



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

OBSAN RAPPORT 70

70

Troisième rapport sur la santé dans le canton de Fribourg

Analyse des données de l'Enquête suisse
sur la santé 2012

Florence Moreau-Gruet



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

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

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

Impressum

Editeur

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

Mandant

Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg

Auteure

Florence Moreau-Gruet (Obsan)

Equipe de projet à l'Obsan

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

Série et numéro

Obsan Rapport 70

Référence bibliographique

Moreau-Gruet, F. (2015). *Troisième rapport sur la santé dans le canton de Fribourg. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2012* (Obsan Rapport 70). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations et commandes

Service de la santé publique
Route des cliniques 17, Case postale, 1701 Fribourg
Tél. 026 305 29 13

Téléchargement du fichier PDF

<http://www.fr.ch/ssp/fr/pub/index.cfm>

Langue(s) du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

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

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

ISBN

978-2-940502-35-6

© Obsan 2016

Table des matières

Préambule / Vorwort	3	2 Etat de santé	29
Abréviations	4	2.1 Longévité et mortalité	29
Résumé général	5	2.1.1 Espérance de vie à la naissance	29
Gesamtzusammenfassung	8	2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans	30
1 Introduction	11	2.1.3 Taux de mortalité	31
1.1 Rapports pour le canton de Fribourg	11	2.1.4 Causes de décès	32
1.2 Objectifs du rapport	12	2.1.5 Années potentielles de vie perdues	34
1.3 Présentation des données	12	2.2 Etat de santé auto-évalué	34
1.3.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)	12	2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations	38
1.3.2 Autres sources de données	16	2.3.1 Problèmes de santé de longue durée	38
1.4 Présentation de l'approche par les déterminants de la santé	17	2.3.2 Limitations des activités en raison de problèmes de santé	39
1.4.1 Concept de déterminants sociaux de la santé	17	2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne	40
1.4.2 Déterminants de santé présentés dans le rapport sur la santé dans le canton de Fribourg	19	2.4 Santé physique	41
1.5 Méthodes et analyses, lecture des tableaux	23	2.4.1 Troubles physiques	41
1.5.1 Analyses descriptives	23	2.4.2 Sélection de diagnostics	42
1.5.2 Exemples de lecture de tableaux et de figures comprenant des intervalles de confiance	23	2.4.3 Facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires	44
1.6 Le canton de Fribourg en comparaison régionale	26	2.4.4 Multimorbidité	46
		2.4.5 Accidents et chutes	47
		2.5 Santé psychique	50
		2.5.1 Energie et vitalité	51
		2.5.2 Problèmes psychiques	52
		2.5.3 Symptômes dépressifs	54
		2.6 Ressources en santé	55
		2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie	55
		2.6.2 Soutien social	56
		2.6.3 Sentiments de solitude	57
		2.7 Résumé	58

3	Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	59	5.3	Recours à la médecine complémentaire	115
3.1	Attention portée à la santé	60	5.4	Prestations hospitalières	118
3.2	Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique	62	5.4.1	Soins hospitaliers ambulatoires	118
3.2.1	Surcharge pondérale	62	5.4.2	Soins hospitaliers intra-muros	119
3.2.2	Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide	65	5.5	Soutien à la maison, formel et informel	121
3.2.3	Activité physique	69	5.6	Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées	124
3.3	Consommation de substances psychoactives	72	5.7	Résumé	125
3.3.1	Consommation de tabac	72	6	Evolution des coûts et des primes de l'Assurance obligatoire des soins (AOS)	127
3.3.2	Fumée passive	76	6.1	Coûts de l'AOS	128
3.3.3	Consommation d'alcool	78	6.2	Primes AOS et modèles d'assurance	133
3.3.4	Consommation de cannabis	82	6.3	Résumé	137
3.3.5	Consommation de médicaments	83			
3.4	Résumé	86			
4	Santé, habitat et conditions de travail	87		Glossaire	139
4.1	Nuisances à la maison	89		Bibliographie	142
4.2	Travail et santé	91		Annexes	151
4.2.1	Aspects généraux du travail et de la santé	91			
4.2.2	Risques physiques au travail	93			
4.2.3	Risques psychosociaux au travail	96			
4.2.4	Horaires de travail	99			
4.2.5	Risques multiples au travail	101			
4.3	Résumé	102			
5	Recours aux services de santé	103			
5.1	Recours aux consultations médicales en cabinet	104			
5.1.1	Consultations médicales en cabinet	104			
5.1.2	Consultations médicales en cabinet par domaine de spécialisation	108			
5.2	Recours aux examens préventifs	111			
5.2.1	Examens préventifs des maladies cardiovasculaires	112			
5.2.2	Examens de dépistage du cancer	113			
5.2.3	Prévention de la grippe	115			

Préambule

La santé est un bien précieux pour la population du canton de Fribourg. Sa qualité, son maintien, son rétablissement et sa promotion constituent des objectifs politiques et de société.

L'Enquête suisse sur la santé est devenue à cet égard un instrument de travail important. Elle livre, tous les cinq ans, de nombreuses données sur l'état de santé de la population. Parmi les résultats de l'étude, on relève avec satisfaction que 79,8% de la population interrogée considère son état de santé comme bon ou très bon. En outre, la très grande majorité des personnes actives professionnellement se disent satisfaites de leur situation professionnelle. Enfin, la proportion de personnes inactives physiquement s'est fortement réduite. Ces résultats encouragent à poursuivre les efforts de prévention et de promotion de la santé entrepris dans le canton.

A côté de cela, l'enquête révèle aussi un certain nombre de constats qui requièrent une attention particulière. La part de personnes qui se sentent soumises à une charge psychique est en augmentation. Certains facteurs de risques de maladie augmentent en fonction de l'âge. Le niveau de formation joue un rôle important.

Les résultats de cette enquête vont nourrir l'élaboration de la prochaine planification cantonale de promotion de la santé et de prévention 2017–2021, qui va s'attacher à ce que tous les acteurs aient une responsabilité dans la promotion de la santé de la population: les instances cantonales, les communes, le secteur privé et l'ensemble de la société civile.

AC Demierre

Anne-Claude Demierre,
Conseillère d'Etat Directrice,
Direction de la santé et des affaires sociales

Vorwort



Die Gesundheit ist ein wertvolles Gut für die Bevölkerung des Kantons Freiburg. Qualität, Erhalt, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit sind sowohl politische als auch gesellschaftliche Ziele.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Hinblick auf diese Ziele zu einem wichtigen Arbeitsinstrument geworden. Alle fünf Jahre liefert sie zahlreiche Angaben über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Erfreulicherweise zeigen die Ergebnisse der Erhebung unter anderem, dass 79,8% der befragten Personen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen. Darüber hinaus ist die grosse Mehrheit der erwerbstätigen Personen mit ihrer beruflichen Situation zufrieden. Schliesslich ist der Anteil der körperlich inaktiven Personen stark zurückgegangen. Diese Ergebnisse ermutigen, die im Kanton unternommenen Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention fortzuführen.

Ferner zeigt die Erhebung aber auch einige Aspekte auf, die eine besondere Aufmerksamkeit erfordern. So ist der Anteil an Personen mit einer psychischen Belastung gestiegen. Gewisse Risikofaktoren für Krankheiten nehmen mit dem Alter zu und das Bildungsniveau spielt eine bedeutende Rolle.

Die Ergebnisse dieser Erhebung werden in die Ausarbeitung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention 2017–2021 einfließen. Dieser wird sich dafür einsetzen, dass alle Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung der Bevölkerung Verantwortung übernehmen: die kantonalen Stellen, die Gemeinden, der Privatsektor und die gesamte Gesellschaft.

AC Demierre

Anne-Claude Demierre,
Staatsrätin,
Direktorin für Gesundheit und Soziales

Abréviations

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

Résumé général

La connaissance de l'état de santé de la population est d'une grande importance pour mettre sur pied des programmes de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins. C'est la raison pour laquelle le canton de Fribourg a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour réaliser le présent rapport sur l'état de santé de sa population. La base de données permettant l'établissement d'indicateurs de santé la plus exhaustive au niveau suisse est l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Cette enquête est menée par l'Office fédéral de la statistique tous les 5 ans depuis 1992 sur un vaste échantillon. Le canton de Fribourg, comme lors des précédentes enquêtes, a augmenté son échantillon pour pouvoir réaliser des analyses cantonales approfondies. En 2012, l'échantillon suisse comprenait environ 22'000 personnes et celui du canton de Fribourg 1007 personnes. Pour compléter ces informations, d'autres bases de données telles que la statistique des causes de décès, ou la statistique médicale des hôpitaux ont été utilisées.

Le présent rapport, qui fait suite à ceux déjà établis en 1996 et en 2010, présente les résultats pour l'année 2012 ainsi que des comparaisons temporelles avec les enquêtes précédentes. Les thèmes abordés sont l'état de santé physique et psychique, les attitudes et comportements pouvant influencer la santé, les liens entre santé et habitat ainsi que conditions de travail, le recours aux services de santé et les coûts et primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Bon état de santé auto-évalué mais état de santé psychique moins bon qu'en moyenne suisse

Généralement, la population du canton de Fribourg s'estime en bonne santé: 79,8% de ses habitants estiment que leur état de santé est bon ou très bon avec peu de différence entre les femmes et les hommes. La proportion de personnes qui souffrent d'un problème de santé de longue durée s'élève à 30,1%, proportion similaire à celle au niveau suisse (31,9%). Des troubles physiques importants tels que maux de dos, insomnies, maux de tête, douleurs aux épaules ou à la nuque sont ressentis

par 23,7% des habitants du canton de Fribourg, ces troubles étant mentionnés deux fois plus souvent par les femmes (32,2%) que par les hommes (14,2). Trois facteurs de risques pour les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cholestérol élevé, diabète) ont augmenté depuis 2002 (2007 pour le diabète) mais aucun de manière significative dans le canton de Fribourg.

