variables sociodémographiques insérées dans le modèle (nationalité, revenu, statut d'activité, degré d'urbanisation) ne sont pas associées significativement au fait d'être fumeur.

<sup>95</sup> Le tableau de la régression logistique est disponible en annexe 4.3.

*Age médian de la première consommation de tabac et de l'arrêt de la consommation de tabac et durée médiane de consommation de tabac*

L'âge médian<sup>96</sup> en Suisse latine de la première consommation de tabac dans la population fumeuse et ex-fumeuse varie peu: il se situe entre 17 et 20 ans selon le sexe et la classe d'âge (figure 4.21). La part de la population fumeuse et ex-fumeuse qui a commencé à consommer des produits tabagiques après l'âge de 20 ans est plus élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle est de 40,6% chez les femmes fumeuses et ex-fumeuses âgées de 65 ans et plus, contre 17,6% chez celles âgées de 35 à 64 ans et 15,1% chez celles âgées de 25 à 34 ans. Chez les hommes fumeurs et ex-fumeurs des mêmes classes d'âge, ces proportions s'élèvent à 24,4%, 16,0% et 9,1%.

La durée médiane de consommation de tabac dans la population d'ex-fumeurs varie en fonction de l'âge: elle oscille entre 8 et 28 ans (figure 4.21).

Les âges médians auxquels les ex-fumeurs et ex-fumeuses cessent de fumer augmentent avec l'âge. Chez les femmes ex-fumeuses, ils varient entre 25 et 51 ans et chez les hommes ex-fumeurs entre 26 et 50 ans (figure 4.21).

Par ailleurs, il existe une intensification du tabagisme avec le nombre d'années de consommation de tabac. Les fumeurs de longue durée ont tendance à consommer plus de cigarettes par jour que les personnes qui fument depuis peu. Dans la population fumeuse depuis plus de 15 ans, 65,7% d'individus fument plus de 10 cigarettes par jour, alors qu'ils sont 53,5% chez ceux fumant depuis moins de 15 ans.

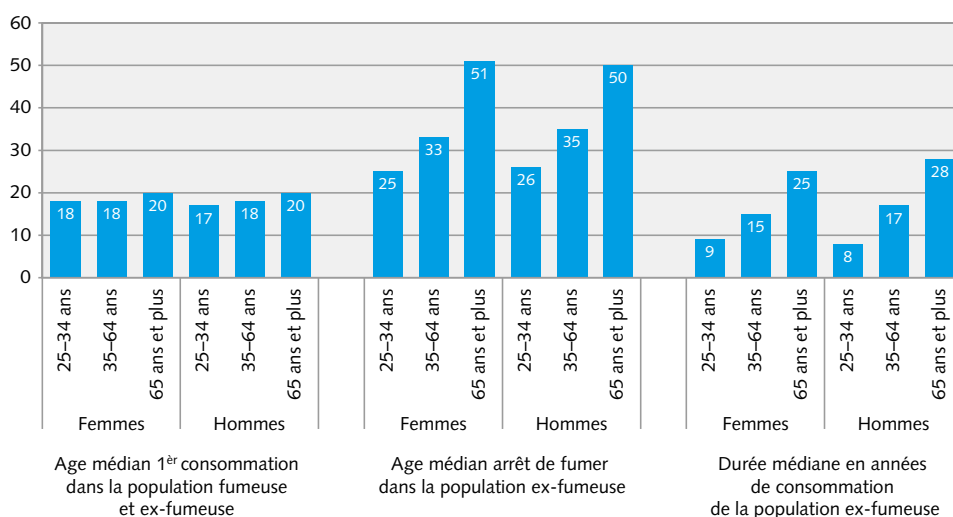
*Souhait et tentatives d'arrêter de fumer*

La population fumeuse de Suisse latine a été interrogée dans l'Enquête suisse sur la santé sur son souhait d'arrêter de fumer et sur les tentatives d'arrêt qu'elle a entreprises durant les douze mois précédant l'enquête (arrêt d'au moins deux semaines).

Le souhait d'arrêter de fumer est très répandu chez les individus des deux sexes: 52,9% des femmes et 52,7% des hommes. Ce désir semble être plus fort parmi les personnes de moins de 65 ans, toutefois les différences entre classes d'âge ne sont pas significatives (figure 4.22). Le croisement entre le souhait d'arrêter de fumer et l'intensité du tabagisme (nombre de cigarettes fumées par jour) montre que les gros fumeurs (10 cigarettes ou plus

**Age médian à la première consommation de tabac, à l'arrêt de fumer et durée médiane de consommation de tabac selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.21**



Age 1<sup>ère</sup> consommation: n=3157;  
 âge arrêt de fumer: n=1121;  
 durée consommation: fumeurs n=873,  
 ex-fumeurs n=994

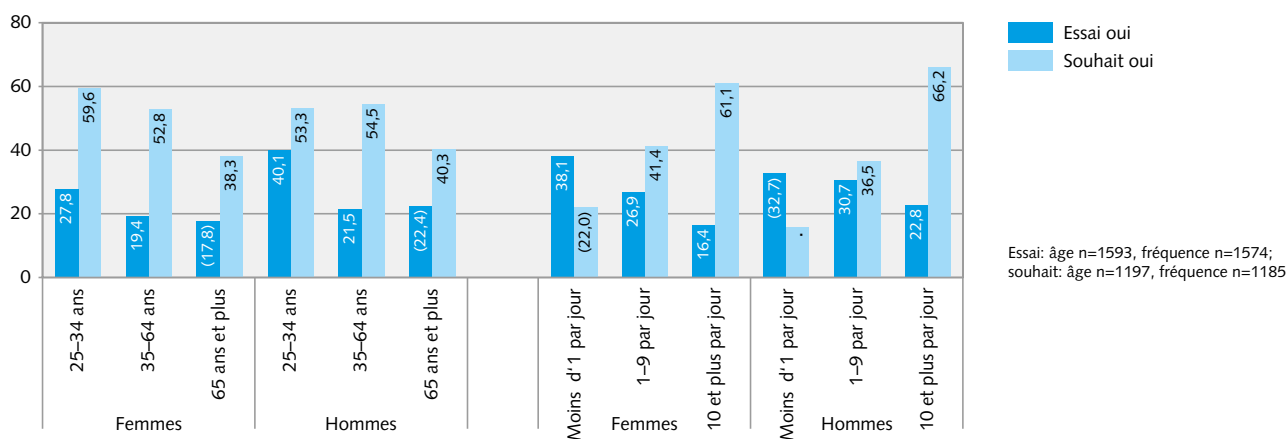
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

<sup>96</sup> Age qui partage les individus qui composent une population (les fumeurs) en deux groupes d'effectifs égaux.

**Avoir essayé d'arrêter de fumer et souhaiter arrêter de fumer selon le sexe, l'âge et la fréquence de la consommation de tabac, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 4.22**



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 Le souhait d'arrêter de fumer et l'essai d'arrêter de fumer diffèrent significativement à 5% selon le sexe et l'âge

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

par jour) (femmes 61,1%, hommes 66,2%) souhaitent davantage stopper leur consommation de tabac que les fumeurs fumant moins de 10 cigarettes par jour (femmes 41,4%, hommes 36,5%) ou que ceux fumant moins d'une cigarette par jour (femmes 22,0%, hommes 16,0%).

Un certain nombre d'individus consommant des produits tabagiques ont déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer durant les 12 mois précédant l'enquête. Ils sont plus nombreux parmi les hommes âgés de 25 à 34 ans (40,1%) que parmi ceux âgés de 35 à 64 ans (21,5%). Les différences entre les autres classes d'âge ne sont pas significatives pour les deux sexes. Les individus qui fument à une faible intensité ont tendance à avoir plus souvent essayé d'arrêter de fumer que les gros fumeurs. Les différences entre catégories d'intensité de consommation de tabac ne sont cependant pas significatives, seules les femmes fumant occasionnellement (moins d'une cigarette par jour) ont davantage essayé de cesser de fumer (38,1%) que les femmes consommant plus de 10 cigarettes par jour (16,4%).

Les résultats temporels du Monitoring tabac (Keller et al., 2009) au niveau Suisse montrent que la proportion de personnes ayant concrètement envisagé de cesser de fumer dans les six mois à venir a augmenté entre 2001 (25%) et 2005 (32%), puis a fléchi en 2008 pour retomber à la proportion de 2001. Il existe une corrélation entre le statut du fumeur et sa disposition à arrêter de fumer: les fumeurs quotidiens ont plus fréquemment l'intention d'arrêter de fumer que les fumeurs occasion-

nels (Keller et al., 2009). D'autres variables que l'intensité du tabagisme sont corrélées avec la disposition à arrêter de fumer: se sentir en mauvaise santé, avoir déjà tenté de cesser de fumer durant les douze derniers mois, porter attention à son alimentation. La population fumeuse a également été interrogée sur son souhait de réduire sa consommation de tabac. Ce désir est plus accentué dans certains groupes de population: chez les femmes, chez les fumeurs âgés de 14 à 24 ans, chez ceux qui ont envisagé de cesser de fumer, ou qui souffrent de maladies respiratoires ou qui veillent à leur alimentation. Finalement, plus les consommateurs de tabac sont de gros fumeurs, plus ils ont envie de réduire leur consommation.

#### *Facteurs associés au fait d'être fumeur plutôt qu'ex-fumeur*

Finalement, il semble intéressant d'estimer les facteurs associés au fait d'appartenir à la population des fumeurs plutôt qu'à celle des ex-fumeurs<sup>97</sup>. Parmi les facteurs sociodémographiques contrôlés, seuls l'âge, le type de ménage et l'âge auquel on a commencé à fumer sont associés avec le fait d'être fumeur plutôt qu'ex-fumeur. Les personnes âgées de 25 à 34 ans ont un risque 6 fois plus élevé d'être toujours fumeurs et celles âgées de 35 à 64 ans 2,8 fois plus grand par rapport à leurs aînés âgés de 65 ans et plus. Les couples sans enfant ainsi que les

<sup>97</sup> Le tableau de la régression logistique est disponible en annexe 4.4.



couples ou les parents seuls avec enfant(s) ont un risque 1,7 plus faible (aOR = 0,6) d'être toujours fumeurs que les personnes vivant seules. Enfin, le fait d'avoir commencé à fumer avant l'âge de 20 ans réduit le risque d'être toujours fumeur (aOR = 0,5).

### 4.3.3 Consommation de tabac chez les jeunes de 11 à 24 ans

#### Fréquence de la consommation de tabac

Dans les cantons latins, 32,4% des jeunes adolescents âgés de 11 à 15 ans ont répondu avoir déjà fumé du tabac (cigarette, cigare ou pipe). Parallèlement, 91,0% disent ne pas en consommer actuellement, 5,7% peuvent être considérés comme des fumeurs occasionnels (ils consomment du tabac moins d'une fois par semaine ou chaque semaine mais pas chaque jour) et 3,4% comme des fumeurs quotidiens. La répartition entre ces trois types de consommateurs est comparable chez les filles et les garçons. Par ailleurs, on ne relève pas de différences significatives entre les régions linguistiques.

S'agissant de la consommation au moins hebdomadaire de tabac chez les 13 et 15 ans (tableau 4.4) la comparaison temporelle suggère, pour sa part, une légère tendance à la hausse jusqu'en 1998 puis l'amorce d'une baisse. Globalement, les prévalences de la consommation au moins hebdomadaire de tabac des jeunes âgés de 13 et 15 ans ne diffèrent cependant pas de manière significative entre les années d'étude. La consommation de tabac au moins une fois par semaine chez les jeunes âgés de 11 ans est de moins de 2%, quels que soient le sexe et l'année de l'étude. Les résultats ne sont pas présentés en raison de faibles effectifs.

En 2007 en Suisse latine, 35,5% des jeunes femmes âgées de 16 à 24 ans et 40,2% des jeunes hommes du même âge se sont déclarés fumeurs (tableau 4.5). Les proportions des populations fumeuse et non-fumeuse n'évoluent pas entre 1992 et 2007 et ne diffèrent pas selon le sexe.

Chez les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans, la proportion de femmes exposées une heure et plus par jour à la fumée passive s'élève à 52,6% et celle d'hommes à

**Tab. 4.4 Consommation au moins hebdomadaire de tabac chez les jeunes de 13 et 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)**

	Filles				Garçons			
	13 ans		15 ans		13 ans		15 ans	
	%	n total	%	n total	%	n total	%	n total
1986	.	45	(28,3)	46	.	43	20,0	40
1994	(9,0)	234	26,7	307	(7,9)	229	16,7	293
1998	(11,6)	138	35,6	135	(8,9)	158	26,6	139
2002	(6,7)	163	23,7	135	(8,4)	155	26,1	161
2006	.	194	16,9	178	(5,0)	199	12,3	171

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children

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

**Tab. 4.5 Consommation de tabac chez les jeunes de 16 à 24 ans selon le sexe, Suisse latine, 1992–2007 (% et n)**

	Femmes				Hommes			
	Non-/ex-fumeur		Fumeur		Non-/ex-fumeur		Fumeur	
	%	n total	%	n total	%	n total	%	n total
1992	64,1	200	35,9	119	60,1	173	39,9	121
1997	57,5	154	42,5	114	54,4	132	45,6	129
2002	63,0	165	37,0	98	54,8	153	45,2	111
2007	64,5	190	35,5	109	59,8	184	40,2	122

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

1992: n=613; 1997: n=529; 2002: n=527; 2007: n=605

La distribution de la consommation de tabac ne diffère pas significativement selon le sexe

**Tab. 4.6 Exposition à la fumée passive selon le sexe et la consommation de tabac chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 2007 (% et n)**

		moins de 60 minutes		60 minutes et plus	
		%	n total	%	n total
Femmes	Non-/ex-fumeur	52,9	98	47,1	77
	Fumeur	37,7	40	62,3	62
	Total	47,4	138	52,6	139
Hommes	Non-/ex-fumeur	62,4	101	37,6	64
	Fumeur	41,2	48	58,8	69
	Total	53,7	149	46,3	133

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
n=559

La distribution du temps d'exposition à la fumée passive diffère significativement à 5% selon le sexe et la consommation de tabac

46,3% (tableau 4.6). Les fumeuses et fumeurs sont largement plus exposés à la fumée passive (une heure et plus par jour) (femmes 62,3%, hommes 58,8%) que les personnes qui sont des ex-fumeurs ou des non-fumeurs (femmes 47,1%, hommes 37,6%).

#### Age de la première consommation

Interrogés sur l'âge auquel ils ont fumé une première cigarette (plus qu'une bouffée), les jeunes adolescents de 15 ans ayant déjà fumé une fois dans leur vie ont répondu, en moyenne, que cela a eu lieu un peu avant l'âge de 13 ans. L'écart-type, qui est d'un peu plus d'un an, indique cependant une assez grande dispersion des réponses autour de cette moyenne. Il n'y a par ailleurs pas de différences significatives entre les filles et les garçons.

Chez les jeunes adultes fumeurs âgés de 16 à 24 ans, l'âge moyen de la première consommation de tabac est de 16 ans chez les femmes comme chez les hommes.

#### Intensité de la consommation de tabac

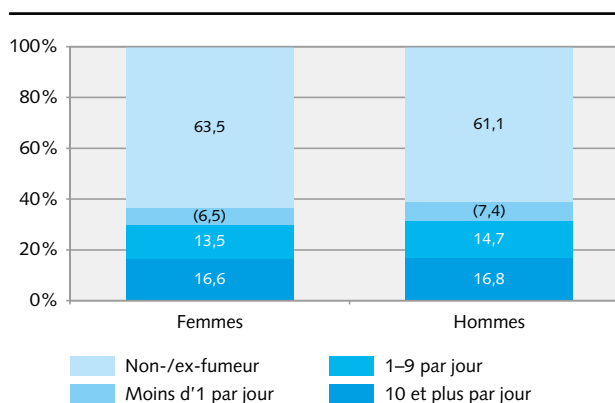
Lorsque les adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans sont questionnés sur leur consommation de cigarettes durant les sept jours précédant l'enquête, environ neuf jeunes sur dix de Suisse latine déclarent ne pas en avoir fumé. Dans ce groupe d'âge, la part des fumeurs qui consomment moins d'une cigarette par jour s'élève à 3,9%, 3,0% disent consommer quotidiennement entre une et dix cigarettes et 1,1% plus que dix. Il n'existe pas de différences significatives entre les sexes. Il n'y en a d'ailleurs pas non plus entre les régions linguistiques.

De leur côté, les jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans sont 7,0% à fumer moins d'une cigarette par jour, 14,1% à fumer entre 1 et 9 cigarettes par jour et 16,7%

à en fumer dix ou plus quotidiennement. Chez eux non plus, il n'existe pas de différences significatives en fonction du sexe (figure 4.23).

**Intensité de la consommation de tabac en équivalent cigarette chez les jeunes de 16 à 24 ans selon le sexe, Suisse latine, 2007**

**Fig. 4.23**



n=563

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29). La distribution de l'intensité de la consommation de tabac ne diffère pas significativement selon le sexe

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Parmi les jeunes femmes fumeuses âgées de 16 à 24 ans, 32,6% ont déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer. Cette proportion s'élève à 34,6% chez les jeunes hommes fumeurs du même âge. Quant au désir d'arrêter de fumer, il est nettement plus élevé chez les jeunes hommes âgés de 16 à 24 ans, 48,8%, que chez les jeunes femmes, 21,9%.

## 4.4 Consommation de cannabis en Suisse latine

### 4.4.1 Introduction

La prévalence à vie de la consommation de cannabis, c'est-à-dire la proportion d'individus qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie, s'élève à 22,3% dans la population âgée de 15 à 69 ans en Suisse en 2007 (Obsan, 2010). En comparaison avec les pays européens, la Suisse se situe dans la moyenne supérieure en matière de prévalence à vie de consommation de cannabis (Arnaud et al., 2007). Le cannabis est en Suisse la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu (Addiction Info Suisse, 2010b). Suite à l'observation d'une forte hausse de la consommation de cannabis chez les jeunes durant les années 1990, le Conseil fédéral a proposé de réviser la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) afin de l'adapter à ce nouveau contexte et d'assurer de meilleures mesures de protection de la jeunesse (CFLD, 2008). Le projet de révision comprenait la dépénalisation de la consommation de cannabis et la possibilité de tolérer, sous certaines conditions, la production de cette substance ainsi que sa vente aux jeunes âgés de 18 ans et plus. Il a été refusé en juin 2004 par le Conseil national. Ainsi, la détention, la vente et la production de cannabis sont actuellement interdites et pénalisées par la loi.