L'état de santé psychique semble moins bon dans le canton de Fribourg: 23,1% des répondants fribourgeois font état de problèmes psychiques moyens à importants, contre 18,0% des répondants suisses, cette proportion étant presque deux fois plus importante chez les femmes (29,2%) que chez les hommes (15,7%). L'indicateur d'«énergie et vitalité» ne présente pas des valeurs significativement plus faibles qu'en moyenne suisse. Le pourcentage de Fribourgeois indiquant souffrir de symptômes dépressifs modérés à graves (7,8%) est similaire à celui des Suisses (6,5%). Le sentiment de maîtrise de la vie, considéré comme une ressource de santé, est moins répandu dans le canton de Fribourg, et les sentiments de solitude plus fréquents. Contrairement au niveau suisse, la proportion de femmes dans le canton de Fribourg présentant un faible niveau de maîtrise de la vie a augmenté depuis 1992.

Taux de mortalité plus élevé dans le canton de Fribourg mais phénomène de rattrapage chez les hommes

Par rapport à d'autres cantons, Fribourg affiche des résultats moins favorables en ce qui concerne les diagnostics de certaines maladies cardio-vasculaires: c'est le deuxième canton le plus touché pour l'insuffisance cardiaque, le septième pour l'attaque cérébrale et le seizième pour l'infarctus aigu du myocarde. Le taux de mortalité reste supérieur dans le canton de Fribourg à celui au niveau suisse, même si un effet de rattrapage se fait sentir: le taux des femmes, toujours nettement plus bas que celui des hommes, est très proche du niveau suisse, et l'écart du taux des hommes fribourgeois avec celui au niveau suisse a beaucoup diminué. Si l'espérance

de vie dans le canton de Fribourg a augmenté passant de 81,1 ans chez les femmes et de 73,6 ans chez les hommes pour la période 1990–1999 à 84,4 et 79,6 ans pour la période 2007–2012, elle reste plus courte qu'au niveau suisse: les femmes se situent au onzième rang et les hommes occupent la vingtième place.

Stabilité de la consommation d'alcool mais diminution de la consommation de tabac chez les hommes

Le canton de Fribourg présente plusieurs comportements favorables à la santé au niveau de l'alimentation. La surcharge pondérale n'a pas significativement augmenté depuis 1992, contrairement au niveau suisse. La consommation de cinq fruits et légumes y est plus fréquente qu'en moyenne suisse. Les Fribourgeois consomment aussi plus de poisson mais aussi plus de viande que les Suisses dans leur ensemble. La proportion de personnes physiquement actives dans le canton de Fribourg est inférieure à celle au niveau suisse et n'a pas augmenté significativement depuis 2002. On observe toutefois une diminution de la proportion de personnes totalement inactives, et cette diminution s'observe particulièrement chez les femmes.

La proportion de fumeurs n'a pas varié de 2007 à 2012 et s'établit à 27,0% de la population fribourgeoise. Sur le long terme, la proportion de fumeurs parmi les hommes fribourgeois a baissé de 9,4 points de pourcentage depuis 1992 (de 38,2% à 28,8%) tandis que celle des femmes a légèrement augmenté mais pas de manière significative (de 22,5% à 25,5%). Dans la population fribourgeoise, la proportion de personnes exposées au moins une heure à la fumée a baissé de moitié depuis 2007 (de 17,7% à 8,7%). La consommation d'alcool n'a pas beaucoup évolué entre 2007 et 2012, mais sur le long terme on observe une diminution de la consommation journalière et une augmentation de la consommation hebdomadaire. La prévalence sur la vie de la consommation de cannabis s'établit à 26,3% en 2012 dans le canton de Fribourg en augmentation depuis 2002 (18,5%), la différence n'étant pas significative avec 2007 (21,8%). De plus environ un habitant sur deux dans le canton de Fribourg a consommé au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête, en augmentation de 13,2 points de pourcentage depuis 1992.

Malgré l'importance des risques physiques et psychosociaux au travail, la satisfaction au travail est élevée

L'environnement à la maison et au travail peuvent avoir une influence négative sur la santé. La pollution peut atteindre les voies respiratoires et le bruit expose entre autres à des troubles du sommeil et à des problèmes cardiovasculaires. Dans le canton de Fribourg, moins de la moitié des habitants se plaignent d'au moins une nuisance à la maison (44,2%), ce qui est comparable à la moyenne suisse. Les trois nuisances les plus mentionnées par les habitants du canton de Fribourg sont par ordre d'importance le bruit du trafic routier, celui de personnes ou d'enfants et les nuisances dues à l'agriculture. Les personnes professionnellement actives se sentent en général en meilleure santé que celles qui ne travaillent pas. La satisfaction au travail a augmenté depuis 2002 pour atteindre 66,3% de très ou pleinement satisfaits en 2012 et seulement un dixième environ des personnes dans le canton de Fribourg font état d'un effet négatif du travail sur la santé. Malgré tout, 88,1% des personnes professionnellement actives dans le canton de Fribourg se disent concernées par au moins un risque physique au travail (p. ex. rester debout, faire des mouvements répétitifs de la main ou du bras, tenir des positions douloureuses ou fatigantes) et 90,2% par au moins un risque psychosocial (exigences élevées, délais restreints, faible autonomie).

La proportion d'habitants du canton de Fribourg qui n'a pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois a baissé depuis 2002

Depuis 2002, on observe dans le canton de Fribourg une nette baisse de la proportion de personnes n'ayant pas consulté le médecin au cours des douze mois précédant l'enquête (de 26,9% en 2002 à 19,8% en 2012, la différence avec 2007 n'étant pas significative). Toutefois la proportion de femmes qui n'ont pas déclaré de consultation médicale (12,6%) est beaucoup plus faible que la proportion d'hommes (28,1%), cette différence pouvant en partie être expliquée par les consultations gynécologiques. La part de la population testée pour le taux de cholestérol, la glycémie et la tension artérielle au cours des douze derniers mois (respectivement 45,1%, 47,9% et 73,1%) n'est pas significativement différente de celle au niveau suisse. Dans le canton de Fribourg la proportion de personnes ayant réalisé les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que du cancer de la prostate est similaire à la moyenne suisse. Par contre, Fribourg est le quatrième canton parmi ceux ayant

suréchantillonné où le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du sein est le plus élevé: 35,2% des femmes de 50 ans et plus (CH: 21,6%).

Parmi les cantons ayant suréchantillonné, le canton de Fribourg occupe le premier rang pour le recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois (34,5%, CH: 24,0%) pour une moyenne de 2 consultations par an (2^e rang, CH: 1,6). L'ostéopathie est la médecine complémentaire à laquelle il est fait le plus souvent recours dans le canton de Fribourg, suivie de l'homéopathie.

La fréquence du recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux et des séjours à l'hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête est similaire à celle au niveau suisse (respectivement 19,5% et 10,9%). Les services d'aide et de soins à domicile ont été aussi sollicités dans le canton de Fribourg (3,3%) à un niveau similaire à la moyenne suisse (2,8%). De plus, 13,2% de la population fribourgeoise a bénéficié d'une aide informelle au cours des douze derniers mois, le plus souvent pour des tâches ménagères.

Dans le canton de Fribourg, les coûts de l'AOS et les primes d'assurances sont légèrement plus basses qu'en moyenne suisse

Les coûts de l'AOS dans le canton de Fribourg qui s'établissent à 2951 francs par assuré sont inférieurs de 308 francs à la moyenne suisse. Depuis 2008, les coûts bruts de l'AOS ont augmenté de 3,3% dans le canton de Fribourg, cette augmentation étant de 5,7% pendant la période de 2003 à 2007. L'augmentation des coûts au cours de ces cinq années est essentiellement imputable à la croissance des coûts des prestations ambulatoires des hôpitaux ainsi que des traitements ambulatoires des médecins.

Le canton de Fribourg affiche des primes annuelles légèrement plus basses que la moyenne suisse. Elles s'élèvent à 3488 francs par assuré de 26 ans et plus en 2012. Plus de 80% des assurés dans le canton de Fribourg choisissaient le modèle d'assurance standard suivant la LAMal en 2008. Ils ne sont plus que 49,1% en 2012. Le modèle du médecin de famille a gagné du terrain en rassemblant 40,1% des assurés fribourgeois en 2012 contre 16,9% en 2008. La proportion de la population fribourgeoise qui opte pour des franchises à 300 francs (environ 39%) n'a pas évolué depuis 2008, par contre celle qui a choisi une franchise de 2500 francs a doublé (de 5,8% à 11,9%).

La proportion de bénéficiaires d'une réduction de prime est restée similaire dans le canton de Fribourg entre 2008 et 2012 (28,1% à 29,1%), mais la contribution moyenne par bénéficiaire a augmenté de 310 francs. En pourcentage des primes brutes de tous les assurés en 2012, la contribution dans le canton de Fribourg (19,2%) est légèrement plus importante qu'en moyenne suisse (16,1%).

Gesamtzusammenfassung

Das Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist von grosser Wichtigkeit für die Planung und die Umsetzung von bedürfnisgerechten Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund hat der Kanton Freiburg das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, den vorliegenden Gesundheitsbericht zu erarbeiten. Die umfassendste nationale Datensammlung, auf deren Grundlage Gesundheitsindikatoren erstellt werden können, ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Die SGB wird in der Schweiz vom Bundesamt für Statistik seit 1992 alle fünf Jahre basierend auf einer grossen Stichprobe durchgeführt. Der Kanton Freiburg hat wie schon in den früheren Befragungen seine Stichprobe erhöht, um vertiefte kantonale Analysen durchführen zu können. Im Jahr 2012 umfasste die Stichprobe auf nationaler Ebene rund 22'000 Personen, jene des Kantons Freiburg 1007 Personen. Um die Angaben zu vervollständigen, wurden weitere Datenbanken wie die Todesursachenstatistik oder die medizinische Statistik der Krankenhäuser beigezogen.

Der vorliegende Bericht, der dritte nach 1996 und 2010, zeigt Auswertungen der Daten 2012 und stellt zeitliche Vergleiche mit den früheren Befragungen an. Dabei werden folgende Themen behandelt: der körperliche und der psychische Gesundheitszustand, die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohn- bzw. Arbeitsumfeld, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie die Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, aber psychische Gesundheit schlechter als der Schweizer Durchschnitt

Im Allgemeinen fühlt sich die Bevölkerung des Kantons Freiburg gesundheitlich gut: 79,8% der Einwohnerinnen und Einwohner schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männern gering ist. 30,1% der Freiburgerinnen und

Freiburger sind von einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen, was dem Schweizer Durchschnitt (31,9%) entspricht. Unter starken körperlichen Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Schulter- oder Nackenschmerzen leiden 23,7% der Bevölkerung des Kantons Freiburg. Frauen sind davon doppelt so häufig betroffen (32,2%) wie Männer (14,2%). Hoher Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte und Diabetes – Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten – haben seit 2002 (2007 bei Diabetes) zugenommen. Im Gegensatz zur Gesamtschweiz ist die Veränderung im Kanton Freiburg nicht signifikant.

Der psychische Gesundheitszustand scheint im Kanton Freiburg weniger gut zu sein: 23,1% der befragten Freiburgerinnen und Freiburger berichten von mittlerer bis starker psychischer Belastung gegenüber 18,0% der Schweizerinnen und Schweizer. Dieser Anteil ist bei den Frauen (29,2%) beinahe doppelt so hoch wie bei den Männern (15,7%). Der Indikator «Energie und Vitalität» weist keine signifikant niedrigeren Werte auf als im Schweizer Durchschnitt. Der Anteil der Freiburgerinnen und Freiburger, die an mittleren bis schweren Depressions-symptomen leiden (7,8%) liegt etwa im Schweizer Durchschnitt (6,5%). Das Gefühl, das eigene Leben unter Kontrolle zu haben, gilt als Gesundheitsressource und ist im Kanton Freiburg weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz. Das Gefühl der Vereinsamung tritt im Kanton häufiger auf. Der Anteil Frauen mit dem Gefühl, wenig Kontrolle über ihr Leben zu haben, hat im Kanton Freiburg im Gegensatz zum gesamtschweizerischen Anteil seit 1992 zugenommen.

Höhere Mortalitätsrate im Kanton Freiburg, aber Annäherung bei den Männern

Im Vergleich mit anderen Kantonen verzeichnet Freiburg bei der Diagnose einiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen weniger gute Ergebnisse: Der Kanton Freiburg ist am zweithäufigsten von Herzinsuffizienz betroffen, beim Hirnschlag kommt er an siebter und beim akuten Myokardinfarkt an sechzehnter Stelle. Die Mortalitätsrate

liegt im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt, auch wenn sich zusehends eine Annäherung bemerkbar macht: Die Mortalitätsrate der Frauen, die nach wie vor deutlich tiefer ist als jene der Männer, ist ähnlich hoch wie in der Schweiz insgesamt und der Unterschied zwischen der Mortalitätsrate der Freiburger Männer und jener der Schweiz hat sich deutlich verringert. Auch wenn die Lebenserwartung bei Geburt im Kanton Freiburg von 81,1 Jahren bei den Frauen und 73,6 Jahren bei den Männern im Zeitraum 1990–1999 auf 84,4 Jahre beziehungsweise auf 79,6 Jahre im Zeitraum 2007–2012 gestiegen ist, liegt sie insgesamt unter dem Schweizer Durchschnitt: Die Frauen sind auf dem elften Rang und die Männer auf dem zwanzigsten.

Unveränderter Alkoholkonsum, aber rückläufiger Tabakkonsum bei den Männern

In Bezug auf die Ernährung weist die Bevölkerung des Kantons Freiburg mehrere gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aus. Im Gegensatz zur Gesamtschweiz hat der Anteil übergewichtiger Personen seit 1992 nicht signifikant zugenommen. Freiburgerinnen und Freiburger halten die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Gemüse und/oder Früchte am Tag zu konsumieren, häufiger ein als der Schweizer Durchschnitt. Sie essen ausserdem mehr Fisch, aber auch mehr Fleisch als die Schweizerinnen und Schweizer. Der Anteil körperlich aktiver Personen liegt im Kanton Freiburg unter dem Schweizer Durchschnitt und ist seit 2002 nicht mehr signifikant angestiegen. Hingegen geht der Anteil der inaktiven Personen zurück, insbesondere bei den Frauen.

Der Anteil Raucherinnen und Raucher blieb zwischen 2007 und 2012 stabil und beträgt 27,0% im Kanton Freiburg. Auf lange Sicht betrachtet hat sich der Anteil Raucher unter den Freiburger Männern seit 1992 um 9,2 Prozentpunkte verkleinert (von 38,2% auf 28,8%), während der Anteil Raucherinnen leicht, aber nicht signifikant, zugenommen hat (von 22,5% auf 25,5%). Der Anteil Personen im Kanton Freiburg, der mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauch ausgesetzt ist, hat sich seit 2007 um die Hälfte reduziert (von 17,7% auf 8,7%). Der Alkoholkonsum hat sich zwischen 2007 und 2012 kaum verändert, aber auf lange Sicht zeigt sich ein Rückgang des täglichen Konsums und eine Erhöhung des wöchentlichen Konsums. Die Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum beträgt 2012 im Kanton Freiburg 26,3%. Dies bedeutet eine Zunahme seit 2002 (18,5%), jedoch kein signifikanter Unterschied im Vergleich zu 2007 (21,8%). Darüber hinaus hat rund jede zweite

Einwohnerin bzw. jeder zweite Einwohner des Kantons Freiburg in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen. Dies entspricht einer Zunahme um 13,2 Prozentpunkte seit 1992.

Hohe Arbeitszufriedenheit trotz verbreiteter körperlicher und psychosozialer Belastungen bei der Arbeit

Das Wohnumfeld und das Arbeitsumfeld können die Gesundheit negativ beeinflussen. Die Luftverschmutzung kann die Atemwege beeinträchtigen und Lärm steht unter anderem in Zusammenhang mit Schlafstörungen und Herz-Kreislauf-Störungen. Weniger als die Hälfte der Freiburgerinnen und Freiburger geben mindestens eine Störung im Wohnumfeld an (44,2%). Dies entspricht dem Schweizer Durchschnitt. Die meistgenannten Störungen der Freiburger Bevölkerung sind Verkehrslärm, Personen- oder Kinderlärm sowie Störungen durch die Landwirtschaft. Erwerbstätige Personen fühlen sich im Allgemeinen gesünder als nicht erwerbstätige Personen. Die Arbeitszufriedenheit hat sich seit 2002 erhöht. Die Mehrheit der erwerbstätigen Bevölkerung im Kanton Freiburg (66,3%) ist im Jahr 2012 mit der aktuellen Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden und nur rund ein Zehntel ist der Meinung, ihre Arbeit habe negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Dennoch nennen 88,1% der erwerbstätigen Freiburgerinnen und Freiburger mindestens eine körperliche Belastung (z. B. langes Stehen, stets gleiche Hand- oder Armbewegungen, schmerzhaft oder ermüdende Körperhaltung) und 90,2% mindestens eine psychosoziale Belastung (z. B. hoher Zeitdruck, hohe Arbeitsanforderungen, geringe Autonomie).

Der Anteil der Freiburger Bevölkerung ohne Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten ist seit 2002 gesunken

Seit 2002 verzeichnet der Kanton Freiburg einen deutlichen Rückgang des Anteils Personen, der in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Ärztin bzw. keinen Arzt aufgesucht hat (von 26,9% im Jahr 2002 auf 19,8% im Jahr 2012; der Unterschied zu 2007 ist nicht signifikant). Dabei ist der Anteil Frauen, der keinen Arztbesuch angibt (12,6%), viel kleiner als jener der Männer (28,1%). Dieser Unterschied lässt sich teilweise anhand der gynäkologischen Untersuchung erklären. Der Anteil der Freiburger Bevölkerung, der sich in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in einer Vorsorgeuntersuchung die Cholesterin-, Blutzucker- und Blutdruckwerte messen liess (45,1%, 47,9% bzw. 73,1%), weicht nicht signifikant von jenem der Gesamtschweiz ab. Auch die

Anteile Freiburgerinnen und Freiburger, die sich einer Gebärmutterhalskrebs- bzw. einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen haben, sind vergleichbar mit den Anteilen der Gesamtschweiz. Bei 35,2% der Frauen ab 50 Jahren wurde eine Mammografie durchgeführt. Verglichen mit den Kantonen, die ihre Stichprobe erweitert haben, steht der Kanton Freiburg damit an vierter Stelle und liegt über dem Schweizer Durchschnitt (21,6%).

Von den Kantonen mit einer erweiterten Stichprobe hat Freiburg den grössten Anteil an Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine komplementärmedizinische Leistung in Anspruch genommen haben (34,5% gegenüber 24,0% in der gesamten Schweiz). Durchschnittlich sind es in Freiburg zwei Konsultationen pro Jahr (zweiter Rang; Schweiz: 1,6%). Am häufigsten wurden komplementärmedizinische Leistungen der Osteopathie und der Homöopathie beansprucht.

Für ambulante Behandlungen gingen Freiburgerinnen und Freiburger in den zwölf Monaten vor der Befragung in etwa gleich häufig ins Spital wie Schweizerinnen und Schweizer insgesamt (19,5%) und auch stationäre Spitalbehandlungen wurden im vergleichbaren Rahmen beansprucht (10,9%). Auch Spitex-Dienstleistungen wurden im Kanton Freiburg (3,3%) gleich häufig in Anspruch genommen wie in der Schweiz insgesamt (2,8%). Darüber hinaus benötigten 13,2% der Freiburger Bevölkerung in den zwölf Monaten vor der Befragung informelle Hilfe und zwar am häufigsten für Unterstützung im Haushalt.