Dérivées de la plante femelle appelée *Cannabis sativa*, les préparations de cannabis les plus répandues en Suisse sont la marijuana, fleurs et feuilles séchées, et le haschisch, résine séchée de cannabis et fleurs compressées. Le mode de consommation du cannabis le plus courant consiste à le fumer, souvent mélangé à du tabac, roulé en une sorte de cigarette communément appelé «joint». Le prix du gramme de cannabis varie entre 10 et 15 francs selon l'accessibilité (Arnaud et al., 2009).

La principale substance psychoactive présente dans le cannabis est le THC (delta-9-tétrahydrocannabinol). Entre 2003 et 2007, la teneur en THC des produits à base de cannabis variait entre 9 à 12%, valeurs qui ont augmenté depuis une vingtaine d'années: en 1981-85, le taux global de THC était évalué entre 0,1 et 4% (CFLD, 2008). Les risques pour la santé liés à la hausse de la concentration du THC dans le cannabis sont actuellement inconnus. Au niveau législatif, l'arrêt du Tribunal fédéral de 2000 a fixé à 0,3% la teneur maximale en THC des produits à base de cannabis.

La consommation de cannabis peut avoir une fin récréative ou médicale, c'est le premier motif de consommation qui nous intéresse ici. L'usage du cannabis a un effet relaxant et euphorisant, il intensifie les expériences sensorielles ordinaires. A court terme, il diminue l'attention, la concentration et le temps de réaction. Les effets positifs les plus souvent évoqués par les consommatrices et consommateurs de cannabis sont «la détente», «une sensation agréable» et «l'humeur joyeuse» (Arnaud et al., 2007). Les effets négatifs les plus cités sont les troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que la passivité et l'apathie.

Les risques pour la santé liés à la consommation de cannabis sont fonction du type de consommation: une consommation régulière (quotidienne) de grandes quantités de cannabis et ayant débuté à un jeune âge est considérée comme étant à risque (CFLD, 2008). Des études ont permis d'identifier les conséquences à long terme, physiques et psychiques, sur la santé liées à l'usage du cannabis. L'inhalation régulière de fumée de cannabis entraîne et augmente les atteintes aux voies respiratoires et aux poumons. La population consommatrice de cannabis recense une limitation des fonctions respiratoires 2,5 à 6 fois plus élevée que celle qui fume uniquement du tabac (CFLD, 2008). Sachant que la combustion d'un joint comporte 50% de plus de substances cancérigènes que celle d'une cigarette sans filtre (CFLD, 2008) et connaissant les dommages sur la santé attribuables au tabagisme, la similitude entre le tabac et le cannabis laisse penser qu'à long terme l'usage du cannabis peut accroître les risques de cancers du système respiratoire (Hall & Solowij, 1998). Par ailleurs, l'intoxication au cannabis est également à l'origine d'accidents de la route (Hall & Degenhardt, 2009). La consommation régulière de cannabis accroît également le risque de révéler ou d'aggraver des symptômes ou des désordres psychotiques (Hall & Degenhardt, 2009). Une mesure de la dépendance aux produits dérivés du cannabis (CUDIT<sup>98</sup>) estime à 4% la part des personnes âgées de 13 à 29 ans dont la consommation de cette substance est problématique en Suisse (Arnaud et al., 2007).

La mesure de la prévalence de la consommation de cannabis est rendue difficile par le fait qu'il s'agit d'une substance illégale. L'OMS (OMS, 1997) a mis en avant deux principaux biais potentiels qui peuvent entraîner la sous-estimation de la prévalence d'une telle consommation. Premièrement, les personnes consommatrices de substances illégales sont tendanciellement moins facilement

<sup>98</sup> Cannabis use disorders identification test.

échantillonnées lors d'enquêtes menées auprès des ménages, et celles qui sont contactées peuvent être réticentes à participer à de telles enquêtes. Deuxièmement, les personnes qui acceptent de répondre aux questions peuvent être tentées de fausser les réponses concernant leur consommation réelle. Toutefois, dans des enquêtes bien conçues, l'usage auto-reporté de cannabis est une mesure valide qui permet l'inférence sur les tendances de la consommation de cette substance.

Les différentes enquêtes suisses s'intéressant à la consommation de cannabis montrent que celle-ci concerne essentiellement les adolescents et les jeunes adultes. Selon le monitoring de la problématique du cannabis en Suisse (Arnaud et al., 2007), la part des consommatrices et consommateurs actuels<sup>99</sup> de cannabis représente 11,2% de la population âgée de 13 à 29 ans. La majorité des jeunes qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie ont reproduit cette expérience à plusieurs reprises. L'âge auquel la majorité des jeunes expérimente le cannabis est inférieur à 16 ans. Les amis et les dealers constituaient les modes d'approvisionnement en produits dérivés du cannabis les plus courants en 2007. Avant l'échec de la révision de la loi sur les stupéfiants en 2004, un nombre important de consommatrices et consommateurs de cannabis se fournissaient dans les magasins de chanvre (OFSP, 2008c).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé public (OFSP) a mis sur pied un plan d'action pour la Prévention du cannabis 2004–2007. Ce dernier consiste d'une part à promouvoir la santé des jeunes dans le but de prévenir les comportements à risque, et d'autre part à détecter et intervenir de manière précoce auprès des jeunes qui ont une consommation problématique de cannabis, ce en particulier dans les domaines scolaires et de la formation. Par ailleurs, les résultats du monitoring de la problématique du cannabis en Suisse montrent que les motifs qui inciteraient les consommateurs et consommatrices de cannabis à renoncer à leur consommation sont davantage liés à des préoccupations autour des conséquences sur la santé et aux revendications de l'entourage qu'à la question financière ou aux éventuels problèmes relatifs à la justice (OFSP, 2008c).

Les questions de l'Enquête suisse sur la santé concernant la consommation de cannabis n'ont pas été posées à l'ensemble de la population interviewée. En 1997, seules les personnes âgées de 15 à 59 ans ont été interrogées sur cette thématique. En 2002, ces questions étaient limitées aux personnes âgées de 15 à 64 ans et

en 2007 à celles âgées de 15 à 69 ans. Pour cette raison, les tableaux présentant l'évolution temporelle de la prévalence à vie et actuelle de la consommation de cannabis en Suisse latine ne concernent que les classes d'âge de 25 à 59 ans. Les tableaux et figures qui présentent uniquement les données de 2007 sélectionnent la population âgée de 25 à 69 ans. L'année d'enquête 1992 n'a pas été retenue pour les analyses dans la mesure où les questions relatives à la consommation de cannabis ont été posées à la population âgée de 15 à 39 ans, ce qui représente un trop grand écart d'âge par rapport aux autres années d'enquête.

#### 4.4.2 Consommation de cannabis parmi les adultes âgés de 25 ans et plus

##### *Prévalence à vie de la consommation de cannabis*

La prévalence à vie de la consommation de cannabis indique la proportion d'individus ayant déjà expérimenté du cannabis au cours de leur vie à une occasion au moins.

La large majorité de la population de Suisse latine âgée de 25 à 59 ans n'a jamais expérimenté de cannabis au cours de sa vie. La proportion d'hommes qui ont consommé du cannabis durant leur vie est plus élevée que celles de femmes à chaque année d'enquête. En 2007, cette part est de 18,6% parmi les femmes et de 31,1% parmi les hommes.

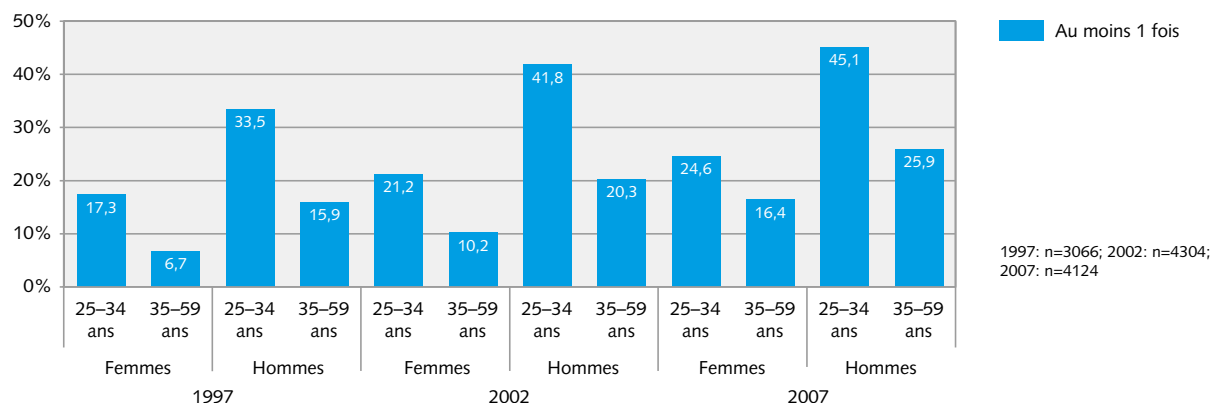
Chez les hommes comme chez les femmes, pour chaque année d'enquête, la classe d'âge des 25 à 34 ans a une prévalence à vie de consommation de cannabis plus élevée que celle des 35 à 59 ans. En 2007, chez les femmes âgées de 25 à 34 ans cette prévalence s'élève à 24,6% et est de 16,4% chez les femmes âgées de 35 à 59 ans (figure 4.24). Chez les hommes, ces proportions se chiffrent à 45,1% et 25,9%.

Entre 1997 et 2007, la prévalence à vie de la consommation de cannabis a augmenté pour chaque année d'enquête pour les deux sexes et les deux classes d'âge. En 1997, les hommes âgés de 25 à 34 ans étaient 33,5% à avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, cette proportion s'élevait à 41,8% en 2002 et à 45,1% en 2007. Chez les femmes du même âge, le même type d'évolution s'observe: la prévalence à vie de la consommation de cannabis était de 17,3% en 1997, de 21,2% en 2002 et de 24,6% en 2007.

<sup>99</sup> Personnes ayant consommé au moins une fois du cannabis durant les six mois précédant l'enquête.

**Prévalence à vie de la consommation de cannabis (au moins une fois au cours de sa vie), 25 à 59 ans, Suisse latine, 1997–2007**

**Fig. 4.24**



La distribution de la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

*Différences entre régions linguistiques*

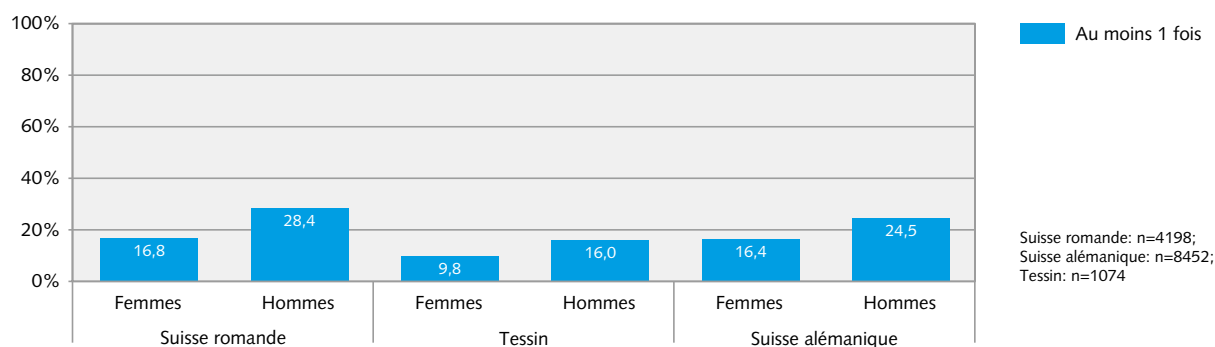
En 2007, sur l'ensemble de la population masculine de chaque région âgée de 25 à 69 ans, les Suisses romands (28,4%) ont une prévalence de consommation à vie plus élevée que les Suisses alémaniques (24,5%) qui eux-mêmes ont une prévalence qui dépasse celle des Tessinois (16,0%) (figure 4.25). Chez les femmes, les Suisses romandes (16,8%) et les Suisses alémaniques (16,4%) sont plus nombreuses à avoir consommé du cannabis une fois dans leur vie que les Tessinoises (9,8%). Dans chaque région linguistique, les hommes ont une prévalence à vie de consommation de cannabis plus élevée que les femmes.

*Consommation actuelle de cannabis*

La prévalence de la consommation actuelle de cannabis, c'est-à-dire la proportion d'individus qui consomment du cannabis au moment de l'enquête, est relativement faible et n'a pas significativement évolué entre 1997 et 2007 (tableau 4.7). Les femmes sont moins nombreuses à reporter une consommation actuelle de cannabis que les hommes. En 2007, ces dernières sont 2,1% à en consommer, tandis que les hommes sont 5,2%.

**Prévalence à vie de la consommation de cannabis (au moins une fois au cours de sa vie), 25 à 59 ans, Suisse latine, 1997–2007**

**Fig. 4.25**



La distribution de la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis diffère significativement à 5% selon le sexe et la région linguistique

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Tab. 4.7 Consommation actuelle de cannabis, 25 à 59 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)**

	Prévalence actuelle de la consommation de cannabis					
	Femmes			Hommes		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
%	1,1	2,1	2,1	3,5	5,2	5,2
n	30	55	46	59	99	104
N	5 941	11 805	11 079	17 875	26 355	27 549
n Total	1 697	2 428	2 231	1 369	1 875	1 893
N Total	541 139	571 031	537 190	512 793	509 270	529 347

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

N=population réelle, n=effectifs de l'échantillon

La distribution de la prévalence actuelle de la consommation de cannabis diffère significativement à 5% selon le sexe

### Différences entre régions linguistiques

La prévalence actuelle de la consommation de cannabis diffère peu entre les trois régions linguistiques. Elle est légèrement plus élevée en Suisse romande (3,2%) et en Suisse alémanique (2,9%) qu'au Tessin (1,6%).

### Prévalence à vie, consommation actuelle et fréquence de la consommation de cannabis

La figure 4.26 présente la distribution combinée de la prévalence à vie et de la consommation actuelle de cannabis avec la fréquence à laquelle le cannabis est ou a été consommé. En Suisse latine en 2007 dans la population âgée de 25 à 69 ans, les personnes qui ont consommé du cannabis entre une et cinq fois au cours de leur vie représentent 7,6% des femmes et 9,5% des hommes, soit environ la moitié des femmes et plus d'un

tiers des hommes qui ont consommé du cannabis dans leur passé. Parmi les individus qui ont consommé du cannabis plus de six fois dans leur vie, 6,4% des femmes et 12,6% des hommes sont concernés. Finalement, 1,2% de femmes et 2,1% d'hommes consommateurs actuels de cannabis en prennent moins d'une fois par semaine et 0,4% de femmes et de 2,1% d'hommes en consomment hebdomadairement.

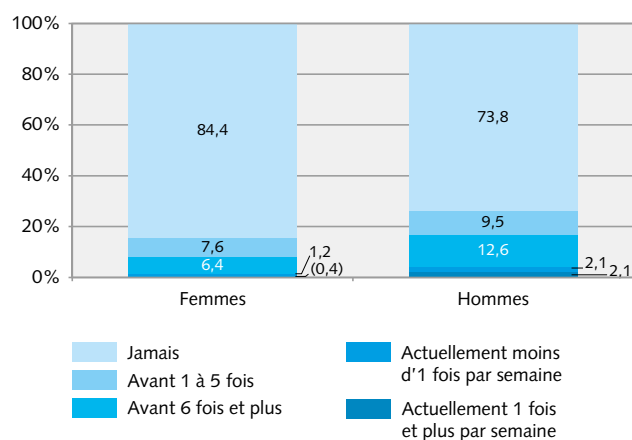
### Age médian de la première consommation de cannabis et de l'arrêt de consommation de cannabis et durée médiane de consommation de cannabis

En Suisse latine, l'âge médian de la première consommation de cannabis de la population âgée de 25 à 69 ans varie entre 15 et 20 ans en fonction du sexe et de l'âge (tableau 4.8). L'âge médian des femmes âgées de 25 à 34 ans est de 16 ans chez celles qui ont testé du cannabis (de 1 à 5 reprises) et de 15 ans chez celles qui en ont consommé à 6 reprises ou plus. Chez les hommes de la même classe d'âge, l'âge médian est de 16 ans chez les deux types de consommateurs.

L'âge médian à l'arrêt de consommation de cannabis oscille entre 18 et 24 ans selon le sexe et l'âge. Il s'élève à 19 ans chez les femmes âgées de 25 à 34 ans et à 18 ans chez les hommes de cette même classe d'âge.

Finalement, la durée médiane de consommation de cannabis parmi la population qui en a consommé à six reprises et plus varie de 3 à 7 ans selon le sexe et l'âge.

**Prévalence à vie, consommation actuelle et fréquence de la consommation de cannabis, 25 à 69 ans, Suisse latine, 2007** **Fig. 4.26**



n=5256

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)  
La distribution de la prévalence à vie et la consommation actuelle de cannabis ainsi que leur fréquence diffèrent significativement à 5% selon le sexe

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

**Tab. 4.8** Ages médians de la première consommation de cannabis et de l'arrêt de consommation de cannabis, durée médiane de consommation de cannabis, Suisse latine, 25 à 69 ans, 2007 (âge et durée en années)

Sexe	Age	Age médian à la 1 <sup>ère</sup> consommation		Age médian à l'arrêt de la consommation	Durée médiane en années de consommation des ex consommateurs (pers. ayant consommé 6 fois et plus)
		Consommé 1 à 5 fois	Consommé 6 fois et plus		
Femmes	25–34	16	15	19	3
	35–69	18	17	23	7
Hommes	25–34	16	16	18	3
	35–69	20	17	24	7
n total		514	726	525	485

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

 Age 1<sup>ère</sup> consommation: n=1'240; Age arrêt cannabis: n=525; Durée consommation de cannabis: consommateurs actuels n=195, ex-consommateurs n=485

#### *Facteurs associés à la consommation de cannabis au moins une fois au cours de sa vie*

Le modèle de régression logistique permet de mesurer le rapport des chances que l'événement «avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie» survienne dans un groupe donné (hommes) par rapport au groupe de référence (femmes)<sup>100</sup>.

Les hommes ont 1,8 fois plus de risque que les femmes d'avoir déjà consommé du cannabis dans leur vie. Ce risque est multiplié par 2,2 chez les personnes âgées de 25 à 34 ans par rapport à leurs aînés âgés de 35 à 69 ans. Il est par contre réduit de 3,3 fois (aOR = 0,3) pour les personnes qui n'ont terminé que l'école obligatoire et de 1,3 fois (aOR = 0,8) pour celles qui ont un niveau de formation secondaire au regard de celles qui ont achevé un niveau tertiaire. Les couples et les parents seuls avec enfant(s) ainsi que les couples sans enfant ont également un risque plus faible d'avoir déjà consommé du cannabis que les personnes vivant seules. Les autres variables introduites dans le modèle (nationalité, revenu, degré d'urbanisation, statut d'activité) ne sont pas significativement associées au fait d'avoir consommé du cannabis au cours de sa vie.