Im Kanton Freiburg liegen die OKP-Kosten und die Versicherungsprämien leicht unter dem Schweizer Durchschnitt

Im Kanton Freiburg betragen die OKP-Kosten 2951 Franken pro versicherte Person. Damit liegen sie um 308 Franken unter dem Schweizer Durchschnitt. Seit 2008 sind die Kosten im Bereich der OKP im Kanton Freiburg um 3,3% gestiegen. Von 2003 bis 2007 betrug die Zunahme noch 5,7%. Die Kostenerhöhung während der letzten fünf Jahre ist hauptsächlich auf das Kostenwachstum im Bereich der ambulanten Behandlungen im Spital sowie der ambulanten Behandlungen in der Arztpraxis zurückzuführen.

Im Kanton Freiburg liegen die Jahresprämien leicht unter dem Schweizer Durchschnitt. Sie betragen im Jahr 2012 insgesamt 3488 Franken pro versicherte Person ab 26 Jahren. Im Jahr 2008 wählten noch über 80% der Versicherten im Kanton Freiburg das Standardversicherungsmodell gemäss KVG. Im Jahr 2012 waren es nur noch 49,1%. Demgegenüber hat das Hausarztmodell an Bedeutung gewonnen: 2012 wählten 40,1% der versicherten Freiburgerinnen und Freiburger dieses Modell, während sich 2008 erst 16,9% dafür entschieden. Der Anteil der Freiburger Bevölkerung, der eine Franchise von 300 Franken wählte (rund 39%) hat sich seit 2008 nicht verändert. Hingegen hat sich der Anteil mit einer Franchise von 2500 Franken verdoppelt (von 5,8% auf 11,9%).

Der Anteil der Freiburger Bevölkerung, der von einer Prämienverbilligung profitieren konnte, blieb zwischen 2008 und 2012 stabil (28,1% und 29,1%), die durchschnittliche Beitragszahlung pro begünstigte Person erhöhte sich jedoch um 310 Franken. Werden die Bruttoprämien aller versicherten Personen im Jahr 2012 betrachtet, ist der Beitrag im Kanton Freiburg (19,2%) leicht höher als jener in der Schweiz (16,1%).

1 Introduction

La santé de la population est une préoccupation de plus en plus centrale des politiques nationales. En Suisse, au 20^e siècle, la politique de la santé portait presque exclusivement sur le développement et le financement des prestations médicales. Depuis la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en 1986, qui prônait la réalisation de l'objectif de la «Santé pour tous d'ici à l'an 2000», une attention croissante est portée à la prévention et à la promotion de la santé. En plus des facteurs personnels comme les prédispositions génétiques et la constitution de chaque individu, les conditions sociales, économiques et écologiques de l'environnement ont une influence sur la santé et sur les comportements favorables ou défavorables à celle-ci. Or, les caractéristiques de l'environnement auquel sont exposés les individus sont souvent influencées par des conditions-cadres provenant de politiques autres que la politique de santé. Sur la base de ce constat, une approche multisectorielle de la santé est de plus en plus promue, selon laquelle les aspects touchant à la santé devraient être pris en compte dans l'ensemble des politiques sectorielles (éducation, social, etc.) (Kickbusch et Buckett 2010).

Connaître l'état de santé d'une population est nécessaire pour adapter le système de santé aux besoins de la population. Cela permet aussi de définir des politiques de prévention et de promotion de la santé. La surveillance sanitaire, qui est la collecte en continu pour la construction d'indicateurs, permet cette connaissance. Ce rapport constitue une part de la surveillance sanitaire du canton de Fribourg.

Dans ce rapport trois types de sources de données sont analysées:

- *Données d'enquêtes de population*: En Suisse, par la diversité des thèmes traités (santé physique et psychique, comportements en matière de santé et conditions de vie, recours aux services de soins) et la couverture nationale et régionale, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) constitue une source centrale d'informations sanitaires. Les analyses peuvent être réalisées en
- fonction des principaux déterminants de la santé tels que le sexe, l'âge, le statut socioéconomique et les conditions de vie.
- *Recensements et statistiques vitales*: la statistique des causes de décès fournit de nombreuses informations sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Il s'agit d'un relevé exhaustif basé sur les indications des offices d'état civil et les déclarations de décès fournies par les médecins.
- *Données médico-administratives*: le pool de données de la SASIS SA, la statistique médicale des hôpitaux et la statistique des institutions médico-sociales sont des bases de données pour surveiller et piloter le système de santé qui apportent aussi des informations importantes sur divers aspects de l'état de santé de la population.

1.1 Rapports pour le canton de Fribourg

L'Observatoire suisse de la santé a été chargé par plusieurs cantons d'élaborer des rapports sur la santé, principalement basés sur l'ESS 2012. Ces rapports s'inscrivent dans le prolongement des rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993¹, 1997, 2002 et 2007 (p. ex. Institut suisse de la santé publique (ISP) 1996; IUMSP 2000; Obsan 2005; SAP 2010). Pour le canton de Fribourg, il s'agit du troisième rapport cantonal sur la santé, après celui de 1996 (Institut suisse de la santé publique (ISP) 1996) et de 2010 (Obsan 2010). De plus, un rapport intercantonal pour la Suisse latine a été produit par l'Obsan en 2006 et en 2011 (Obsan 2006; Obsan et CLASS 2011).

¹ Abrégé 1992 dans la suite du rapport.

Le canton de Fribourg disposera de deux produits différents qui se complètent:

- Une brochure «La santé dans le canton de Fribourg, résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012». Cette brochure d'une vingtaine de pages a pour but de présenter à un large public quelle est la situation de la santé dans le canton. Elle traite de manière brève quelques thèmes importants de la santé dans le canton tels que l'état de santé général, la santé psychique, l'activité physique, l'alimentation, la consommation de substances et la santé au travail.
- Le présent «Rapport de santé pour le canton de Fribourg» présente une large vue d'ensemble de la santé dans le canton, avec des analyses et commentaires approfondis sur tous les thèmes. Il est disponible en format électronique et en version imprimée. Cette publication est prévue pour un large public d'experts, de spécialistes de la santé publique, de politiciens et de personnes intéressées. Ce rapport complète le «Rapport de base sur la santé pour le canton de Fribourg» comprenant des exploitations standardisées des données de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et d'autres bases de données. Ce rapport, paru en 2014, comprend uniquement des tableaux et figures standardisés et les textes se composent de brefs commentaires sur la méthode et les définitions des variables utilisées (134 p.). Ce rapport permet d'avoir un aperçu général de la santé. Il est peu détaillé (les variables sont dichotomisées) et il ne comprend pas d'interprétation des résultats. Il est destiné aux experts et aux spécialistes de la santé publique. Cette publication est disponible en format électronique uniquement.

1.2 Objectifs du rapport

Afin de pouvoir aménager une politique de santé axée sur la mise en place de mesures de prévention des maladies ainsi que de promotion de la santé, il est très important de disposer de données de base sur l'état de santé de la population et sur ses facteurs déterminants. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population fribourgeoise, des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé et des déterminants structurels qui l'influencent. L'analyse des comportements en matière de recours aux services de santé ainsi que des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins

(AOS) renseigne quant à elle sur la qualité et l'efficacité du système de santé. Le rapport s'appuie aussi sur les résultats de publications antérieures.

Les principaux objectifs du rapport sur la santé dans le canton de Fribourg sont de:

- proposer une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- identifier des groupes à risque et des groupes-cibles en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- décrire les changements intervenus entre 1992 et 2012² (apparition de nouveaux problèmes de santé, aggravation ou diminution de problèmes de santé);
- mettre en évidence les spécificités du canton de Fribourg sur le plan sociodémographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé.

1.3 Présentation des données

Les analyses et les résultats présentés dans ce rapport se basent principalement sur l'ESS 2012 et incluent des analyses sur les données de 1992, 2002 et 2007. C'est pourquoi seule la méthodologie employée pour cette enquête est présentée de manière approfondie. D'autres résultats proviennent d'autres bases de données (p. ex. pool de données SASIS SA, statistique médicale des hôpitaux, statistique des causes de décès, etc.) qui sont ensuite présentées brièvement.

1.3.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'Enquête suisse sur la santé est effectuée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 1992 (Tab. 1.1). Elle fait partie du programme de relevés du recensement fédéral de la population. Cinq enquêtes ont été réalisées jusqu'à présent (1992, 1997, 2002, 2007 et 2012) auprès d'un échantillon de 15'000 à 22'000 personnes (OFS 2013c). L'ESS couvre une grande palette de thèmes, ce qui en fait une source de données des plus importantes dans le domaine de la santé en Suisse.

² Les indicateurs sont présentés pour les années d'enquête 1992, 2002, 2007, 2012 dans les annexes (le canton de Fribourg n'a pas augmenté son échantillon en 1997). Certains indicateurs ou échelles ne sont pas présentés pour toutes les années d'enquêtes car ils ont subi des modifications.

Population résidente de base et échantillon

L'univers de référence de l'ESS est constitué de la population résidente permanente en Suisse (Suisse et étrangers établis), âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique fixe ou mobile. Les personnes vivant dans des ménages collectifs³ et les personnes dont la procédure d'asile est en cours ne sont pas incluses. Une enquête spécifique de l'OFS, l'Enquête sur la santé des personnes âgées en institution, a été réalisée en 2008/09 de manière à décrire l'état de santé physique et mental des personnes âgées vivant en établissement médico-social (EMS) (Kaiser 2012).