Les différences entre régions linguistiques pour la consommation à vie de cannabis ont été testées dans un modèle de régression logistique à part. Les résultats montrent que le risque d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie est 1,1 moins grand (aOR = 0,9) dans la population suisse alémanique et diminué de moitié (aOR = 0,5) dans la population tessinoise par rapport à la population de Suisse romande.

#### **4.4.3 Consommation de cannabis chez les jeunes âgés de 11 à 24 ans**

##### *Prévalence à vie de la consommation de cannabis*

En Suisse, la prévalence à vie de la consommation de cannabis des jeunes âgés de 14 et 15 ans varie significativement entre régions linguistiques. En effet, la Suisse alémanique recense la plus grande proportion de jeunes de cet âge ayant fait usage de cannabis au moins une fois dans leur vie (26,8%), suivie de la Suisse romande (23,2%), puis du Tessin (17,3%).

**Tab. 4.9** Prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les jeunes de 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)

	Filles 15 ans		Garçons 15 ans	
	%	n total	%	n total
1986	.	62	.	58
1994	15,6	294	19,1	283
1998	32,8	134	35,3	136
2002	40,3	134	45,6	160
2006	27,4	179	31,0	168

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 1986–2006

. Entre 0 et 9 réponses seulement

<sup>100</sup> Le tableau de la régression logistique est disponible en annexe 4.5.

Si l'on considère les cantons latins dans leur ensemble, 22,3% des jeunes âgés de 14 et 15 ans disent avoir déjà pris du cannabis. Ce taux ne varie pas significativement entre les sexes.

En Suisse latine, la prévalence à vie de la consommation de cannabis des adolescents âgés de 15 ans a augmenté entre 1986 et 2002 et diminué entre 2002 et 2006 (tableau 4.9). En fait, en 2002, où la prévalence la plus élevée est enregistrée, les jeunes âgés de 15 ans ont sept fois plus de risque qu'en 1986 d'avoir déjà fait usage de cannabis dans leur vie; en 2006, ce risque est quatre fois plus élevé qu'en 1986.

En Suisse latine entre 1997 à 2007, les prévalences à vie de consommation de cannabis des femmes et des hommes âgés de 16 à 24 ans n'ont pas évolué. En 2007, 26,1% des femmes et 37,7% des hommes âgés de 16 à 24 ans avaient déjà expérimenté du cannabis au cours de leur vie (tableau 4.10).

Concernant la consommation actuelle de cannabis (au moment de l'enquête), les proportions de consommatrices et consommateurs âgés de 16 à 24 ans n'ont pas évolué entre 1997 et 2007. En 2007, 5,2% des jeunes femmes et 13,6% des jeunes hommes ont déclaré consommer du cannabis au moment de l'enquête (tableau 4.11).

#### Age du premier usage de cannabis

En Suisse latine, les jeunes âgés de 15 ans interrogés en 2006 disent avoir fait usage de cannabis pour la première fois en moyenne à presque 14 ans. Les variations autour de cet âge moyen sont cependant relativement grandes (écart-type=1).

L'âge moyen auquel le groupe des jeunes âgés de 16 à 24 ans a fait usage de cannabis pour la première fois est de presque 16 ans, avec toutefois une variation assez large autour de cette moyenne (écart-type=1,8). Dans cette classe d'âge, les hommes ont, en moyenne, commencé légèrement plus tôt que les femmes.

#### 4.5 Polyconsommation de substances psychoactives: alcool, tabac, cannabis

Jusqu'à présent, la consommation de substances psychoactives a été décrite par substance: alcool, tabac ou cannabis. Or, un certain nombre d'individus consomment plusieurs de ces substances. La polyconsommation désigne le fait de consommer avec une certaine fréquence plusieurs substances psychoactives (Costes,

**Tab. 4.10 Prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)**

	Prévalence à vie					
	Femmes			Hommes		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
%	22,1	26,1	26,1	35,0	38,3	37,7
n	64	68	76	97	101	119
N	22 582	26 706	29 943	40 892	39 970	46 036
n Total	268	262	296	262	261	306
N Total	102 087	102 512	114 851	116 705	104 474	122 020

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1997–2007  
N=population réelle, n=effectifs de l'échantillon

**Tab. 4.11 Consommation actuelle de cannabis chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)**

	Consommation actuelle					
	Femmes			Hommes		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
%	(8,4)	(6,9)	(5,2)	14,3	16,0	13,6
n	22	17	13	39	47	44
N	8 617	7 024	6 029	16 677	16 722	16 591
n Total	268	262	296	262	261	306
N Total	102 087	102 512	114 851	116 705	104 474	122 020

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1997–2007  
N=population réelle, n=effectifs de l'échantillon  
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)



2005). Elle implique une exposition cumulée aux risques relatifs à chacune des substances psychoactives. Dans ce sens, il est important de savoir dans quelle mesure les individus polyconsomment, quelles substances sont concernées et quelles sont les associations entre celles-ci. L'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de déterminer si l'usage des substances psychoactives est concomitant ou successif.

#### 4.5.1 Polyconsommation de tabac et d'alcool parmi la population de Suisse latine âgée de 16 ans et plus

La figure 4.27 montre le cumul des consommations d'alcool et de tabac. La polyconsommation se définit ici par la consommation d'alcool au moins trois fois par semaine et de tabac à une fréquence d'une cigarette et plus par jour<sup>101</sup>.

En Suisse latine en 2007, la part de la population polyconsommatrice, soit les individus qui boivent de l'alcool au moins trois fois par semaine et fument au minimum une cigarette par jour, se monte à 7,5%. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (10,5%) que chez les femmes (4,8%). Par ailleurs, 16,2% des individus fument au moins une cigarette par jour sans consommer d'alcool à plus de deux reprises par semaine, et 21,3% ne fument pas ou seulement occasionnellement mais consomment de l'alcool à une fréquence de trois fois et plus par semaine.

#### Facteurs associés à la polyconsommation de tabac et d'alcool

Parmi les facteurs explicatifs retenus dans le modèle de régression logistique, il existe des différences significatives de polyconsommation d'alcool et de tabac entre sexe, par type de ménage et par statut d'activité<sup>102</sup>. Autrement dit, les hommes ont 2,3 fois plus de chance d'être polyconsommateurs d'alcool et de tabac que les femmes. Les couples ou parents seuls avec enfant(s) ont un risque d'être polyconsommateurs réduit de 1,4 fois (aOR = 0,7). Finalement, le fait d'exercer une activité professionnelle augmente le risque de 1,4 fois par rapport au fait de ne pas être actif sur le marché du travail.

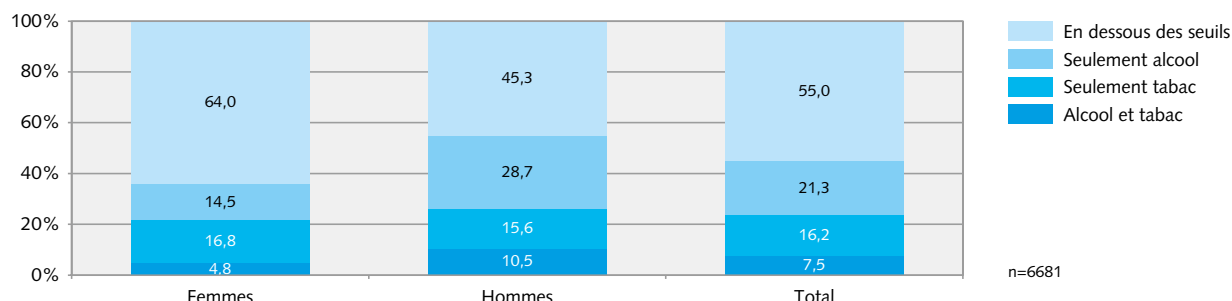
#### 4.5.2 Polyconsommation de tabac, d'alcool et de cannabis parmi la population de Suisse latine âgée de 16 à 34 ans

Une analyse de la polyconsommation de trois substances psychoactives, tabac, alcool et cannabis a pu être effectuée pour la population âgée de 16 à 34 ans. Les seuils fixés pour la consommation de ces trois substances psychoactives sont les suivants: consommation d'une cigarette au moins par jour, ivresse (4 verres standard pour les femmes, 5 pour les hommes en une seule fois) au moins une fois par mois et consommation actuelle (au moment de l'enquête) de cannabis.

Les individus qui consomment les trois substances à partir des seuils définis ci-dessus représentent 3,3% de la population âgée de 16 à 34 ans en Suisse latine en 2007 (figure 4.28). La proportion de la population de ce groupe d'âge qui consomme à la fois du cannabis et du tabac s'élève à 3,6% et celle qui s'enivre au moins une fois par

**Polyconsommation d'alcool et de tabac dans la population âgée de 16 ans et plus, Suisse latine, 2007**

**Fig. 4.27**



La distribution du cumul de consommation diffère significativement à 5% selon le sexe et l'âge.

Seuils de la polyconsommation: consommation d'alcool au moins trois fois par semaine, fumer au moins une cigarette par jour

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

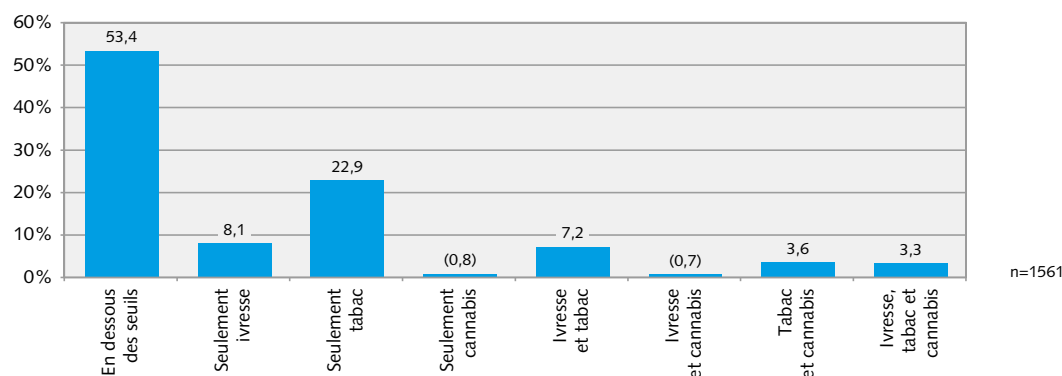
© Obsan

<sup>101</sup> Ces cut-offs sont repris de «Drogues et dépendances, données essentielles», Jean-Michel Costes, 2005.

<sup>102</sup> Le tableau de la régression logistique est disponible en annexe 4.6.

**Polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans la population âgée de 16 à 34 ans, Suisse latine, 2007**

**Fig. 4.28**



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
 La distribution de la polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis diffère significativement à 5%  
 Seuils de la polyconsommation: ivresse au moins une fois par mois, fumer au moins une cigarette par jour, consommation actuelle (au moment de l'enquête) de cannabis

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

mois et qui fume au moins une cigarette par jour est de 7,2%. Un peu plus de la moitié des personnes âgées de 16 à 34 ans (53,4%) consomment alcool et tabac en dessous des seuils établis et ne consomment actuellement pas de cannabis ou alors ne consomment aucune de ces substances psychoactives.

*Liens entre la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, le fait d'être fumeur, et le fait d'avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie*

Afin de vérifier s'il existe un cumul des comportements à risque pour la santé, trois modèles de régression logistique testent quel type de consommation de substances psychoactives est liée à quel autre. Le premier modèle concerne le fait d'avoir une consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, soit une consommation moyenne d'alcool supérieure à 20g pour les femmes et à 40g pour les hommes d'alcool pur par jour. Le second modèle se rapporte au fait d'être fumeur plutôt qu'ex-fumeur ou non-fumeur. Le troisième modèle se réfère au fait d'avoir déjà consommé du cannabis dans sa vie.

Les résultats obtenus à partir de ces trois régressions logistiques<sup>103</sup> montrent que le fait d'être fumeur est corrélé au fait d'avoir une consommation d'alcool à risque moyen à élevé: les fumeurs ont 1,7 fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque moyen à élevé que les non-fumeurs. A préciser que ce rapport de chance (aOR = 1,7) n'indique rien sur un éventuel lien de causalité entre ces deux comportements (fumer et consommer excessivement de l'alcool). De même, il existe une forte corrélation entre le fait d'être fumeur et celui d'avoir déjà expérimenté du cannabis dans sa vie: les fumeurs voient leur risque d'avoir déjà consommé du cannabis multiplié par 3,8 par rapport aux non-fumeurs. Ici encore, ce rapport de chance ne permet pas d'affirmer un quelconque lien de causalité entre ces deux variables. Par ailleurs, la consommation d'alcool à risque moyen à élevé n'est pas corrélée au fait d'avoir déjà consommé du cannabis.

Les associations marquées entre les consommations de tabac et de cannabis, ainsi qu'entre celles d'alcool et de tabac se retrouvent dans d'autres études sur la polyconsommation (Beck et al., 2008).

<sup>103</sup> Le tableau des trois régressions logistiques est disponible en annexe 4.7.

# 5 Synthèse

Dorith Zimmermann-Sloutskis

Pour conclure ce rapport, deux analyses ont été réalisées qui mettent en relation différents types de comportements à risque pour la santé et différents problèmes de santé qui ont été préalablement étudiés dans les chapitres de ce rapport. La première analyse se centre sur quatre comportements favorables ou défavorables à la santé et en présente une typologie. La deuxième analyse reprend ces comportements à l'égard de la santé et les met en relation avec certains problèmes de santé physique et psychique.

## 5.1 Comportements de protection active et passive

### A. Typologie

Pour mieux appréhender les différents types de comportements favorables ou défavorables à la santé, deux grandes stratégies peuvent être distinguées (Lamprecht & Stamm, 1999b)<sup>104</sup>: l'adoption ou non d'un comportement de *protection active* (activité physique suffisante et attention portée à une alimentation équilibrée) et de *protection passive* (ni tabac ni consommation excessive d'alcool). La combinaison de ces deux stratégies permet de distinguer quatre types de comportements de santé: (1) les *preneurs de risques*, (2) les *compensateurs de risques*, (3) les *protecteurs passifs*, et (4) les *protecteurs actifs* (figure 5.1)

Fig. 5.1 Typologie des comportements de protection active et passive, Suisse et Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

<b>Protection active:</b>		
Alimentation et activité physique		
Attention portée à l'alimentation (ALIM+) et activité physique suffisante (AP+)	<b>Compensateurs de risques</b> Suisse latine: 13,4% CH: 16,0%	<b>Protecteurs actifs</b> Suisse latine: 33,6% CH: 41,7%
Aucune attention portée à l'alimentation (ALIM-) et activité physique insuffisante (AP-)	<b>Preneurs de risques</b> Suisse latine: 17,3% CH: 14,0%	<b>Protecteurs passifs</b> Suisse latine: 35,7% CH: 28,3%
Fumeurs (TB+) et /ou consommateurs excessifs d'alcool (OH+)		Non-fumeurs (TB-) et abstinents ou consommateurs modérés d'alcool (OH-)
<b>Protection passive:</b>		
Tabac et/ou consommation excessive d'alcool		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
Suisse latine, 25 ans et plus: n=6486; Suisse entière, 25 ans et plus: n=16'947

<sup>104</sup> La typologie reprise ici a été développée par Lamprecht et Stamm et a déjà été utilisée dans plusieurs rapports cantonaux de santé.

Le premier groupe, celui des *preneurs de risques*, représente 17,3% de la population âgée de 25 ans et plus de la Suisse latine, contre seulement 14% pour la Suisse entière. Les personnes appartenant à ce groupe ne portent pas une attention particulière à leur alimentation, n'ont pas une activité physique suffisante, et fument et/ou boivent de l'alcool avec excès.

Le groupe des *compensateurs de risque* recouvre 13,4% de la population adulte de la Suisse latine (16% pour la Suisse entière). Ce type de comportement vise à compenser les habitudes nocives pour la santé, en l'occurrence le tabagisme et/ou la consommation excessive d'alcool, par un style de vie favorable à la santé alliant activité physique et alimentation équilibrée.

Les *protecteurs passifs* (35,7% en Suisse latine; 28,3% dans l'ensemble de la Suisse) ne consomment ni tabac ni alcool, mais ne font guère attention à leur alimentation et ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique.

Enfin, les *protecteurs actifs* (33,6% en Suisse latine; 41,7% dans l'ensemble de la Suisse) adoptent un comportement entièrement favorable à la santé. Ces personnes font attention à leur alimentation et pratiquent régulièrement une activité physique tout en renonçant au tabac et à toute consommation excessive d'alcool.

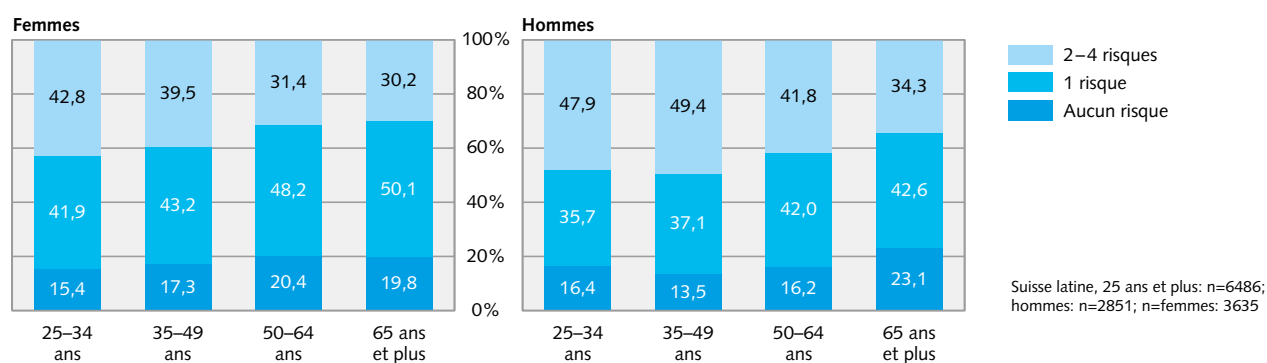
En comparaison avec la Suisse entière, la Suisse latine recense une proportion quelque peu plus élevée de *preneurs de risque* et une proportion nettement plus faible de *protecteurs actifs*. Un décalage similaire s'observe entre la Suisse romande et le Tessin.

Les quatre types de comportements (*preneurs de risques*, *compensateurs de risques*, *protecteurs passifs* et *protecteurs actifs*), mis en relation avec les caractéristiques sociodémographiques, donnent de précieuses indications sur les groupes cibles pour les mesures de prévention et de promotion de la santé (annexe 5.1):

- Parmi les *preneurs de risque*, les hommes âgés de 35 à 49 ans, ou de provenance étrangère, ou encore de formation de degré secondaire II, sont particulièrement bien représentés.
- Dans la catégorie des *compensateurs de risque*, les hommes jeunes d'origine suisse se trouvent surreprésentés par rapport aux femmes, aux étrangers et aux personnes âgées. De plus, la proportion des compensateurs de risque augmente avec les niveaux de formation et de revenu.
- Les *protecteurs passifs* concernent particulièrement les femmes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les personnes d'origine étrangère et celles n'ayant achevé que la scolarité obligatoire.
- Les *protecteurs actifs*, adoptant un comportement entièrement favorable à la santé, se caractérisent par une formation supérieure et par un niveau de revenu élevé.

**Cumul des risques pour la santé par sexe et classes d'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

**Fig. 5.2**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

### B. Cumul des comportements à risque

La perspective du cumul des comportements à risque focalise l'attention sur le groupe de personnes qui adoptent simultanément plusieurs comportements à risque pour leur santé. Quatre comportements à risque sont pris en considération séparément et cumulativement comme étant présents ou absents (annexe 5.2): (1) l'absence d'attention portée à l'alimentation (ALIM-); (2) l'absence ou l'insuffisance d'activité physique (PA-); (3) la consommation de tabac (TB+); et (4) la consommation excessive d'alcool (OH+).

Les hommes cumulent davantage de risques pour la santé que les femmes. Avec l'âge, le nombre de risques pris simultanément tend nettement à diminuer pour les deux sexes (figure 5.2). Ceci est principalement dû à la diminution du tabagisme avec l'âge.

Tenant simultanément compte des différentes caractéristiques sociodémographiques, ce sont les hommes et les femmes de 35 à 49 ans, d'origine étrangère non naturalisés et d'un bas niveau de formation qui cumulent le plus souvent deux risques ou plus (annexe 5.3).

## 5.2 Liens entre les facteurs de risque et les problèmes de santé

Les personnes qui cumulent des comportements à risque pour la santé semblent souvent aussi avoir des problèmes de santé physique et psychique. La typologie des comportements de protection active et passive, et le cumul des comportements à risque (alimentation, activité physique, tabac et alcool) sont mis en relation avec:

- l'importance que revêt la santé pour le style de vie et la manière de vivre;
- l'évaluation de l'état de santé en général;
- les problèmes psychiques;
- les symptômes dépressifs;
- le poids corporel évalué par l'Indice de masse corporelle (IMC).

### 5.2.1 Problèmes de santé et comportements de protection active et passive

Sans vouloir établir un quelconque lien de causalité entre l'état de santé et les types de comportements de protection active et passive, les *preneurs de risque* affichent parmi les quatre types la moins bonne santé physique et mentale (annexe 5.4). Les écarts entre les groupes extrêmes des *protecteurs actifs* et les *preneurs de risque* sont relativement importants au niveau des problèmes psychiques pour les deux genres, et des symptômes dépressifs pour les femmes. En ce qui concerne le poids corporel, les quatre groupes ne se distinguent guère de manière significative. Toutefois, la proportion des personnes en surpoids ou obèses est la plus élevée dans le groupe des *protecteurs passifs* en raison des caractéristiques sociodémographiques de ce groupe qui jouent un rôle de déterminants pour le poids corporel. Enfin, neuf personnes sur dix appartenant au groupe des *protecteurs actifs* accordent la plus haute importance à la santé dans leur manière de vivre.

### 5.2.2 Problèmes de santé et cumul des comportements à risque

Les personnes qui cumulent au moins deux comportements à risque pour leur santé se disent en moins bonne santé et souffrent un peu plus fréquemment de problèmes psychiques d'une certaine importance (annexe 5.5). Par contre, le cumul de risques ne montre pas de lien avec la présence ou non de symptômes dépressifs. Enfin et sans surprise, neuf personnes sur dix accordant la plus haute importance à la santé dans leur manière de vivre n'ont aucun ou qu'un seul comportement défavorable à leur santé.

# Index des figures et des tableaux

## Figures

Figure 2.1 Sentiment de maîtrise de la vie selon l'année pour la Suisse romande et le Tessin, 25 ans et plus	26	Figure 2.11 Proportions de personnes ayant des symptômes dépressifs selon la nationalité et le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	33
Figure 2.2 Symptômes dépressifs selon l'année pour la Suisse romande et le Tessin, 25 ans et plus, 2002 et 2007	26	Figure 2.12 Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon le type de ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	33
Figure 2.3 Ressources psychiques selon l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	28	Figure 2.13 Problèmes psychiques selon la santé auto-évaluée, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	34
Figure 2.4 Ressources psychiques selon la formation et le revenu d'équivalence du ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	28	Figure 2.14 Troubles physiques selon des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	35
Figure 2.5 Ressources psychiques selon la nationalité, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	29	Figure 2.15 Troubles physiques selon des problèmes psychiques importants et des symptômes dépressifs moyens à sévères, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	36
Figure 2.6 Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	29	Figure 2.16 Prévalence d'une maladie chronique selon des symptômes dépressifs et l'âge, Suisse latine, 2007	36
Figure 2.7 Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon l'âge et les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	30	Figure 2.17 Proportions de personnes ayant des problèmes psychiques importants et n'ayant pas de traitement selon le sexe, l'âge et la formation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	37
Figure 2.8 Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	31	Figure 2.18 Proportions de personnes qui ont été traitées pour des problèmes psychiques selon le prestataire, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	37
Figure 2.9 Problèmes psychiques et symptômes dépressifs selon la formation et le revenu d'équivalence du ménage, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	32	Figure 2.19 Proportions de personnes ayant des symptômes dépressifs avec ou sans traitement médical, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (en %)	38
Figure 2.10 Proportions de personnes ayant des problèmes psychiques moyens à importants selon la nationalité et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	32	Figure 2.20 Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans, comparaison régionale, 2006	39

Figure 2.21 Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 2006	39	Figure 2.32 Santé psychique selon différentes situations de vie, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	45
Figure 2.22 Etat psychoaffectif des jeunes de 11 à 15 ans selon la structure familiale, Suisse latine, 2006	40	Figure 2.33 Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon la participation sociale et différentes situations de vie, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	46
Figure 2.23 Perception de l'état de santé général chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006	40	Figure 2.34 Indicateurs de la santé psychique chez les chômeurs et les personnes craignant de perdre leur emploi, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	47
Figure 2.24 Nombre de symptômes somatiques chroniques ressentis durant les douze derniers mois par les jeunes de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006	41	Figure 2.35 Proportions de personnes n'ayant aucun ou que de faibles problèmes psychiques selon la crainte d'une perte d'emploi et les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	47
Figure 2.25 Fréquence du sentiment de solitude durant la dernière semaine, chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006	41	Figure 2.36 Problèmes psychiques selon la satisfaction au travail, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	48
Figure 2.26 Possibilité de se confier facilement à un parent (père, mère, beau-père, belle-mère) parmi les jeunes de 11 à 15 ans, selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006	41	Figure 2.37 Proportions de personnes n'ayant aucun ou de faibles problèmes psychiques selon différents indicateurs des conditions de travail, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	49
Figure 2.27 Fréquence des contacts par SMS, téléphone ou Internet avec les amis chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans selon l'état psychoaffectif, Suisse latine, 2006	42	Figure 2.38 Proportions de personnes confrontées à des facteurs pouvant entraver le travail selon les problèmes psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	49
Figure 2.28 Importance des troubles physiques durant les quatre semaines précédant l'enquête chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans, selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007	42	Figure 3.1 Cadre d'analyse du lien entre alimentation, activité physique et indice de masse corporelle (IMC)	55
Figure 2.29 Fréquence des problèmes de sommeil au cours des quatre semaines précédant l'enquête chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans, selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007	42	Figure 3.2 Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	58
Figure 2.30 Fréquence du sentiment de solitude chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans durant les quatre semaines précédant l'enquête, selon la présence ou non de symptômes dépressifs, Suisse latine, 2007	43	Figure 3.3 Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, par région linguistique, 25 ans et plus, 2007	58
Figure 2.31 Proportions de personnes selon différents indicateurs de soutien social, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	44	Figure 3.4 Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	59

Figure 3.5 Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon la nationalité/statut migratoire, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	60	Figure 3.15 Proportions de personnes se déplaçant au moins une fois à pied et/ou en vélo par jour par âge et sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	71
Figure 3.6 Proportions de personnes en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation selon le niveau de formation, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	60	Figure 3.16 Niveau d'activité physique en fonction de différents aspects du comportement à l'égard de l'alimentation et de la santé, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	72
Figure 3.7 Proportions de personnes selon le nombre de recommandations alimentaires respectées, selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	62	Figure 3.17 Proportions de personnes en fonction de l'indicateur d'activité physique (actif/entraîné) selon l'âge et le sexe, Suisse latine, 15 à 85 ans, 2002–2007	73
Figure 3.8 Proportions de personnes selon les obstacles mentionnés à une bonne alimentation, Suisse romande et Tessin, 25 ans et plus, 2007	63	Figure 3.18 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans selon le niveau d'activité physique et la pratique d'un sport par région linguistique, 2006	73
Figure 3.9 Proportions de personnes consommant trop de viande, (5 à 7 fois par semaine), selon le sexe et la région linguistique, 25 ans et plus, 1992–2007	64	Figure 3.19 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans selon le niveau d'activité physique, la pratique d'un sport et le sexe, Suisse latine, 2006 et 2007	74
Figure 3.10 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, par région linguistique, 2006	65	Figure 3.20 Proportions de personnes selon la charge pondérale (IMC) par région linguistique, 25 ans et plus, 2007	75
Figure 3.11 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans en fonction du degré de respect des recommandations liées à l'alimentation, selon le sexe, Suisse latine (2006, 2007)	66	Figure 3.21 Proportions de personnes souffrant de surpoids ou d'obésité selon le sexe, la nationalité/statut migratoire et le niveau de formation, Suisse latine, 2007 âge 25 ans et plus	75
Figure 3.12 Proportions de personnes selon l'indicateur d'activité physique, par sexe et âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	70	Figure 3.22 Proportions de personnes en excès pondéral (surpoids et obésité) selon le sexe et la classe d'âge, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007	76
Figure 3.13 Niveaux d'activité physique selon la nationalité/statut migratoire, le niveau de formation et le revenu d'équivalence du ménage par sexe, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007	70	Figure 3.23 Proportions de personnes satisfaites ou insatisfaites de leur poids selon leur catégorie de poids par sexe, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007	76
Figure 3.14 Proportions de personnes pratiquant plusieurs fois par semaine ou tous les jours de la gymnastique, du fitness ou du sport par âge et sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	71	Figure 3.24 Surcharge pondérale et obésité en fonction de la consommation de viande, de fruits/légumes et le niveau d'activité physique, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	78
		Figure 3.25 Tendances temporelles (1992 à 2007) de la prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge parmi les hommes, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	78



Figure 3.26 Tendances temporelles (1992 à 2007) de la prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge parmi les femmes, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	79	Figure 4.10 Fréquence de consommation d'alcool selon le sexe, jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans, Suisse latine (2006, 2007)	92
Figure 3.27 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans selon leur statut pondéral, par région linguistique, 2006	79	Figure 4.11 Fréquence de consommation d'alcool selon la région linguistique, jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans, Suisse, (2006, 2007)	93
Figure 3.28 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans selon le statut pondéral et le sexe, Suisse latine, 2006 et 2007	80	Figure 4.12 Nombre d'ivresses au cours de la vie chez les jeunes de 11 à 15 ans, Suisse latine, 2006	94
Figure 4.1 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	85	Figure 4.13 Consommation d'alcool excessive ponctuelle durant la dernière année chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 2007	95
Figure 4.2 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 1997–2007	86	Figure 4.14 Consommation de tabac selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	97
Figure 4.3 Fréquence de la consommation d'alcool selon la région linguistique et le sexe, Suisse, 25 ans et plus, 2007	86	Figure 4.15 Consommation de tabac selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 1992–2007	98
Figure 4.4 Consommations d'alcool chronique et ponctuelle excessive selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	88	Figure 4.16 Consommation de tabac selon la région linguistique et le sexe, Suisse, 25 ans et plus, 2007	98
Figure 4.5 Consommations d'alcool chronique et ponctuelle excessive selon la région linguistique et le sexe, Suisse, 25 ans et plus, 2007	89	Figure 4.17 Exposition à la fumée passive (au moins 60 min par jour) selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	99
Figure 4.6 Catégories de consommateurs d'alcool selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	89	Figure 4.18 Exposition à la fumée passive (au moins 60 min par jour) selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2002–2007	99
Figure 4.7 Consommation d'alcool potentiellement problématique, AUDIT, selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	91	Figure 4.19 Exposition à la fumée passive selon le sexe et la consommation de tabac, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	100
Figure 4.8 Fréquence de la consommation de différentes boissons alcooliques selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	91	Figure 4.20 Intensité de la consommation de tabac en équivalence de cigarettes selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	100
Figure 4.9 Type de boissons alcooliques consommées à une fréquence au moins hebdomadaire selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	92	Figure 4.21 Age médian à la 1ère consommation de tabac, à l'arrêt de fumer et durée médiane de consommation de tabac selon le sexe et l'âge, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	101

Figure 4.22 Avoir essayé d'arrêter de fumer et souhaiter arrêter de fumer selon le sexe, l'âge et la fréquence de la consommation de tabac, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007	102
Figure 4.23 Intensité de la consommation de tabac en équivalent cigarette chez les jeunes de 16 à 24 ans selon le sexe, Suisse latine, 2007	104
Figure 4.24 Prévalence à vie de la consommation de cannabis (au moins une fois au cours de sa vie), 25 à 59 ans, Suisse latine, 1997–2007	107
Figure 4.25 Prévalence à vie de la consommation de cannabis (au moins une fois au cours de sa vie), 25 à 69 ans, Suisse, 2007	107
Figure 4.26 Prévalence à vie, consommation actuelle et fréquence de la consommation de cannabis, 25 à 69 ans, Suisse latine, 2007	108
Figure 4.27 Polyconsommation d'alcool et tabac dans la population âgée de 16 ans et plus, Suisse latine, 2007	111
Figure 4.28 Polyconsommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans la population âgée de 16 à 34 ans, Suisse latine, 2007	112

## Tableaux

Tableau 2.1 Proportions des personnes en fonction des régions linguistiques selon différents indicateurs de santé psychique, de ressources psychiques et de santé physique, 25 ans et plus, 2007 (en %)	25
Tableau 3.1 Indicateurs pour la mesure du degré de respect des recommandations concernant la consommation de cinq groupes d'aliments (en 3 catégories) et du respect/non-respect de ces recommandations (en 2 catégories)	57
Tableau 3.2 Proportions de personnes selon le type de recommandations alimentaires respectées, selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (en %)	63
Tableau 3.3 Indicateurs pour la mesure de la recommandation liée à l'activité physique pour les adultes en cinq niveaux (1–5) et trois niveaux (i–iii)	67
Tableau 3.4 Proportions de personnes selon l'indicateur d'activité physique (3 et 5 niveaux), par région linguistique, 25 ans et plus, 2007 (en %)	69
Tableau 3.5 Seuils de l'indice de masse corporelle (IMC) pour les personnes de 18 ans et plus	74
Tableau 3.6 Proportions de personnes selon diverses attitudes et comportements liés à l'alimentation en fonction du poids, 25 ans et plus, Suisse latine, 2007 (en %)	77
Tableau 4.1 Prévalence de la consommation au moins hebdomadaire de boissons alcooliques chez les jeunes de 13 et 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)	93
Tableau 4.2 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)	94
Tableau 4.3 Prévalence de l'ivresse au moins deux fois au cours de la vie chez les jeunes de 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)	94

Tableau 4.4	
Consommation au moins hebdomadaire de tabac chez les jeunes de 13 et 15 ans, Suisse latine, 1986 à 2006 (% et n)	103
Tableau 4.5	
Consommation de tabac chez les jeunes de 16 à 24 ans selon le sexe, Suisse latine, 1992–2007	103
Tableau 4.6	
Exposition à la fumée passive selon le sexe et la consommation de tabac chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 2007	104
Tableau 4.7	
Consommation actuelle de cannabis, Suisse latine, 25 à 59 ans, 1997–2007 (% et n)	108
Tableau 4.8	
Âges médians de la première consommation de cannabis et de l'arrêt de consommation de cannabis, durée médiane de consommation de cannabis, Suisse latine, 25 à 69 ans, 2007 (âge et durée en années)	109
Tableau 4.9	
Prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les jeunes de 15 ans, Suisse latine, 1986–2006 (% et n)	109
Tableau 4.10	
Prévalence à vie de la consommation de cannabis chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)	110
Tableau 4.11	
Consommation actuelle de cannabis chez les jeunes de 16 à 24 ans, Suisse latine, 1997–2007 (% et n)	110

# Bibliographie

- Addiction Info Suisse (2008). Consommation de boissons alcooliques par habitant en Suisse en litres (années 1971 à 2008): [http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user\\_upload/Grafiken/Alkohol/F\\_A\\_conso\\_1.pdf](http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Alkohol/F_A_conso_1.pdf) (Consulté le 15 Août 2010).
- Addiction Info Suisse (2009). Consommation problématique d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes: [http://www.sfa-ispas.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/consommation-problematisque-dalcool-chez-les-adolescents-et-les-jeunes-adultes/?tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=93&cHash=7f1b4c06546ae66ca7efd854971336a5](http://www.sfa-ispas.ch/fr/medias/communiques-de-presse/article/consommation-problematisque-dalcool-chez-les-adolescents-et-les-jeunes-adultes/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=93&cHash=7f1b4c06546ae66ca7efd854971336a5) (Consulté le 15 Août 2010).
- Addiction Info Suisse (2010a). Alcool, Effets et risques, Morbidité: <http://devfr.sfa-ispas.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/effets-et-risques/morbidite/> (Consulté le 15 Août 2010).
- Addiction Info Suisse (2010b). Cannabis, Consommation, Expérience avec le cannabis: <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cannabis/consommation/> (Consulté le 15 Août 2010).
- Addiction Info Suisse (2010c). Tabac, Effets et risques, Conséquences: <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/tabac/effets-et-risques/> (Consulté le 15 Août 2010).
- Addiction Info Suisse (2010d). Tabac, Effets et risques, Effets immédiats: <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/tabac/effets-et-risques/effets-immmediats/> (Consulté le 15 Août 2010).
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail no 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Angermeyer, M.C. & H. Matschinger (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(9): 526–534.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Appels, A., H. Bosma, V. Grabauskas, A. Gostautas & F. Sturmans (1996). Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Social science & medicine*, 42(5): 681–689.
- Arnaud, S., Z. F., J.-P. Gervasoni, D. Schnoz, F. Dubois-Arber, G.-L. Isenring et al. (2007). Monitoring de la problématique du cannabis en Suisse: Etude sentinelle 2004–2006. *Raisons de santé*, 127a.
- Arnaud, S., J.-P. Gervasoni, D. Schnoz, F. Dubois-Arber, J. Vuille & M. Killias (2009). Monitoring de la problématique du cannabis en Suisse: Etude sentinelle panels 2008. *Raisons de santé*, 148a.
- Babor, T., J. Higgins-Biddle, J. Saunders & M. Monteiro (2001). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Baer, N. & T. Cahn (2009). Troubles psychiques. In: K. Meyer (Ed.), *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008* (p. 181–198). Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Baer, N., U. Frick & T. Fasel (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Beck, F., S. Legleye & S. Spilka (2008). Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. *La Presse médicale*, 37.