L'OFS a tiré l'échantillon à partir du cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH). Le SRPH se base sur les données tirées des registres cantonaux et communaux des habitants, qui sont complétées chaque trimestre par les informations des fournisseurs de services téléphoniques (OFS 2014h). Le plan d'échantillonnage est constitué d'un échantillon aléatoire simple, stratifié de personnes et de ménages⁴. Les strates sont formées par les cantons. L'échantillon est réparti entre les strates de sorte que les grandes régions⁵ représentent une portion minimale de l'échantillon (au minimum 900 interviews par grande région).

L'échantillon national net comprend 10'000 interviews, réparties de manière correspondante entre les cantons. L'offre a été faite aux cantons de densifier leur échantillon pour leur permettre d'effectuer des analyses plus représentatives à l'échelon cantonal. En 2012, 18 cantons⁶ ont fait usage de cette possibilité, ainsi que la ville de Zurich.

Le canton de Fribourg a saisi l'opportunité d'augmenter la taille de son échantillon en finançant des interviews supplémentaires de manière à pouvoir réaliser des analyses plus approfondies et fiables. L'échantillon final du

canton de Fribourg comprend 1030 interviews. Si l'on tient compte des densifications, l'échantillon net de 2012 au niveau suisse se compose de 21'597 interviews de personnes. De plus, l'OFS a réalisé l'enquête pour la Principauté du Liechtenstein pour la première fois lors de l'édition 2012 (1023 interviews).

Type d'enquête

L'ESS est une enquête téléphonique assistée par ordinateur réalisée auprès d'un échantillon de personnes en ménages privés et complétée par une enquête écrite auprès de ces mêmes personnes. En 2012, l'interview a duré en moyenne 35 minutes. A la fin de l'interview téléphonique, les personnes interrogées ont été invitées à indiquer la manière dont elles souhaitaient répondre à l'enquête écrite complémentaire. Elles avaient le choix entre un questionnaire en ligne et un questionnaire papier.

Récolte des données

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

Les personnes ayant un numéro de téléphone connu (taux d'appariement de 75%) ont reçu un courrier postal les informant qu'elles avaient été sélectionnées à la suite du tirage au sort aléatoire de l'échantillon et qu'elles allaient être contactées quelques jours plus tard pour une interview téléphonique. Les autres personnes ont reçu une carte-réponse sur laquelle elles pouvaient indiquer leurs coordonnées et proposer une date à laquelle elles pouvaient être appelées. Dans 57% des cas, ces envois sont restés sans réponse.

Participation à l'enquête

Au total, 21'597 personnes ont participé à l'enquête 2012, ce qui correspond à un taux de participation de 53,1% (58,5% dans le canton de Fribourg) (OFS 2013c). Environ un tiers des personnes contactées (32,2%) n'ont pas pu être jointes et 12,7% ont refusé de participer à l'enquête. Le taux de participation s'élevait à 61,2% parmi les personnes dont le numéro de téléphone était connu et à 29,1% parmi celles pour lesquelles aucun numéro de téléphone connu n'avait pu être attribué en début d'enquête. Des efforts conséquents ont été réalisés pour atteindre les personnes et favoriser une plus grande participation.

³ Personnes ou groupes de personnes vivant ensemble, mais ne tenant pas un ménage de manière autonome. Entrent dans cette catégorie les établissements pénitentiaires, les internats, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les couvents, les hôtels et autres institutions.

⁴ La méthode d'échantillonnage utilisée en 2012 est différente de celle utilisée lors des précédentes enquêtes où dans chaque ménage sélectionné une personne cible était tirée au sort de manière aléatoire. Dans l'enquête 2012, la personne cible est directement sélectionnée sur la base des informations du cadre d'échantillonnage de l'OFS (SRPH).

⁵ Les sept grandes régions de Suisse sont: la Région lémanique (GE, VD, VS), l'Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU, SO), la Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS), Zurich (ZH), la Suisse Orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), la Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et le Tessin (TI).

⁶ Berne, Lucerne, Uri, Schwyz, Zoug, Fribourg, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Appenzell-Rhodes extérieures, Grisons, Argovie, Thurgovie, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura.

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

Producteur de données Office fédéral de la statistique OFS, section santé, Neuchâtel	
Bases légales	Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30 juin 1993 (RS 431.012.1) Ordonnance du 19 décembre 2008 sur le recensement fédéral de la population (RS 431.112.1)
Objet de l'enquête	L'Enquête suisse sur la santé livre des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladies, sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance. Sa périodicité permet d'observer les évolutions dans ce domaine et d'étudier les effets des mesures de politique sanitaire.
Milieus interrogés	L'échantillon aléatoire représentatif est formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.
Echantillonnage	Enquête par échantillonnage, les personnes sont sélectionnées aléatoirement dans le registre téléphonique de l'OFS. Dans le cadre de l'ESS 2012, 21'597 personnes ont pris part à l'interview. Parmi ces personnes, 18'357 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le canton de Fribourg, 1027 personnes ont été interviewées par téléphone et 886 ont aussi donné des renseignements par écrit. 18 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG.
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012. Prochaine enquête: 2017.
Pertinence	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

Source: OFS, section santé

© Obsan 2016

Parmi les personnes ayant participé à l'interview téléphonique, on compte 11'314 femmes et 10'283 hommes, 17'936 étaient de nationalité suisse et 3661 étaient de nationalité étrangère domiciliées en Suisse. Les interviews ont été réalisées exclusivement dans les trois langues officielles: 13'998 en allemand, 5727 en français et 1872 en italien⁷.

Le questionnaire écrit a été envoyé à toutes les personnes ayant participé à l'interview. 18'357 personnes ont rempli le questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 87,9%. Environ 39% ont fait usage de la possibilité de remplir le questionnaire via Internet.

Avantages et limites de l'ESS

L'ESS fournit des informations distinctes des registres de maladies et des données médico-administratives, 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 de santé qu'à celles qui ne l'ont pas utilisé. La santé et la maladie sont ainsi appréhendés

comme des concepts indissociables (Canguilhem 2009). 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 vise à connaître la santé telle que les personnes la perçoivent et non telle qu'elle serait définie par le seul corps médical. 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. Une telle approche comporte toutefois également des défis méthodologiques dont il s'agit de tenir compte dans l'analyse. De manière générale, on observe que les modalités de réponses à la question de l'auto-évaluation peuvent être utilisées différemment par chacun, si les répondants ne partagent pas les mêmes attentes ou normes de santé (Dourgnon et Lardjane 2007). Plus précisément, des biais liés à l'hétérogénéité des déclarations ont été constatés, notamment en fonction du sexe, de l'âge, du niveau socio-économique et des caractéristiques culturelles. Par exemple, il a été observé que pour un même état de santé latent, les femmes déclarent davantage de maladies chroniques et de problèmes de santé mentale que les hommes et que les personnes

⁷ La «région linguistique» est par contre une définition politique. Les habitants du canton du Tessin forment la Suisse italienne. Les cantons du Valais et de Fribourg, p. ex. appartiennent dans leur totalité à la Suisse romande.

ayant un niveau de formation ou de revenu plus élevés déclarent plus souvent des maladies chroniques (Devaux et al. 2008).

Finalement, en raison de la richesse des données socio-démographiques de l'Enquête suisse sur la santé, les indicateurs de santé peuvent être mis en relation avec des variables caractérisant les individus et leurs conditions de vie. De ce fait, elle constitue un instrument particulièrement adéquat pour mettre en évidence des facteurs associés à la santé et pour définir des groupes à risque.

Malgré ses qualités, l'Enquête suisse sur la santé présente des limites. Une enquête basée sur les réponses des personnes elles-mêmes risque de présenter certains biais, comme des biais de mémoire ou de désirabilité sociale: les personnes souhaitent s'exposer sous le meilleur jour et peuvent surestimer certaines mesures, p. ex. la taille et sous-estimer d'autres paramètres comme leur poids (Faeh et al. 2009). Elle n'interroge que les personnes de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés et disposant d'un raccordement téléphonique fixe ou mobile. Cela peut conduire à une sous-représentation des personnes âgées dont une partie vit dans des établissements médico-sociaux ainsi que des personnes hospitalisées. Les personnes ne maîtrisant pas une des langues

officielles sont de facto exclues de l'enquête. On peut aussi soupçonner que les personnes en situation précaire (personnes sans domicile fixe, immigrés en situation irrégulière, etc.) sont sous-représentées dans l'enquête.

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

Le tableau ci-dessous (Tab. 1.2) présente le nombre de personnes interrogées et de personnes résidant dans le canton de Fribourg (âgées de 15 ans et plus, en 2012), selon le sexe et la classe d'âge. Parmi les 240'530 habitantes/habitants du canton de Fribourg âgés de 15 ans et plus, 1027 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'ESS, dont 547 femmes et 480 hommes.

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

Classe d'âge	Femmes				Hommes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34 ans	158	28,9	43 341	33,6	141	29,4	35 196	31,6	299	29,1	78 537	32,7
35–49 ans	153	28,0	34 328	26,6	159	33,1	36 193	32,5	312	30,4	70 520	29,3
50–64 ans	141	25,8	27 974	21,7	109	22,7	25 075	22,5	250	24,3	53 049	22,1
65 ans et plus	95	17,4	23 354	18,1	71	14,8	15 070	13,5	166	16,2	38 424	16,0
Total	547	100,0	128 996	100,0	480	100,0	111 534	100,0	1027	100,0	240 530	100,0

Source: OFS – STATPOP 2011 (données provisoires, les données à disposition avant la réalisation de l'enquête 2012 sont celles de 2011), ESS © Obsan 2016

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

1.3.2 Autres sources de données

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

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

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

1.4.1 Concept de déterminants sociaux de la santé

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

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

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

Le poids attribué aux différents types de déterminants de la santé, en particuliers structurels et comportementaux, a donc évolué au fil du temps. Mais surtout, les modèles mis au point s'avèrent de plus en plus complexes et hiérarchisés, discutant les liens de causalité entre les différentes catégories de déterminants. Le modèle de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé présenté en 2008 (OMS 2008) et discuté ci-après constitue certainement le modèle le plus élaboré à ce jour. La question des inégalités de santé y occupe une place centrale.