- Berkman, L.F. & T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: L. F. Bergman & I. Kawachi (Eds), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bjartveit, K. & A. Tverdal (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *BMJ Journals*, 14: 315–320.
- Bolliger-Salzman, H., B. Cloetta, G. Bähler, F. Müller & C. Hofmann (2000). *Programme Global Tabac 1996–1999 de l'Office fédéral de la santé publique. Rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Branca, F., H. Nikogosian & T. Lobstein (2007). *Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte*. Copenhagen: OMS Bureau régional de l'Europe.
- Bullinger, M., I. Kirchberger & J.E. Ware (1995). Der deutsche SF-36 health survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3: 21–36.
- 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.
- Burton-Jeangros, C. (2009). Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. In: M. Oris, E. Widmer et al. (Eds), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (p. 273–295). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- 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.
- Caritas (2009). *Pauvreté, faisons-la disparaître. Faits et informations. Un argumentaire relatif à la Déclaration de Caritas de lutte contre la pauvreté en Suisse «Réduisons de moitié la pauvreté!»*. Lucerne: Caritas.
- CFLD (2008). *Cannabis 2008: Mise à jour du rapport 1999 sur le cannabis de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues*. Berne: Commission fédérale pour les questions liées aux drogues.
- Cole, T.J., M.C. Bellizzi, K.M. Flegal & W.H. Dietz (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244): 1240–1243.
- Cole, T.J., K.M. Flegal, D. Nicholls & A.A. Jackson (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*, 335(7612): 194.
- Costes, J.-M. (2005). *Drogues et dépendances, données essentielles*. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).
- 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.
- Deiss, J. (2008). Budget familial. *Dictionnaire historique de la Suisse*: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16221.php> (Consulté le 10 Août 2010).
- Delgrande Jordan, M. & B. Annaheim (2009). *Habitudes alimentaires, activité physique et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse. Situation en 2006 et évolution récente. Résultats de l'Enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanie (ISPA).
- Delgrande Jordan, M., H. Kuendig & H. Schmid (2007). Stress scolaire et symptômes somatiques et psychoaffectifs chroniques à l'adolescence. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 7(3): 183–192.
- Delgrande Jordan, M. & L. Notari (2009). Unmittelbare Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum – Eine Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. *Abhängigkeiten*, 2.
- Department of Health and Human Service (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- European Commission (2004). *Tobacco or Health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg: European Commission.

- 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, 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.
- Fontaine, K.R. & D.B. Allison (2004). Obesity and mortality rates. In: G. A. Bray & C. Bouchard (Eds), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology* (p. 767–785). New York: Marcel Dekker.
- Fueglistler-Dousse, S., C. Jeanrenaud, D. Kohler & J. Marti (2009). *Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool*. Neuchâtel: Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel.
- Gmel, G., J.-L. Heeb & J. Rehm (2001). Is frequency of drinking an indicator of problem drinking? A psychometric analysis of a modified version of the alcohol use disorders identification test in Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2): 151–163.
- 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.
- Graz, B., M. Raynault & F. Paccaud (1999). *Etude sur l'état de santé des populations jurassienne et neuchâteloise*. Delémont et Neuchâtel: Service de la santé de la République et canton du Jura et Service de la santé publique de la République et canton de Neuchâtel.
- Greaves, L. (2007). *Sifting the evidence: Gender and tobacco control*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Hall, W. & L. Degenhardt (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374: 1383–1391.
- Hall, W. & N. Solowij (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Hallal, P.C., C.G. Victora, M.R. Azevedo & J.C.K. Wells (2006). Adolescent physical activity and health: A systematic review. *Sports Medicine*, 36: 1019–1030.
- Hamburg, D.A., S.G. Millstein, A.M. Mortimer, E.O. Nightingale & A.C. Peterson (1993). Adolescent health promotion in the twenty-first century: Current frontiers and new directions. In: S. G. Millstein, Peterson, A. C. & Nightingale, E. O. (Eds), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (p. 375–388). New York: Oxford University Press.
- Härter, M., H. Baumeister & J. Bengel (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- Heeb, J.-L. (2008a). *Gesundheitszustand*. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (éd.). *Gesundheit und Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, p. 15–32.
- Heeb, J.-L. (2008b). *Einstellungen, Verhalten und soziales Umfeld*. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (éd.). *Gesundheit und Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, p. 37–48.
- Heeb, J.-L. (2009). Changes in the prevalence of overweight and obesity: some evidence from the Swiss Health Surveys 1992/93 and 2002. *European Journal of Public Health* (pré-publication électronique le 11. 11. 2009).
- Herpin, N. (1988). Le repas comme institution. *Compte rendu d'une enquête exploratoire. Revue française de sociologie*, 29: 503–521.
- Hosmer, D.W. & S. Lemeshow (2000). *Applied Logistic Regression (Second Edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Hunt, S.M. (1988). Subjective health indicators and health promotion. *Health Promotion International*, 3(1): 23–34.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- 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.

- INSERM (2006). *Obésité: bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- James, W.P.T., R. Jackson-Leach, C. Ni Mhurchu, E. Kalamara, M. Shayeghi, N.J. Rigby et al. (2004). Overweight and obesity (high body mass index). In: M. Ezzati, Lopez, A. D., Rodgers, A. & Murray, C. J. L. (Eds), *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors* (p. 497–596). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Kammer, A. (2009). Neuf ans de campagne de prévention Tabac: rétrospective. *Spectra*, 78.
- Keller, R., T. Radtke, H. Krebs & R. Hornung (2009). *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2008*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, Hans Krebs Kommunikation und Publikumsforschung.
- 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 (Ed.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 17–29). Genève: Médecine et Hygiène.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepelt (2009). La vieillesse. In: K. Meyer (Ed.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 105–123). Genève: Médecine et Hygiène.
- Kinnunen, P., E. Laukkanen & J. Kylmä (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1): 43–50.
- Kjonniksen, L., T. Torsheim & B. Wold (2008). Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood: a 10-year longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 5: 69.
- Kleiner, S.M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *J. Am. Diet. Assoc.*, 99(2): 200–206.
- Klesse, C., H. Baumeister, J. Bengel & M. Härter (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1): 49–62.
- Knol, M.J., J.W. Twisk, A.T. Beekman, R.J. Heine, F.J. Snoek & F. Pouwer (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5): 837–845.
- 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.
- Lamprecht, M., A. Fischer & H. Stamm (2008). *Sport Suisse 2008. Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: OFSPO.
- Lamprecht, M. & H. Stamm (1999a). *Bewegung, Sport und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung – Sekundäranalyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 im Auftrag des Bundesamtes für Sport* Zürich: L&S Sozialforschung und Beratung AG.
- Lamprecht, M. & H. Stamm (1999b). Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: C. Maeder, C. Burton-Jeangros et al. (Eds), *Santé médecine et société – Contributions à la sociologie de la santé*. Zurich: Seismo.
- Lamprecht, M. & H. Stamm (2006). *Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Lee, I.M. & R.S. Paffenbarger, Jr. (2000). Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. The Harvard Alumni Health Study. *Am. J. Epidemiol.*, 151(3): 293–299.
- Lehmann, P. (2009). *Plan cantonal de prévention et de promotion de la santé. Guide d'élaboration*. Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques, t. I: Le Cru et le cuit*. Paris: Plon.
- Lobo, A., P. Saz, G. Marcos, R. Campos, J. García-Campayo, F. Orozco et al. (2005). Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and design of the project. *The European Journal of Psychiatry*, 19(3).

- 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.
- Malina, R. (2001). *Tracking of physical activity across the lifespan. Research Digest President's Council on Physical Fitness and Sports*. Washington D.C. .
- Marti, B. & A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Berne: Haupt.
- Martin, B.W., U. Mäder, H. Stamm & C. Braun-Fahrlander (2009). Physical activity and health – what are the recommendations and where do we find the Swiss population? *Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie»*, 57: 37–43.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Berne: Hans Huber.
- Müller, R. (2001). L'alcool dans notre société – entre désir et tabou. *Dépendances*, 15.
- Obsan (2006). *La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan (2009). Suicides et tentatives de suicide. *Monitorages par indicateurs*: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149010.260103.html> (Consulté le 15 Mai 2010).
- Obsan (2010). Consommation de cannabis. *Monitoring de santé par indicateurs*: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind34.indicator.149020.340101.html> (Consulté le 15 Août 2010).
- OCDE (2006). Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Paris: OCDE-OMS.
- OCDE (2009a). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries*. Paris: OCDE.
- OCDE (2009b). *Panorama de la santé 2009. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- OFAS (s.d.). *Statistique de l'AI 2007. Tableaux détaillés*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). *L'Enquête suisse sur la santé 2007 en bref. Conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008c). *Les familles en Suisse. Rapport statistique 2008*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009). Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. *Actualités OFS*.
- OFS (2010a). *Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2010b). *Enquête sur le budget des ménages 2010*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- 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 une alimentation équilibrée*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008a). *Programme National Alcool 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 (2008c). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2010). *Objectifs de l'étude nationale sur la nutrition NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2006). *Document de base «Activité physique et santé»*. Macolin: Office fédéral du sport.
- OFSP, OFSP, bpa, SUVA & ISPM Zurich (2001). Répercussions économiques du rapport entre santé et activité physique: Premières estimations pour la Suisse. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 49(2): 87–89.
- OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique (2007a). *Activité physique et santé*. Macolin: Office fédéral du sport.



- OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique (2007b). *Activité physique et santé. Recommandations de l'Office fédéral du sport OFSP, 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 (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Berne: Huber.
- OMS (1995). *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de Rapports techniques 854*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (1997). *Cannabis: a health perspective and research agenda*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2000a). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2000b). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2001a). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2001b). *Strengthening mental health promotion*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003a). *Gender, Health and Tobacco*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003b). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une Consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques 894*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- 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* (p. 493–511). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Paccaud, F., V. Wietlisbach & M. Rickenbach (2001). Body mass index: comparing mean values and prevalence rates from telephone and examination surveys. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 49(1): 33–40.
- 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.
- Pearlin, L.I. & C. Schooler (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19(1): 2–21.
- 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). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Politique nationale suisse de la santé (2005). *Santé psychique. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Cadre de référence adopté par le Dialogue de Politique nationale de la santé*. Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Politique nationale suisse de la santé (2004a). *Récapitulation des résultats de la consultation. Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Politique nationale suisse de la santé (2004b). *Santé psychique. Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Poulain, J. (2002). *Sociologies de l'alimentation*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Promotion santé suisse (2009). *Monitoring de la stratégie à long terme de Promotion Santé Suisse Indicateurs pour le domaine «Poids corporel sain»*. Berne: Promotion santé suisse.
- Proviande (2008). *Le marché de la viande 2008*. Berne: Proviande.
- Quandt, S.A. (1999). Social and cultural influences on food consumption and nutritional status. In: M. E. Shils, Olson, J. A., Shike, M. & A. C. Ross (Eds), *Modern nutrition in health and disease* (p. 1783–1792). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Radtke, T., R. Keller, H. Krebs & R. Hornung (2009). *Le tabagisme passif dans la population suisse 2008*. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Social- und Gesundheitspsychologie, Hans Krebs, Kommunikation und Publikumsforschung.
- Rehm, J., B. Taylor, M. Roerecke & J. Patra (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *Int. J. Public Health*, 52(6): 383–392.
- Riedel-Heller, S.G., H. Matschinger & M.C. Angermeyer (2005). Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2): 167–174.
- Rogers, C.J., L.H. Colbert, J.W. Greiner, S.N. Perkins & S.D. Hursting (2008). Physical activity and cancer prevention: pathways and targets for intervention. *Sports Medicine*, 38(4): 271–296.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1): 1–28.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43: 56–67.
- Sass, H., H.U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, H. & A. Schmid (2004). *Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Rapport final*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Schneider, H., W. Venetz & C. Gallani Berardo (2009). *Overweight and obesity in Switzerland. Cost burden of adult obesity in 2007*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- sfa/ispa (2004). *L'alcool dans le corps – effets et élimination*. Lausanne: sfa/ispa.
- Simon, G.E., M. Von Korff, K. Saunders, D.L. Miglioretti, P.K. Crane, G. van Belle et al. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7): 824–830.
- 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.
- Spycher, S., J. Margraf & P.C. Meyer (2005). *Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung? Document de travail no 15*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- 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 (2009a). *Das Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Zwischenbericht zur Aktualisierung des Indikators «Sport- und Bewegungsverhalten» des Sportobservatoriums*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009b). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Ed), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 219–231). Genève: Médecine et Hygiène.
- 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.
- Steinmann, R. (2005). *Santé psychique – stress: Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- Storrie, K., K. Ahern & A. Tuckett (2010). A systematic review: Students with mental health problems – A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1): 1–6.

- Suter, P.M. (2005). Ernährung, Lifestyle und Adipositas von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 167–198). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 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.
- Thiel, A., R. Nau & T. Willers (1998). Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im jüngeren und mittleren Lebensalter. In: W. Hewer & F. Lederbogen (Eds), *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen* (p. 1–12). Stuttgart: Enke.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ware, J.E. & C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30: 473–483.
- White, E., E.J. Jacobs & J.R. Daling (1996). Physical activity in relation to colon cancer in middle-aged men and women. *American Journal of Epidemiology*, 144(1): 42–50.
- Wicki, M. & G. Gmel (2005). *Rauschtrinken und chronisch risikoreicher Konsum: Konsistente Schätzung der Risikoverteilung in der Schweiz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997*. Forschungsbericht 40. Lausanne: ispa/sfa.
- Wieser, S., L. Kauer, S. Schmidhauser, M. Pletscher, U. Brügger, C. Jeanrenaud et al. (2010). *Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse*. Winterthour: Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel, Zurich University of Applied Sciences.
- Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Williamson, D. & P. O'Neil (2004). Obesity and quality of life. In: G. Bray & C. Bouchard (Eds), *Handbook of obesity: etiology and pathophysiology*, 2<sup>ème</sup> édition. New York: Marcel Dekker.
- Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidtkunz, S. Winter & H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.
- Wydler, H., P. Kolip & T. Abel (éds) (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim: Juventa.

# Annexes

## Annexes du chapitre 1

### Annexe 1.1 Enquête suisse sur la santé: nombre d'entretiens réalisés selon l'année d'enquête (n et %)

Canton	1992	1997	2002	2007	Taux de participation en 2007 en %
FR	1 042	354	1 005	1 003	65,8
TI	751	1 107	1 529	1 523	63,6
VD	1 006	1 012	1 042	1 382	66,8
VS	1 042	1 053	970	1 050	59,5
NE	304	282	696	666	68,4
GE	1 036	1 046	1 017	1 044	61,2
JU	110	103	650	512	67,8
<b>Total Suisse latine</b>	<b>5 291</b>	<b>4 957</b>	<b>6 909</b>	<b>7 180</b>	<b>64,3</b>
<b>Total Suisse alémanique</b>	<b>9 997</b>	<b>8 047</b>	<b>12 797</b>	<b>11 580</b>	<b>67,7</b>
<b>Total Suisse</b>	<b>15 288</b>	<b>13 004</b>	<b>19 706</b>	<b>18 760</b>	<b>66,2</b>

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

### Annexe 1.3 Nombre de personnes constituant les échantillons de l'ESS 2007 et de l'HBSC 2006 (âgées de 11 ans et plus) et population résidente de la Suisse latine selon le sexe et la classe d'âge (n et %)

Classes d'âge	Hommes				Femmes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>11–15 ans*</b>	1 491	100,0	67 574	7,1	1 579	100,0	64 305	6,3	3 070	100,0	131 879	6,7
<b>16–24 ans</b>	306	9,7	121 689	12,7	299	7,6	119 084	11,6	605	8,5	240 773	12,2
<b>25–34 ans</b>	433	13,7	146 615	15,3	530	13,5	149 775	14,6	963	13,6	296 390	15,0
<b>35–64 ans</b>	1 732	54,9	468 868	49,1	2 058	52,3	480 414	46,9	3 790	53,5	949 282	47,9
<b>65 ans et plus</b>	686	21,7	150 537	15,8	1 047	26,6	211 036	20,6	1 733	24,4	361 573	18,3
<b>Total</b>	<b>3 157</b>	<b>100,0</b>	<b>887 709</b>	<b>100,0</b>	<b>3 934</b>	<b>100,0</b>	<b>960 309</b>	<b>100,0</b>	<b>7 091</b>	<b>100,0</b>	<b>1 848 018</b>	<b>100,0</b>

Source: OFS, ESPOP 2007, Enquête suisse sur la santé 2007

\*Données de l'HBSC 2006

Le total de la population résidente de la Suisse latine n'est pas équivalent à celui des tableaux standard de l'ESPOP 2007. En effet, ce sont les données de l'ESPOP 2006 sans les personnes institutionnalisées qui ont servi de base au tirage de l'échantillon de l'ESS 2007, cette dernière ne se référant qu'aux personnes vivant dans des ménages privés

**Annexe 1.2 Nombre et caractéristiques des personnes constituant l'échantillon de l'ESS**  
Suisse latine, 16 ans et plus, 2007 (n et %)

	Suisse latine		Suisse	
	n	%	n	%
<b>Total</b>	7 091	100	18 539	100
<b>Sexe</b>				
Hommes	3 157	44,5	8 313	44,8
Femmes	3 934	55,5	10 226	55,2
<b>Classes d'âge</b>				
16–24 ans	605	8,5	1 592	8,6
25–34 ans	963	13,6	2 509	13,5
35–44 ans	1 487	21,0	3 809	20,5
45–54 ans	1 114	15,7	3 007	16,2
55–64 ans	1 189	16,8	3 118	16,8
65–74 ans	970	13,7	2 496	13,5
75 ans et plus	763	10,8	2 008	10,8
<b>Nationalité</b>				
Suisses d'origine	5 083	71,8	14 141	76,4
Suisses naturalisés	854	12,1	1 971	10,7
Etrangers	1 141	16,1	2 395	12,9
<b>Niveau de formation</b>				
Scolarité obligatoire	1 207	17,0	2 603	14,1
Degré secondaire II	4 080	57,6	11 146	60,2
Degré tertiaire	1 801	25,4	4 777	25,8
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>				
< 3000 CHF	2 599	39,1	6 230	35,5
3000 à 4499 CHF	1 942	29,2	5 131	29,2
4500 à 5999 CHF	1 082	16,3	3 047	17,3
6000 CHF et plus	1 019	15,3	3 156	18,0
<b>Région</b>				
Suisse romande	5 584	78,7	5 584	30,1
Tessin	1 507	21,3	1 507	8,1
Suisse alémanique	0	0	11 448	61,8
<b>Degré d'urbanisation</b>				
Urbain	5 067	71,5	12 698	68,5
Rural	2 024	28,5	5 841	31,5
<b>Activité professionnelle</b>				
Actif	2 578	37,0	6 939	38,2
Partiellement actif	1 457	20,9	4 138	22,8
Non actif	2 932	42,1	7 069	39,0
<b>Type de ménage</b>				
Ménage d'une personne	2 014	28,4	5 349	28,9
Couple (sans enfants)	2 152	30,3	5 907	31,9
Couple avec enfants	2 398	33,8	5 978	32,2
Parent élevant seul un/des enfants	464	6,5	1 078	5,8
Autre type de ménage	63	0,9	227	1,2
<b>Langue de la commune de résidence de la personne interrogée</b>				
Français	5 039	71,1	5 652	30,5
Italien	1 507	21,3	1 528	8,1
Allemand	545	7,7	11 359	61,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
n=7'091 (Suisse latine), n=18'539 (Suisse)

## Annexes du chapitre 2

## Annexe 2.1 Régression logistique: facteurs associés aux problèmes psychiques (moyens ou importants) et aux symptômes dépressifs (faibles à sévères), Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

	Problèmes psychiques		Symptômes dépressifs	
	OR et 95%CI	aOR et 95%CI	OR et 95%CI	aOR et 95%CI
<b>Sexe</b>				
Hommes	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmes	1,3 (1,1–1,5)	1,2 (1,0–1,5)	1,6 (1,3–2,0)	1,7 (1,3–2,1)
<b>Classes d'âge</b>				
25–34 ans	1,0	1,0	1,0	1,0
35–44 ans	0,8 (0,7–1,0)	1,0 (0,7–1,4)	0,9 (0,6–1,2)	1,1 (0,8–1,5)
45–54 ans	0,9 (0,7–1,1)	1,2 (0,8–1,7)	1,0 (0,7–1,5)	1,2 (0,8–1,8)
55–64 ans	0,6 (0,5–0,8)	0,9 (0,6–1,2)	1,1 (0,8–1,5)	1,6 (1,1–2,2)
65–74 ans	0,6 (0,5–0,8)	0,8 (0,5–1,1)	1,7 (1,3–2,4)	3,0 (2,0–4,3)
75 ans et plus	0,6 (0,5–0,8)	0,7 (0,4–1,1)	2,7 (1,8–4,0)	5,3 (3,3–8,4)
<b>Nationalité</b>				
Suisses d'origine	1,0	1,0	1,0	1,0
Suisses naturalisés	1,4 (1,1–1,7)	1,3 (1,0–1,7)	0,9 (0,7–1,2)	0,9 (0,7–1,2)
Etrangers	1,5 (1,2–1,8)	1,3 (1,0–1,7)	1,0 (0,8–1,3)	1,0 (0,7–1,3)
<b>Niveau de formation</b>				
Degré tertiaire	1,0	1,0	1,0	1,0
Degré secondaire II	1,2 (1,0–1,4)	1,1 (0,9–1,4)	1,4 (1,1–1,8)	1,2 (0,9–1,6)
Scolarité obligatoire	1,7 (1,4–2,1)	1,7 (1,1–2,5)	2,1 (1,5–3,0)	1,5 (1,0–2,3)
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>				
6000 CHF et plus	1,0	1,0	1,0	1,0
4500–5999 CHF	1,1 (0,8–1,5)	1,2 (0,8–1,8)	1,9 (1,3–2,7)	1,7 (1,2–2,6)
3000–4499 CHF	1,5 (1,1–1,9)	1,6 (1,1–2,3)	1,9 (1,3–2,5)	1,6 (1,1–2,2)
<3000 CHF	1,6 (1,3–2,1)	1,6 (1,1–2,2)	1,7 (1,3–2,4)	1,5 (1,0–2,2)
<b>Type de ménage</b>				
Ménage d'une personne	1,0	1,0	1,0	1,0
Couple sans enfant	0,7 (0,6–0,8)	0,8 (0,7–1,1)	0,6 (0,5–0,8)	0,7 (0,5–0,9)
Couple avec enfant(s)	0,7 (0,6–0,9)	0,6 (0,4–0,8)	0,5 (0,4–0,6)	0,6 (0,4–0,8)
Parent élevant seul un/des enfants	1,1 (0,8–1,5)	0,7 (0,5–1,1)	1,1 (0,7–1,6)	1,0 (0,6–1,6)
Autre type de ménage	1,9 (0,9–4,1)	2,0 (0,9–4,5)	1,7 (0,7–4,4)	1,5 (0,6–3,8)
<b>Degré d'urbanisation</b>				
Rural	1,0	1,0	1,0	1,0
Urbain	1,1 (1,0–1,3)	1,1 (0,9–1,4)	1,0 (0,8–1,3)	1,0 (0,8–1,3)
<b>Région</b>				
Suisse romande	1,0	1,0	1,0	1,0
Tessin	1,0 (0,9–1,2)	1,0 (0,7–1,2)	1,1 (0,9–1,4)	0,9 (0,7–1,2)
<b>Sentiment de maîtrise de la vie</b>				
Elevé	1,0	1,0	1,0	1,0
Moyen	1,5 (1,2–1,9)	1,2 (0,9–1,6)	1,5 (1,1–1,9)	1,5 (1,2–2,1)
Faible	5,5 (4,4–7,0)	3,6 (2,7–4,8)	4,5 (3,5–5,8)	3,9 (2,9–5,3)
<b>Sentiment de cohérence</b>				
Elevé	1,0	1,0	1,0	1,0
Moyen	2,0 (1,5–2,6)	1,8 (1,4–2,4)	1,4 (1,1–1,9)	1,4 (1,0–1,9)
Faible	5,2 (4,1–6,6)	3,2 (2,4–4,3)	3,7 (3,0–4,7)	3,0 (2,3–4,1)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p< 0.05)

## Annexe 2.2 Formulation des questions dans les questionnaires

*Sentiment de cohérence (Sense of Coherence, ESS 2007, questionnaire écrit)*

Cet indice est obtenu sur la base de trois questions portant chacune sur une dimension sous-jacente du concept de sentiment de cohérence, à savoir sur la *compréhension des événements de la vie*, la *gestion des événements de la vie* et *l'attribution d'un sens à ces événements*. Dans l'ordre des dimensions, les questions suivantes ont été posées:

- Vos sentiments et vos pensées sont-ils souvent confus?
  - > Réponse: échelle de 1 (très souvent) à 7 (très rarement ou jamais)
- Avez-vous quelquefois le sentiment de vous trouver dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir que faire?
  - > Réponse: échelle de 1 (très souvent) à 7 (très rarement ou jamais)
- Les choses que vous faites quotidiennement sont-elles pour vous une source de joie profonde et de contentement ou de souffrance et d'ennui?
  - > Réponse: échelle de 1 (de joie profonde et de contentement) à 7 (de souffrance et d'ennui)

Le sentiment de cohérence est défini d'après la somme des trois sous-échelles en *faible* (3 à 16 points), *moyen* (17 à 18) ou *élevé* (19 à 21 points). Les seuils utilisés pour la catégorisation du sentiment de cohérence ne sont pas exempts d'arbitraire, tant il est vrai que ces derniers ne sont pas clairement établis dans la littérature scientifique (voir Lundberg & Nystrom Peck, 1995; Olsson et al., 2009).

*Sentiment de maîtrise de la vie (Mastery, ESS 2007, interview téléphonique)*

Cet indice fait appel à l'évaluation de quatre affirmations sur la maîtrise de sa propre vie par les répondants (OFS, 2008a).

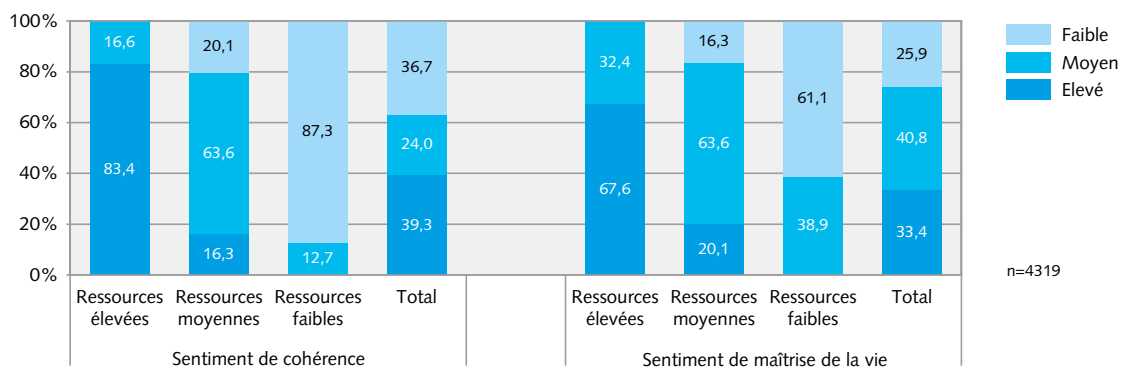
Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes? Cochez pour chaque affirmation la case qui correspond le mieux à votre opinion!

- a) Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes
  - b) J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens
  - c) J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive
  - d) Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes
- > Réponse: tout à fait d'accord, plutôt d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord

*Indicateur synthétique de ressources psychiques*

L'indice est construit de la manière suivante: ressources psychiques élevées si le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie sont tous deux élevés ou l'un élevé, l'autre moyen; ressources psychiques basses si le sentiment de cohérence et le sentiment de maîtrise de la vie sont tous deux bas ou l'un bas, l'autre moyen; ressources psychiques moyennes dans les autres cas.

### Sentiment de cohérence et sentiment de maîtrise selon les ressources psychiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

*Symptômes dépressifs (Wittchen, ESS 2007, questionnaire écrit)*

L'échelle dite de Wittchen comporte dix questions sur la fréquence de symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête:

Au cours des deux dernières semaines...

- a) Avez-vous été triste, abattu(e) ou déprimé(e) la plupart du temps?
  - b) Avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou éventuellement une absence de plaisir pour les choses qui habituellement en avaient?
  - c) Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e), épuisé(e) ou sans énergie (même sans avoir travaillé durement)?
  - d) Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement?
  - e) Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)?
  - f) Avez-vous l'impression que vous vous déplacez ou que vous vous exprimez plus lentement que d'habitude?
  - g) Votre intérêt sexuel a-t-il été plus faible que d'habitude ou même avez-vous perdu tout désir sexuel?
  - h) Avez-vous ressenti une perte de confiance en vous-même, en vous jugeant inutile, coupable ou en vous aisant des reproches injustifiés?
  - i) Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (par ex. en lisant ou en regardant la télévision) ou à prendre des décisions courantes?
  - j) Avez-vous souvent pensé à la mort ou même avez-vous songé à mettre fin à vos jours?
- > Réponse: presque tous les jours; parfois; non, jamais

*Problèmes psychiques (MOS SF-36 MHI-5, ESS 2007, interview téléphonique)*

Les problèmes psychiques sont recensés à l'aide de la sous-échelle Mental Health Inventory (MHI) de la version courte du MOS (Medical Outcome Study, SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992):

- Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) très nerveux (se)?
- Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu le cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral?
- Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) calme et paisible?

- Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) abattu(e) et déprimé(e)?
  - Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) heureux (se)?
- > Réponse: tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement, jamais

*Troubles psychiques (HBSC 2006)*

Dans le cadre de l'enquête HBSC réalisée en 2006, les élèves ont répondu à une question portant sur la fréquence de symptômes psychoaffectifs:

Au cours des 6 derniers mois, combien de fois as-tu eu les troubles suivants?

- j'étais triste
- j'étais de mauvaise humeur, agacé/e
- j'étais nerveux/se
- j'avais des difficultés à m'endormir
- je me sentais fatigué/e
- j'étais anxieux/se, inquiet/ète
- j'étais fâché/e, en colère...

> Réponse: à peu près chaque jour, plusieurs fois par semaine, à peu près une fois par semaine, à peu près une fois par mois, rarement ou jamais

Sur la base de leurs réponses, un indice de l'état psychoaffectif a été créé, dont les catégories correspondent au nombre de symptômes chroniques ressentis: aucun symptôme chronique, 1–2 symptômes, 3 symptômes ou plus. Pour les besoins des analyses, les variables ont été dichotomisées afin d'obtenir les catégories de réponses «chronique» et «moins fréquent ou inexistant», un symptôme étant défini comme chronique s'il a été ressenti de manière récurrente (plusieurs fois par semaine) ou continue (à peu près chaque jour) au cours des six derniers mois.



## Annexes du chapitre 3

### Annexe 3.1 Extraits adaptés des recommandations alimentaires pour adultes de l'OFSP publiés par la Société Suisse de Nutrition (SSN, 2006)

Une nourriture variée alliée à une activité physique régulière constitue le plus sûr moyen de couvrir tous les besoins en substances nutritives et d'atteindre un bilan énergétique équilibré (stabilité du poids).

«Il est recommandé de **boire** abondamment (soit 1 à 2 litres de liquide par jour) tout au long de la journée, de préférence des boissons non sucrées telles que l'eau ou les infusions de fruits ou d'herbes.»

«Les **fruits et légumes** frais ainsi que les salades sont particulièrement importants pour garantir l'apport de vitamines, de substances minérales et de fibres alimentaires. Il faudrait consommer quotidiennement 3 portions<sup>(a)</sup> de différents légumes (dont au moins une sous forme de crudités) et 2 portions de fruits. On peut remplacer une portion quotidienne de légumes ou de fruits par du jus de fruits ou de légumes non sucré.»

Les aliments d'origine végétale riches en féculent, comme le pain, les pâtes, les flocons de céréales et le riz, etc. (de préférence à partir de grains complets), ainsi que les pommes de terre constituent la base d'une alimentation substantielle pauvre en graisse. Il faudrait manger un féculent à chaque repas principal (soit 3 portions par jour).

«Le **lait et les produits laitiers** sont des produits alimentaires de haute valeur. Ils contiennent nombre de précieuses substances nutritives, notamment le calcium, indispensable à la formation des os. On recommande de consommer quotidiennement 3 portions<sup>(b)</sup> de lait ou de produits laitiers, en privilégiant leurs variantes à teneur réduite en matières grasses.»

«Les denrées végétales devraient être complétées par des aliments d'origine animale en proportions correctes. Il est recommandé de manger chaque jour, en alternance, une portion<sup>(c)</sup> de **viande** pauvre en graisse, du **poisson** frais, des œufs, du fromage ou d'autres sources de protéines telles que le tofu.»

La graisse/l'huile est la substance nutritive la plus énergétique, raison pour laquelle il convient d'en user consciemment, en quantité modérée, et de veiller à la haute qualité du produit. On recommande de manger quotidiennement des amandes, des noix ou des noisettes.

Le sucre et le sel sont à consommer avec parcimonie.

Il faudrait privilégier l'achat des produits de saison et veiller à les apprêter de manière hygiénique tout en préservant leurs propriétés nutritionnelles.

L'alimentation ne doit pas se limiter à un apport de nourriture: elle devrait être aussi une source de plaisir et de convivialité.

(a) 1 portion de fruits ou légumes = min. 120 g.