Les inégalités sociales de santé font référence à la relation existant entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale, mettant en évidence que les

différences au niveau de la santé dans une population ne sont pas dues au hasard ou aux seules différences biologiques. Selon l'OMS, la majeure partie du «fardeau» de la maladie et les causes principales des inégalités de santé proviennent des conditions d'existence, conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS 2008).

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

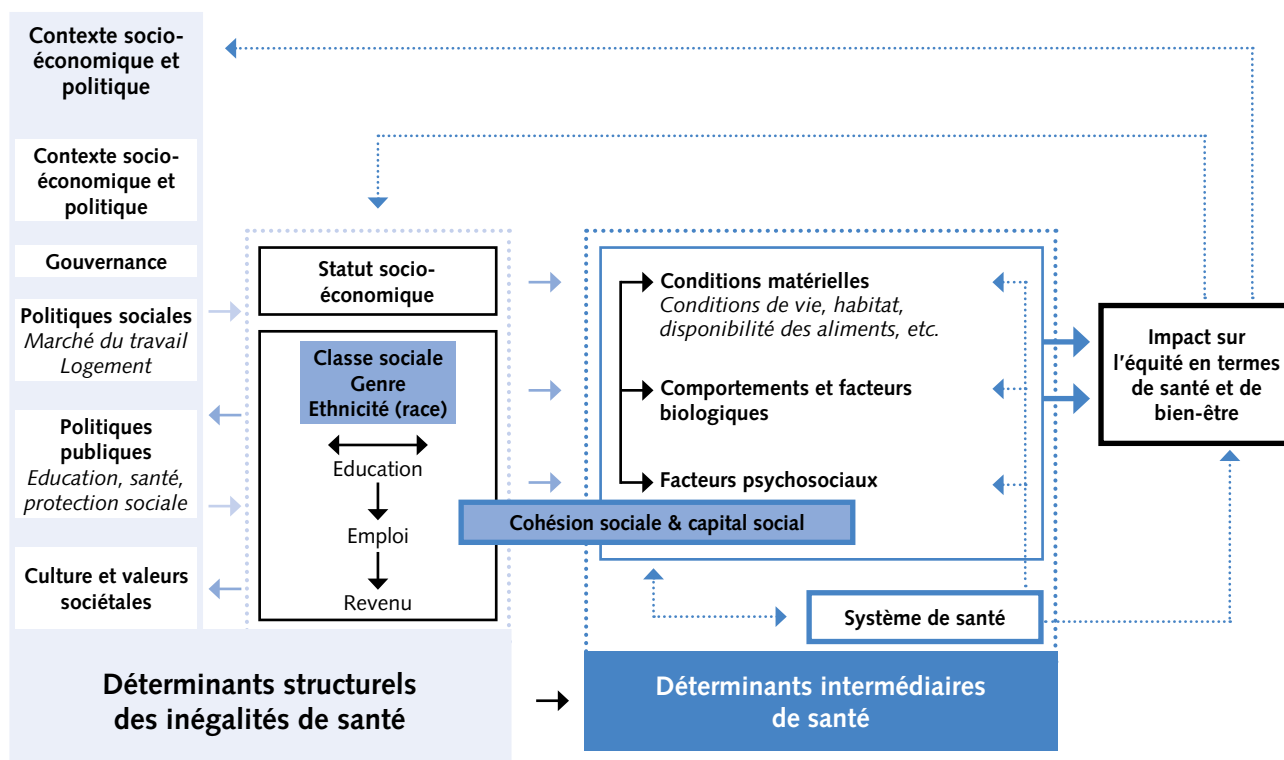
Le concept de déterminants sociaux de la santé a pour but d'expliquer comment des inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. En effet, quel que soit le type d'indicateur socioéconomique utilisé (p. ex. catégorie socio-professionnelle, niveau de revenu, niveau de formation), les catégories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

Les études épidémiologiques mises au point dès les années 1980 ont permis une meilleure compréhension des inégalités de santé. Le rapport Black (Department of Health and Social Security 1980) qui représente un travail fondateur dans le domaine, a mis en évidence qu'en Grande Bretagne il existe une forte corrélation entre la position sociale et l'état de santé. Toutefois le rapport a aussi permis de constater que la pauvreté ne suffit pas à expliquer les inégalités de santé.

De nombreux modèles ont déjà été élaborés pour mettre en évidence le poids des déterminants socioéconomiques sur la santé. Le modèle le plus récent a été conçu par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Solar et Irwin 2010). Dans ce modèle, l'OMS a tenté d'élaborer un cadre conceptuel plus intégré des déterminants sociaux de santé en mettant l'accent sur les causes fondamentales des inégalités de santé (les «causes des causes»). Il illustre la manière dont des déterminants structurels agissent sur des facteurs intermédiaires pour arriver finalement à expliquer l'état de santé des individus (Fig. 1.1 Modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS).

Modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Fig. 1.1



Source: Solar & Irwin, 2010

© Obsan 2016

Le contexte socioéconomique et politique dans lequel baigne la population fait partie des déterminants *structurels* les plus importants. Le mode de gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales et les politiques publiques, en particulier dans l'éducation, la santé et la protection sociale génèrent des stratifications qui se répercutent sous forme d'inégalités et de discriminations. Le statut socioéconomique représente la principale inégalité dans la population. Il est lié à la classe sociale, au niveau de formation et au type d'emploi occupé, qui lui-même définit les revenus obtenus. Certaines discriminations sont aussi liées à l'ethnicité et au genre.

L'effet des déterminants structurels sur la santé transite par les déterminants *intermédiaires* que sont les conditions matérielles de vie (habitat, environnement physique au travail, potentiel d'achat...), les comportements, les facteurs biologiques et les facteurs psychosociaux. Le système de santé fait aussi partie des déterminants intermédiaires. L'accès au système de santé a un rôle important, dans le sens qu'il permet de remédier aux conséquences de la maladie sur la vie des gens, ces conséquences pouvant être différentes selon les classes

sociales. A lui seul, le système de santé ne suffit toutefois pas à permettre de réduire les inégalités de santé, il peut même les accentuer. Les facteurs de cohésion sociale et de capital social font à la fois partie des déterminants structurels et intermédiaires de la santé.

L'approche des déterminants sociaux de la santé présente un certain nombre de questions méthodologiques. D'une part l'existence de corrélations entre déterminants de la santé et mesures de l'état de santé ne permettent pas de démontrer un lien de causalité. Par exemple, les mécanismes de la relation entre la situation sociale dans l'enfance et la santé à l'âge adulte sont encore mal connus. Il y a aussi une grande imbrication entre les déterminants de santé. Les influences positives ou négatives peuvent se renforcer ou se compenser sous l'influence de l'entourage ou des conditions de vie. D'autre part, étant donné que l'état de santé d'un individu est influencé par de nombreux déterminants, dont la pondération peut être pour chacun différente, la mise au point de politiques publiques de lutte contre les inégalités s'avère particulièrement complexe.

1.4.2 Déterminants de santé présentés dans le rapport sur la santé dans le canton de Fribourg

Déterminants faisant l'objet de chapitres

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

- Le point 1.6 du premier chapitre présente une sélection de données cantonales sur la population et la structure de l'emploi dans le canton de Fribourg. Ce point fournit aussi des chiffres clés sur le système de soins dans le canton de Fribourg tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.
- Si l'on se réfère au modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, le rapport présente principalement des déterminants intermédiaires de la santé. Le point 2.6 aborde le thème de la cohésion sociale et du capital social synthétisé sous le terme de ressources de santé. Y sont traités les thèmes de la conviction de maîtriser son existence, le soutien social et le sentiment de solitude.
- Le chapitre 3 expose, de manière approfondie, une sélection de comportements et attitudes influençant la santé des individus (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives).
- Le chapitre 4 traite des aspects des conditions matérielles de vie, de logement et de travail des Fribourgeois et Fribourgeoises (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).
- Le chapitre 5 se centre sur l'utilisation du système de santé avec des analyses basées sur l'ESS. Les personnes sont interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le canton de Fribourg, et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs.
- Pour les personnes interrogées, le recours aux soins représente une charge financière qui se reflète notamment dans l'évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le chapitre 6 en donne un aperçu.

Variables explicatives retenues comme déterminants sociaux de la santé

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

Sexe

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

Age

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

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

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

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

Niveau de formation et revenu du ménage

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

La position sociale explique dans une large mesure les inégalités sociales face à la santé. Les personnes 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). 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 et Engelhardt 2009).

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

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

- *Ecole obligatoire*: Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation post-obligatoire¹⁰.
- *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 (hepa.ch et al.), obtenu une maîtrise, un brevet fédéral, un diplôme d'une école technique ou professionnelle, d'une école supérieure, haute école spécialisée, universitaire ou autre.

Le *revenu d'un ménage* est la somme des revenus (nets) perçus par les différents membres qui composent le ménage. Pour pouvoir comparer les revenus de ménages de taille et de composition différentes,

⁹ 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.

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

on se base sur le revenu pondéré, dit «d'équivalence». Le *revenu d'équivalence du ménage* est le revenu calculé d'après le nombre et l'âge des membres du ménage en utilisant les poids associés aux membres, définis par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).¹¹ Le *revenu d'équivalence du ménage* est classé en quatre catégories: moins de 3000 francs par mois; de 3000 à 4499 francs par mois; de 4500 à 5999 francs par mois; 6000 et plus francs par mois¹².

La *formation et le revenu* reflètent des aspects à la fois cumulatifs et complémentaires de la position sociale. La formation étant un atout très précieux sur le marché du travail, les personnes les mieux formées tendent également à disposer de revenus plus élevés. 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, selon les derniers résultats de l'Office fédéral de la statistique, la pauvreté monétaire¹³ touchait en 2012 7,7% de la population (590'000 personnes) (OFS 2014e). Depuis le premier relevé des données réa- lisé en 2007, la pauvreté a diminué de 1,6 point en Suisse. Les personnes sans formation post-obligatoire sont presque deux fois plus souvent «pauvres» que les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II (13,9% contre 7,3%).