(b) 1 portion de lait ou produits laitiers = 2 dl lait ou 150–180 g de yogourt ou 30–60 g de fromage

(c) 1 portion = 100–120 g de viande ou poisson [poids frais]

En gras, les aliments qui sont traités dans le chapitre

**Annexe 3.2 Régression logistique: facteurs associés au non-respect des recommandations liées à l'alimentation selon les déterminants socio-économiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

	Liquide		Fruits/légumes		Lait		Viande		Poisson	
	OR et 95%CI	aOR et 95%CI	OR et 95%CI	aOR et 95%CI	OR et 95%CI	aOR et 95%CI	OR et 95%CI	aOR et 95%CI	OR et 95%CI	aOR et 95%CI
<b>Sexe</b>										
Hommes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmes	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	0,5 (0,4-0,5)	0,4 (0,4-0,5)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,6 (0,5-0,6)	0,5 (0,5-0,6)	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)
<b>Classes d'âge</b>										
25-34 ans	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
35-44 ans	0,9 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,4)	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (1,0-1,5)	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)
45-54 ans	0,9 (0,7-1,0)	1,2 (0,9-1,5)	0,8 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,8-1,3)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-1,1)
55-64 ans	1,0 (0,9-1,2)	1,9 (0,9-1,5)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,0)	0,8 (0,7-1,0)	0,7 (0,6-0,9)
65-74 ans	1,4 (1,2-1,6)	1,5 (1,2-1,9)	1,2 (1,0-1,4)	1,1 (0,9-1,5)	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	0,8 (0,6-1,0)
75 ans et plus	1,6 (1,3-2,0)	1,9 (1,5-2,4)	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (0,8-1,5)	0,8 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,2)	1,3 (1,1-1,6)	0,9 (0,7-1,1)
<b>Nationalité</b>										
Suisses d'origine	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Suisses naturalisés	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (0,9-1,4)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,8-1,1)	1,3 (1,1-1,6)	0,7 (0,6-0,9)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,8)
Etrangers	1,1 (0,9-1,3)	1,3 (1,1-1,6)	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,7-1,0)	1,4 (1,2-1,7)	0,9 (0,8-1,1)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,5 (0,4-0,6)
<b>Niveau de formation</b>										
Degré tertiaire	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Degré secondaire	1,0 (0,9-1,1)	1,2 (1,0-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,2 (1,1-1,5)	1,1 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,2)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,3)
Scolarité obligatoire	1,3 (1,1-1,6)	1,2 (0,9-1,5)	1,3 (1,0-1,5)	1,5 (1,2-2,0)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	1,3 (1,1-1,5)	1,4 (1,1-1,8)
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>										
6000 CHF et plus	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
4500-5999 CHF	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,0)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,8-1,1)	1,1 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	1,2 (0,9-1,5)
3000-4499 CHF	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,9-1,2)	1,2 (0,9-1,5)
<3000 CHF	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,9-1,2)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (1,0-1,3)	1,2 (1,0-1,6)
<b>Région</b>										
Suisse romande	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Tessin	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,1-1,4)	1,5 (1,3-1,8)	1,5 (1,3-1,8)	1,5 (1,3-1,7)	1,4 (1,2-1,6)	0,3 (0,2-0,4)	0,3 (0,2-0,4)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)

Source: OFS. Enquête suisse sur la santé 2007 n=6486

Légende: Liquide: consommer un litre de liquide par jour ou moins; Fruits/légumes: manger moins de cinq portions de fruits et/ou légumes par jour; Lait: consommer du lait ou des produits laitiers 6 jours par semaine ou moins souvent; Viande: manger de la viande 5 à 7 jours par semaine; Poisson: ne pas manger du poisson dans la semaine ou rarement

Modèle logistique univarié (Odds Ratio=OR) et multivarié (Adjusted Odds Ratio=aOR) en ajustant simultanément pour toutes les variables dans le modèle avec la pondération. Les n sont non-pondérés. Les aOR en gris sont significatifs (p < 0,05)

**Annexe 3.3 Proportions de personnes consommant trop de viande (5 à 7 fois par semaine) selon le genre et la région linguistique, 25 ans et plus, 1992–2007 (en %)**

	Hommes				Femmes			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
<b>Suisse romande</b>	37,6	45,3	42,5	44,1	35,0	36,3	32,3	31,1
<b>Tessin</b>	22,4	21,3	15,1	20,8	22,4	11,9	10,1	10,6
<b>Suisse alémanique</b>	34,3	48,4	46,9	47,7	32,8	29,7	25,3	26,1
<b>Total</b>	34,5	46,5	44,4	45,7	32,9	30,5	26,4	26,6

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992–2007  
n=13'486 (1992), n=11'592 (1997), n=18'005 (2002), n=16'947 (2007)

**Annexe 3.4 Proportions de personnes consommant trop de viande, (5 à 7 fois par semaine), selon la région linguistique, 25 ans et plus, 1992–2007 (en %)**

	Hommes et femmes				
	1992	1997	2002	2007	Moyenne de 1992 à 2007
<b>Suisse romande</b>	36,2	40,5	37,0	37,4	38,3
<b>Tessin</b>	22,4	16,0	12,5	15,3	14,6
<b>Suisse alémanique</b>	33,5	38,8	35,8	36,6	37,0

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992–2007  
n=13'486 (1992), n=11'592 (1997), n=18'005 (2002), n=16'947 (2007)

### Annexe 3.5 Risque d'inactivité (inactifs versus irréguliers/partiel et actifs/entraînés) selon les déterminants socio-économiques, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007

	Suisse latine	
	OR et 95%CI	aOR et 95%CI
<b>Sexe</b>		
Hommes	1,0	1,0
Femmes	1,6 (1,4–1,8)	1,4 (1,2–1,6)
<b>Classes d'âge</b>		
25–34 ans	1,0	1,0
35–44 ans	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,9–1,4)
45–54 ans	1,4 (1,1–1,7)	1,4 (1,1–1,8)
55–64 ans	1,6 (1,3–2,0)	1,6 (1,3–2,1)
65–74 ans	2,0 (1,6–2,6)	2,1 (1,7–2,7)
75 ans et plus	5,0 (3,9–6,3)	5,0 (3,8–6,5)
<b>Nationalité</b>		
Suisses d'origine	1,0	1,0
Suisses naturalisés	1,5 (1,2–1,8)	1,5 (1,2–1,8)
Etrangers	1,8 (1,6–2,0)	2,2 (1,9–2,6)
<b>Niveau de formation</b>		
Degré tertiaire	1,0	1,0
Degré secondaire II	1,9 (1,6–2,2)	1,6 (1,4–1,9)
Scolarité obligatoire	4,0 (3,3–4,8)	1,9 (1,5–2,4)
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>		
6000 CHF et plus	1,0	1,0
4500–5999 CHF	1,2 (0,9–1,5)	1,0 (0,8–1,4)
3000–4499 CHF	1,6 (1,3–2,0)	1,3 (1,0–1,6)
<3000 CHF	1,9 (1,6–2,3)	1,4 (1,1–1,8)
<b>Région</b>		
Suisse romande	1,0	1,0
Tessin	1,7 (1,4–2,0)	1,3 (1,1–1,6)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé  
n=5814

Modèle logistique univarié (Odds Ratio=OR) et multivarié (Adjusted Odds Ratio=aOR) en ajustant simultanément pour toutes les variables dans le modèle avec la pondération (pondération ajustée pour la taille de l'échantillon afin d'avoir les bons intervalles de confiance). Les estimateurs sont pondérés, les n ne sont pas non-pondérés. Les aOR en grisé sont significatifs ( $p < 0.05$ )

### Annexe 3.6 Proportions de personnes en surpoids ou obèses selon le sexe, Suisse, 25 ans et plus, 2007 (en %)

	Hommes				Femmes			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
<b>Surpoids et obésité</b>	44,1	47,2	50,8	52,2	24,1	30,9	32,4	32,1
<b>Obésité</b>	7,0	7,6	9,0	9,8	5,4	7,9	8,2	8,8

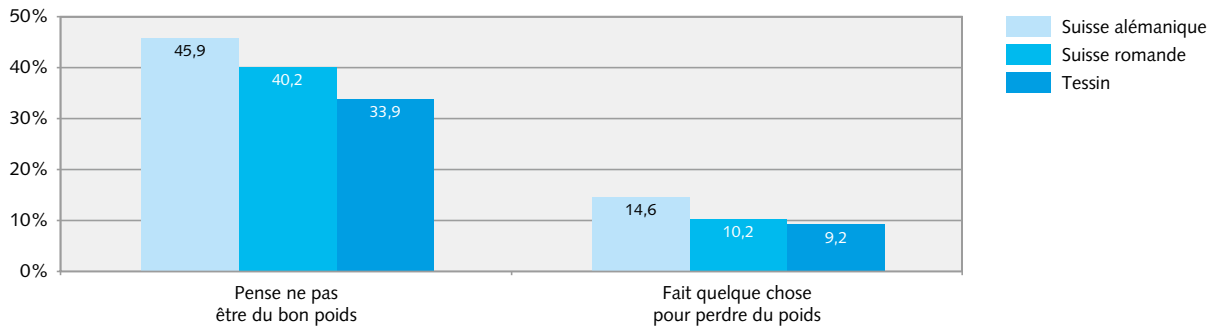
Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992–2007  
n=5028 (1992), n=5'041 (1997), n=8699 (2002), n=8'438 (2007)

### Annexe 3.7 Proportions de personnes en surpoids ou obèses selon le sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (en %)

	Hommes				Femmes			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
<b>Surpoids et obésité</b>	44,3	47,4	50,2	52,8	22,2	29,1	30,3	31,8
<b>Obésité</b>	6,6	6,5	9,4	10,7	5,1	6,9	7,3	8,3

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992–2007  
n=1'696 (1992), n=1851 (1997), n=2'965 (2002), n=3'250 (2007)

### Annexe 3.8 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans selon leur perception pondérale par région linguistique, 2006

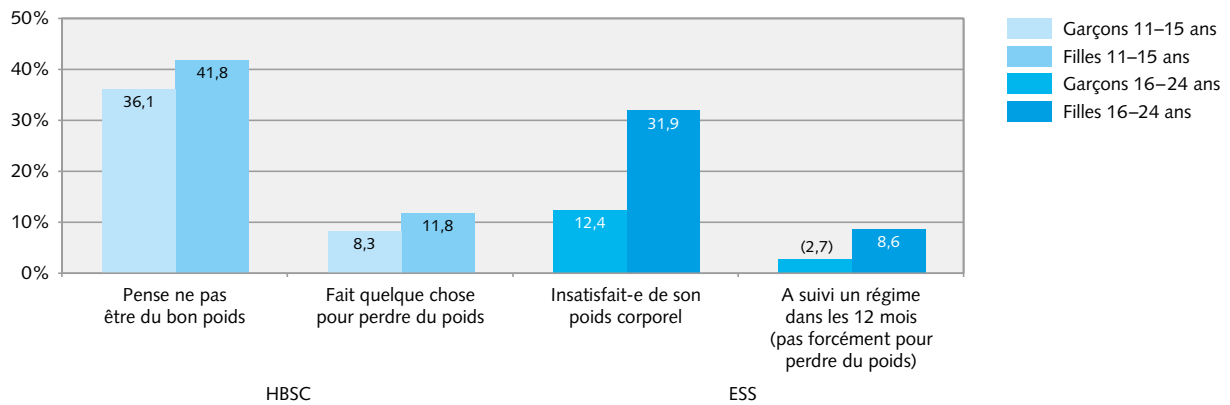


Suisse alémanique: pas du bon poids n=6567, perdre du poids n=6588, Suisse romande: pas du bon poids n=2397, perdre du poids n=2451, Tessin: pas du bon poids n=1099, perdre du poids n=1119  
Différence significative à 5% entre les régions linguistiques (p<0.05)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006

© Obsan

### Annexe 3.9 Proportions de jeunes de 11 à 15 ans et de 16 à 24 ans selon leur perception pondérale et leur contrôle du poids, Suisse latine, 2006 et 2007



Garçons: HBSC/pas du bon poids n=1429, HBSC/perdre du poids n=1468, filles: HBSC/pas du bon poids n=1527, HBSC/perdre du poids n=1556, garçons: ESS/insatisfaction n=288, ESS/régime n=306, filles: ESS/insatisfaction n=283, ESS/régime n=299  
Différences significatives à 5% entre les garçons et les filles (p<0.05)

Source: ISPA, Health Behaviour in School-aged Children 2006, OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

## Annexes du chapitre 4

## Annexe 4.1 Typologie des consommateurs d'alcool reprise de Gmel et Wicki (2005)

	<b>Consommation chronique excessive</b> >20g d'alcool pur par jour pour les femmes >40g d'alcool pur par jour pour les hommes		
<b>Consommation ponctuelle excessive</b> au moins une fois par mois en moyenne >=4 verres standard pour les femmes >=5 verres standard pour les hommes		<b>non</b>	<b>oui</b>
	<b>non</b>	Risque faible pour la santé	Chronique excessive à risque pour la santé
	<b>oui</b>	Ponctuelle excessive à risque pour la santé	Cumul des 2 risques pour la santé

**Annexe 4.2 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, consommation d'alcool ponctuelle excessive, Suisse latine et Suisse, 25 ans et plus, 2007**

	Consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé		Consommation d'alcool ponctuelle excessive	
	OR et 95% CI	aOR et 95% IC	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Suisse latine</b>				
<b>Sexe</b>				
Hommes	1,4 (1,1–1,8)	1,5 (1,2–2,0)	2,9 (2,3–3,6)	2,5 (2,0–3,1)
Femmes	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Classes d'âge</b>				
25–34 ans	0,4 (0,3–0,6)	0,4 (0,3–0,8)	4,1 (2,8–6,0)	3,0 (1,9–5,0)
35–64 ans	0,7 (0,5–0,9)	0,8 (0,6–1,1)	2,3 (1,6–3,2)	1,8 (1,2–2,8)
65 ans et plus	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>				
Suisses d'origine	1,0 (0,7–1,4)	0,9 (0,6–1,3)	1,9 (1,3–2,6)	2,1 (1,5–3,1)
Suisses naturalisés	0,8 (0,5–1,3)	0,8 (0,5–1,3)	1,1 (0,7–2,7)	1,3 (0,8–2,0)
Etrangers	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Niveau de formation</b>				
Scolarité obligatoire	1,3 (0,9–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	0,2 (0,1–0,3)	0,5 (0,3–0,7)
Degré secondaire II	1,2 (0,9–1,6)	1,2 (0,9–1,6)	0,6 (0,5–0,8)	0,8 (0,6–1,0)
Degré tertiaire	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Revenu</b>				
<3000 CHF	1,1 (0,8–1,6)	1,2 (0,8–1,8)	0,6 (0,4–0,8)	0,7 (0,5–1,0)
3000–6000 CHF	1,2 (0,9–1,7)	1,3 (0,9–1,8)	0,9 (0,7–1,2)	0,9 (0,7–1,2)
6000 CHF et plus	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Degré d'urbanisation</b>				
Urbain	1,1 (0,8–1,4)	1,1 (0,8–1,5)	0,9 (0,7–1,1)	1,0 (0,8–1,2)
Rural	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Statut d'activité</b>				
Actif	0,7 (0,6–1,0)	0,9 (0,7–1,3)	2,9 (2,2–3,7)	1,6 (1,1–2,2)
Non actif	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Type de ménage</b>				
Couple sans enfant	1,0 (0,8–1,3)	0,9 (0,7–1,2)	0,7 (0,6–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Couple/parent avec enfant	0,7 (0,5–0,9)	0,7 (0,5–1,0)	0,8 (0,6–1,0)	0,7 (0,5–0,9)
Autre	1,4 (0,4–4,2)	1,6 (0,5–4,9)	1,1 (0,4–2,8)	0,8 (0,3–2,3)
Ménage d'une personne	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Suisse*</b>				
	OR et 95% CI	aOR et 95% IC	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Régions linguistiques</b>				
Suisse alémanique	0,6 (0,5–0,8)	0,6 (0,5–0,7)	1,0 (0,8–1,1)	0,9 (0,8–1,0)
Tessin	1,3 (1,0–1,7)	1,3 (1,0–1,7)	0,6 (0,4–0,8)	0,7 (0,5–0,9)
Suisse romande	1,0	1,0	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Nombre de cas: Consommation chronique: Suisse latine n=6040, Suisse n=16'174; Consommation ponctuelle: Suisse latine n=6022, Suisse n=16'138

\*Ce modèle est ajusté pour le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau de formation, le revenu, les régions linguistiques

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p&lt;0,05)

### Annexe 4.3 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: être fumeur (vs non- et ex-fumeur), Suisse latine et Suisse, 25 ans et plus, 2007

	Etre fumeur (vs non- et ex-fumeur)	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Suisse latine</b>		
<b>Sexe</b>		
Hommes	1,4 (1,3–1,7)	1,4 (1,2–1,7)
Femmes	1,0	1,0
<b>Classes d'âge</b>		
25–34 ans	3,8 (3,0–4,8)	3,4 (2,6–4,5)
35–64 ans	2,7 (2,3–3,3)	2,6 (2,1–3,3)
65 ans et plus	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>		
Suisses d'origine	0,9 (0,7–1,0)	1,0 (0,8–1,2)
Suisses naturalisés	1,1 (0,8–1,3)	1,2 (1,0–1,6)
Etrangers	1,0	1,0
<b>Niveau de formation</b>		
Scolarité obligatoire	0,8 (0,6–1,0)	1,0 (0,9–1,5)
Degré secondaire	1,1 (0,9–1,3)	1,3 (1,1–1,5)
Degré tertiaire	1,0	1,0
<b>Revenu</b>		
<3000 CHF	1,0 (0,9–1,3)	1,0 (0,8–1,2)
3000–6000 CHF	1,0 (0,8–1,2)	1,0 (0,8–1,2)
6000 CHF et plus	1,0	1,0
<b>Degré d'urbanisation</b>		
Urbain	1,0 (0,8–1,1)	1,0 (0,8–1,1)
Rural	1,0	1,0
<b>Statut d'activité</b>		
Actif	2,0 (1,7–2,3)	1,2 (1,0–1,4)
Non actif	1,0	1,0
<b>Type de ménage</b>		
Couple sans enfant	0,7 (0,6–0,8)	0,7 (0,6–0,8)
Couple/parent avec enfant	1,0 (0,8–1,1)	0,7 (0,6–0,8)
Autre	1,3 (0,6–2,7)	1,0 (0,5–2,3)
Ménage d'une personne	1,0	1,0
<b>Suisse*</b>		
<b>Régions linguistiques</b>		
Suisse alémanique	1,0 (1,0–1,1)	1,1 (1,0–1,2)
Tessin	1,0 (0,9–1,2)	1,1 (0,9–1,3)
Suisse romande	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Nombre de cas: Suisse latine n=6389, Suisse n=16934

\*Ce modèle est ajusté pour le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau de formation, le revenu, les régions linguistiques

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs ( $p < 0,05$ )



**Annexe 4.4 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: être fumeur (vs ex-fumeur), Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

Suisse latine	Etre fumeur (vs ex-fumeur)	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Sexe</b>		
Hommes	1,0 (0,8–1,1)	1,1 (0,9–1,3)
Femmes	1,0	1,0
<b>Classes d'âge</b>		
25–34 ans	6,2 (4,6–8,3)	6,0 (4,2–8,7)
35–64 ans	2,9 (2,4–3,6)	2,8 (2,1–3,8)
65 ans et plus	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>		
Suisses d'origine	0,8 (0,6–1,0)	1,0 (0,8–1,3)
Suisses naturalisés	1,0 (0,7–1,3)	1,3 (0,9–1,8)
Etrangers	1,0	1,0
<b>Niveau de formation</b>		
Scolarité obligatoire	0,9 (0,7–1,2)	1,1 (0,8–1,5)
Degré secondaire	0,9 (0,8–1,1)	1,0 (0,8–1,2)
Degré tertiaire	1,0	1,0
<b>Revenu</b>		
< 3000 CHF	1,2 (0,9–1,5)	1,1 (0,8–1,4)
3000–6000 CHF	1,0 (0,8–1,3)	1,0 (0,8–1,2)
6000 CHF et plus	1,0	1,0
<b>Degré d'urbanisation</b>		
Urbain	0,9 (0,8–1,1)	0,9 (0,7–1,1)
Rural	1,0	1,0
<b>Statut d'activité</b>		
Actif	2,0 (1,7–2,4)	1,2 (1,0–1,5)
Non actif	1,0	1,0
<b>Type de ménage</b>		
Couple sans enfant	0,5 (0,4–0,6)	0,6 (0,5–0,7)
Couple/parent avec enfant	0,9 (0,7–1,1)	0,6 (0,5–0,8)
Autre	1,1 (0,4–2,7)	0,9 (0,3–2,6)
Ménage d'une personne	1,0	1,0
<b>Age auquel on a commencé</b>		
Avant 20 ans	0,7 (0,6–0,9)	0,5 (0,4–0,7)
Après 20 ans	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé

Nombre de cas: Suisse latine n=3116

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p&lt;0,05)

#### Annexe 4.5 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: consommation de cannabis au moins une fois au cours de sa vie, Suisse latine et Suisse, 25 à 69 ans, 2007

	Consommation de cannabis au moins une fois au cours de la vie	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Suisse latine</b>		
<b>Sexe</b>		
Hommes	1,9 (1,7–2,3)	1,8 (1,5–2,1)
Femmes	1,0	1,0
<b>Classes d'âge</b>		
25–34 ans	2,6 (2,1–3,1)	2,2 (1,8–2,7)
35–69 ans	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>		
Suisses d'origine	1,1 (0,9–1,4)	1,1 (0,9–1,4)
Suisses naturalisés	1,1 (0,8–1,5)	1,2 (0,8–1,6)
Etrangers	1,0	1,0
<b>Niveau de formation</b>		
Scolarité obligatoire	0,2 (0,2–0,3)	0,3 (0,2–0,4)
Degré secondaire	0,7 (0,6–0,8)	0,8 (0,7–1,0)
Degré tertiaire	1,0	1,0
<b>Revenu</b>		
< 3000 CHF	0,9 (0,7–1,1)	1,0 (0,8–1,4)
3000–6000 CHF	1,0 (0,8–1,2)	1,0 (0,8–1,2)
6000 CHF et plus	1,0	1,0
<b>Degré d'urbanisation</b>		
Urbain	1,2 (1,0–1,4)	1,2 (0,8–1,6)
Rural	1,0	1,0
<b>Statut d'activité</b>		
Actif	2,5 (2,0–3,0)	1,7 (1,3–2,1)
Non actif	1,0	1,0
<b>Type de ménage</b>		
Couple sans enfant	0,5 (0,4–0,6)	0,5 (0,4–0,7)
Couple/parent avec enfant	0,6 (0,5–0,7)	0,7 (0,5–0,8)
Autre	1,0 (0,4–2,3)	0,7 (0,3–1,9)
Ménage d'une personne	1,0	1,0
<b>Suisse*</b>		
<b>Régions linguistiques</b>		
Suisse alémanique	0,9 (0,8–1,0)	0,9 (0,8–1,0)
Tessin	0,5 (0,4–0,6)	0,5 (0,4–0,7)
Suisse romande	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé, 2007

Nombre de cas: Suisse latine n=5187, Suisse n=13724

\*Ce modèle est ajusté pour le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau de formation, le revenu, les régions linguistiques

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p<0,05)

#### Annexe 4.6 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: être polyconsommateur (tabac et alcool), Suisse latine, 16 ans et plus, 2007

Suisse latine	Polyconsommation d'alcool et de tabac*	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Sexe</b>		
Hommes	2,3 (1,9–3,0)	2,3 (1,8–2,9)
Femmes	1,0	1,0
<b>Classes d'âges</b>		
16–24 ans	0,9 (0,5–1,4)	1,0 (0,6–1,8)
25–34 ans	0,8 (0,5–1,2)	0,7 (0,4–1,1)
35–64 ans	1,3 (1,0–1,7)	1,2 (0,8–1,7)
65 ans et plus	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>		
Suisses d'origine	1,0 (0,7–1,4)	1,0 (0,7–1,4)
Suisses naturalisés	1,1 (0,7–1,6)	1,1 (0,7–1,7)
Etrangers	1,0	1,0
<b>Niveau de formation</b>		
Scolarité obligatoire	0,9 (0,6–1,3)	1,3 (0,8–1,9)
Degré secondaire	1,0 (0,7–1,3)	1,1 (0,9–1,5)
Degré tertiaire	1,0	1,0
<b>Revenu</b>		
< 3000 CHF	0,7 (0,5–0,9)	0,8 (0,5–1,1)
3000–6000 CHF	1,2 (0,9–1,6)	1,2 (0,9–1,7)
6000 CHF et plus	1,0	1,0
<b>Degré d'urbanisation</b>		
Urbain	1,0 (0,–1,2)	1,0 (0,8–1,3)
Rural	1,0	1,0
<b>Statut d'activité</b>		
Actif	1,5 (1,2–1,9)	1,4 (1,0–1,9)
Non actif	1,0	1,0
<b>Type de ménage</b>		
Couple sans enfant	1,0 (0,8–1,3)	0,8 (0,7–1,1)
Couple/parent avec enfant	0,7 (0,6–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Autre	0,6 (0,2–2,1)	0,7 (0,2–2,4)
Ménage d'une personne	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé, 2007

Nombre de cas, population âgée de 16 ans et plus: n=6564

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs ( $p < 0,05$ )

\* La polyconsommation d'alcool et de tabac consiste à consommer de l'alcool au moins trois fois par semaine et à fumer au moins une cigarette par jour.

**Annexe 4.7 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, fumeur, a déjà consommé de cannabis au cours de sa vie, Suisse latine, 16 à 69 ans, 2007**

Suisse latine	Consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé		Fumeur		A déjà consommé du cannabis au cours de sa vie	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI	OR et 95% CI	aOR et 95% CI	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
<b>Sexe</b>						
Hommes	1,4 (1,1–1,9)	1,4 (1,0–1,8)	1,4 (1,2–1,6)	1,1 (1,0–1,3)	1,9 (1,6–2,2)	1,9 (1,6–2,2)
Femmes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Classes d'âge</b>						
16–24	1,2 (0,8–1,7)	1,0 (0,7–1,5)	1,6 (1,3–2,0)	1,4 (1,1–1,7)	2,3 (1,8–2,8)	2,0 (1,6–2,6)
25–34	0,6 (0,4–0,8)	0,5 (0,3–0,7)	1,5 (1,2–1,7)	1,2 (1,0–1,4)	2,6 (2,1–3,1)	2,5 (2,1–3,1)
35–69	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Alcool</b>						
Risque moyen/élevé	-	-	1,8 (1,4–2,4)	1,7 (1,3–2,3)	1,4 (1,1–1,9)	1,2 (0,9–1,6)
Abstinent/risque faible	-	-	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Tabac</b>						
Fumeur	1,8 (1,4–2,4)	1,7 (1,3–2,3)	-	-	3,9 (3,4–4,6)	3,8 (3,2–4,5)
Non- /ex-fumeur	1,0	1,0	-	-	1,0	1,0
<b>Cannabis</b>						
Déjà consommé	1,4 (1,1–1,9)	1,2 (1,3–2,3)	3,9 (3,4–4,6)	3,8 (3,2–4,5)	-	-
Jamais consommé	1,0	1,0	1,0	1,0	-	-

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé, 2007

Nombre de cas: Consommation chronique d'alcool n=5609; Consommation de tabac n=5609; Consommation de cannabis au cours de sa vie n=5609

Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p<0,05)

## Annexes du chapitre 5

## Annexe 5.1 Typologie des comportements de protection active et passive selon les caractéristiques sociodémographiques, Suisse latine et Suisse entière, 25 ans et plus, 2007 (n et %)

Caractéristiques sociodémographiques		Suisse latine				Suisse			
		Preneur de risque	Compensateur de risque	Protecteur passif	Protecteur actif	Preneur de risque	Compensateur de risque	Protecteur passif	Protecteur actif
<b>Échantillon</b>	n	1065	840	2187	2038	2290	2497	4874	6493
<b>Totaux</b>	%	17,3	13,4	35,7	33,6	14,0	16,0	28,3	41,7
<b>Sexe</b>	Hommes	19,4	14,9	31,1	34,7	16,2	18,2	25,7	39,8
	Femmes	15,6	12,0	39,8	32,7	11,9	13,9	30,8	43,4
<b>Classes d'âge</b>	25–34 ans	19,6	17,9	29,2	33,4	16,9	21,9	23,1	38,1
	35–49 ans	20,2	13,5	34,6	31,7	15,8	16,8	26,4	41,1
	50–64 ans	16,4	13,4	34,4	35,8	13,9	16,5	25,6	44,0
	65 ans et plus	11,7	8,9	45,1	34,3	8,6	8,9	39,7	42,8
<b>Nationalité</b>	Suisses d'origine	15,7	13,9	34,9	35,5	13,0	15,8	27,3	44,0
	Suisses naturalisés	19,3	13,0	34,0	33,7	13,4	16,6	29,8	40,2
	Etrangers	20,5	12,2	38,5	28,9	18,0	16,3	31,7	34,0
<b>Niveau de formation</b>	Scolarité obligatoire	16,7	10,1	46,1	27,1	14,5	11,6	42,1	31,8
	Degré secondaire	19,1	13,6	34,5	32,9	15,3	16,5	27,1	41,2
	Degré tertiaire	14,7	14,8	32,1	38,4	11,3	16,8	25,3	46,6
<b>Revenu</b>	<3000 CHF	18,6	12,8	36,9	31,7	15,2	14,5	31,3	39,1
	3000–4499 CHF	17,1	12,6	36,5	33,9	13,6	14,8	28,8	42,8
	4500–5999 CHF	17,3	14,3	31,6	36,9	13,4	18,3	25,3	42,9
	6000 CHF et plus	16,2	15,8	29,5	38,5	13,4	19,3	22,0	45,3
<b>Région linguistique</b>	Suisse romande	17,1	13,4	35,6	34,0	17,1	13,4	35,6	34,0
	Tessin	19,1	13,4	36,1	31,4	19,1	13,4	36,1	31,4
	Suisse alémanique	-	-	-	-	12,6	17,0	25,4	45,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé  
Suisse latine: n=6'486; Suisse: n=16'947

**Annexe 5.2 Comportements à risque pour la santé selon les caractéristiques sociodémographiques,**  
par sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (n et %)

		Hommes (n=2851)					Femmes (n=3635)				
		ALIM-	PA-	TB+	OH+	Σ risques ≥2	ALIM-	PA-	TB+	OH+	Σ risques ≥2
<b>Echantillon</b>	n	1223	1665	840	222	1222	1134	2421	883	206	1326
<b>Totaux</b>	%	45,2	64,3	30,0	7,0	44,2	32,3	69,6	22,9	5,4	35,8
<b>Classes d'âge</b>	25–34 ans	49,3	54,1	41,3	4,4	47,9	39,7	71,2	29,8	3,4	42,8
	35–49 ans	46,6	69,2	33,4	6,1	49,4	32,1	71,3	28,1	3,8	39,5
	50–64 ans	41,6	68,5	27,2	9,7	41,8	26,4	65,0	23,2	6,0	31,4
	65 ans et plus	43,3	60,2	16,3	8,0	34,3	33,5	71,5	9,7	8,6	30,2
<b>Nationalité</b>	Suisses d'origine	44,9	61,7	28,0	7,5	42,3	31,9	67,8	22,5	5,4	34,8
	Suisses naturalisés	37,3	64,4	31,9	5,4	40,4	28,7	71,8	26,9	5,5	36,8
	Etrangers	48,5	70,2	33,6	6,6	49,6	35,3	73,0	21,6	5,2	37,7
<b>Niveau de formation</b>	Scolarité obligatoire	51,6	68,3	31,7	8,6	47,6	35,6	74,1	16,8	4,7	32,4
	Degré secondaire	45,7	65,8	31,2	7,5	45,6	32,5	69,1	25,2	5,7	39,2
	Degré tertiaire	41,9	61,0	27,5	5,8	40,7	28,4	67,0	23,8	5,5	31,7
<b>Revenu</b>	<3000 CHF	46,9	65,7	28,9	7,2	43,2	34,2	71,0	24,9	4,8	38,9
	3000–4499 CHF	44,4	64,3	29,2	5,6	42,8	32,7	69,5	23,2	6,5	36,4
	4500–5999 CHF	45,3	63,0	31,2	9,8	46,9	28,5	66,2	20,9	5,4	29,9
	6000 CHF et plus	43,2	62,1	31,5	6,1	43,9	31,2	65,0	23,0	6,0	34,1
<b>Région latine</b>	Suisse romande	47,3	63,9	30,1	6,8	45,3	34,5	68,5	22,5	5,1	36,5
	Tessin	32,3	66,9	29,1	8,4	37,6	20,7	75,4	24,8	6,9	32,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
Suisse latine: n=6'486

**Annexe 5.3 Probabilité d'un risque cumulé élevé (somme  $\geq 2$ ) selon les 4 composantes de risque (ne pas faire attention à l'alimentation, ne pas faire suffisamment d'activité physique, fumer et boire excessivement de l'alcool), par sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007**

		Hommes OR et 95%CI (n=2'851)	Hommes aOR et 95%CI (n=2'758)	Femmes OR et 95%CI (n=3'635)	Femmes aOR et 95%CI (n=3'356)
<b>Classes d'âge</b>	25–34 ans	1,5 (1,2–2,0)	1,6 (1,2–2,0)	1,8 (1,4–2,2)	2,0 (1,6–2,5)
	35–49 ans	1,8 (1,5–2,2)	1,9 (1,5–2,3)	1,6 (1,3–1,9)	1,7 (1,4–2,1)
	50–64 ans	1,3 (1,1–1,7)	1,3 (1,1–1,6)	1,1 (0,9–1,4)	1,2 (0,9–1,5)
	65 ans et plus	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Nationalité</b>	Suisses d'origine	1,0	1,0	1,0	1,0
	Suisses naturalisés	1,0 (0,8–1,3)	1,0 (0,8–1,3)	1,1 (0,9–1,3)	1,1 (0,9–1,3)
	Etrangers	1,3 (1,1–1,6)	1,2 (0,9–1,5)	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,9–1,4)
<b>Région latine</b>	Suisse romande	1,0	1,0	1,0	1,0
	Tessin	0,7 (0,6–0,9)	0,7 (0,6–0,9)	0,8 (0,7–0,9)	0,8 (0,7–0,9)
<b>Niveau de formation</b>	Scolarité obligatoire	1,4 (1,1–1,8)	1,6 (1,2–2,1)	1,2 (1,0–1,5)	1,6 (1,3–2,1)
	Degré secondaire	1,2 (1,1–1,4)	1,3 (1,1–1,6)	1,4 (1,2–1,7)	1,6 (1,3–1,9)
	Degré tertiaire	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Revenu</b>	<3000 CHF	1,1 (0,9–1,4)	0,9 (0,7–1,1)	1,3 (1,1–1,7)	1,1 (0,9–1,4)
	3000–4499 CHF	1,1 (0,8–1,3)	0,9 (0,7–1,1)	1,2 (0,9–1,5)	1,1 (0,9–1,4)
	4500–5999 CHF	1,3 (1,1–1,7)	1,2 (0,9–1,6)	1,0 (0,7–1,2)	0,9 (0,7–1,2)
	6000 CHF et plus	1,0	1,0	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Suisse latine: n=6'486 (hommes: n=2'851; femmes: n=3'635)

Définitions:

- Risque lié à l'alimentation: ne fait pas attention à son alimentation (ALIM-)
- Risque lié à l'activité physique: ne fait pas suffisamment d'activité physique (PA-) (inactif ou partiellement actif versus irrégulier, régulier ou entraîné)
- Risque lié au tabagisme: fume (TB+)
- Risque lié à l'alcool (OH+): > 40 gr pour les hommes et > 20 gr femmes
- Risque cumulé élevé:  $\geq 2$  basé sur la somme des 4 risques séparés (somme de 0 à 4), Odds ratios univariés (OR) et multivariés (aOR) et leurs 95% intervalle de confiance (95%CI),

**Annexe 5.4 Co-morbidités et comportements de protection active et passive par sexe, Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (n et %)**

		Hommes				Femmes			
		Preneur de risque	Compensateur de risque	Protecteur passif	Protecteur actif	Preneur de risque	Compensateur de risque	Protecteur passif	Protecteur actif
<b>Échantillon</b>	n	502	410	802	923	563	430	1385	1115
<b>Totaux</b>	%	19,4	14,9	31,1	34,7	15,6	12,0	39,8	32,7
<b>Préoccupé par sa santé</b>	Oui	67,3	78,0	78,8	88,9	77,5	88,2	86,9	93,3
	Non	32,7	22,0	21,2	11,1	22,5	11,8	13,1	6,7
<b>Santé auto-évaluée</b>	Très bonne et bonne	83,6	87,6	85,6	88,8	82,3	86,2	79,1	87,4
	Moyenne à mauvaise	16,4	12,4	14,4	11,2	17,7	13,8	20,9	12,6
<b>Problèmes psychiques</b>	Sans ou faibles	75,2	77,3	79,6	86,2	68,4	74,0	75,7	80,7
	Moyens à importants	24,8	22,7	20,4	13,9	31,6	26,0	24,4	19,3
<b>Symptômes dépressifs</b>	Sans	79,7	85,9	80,8	84,6	69,8	76,8	74,4	79,0
	Faibles à sévères	20,3	14,1	19,2	15,4	30,2	23,3	25,6	21,0
<b>Groupes IMC</b>	Sous-poids (<18,5)	0,7	0,5	0,4	0,4	9,7	8,8	5,5	4,1
	Normal (18,5–<25)	49,6	53,3	38,9	50,7	64,2	66,8	58,9	63,2
	Surpoids (25–<30)	41,8	39,4	46,8	39,4	19,6	19,5	24,4	25,9
	Obèses ( $\geq 30$ )	7,9	6,9	13,9	9,4	6,4	4,9	11,2	6,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Suisse latine: n=6'486 (hommes n=2'851; femmes: n=3'635)

**Annexe 5.5 Co-morbidité et cumul des comportements à risque par sexe,  
Suisse latine, 25 ans et plus, 2007 (%)**

		Hommes		Femmes	
		0-1 risque	≥ 2 risques	0-1 risque	≥ 2 risques
<b>Préoccupé par sa santé</b>	Oui	88,4	70,3	92,4	79,9
	Non	11,7	29,7	7,6	20,1
<b>Santé auto-évaluée</b>	Très bonne et bonne	82,4	87,2	80,4	82,6
	Moyenne à mauvaise	17,6	12,8	19,6	17,5
<b>Problèmes psychiques</b>	Sans ou faibles	83,1	78,0	77,5	73,7
	Moyens à importants	16,9	22,0	22,5	26,3
<b>Symptômes dépressifs</b>	Sans	82,8	82,6	76,2	74,7
	Faibles à sévères	17,2	17,4	23,9	25,3
<b>Groupes IMC</b>	Sous-poids (<18,5)	0,6	0,6	5,4	7,5
	Normal (18,5- <25)	46,7	46,5	61,0	63,4
	Surpoids (25- <30)	41,4	43,0	25,1	21,2
	Obèses (≥30)	11,3	9,9	8,5	8,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
Suisse latine: n=6486 (hommes: n= 2851; femmes: n=3635)