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

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

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

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

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

Le taux de pauvreté est aussi plus élevé chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes de plus de 65 ans que chez les plus jeunes. Selon la même étude (OFS 2014e), le risque de pauvreté, qui considère les personnes dont le revenu disponible équivalent est sensiblement inférieur au niveau habituel des revenus dans le pays (60% de la médiane du revenu disponible équivalent), touche 15,5% de la population suisse en 2012 (14,2% en 2007). En Suisse, la grande majorité de la population dispose d'un revenu suffisant pour mener une vie décente au niveau du logement et de l'alimentation, toutefois des études ont montré que les personnes en situation de risque de pauvreté ou de privation matérielle sont plus nombreuses à renoncer à des soins pour raisons financières (OFS 2013b; Petrini et Sturny 2013).

Nationalité

Alors qu'un certain nombre d'études avaient mis en évidence un meilleur état de santé des migrants en Europe dans les années 80 (Efionayi et Piguët 2011; Berchet et Jusot 2012), de nombreuses études tendent à montrer qu'actuellement l'état de santé des migrants est moins bon. Des études françaises mettent en évidence que l'état de santé subjectif des immigrés est moins bon que celui de la population dans son ensemble (Attias-Donfut et Tessier 2005) et qu'il a tendance à se détériorer à mesure que la durée de résidence en France s'accroît (Lert et al. 2007). L'étude SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), qui porte sur des personnes de 50 ans et plus, confirme aussi que l'état de santé des populations migrantes est moins bon que celui des populations indigènes en termes de santé auto-reportée et de limitation d'activités en Suisse, en France, en Allemagne aux Pays-Bas et en Suède (Solé-Auró et Crimmins 2008).

Dans l'Enquête suisse sur la santé, les personnes sont interrogées dans les trois langues officielles, (allemand, français, italien) ne donnant pas la possibilité aux personnes ne maîtrisant pas l'une de ces langues d'y participer. L'ESS 2007, avec un tirage de 18'760 personnes, comptait un nombre de cas insuffisant par groupes de migrants pour pouvoir faire l'objet d'une analyse approfondie.

De manière à mieux connaître l'état de santé de certains groupes de populations migrantes, l'Office fédéral de la santé publique et l'Office fédéral des migrations ont fait réaliser deux Monitorages de la santé des migrants (GMM I et GMM II)¹⁴ (Guggisberg et al. 2011). Les analyses ont montré que ce sont les personnes qui sont en bonne santé qui font le pas de la migration: les personnes ayant récemment migré ont une meilleure santé physique et psychique que la population suisse. Par contre, les personnes issues de la migration et qui sont domiciliées en Suisse depuis une longue durée ont une moins bonne santé que les Suisses. Les migrants consomment par contre nettement moins d'alcool, mais mangent moins de fruits et légumes et sont beaucoup plus souvent physiquement inactifs que les Suisses. De plus les migrants souffrent beaucoup plus souvent de surpoids (Guggisberg et al. 2011).

Une analyse du recours aux soins comparant les réponses données par les répondants du GMM II avec celles des Suisses ayant participé à l'Enquête suisse sur la santé 2007 a montré que la consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois était globalement plus faible parmi les étrangers (Moreau-Gruet 2013b).

La nationalité *suisse* ou *étrangère* a été considérée dans les analyses basées sur l'ESS (information provenant des registres). Les personnes naturalisées sont aussi classées dans la catégorie des personnes ayant la nationalité suisse. Il est à noter que la catégorie «étrangers» comprend toutes les nationalités et aussi bien les migrantes et les migrants arrivés récemment en Suisse que les étrangers et les étrangers qui appartiennent à la deuxième ou à la troisième génération. Il peut donc être difficile d'interpréter la modalité «étrangers». Pour des raisons d'effets insuffisants, des analyses cantonales encore plus détaillées par pays d'origine n'ont pas été possibles.

Région linguistique et canton

Des comparaisons sont présentées pour tous les indicateurs (Annexes, Tab. A-2.1 à A-5.7) en fonction des régions linguistiques et de l'appartenance à différents cantons. En Suisse, des différences démographiques et socioéconomiques apparaissent tant à l'échelle des régions linguistiques que des cantons. La dimension culturelle a aussi une influence sur les comportements de santé. Pour la période allant de 1988 à 1993, des

épidémiologistes ont mis en évidence les disparités cantonales d'espérance de vie à la naissance et ont interprété ces différences à l'aide des causes de décès.

Ainsi, de 1988 à 1993, la surmortalité par maladies ischémiques dans les cantons du Tessin (hommes) et de Bâle-Ville (hommes et femmes), la sous-mortalité pour cette même cause dans plusieurs cantons romands, ou la surmortalité par morts violentes dans les régions de montagne – Fribourg, Valais, Grisons (hommes) – expliquent en partie les différences cantonales d'espérance de vie (Wanner et al. 1997). Il est probable qu'à ce jour, de telles différences dans les causes de décès continuent de jouer un rôle dans les différences cantonales d'espérance de vie.

Degré d'urbanisation

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

- a) les *agglomérations*, c'est-à-dire des 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 de 10'000 habitants et plus mais qui ne forment pas d'agglomération.

La région urbaine regroupe 50 agglomérations et 5 «villes individuelles», soit en 2000, près de 1000 communes représentant 73,3% de la population suisse. 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.

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

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

1.5 Méthodes et analyses, lecture des tableaux

1.5.1 Analyses descriptives

Les résultats présentés dans ce rapport reposent uniquement sur des analyses descriptives bivariées ou trivariées. Les données ont été pondérées en tenant compte de la stratification et du suréchantillonnage (Nicoletti 2013). En comparaison avec le rapport de santé pour le canton de Fribourg de 2010 (Obsan 2010), il n'y a pas de grands tableaux de fréquences à l'intérieur du rapport lui-même. Par contre tous les thèmes importants sont présentés dans des tableaux en annexes (Tab. A-2.1 à A-5.7). Chaque tableau en annexe présente la fréquence brute de la variable pour 2012 et compare la valeur pour le canton de Fribourg avec celle au niveau suisse. En comparaison avec le précédent rapport qui présentait une comparaison de l'ESS 2007 avec l'ESS 2002, dans ce rapport, chaque fois que cela a été possible, la fréquence de la variable brute est présentée pour les quatre enquêtes précédentes. Puis la variable est ventilée en fonction de six variables

La significativité statistique

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

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

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

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

sociodémographiques (sexe, âge, formation, nationalité, revenu d'équivalence du ménage, degré d'urbanisation). La partie inférieure du tableau permet de comparer la valeur pour le canton de Fribourg avec la valeur dans les trois régions linguistiques ainsi qu'avec celles des autres cantons ayant augmenté leur échantillon.

Une autre amélioration notable des rapports de santé 2012 par rapport aux précédents rapports a été apportée par l'adjonction à ces tableaux des intervalles de confiance pour les valeurs au niveau suisse et au niveau du canton concerné. Les totaux sont aussi indiqués (au niveau suisse et au niveau du canton) pour chaque catégorie analysée.

L'intervalle de confiance choisi indique avec une probabilité de 95% la zone dans laquelle se trouve l'estimation sur l'échantillon par rapport à la valeur effective dans l'univers de base. Les intervalles de confiance permettent de déterminer si les différences sont statistiquement significatives ou sont le fait du hasard.

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

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

Exemple 1: fréquence (données en bleu foncé entourées d'un cercle dans le tableau 1.3)

Au cours des douze derniers mois, le taux de cholestérol a été contrôlé chez 45,1% des répondants fribourgeois. Le pourcentage réel se situe entre de 41,5% à 48,6% (intervalle de confiance de $\pm 3,5\%$). Ce contrôle a été réalisé par 44,5% de la population suisse (valeur entre 43,7% et 45,4%, intervalle de confiance: $\pm 0,8\%$). L'intervalle de confiance pour la population fribourgeoise est nettement plus grand que celui au niveau suisse. Cela s'explique par les tailles d'échantillon: le nombre de personnes interrogées pour le canton de Fribourg est de 952 et de 20'165 pour la Suisse. La différence de pourcentage entre le canton de Fribourg et la Suisse n'est pas significative car les intervalles de confiance se recourent.

Si des résultats correspondent à un nombre de cas total (n) compris entre 10 et 29, ils sont présentés entre parenthèses parce qu'ils ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point. Les intervalles de confiance sont étroitement liés aux nombres de cas. Plus le nombre de cas est petit, plus l'intervalle de confiance est grand et plus l'imprécision statistique est grande elle aussi.

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

		Mesure du cholestérol dans les 12 mois avant l'enquête						Echantillon	
		FR			CH			FR	CH
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		n	n
Année	2002	46,0	42,4	49,7	49,8	48,8	50,8	871	17 058
	2007	42,0	38,3	45,7	46,1	45,1	47,0	906	16 907
Total	2012	45,1	41,5	48,6	44,5	43,7	45,4	952	20 165
Sexe	Femmes	47,2	42,3	52,1	46,0	44,8	47,2	513	10 538
	Hommes	42,6	37,4	47,7	43,1	41,8	44,3	439	9 627
Classe d'âge	15–34 ans	25,0	19,1	30,9	28,4	26,8	30,0	265	5 087
	35–49 ans	38,7	32,6	44,8	35,7	34,1	37,3	294	5 536
	50–64 ans	58,7	52,0	65,5	53,0	51,3	54,7	236	5 043
	65 ans et plus	76,2	68,9	83,5	68,3	66,6	70,0	157	4 499

Comparaison régionale		Mesure du cholestérol dans les 12 mois avant l'enquête			Echantillon	
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		n	
Région linguistique	Suisse alémanique	42,5	41,4		43,6	12 980
	Suisse romande	47,9	46,4		49,4	5 717
	Suisse italienne	57,8	54,9		60,6	1 468
Cantons	ZH	43,8	41,3		46,3	2 084
	BE	43,9	41,2		46,6	1 600
	LU	41,1	38,0		44,2	1 178
	UR	35,8	31,2		40,3	478
	SZ	38,9	34,5		43,4	560
	ZG	38,3	34,8		41,7	917
	FR	45,1	41,5		48,6	952
	BS	45,5	42,0		49,1	946
	BL	48,1	44,3		52,0	783
	AR	40,9	35,9		46,0	475
	GR	43,1	38,8		47,4	626
	AG	43,6	40,5		46,8	1 193
	TG	39,2	35,9		42,4	1 065
	TI	57,8	54,9		60,6	1 468
VD	46,6	43,9		49,3	1 624	
VS	47,2	43,8		50,7	995	
NE	50,6	46,1		55,2	580	
GE	51,6	48,1		55,2	1 075	
JU	44,2	39,1		49,3	491	

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

© Obsan 2016

Exemple 2: comparaison selon le sexe du répondant (données en bleu clair entourées d'un carré dans le tableau 1.3)

Dans le canton de Fribourg, 47,2% des femmes et 42,6% des hommes ont été contrôlés pour le taux de cholestérol. Les intervalles de confiance se recoupent donc la différence n'est pas statistiquement significative. Au niveau suisse, les pourcentages sont respectivement de 46,0% et de 43,1%. Les intervalles de confiance pour ces deux groupes vont respectivement de 44,8% à 47,2% et de 41,8% à 44,3% et ne se recoupent pas. On peut donc affirmer que la différence observée dans le contrôle du taux de cholestérol selon le sexe au niveau suisse est statistiquement significative ce qui peut suggérer que l'absence de relation significative à l'échelle du canton de Fribourg tient en partie à la taille de l'échantillon.

Exemple 3: comparaison cantonale (données entourées par des rectangles noirs dans la partie inférieure du tableau 1.3)

Si on compare la fréquence du canton de Fribourg pour le contrôle du taux de cholestérol (45,1%; intervalle de confiance entre 41,5% et 48,6%) avec la fréquence cantonale la plus basse, celle du canton d'Uri, (35,8%; intervalle de confiance entre 31,2% et 40,3%), on constate que cette dernière est significativement plus basse. Par contre la fréquence du canton de Fribourg est significativement inférieure à celle du canton du Tessin (57,8%; intervalle de confiance entre 54,9% et 60,6%).

L'interprétation de différences significatives n'est possible que si les groupes considérés s'excluent mutuellement. Par exemple, la différence entre les «hommes» et la «classe d'âge des 15 à 34 ans» ne peut pas être

interprétée comme étant significative (même si les intervalles de confiance ne se recoupent pas) parce que ces deux groupes ont une partie commune: les «hommes de 15 à 34 ans». Les différences ne peuvent par conséquent être interprétées qu'entre les modalités du même caractère (à l'intérieur de l'espace délimité par les lignes horizontales grises).

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

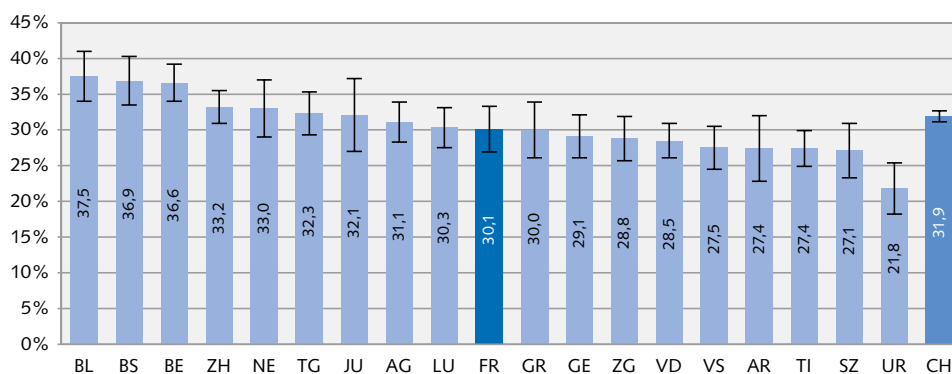
Sur la figure représentant des diagrammes en colonnes (Fig. 1.2), l'intervalle de confiance est illustré par les lignes noires. Les différences entre les cantons peuvent aussi être qualifiées de significatives si ces lignes ne se recoupent pas. P. ex., les Fribourgeois sont statistiquement plus concernés par un problème de santé de longue durée que les Uranais.

Régression logistique

La régression logistique est un modèle statistique permettant d'étudier les relations entre un ensemble de variables qualitatives (variables explicatives) et une variable qualitative particulière (variable à expliquer). C'est une analyse très souvent utilisée en épidémiologie pour expliquer la survenue ou non d'un événement

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

Fig. 1.2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

(maladie ou autre) comme p. ex. le fait d'avoir une mauvaise santé auto-évaluée ou une mauvaise santé psychique. La variable qualitative à expliquer est généralement dichotomique (oui ou non; sain ou malade) et elle est mise en relation avec un ensemble de variables explicatives (sexe, âge, niveau de formation, etc.). Pour chacune des variables explicatives, on estimera le rapport de chance multivarié (OR: odds ratio en anglais) qui tient compte de l'effet de toutes les variables explicatives simultanément.

Pour qu'une variable explicative de la régression logistique soit significative, il faut que la valeur de la probabilité («p-value») soit égale ou inférieure à 0,05 (Hosmer et Lemeshow 2000). Une analyse multivariée a été réalisée afin d'estimer l'effet du sexe, de l'âge, du niveau de formation, du fait d'être étranger ou suisse sur le fait de déclarer une (très) bonne santé auto-évaluée (chapitre 2, Tab. 2.1). Au niveau de la Suisse romande, le fait d'avoir une (très) bonne santé auto-évaluée est de 30% plus bas chez les étrangers (OR: 0,7, p-value: <0,05) et de 70% plus élevé chez les personnes ayant une formation de degré secondaire II par rapport à ceux ayant suivi uniquement l'école obligatoire (OR: 1,7, p-value: <0,05).

1.6 Le canton de Fribourg en comparaison régionale

L'approche par les déterminants sociaux de la santé a clairement mis en évidence le fait que certains facteurs sociodémographiques et structurels ont une influence prépondérante sur l'état de santé ainsi que sur les comportements pouvant l'influencer. Le rôle du système de santé comme déterminant intermédiaire de la santé a également été souligné. Le tableau 1.6 présente une série de chiffres-clés permettant de caractériser le canton de Fribourg et de le comparer à la moyenne suisse. Ces données concernent l'année 2012, année d'enquête de l'ESS. L'évolution démographique concerne les années 2007 à 2012.

Accroissement le plus élevé de la population dans le canton de Fribourg

Le canton de Fribourg compte 291'000 habitants, ce qui le place au dixième rang des cantons les plus peuplés de Suisse. Favorisé par sa proximité avec Lausanne et Berne, par la disponibilité de nombreux terrains à vendre ainsi que par un taux de natalité élevé (10,7‰), le canton

de Fribourg présente l'accroissement de la population (10,7%) le plus élevé de Suisse entre 2007 et 2012. Dans aucun canton suisse la population n'a reculé, mais à titre de comparaison, la population n'a augmenté que de 1,2% dans le canton de Bâle-Ville et de 1,5% dans celui d'Appenzell Rhodes-Extérieures au cours de cette période.

Beaucoup de jeunes, peu de personnes âgées

Le canton de Fribourg est aussi un canton «jeune» avec le pourcentage le plus élevé d'habitants de moins de 14 ans (17,2%). La proportion de personnes de 15 à 34 ans (26,4%) est aussi la quatrième plus élevée de Suisse. Par contre, la part de personnes de 65 ans et plus (14,4%) est la plus basse de Suisse. La structure des ménages est un indice important pour évaluer le soutien social dont peuvent bénéficier les individus. Le canton de Fribourg arrive au deuxième rang pour la taille des ménages (2,5 personnes, CH: 2,3). La proportion de personnes vivant dans un ménage d'une seule personne y est parmi les plus faibles de Suisse (30,6%, CH: 35,5%).

Augmentation de la proportion d'étrangers dans le canton de Fribourg

Le canton occupe la quinzième place pour la proportion d'étrangers (20,0%), en augmentation depuis 2007 (16,7%). La part d'étrangers dans le canton de Fribourg reste largement inférieure à celle de son voisin, le canton de Vaud (32,2%).

Augmentation de la proportion de personnes travaillant dans le secteur tertiaire

La proportion de salariés dans le secteur primaire a baissé, passant de 10,1% en 2005 à 6,2% en 2012. La proportion de personnes travaillant dans le secteur secondaire a aussi diminué (de 27,8% à 25,4%). Dans le secteur tertiaire, la proportion de salariés a passé de 62,2% en 2005 à 68,4% en 2012, ce qui place le canton de Fribourg au douzième rang suisse. Le taux d'urbanisation du canton (55,8%) reste inférieur à la moyenne suisse (73,7%).

Forte proportion de personnes sans formation post-obligatoire

Le canton de Fribourg occupe le cinquième rang pour la proportion de personnes sans formation post-obligatoire (28,9%, CH: 22,0%). En 2012, comme en 2000,

le canton est au onzième rang pour la proportion de personnes ayant accompli une formation de degré tertiaire. Cette proportion a beaucoup augmenté dans le canton (27,3% en 2012, 19,7% en 2000) comme au niveau suisse (29,8% et 21,5%). Bien que le produit intérieur brut par habitant soit parmi les plus faibles de Suisse, le taux d'activité est identique à la moyenne suisse et les proportions de personnes au chômage et à l'aide sociale y sont inférieures.

Faible densité de médecins de premier recours

La densité de médecins, particulièrement de médecins de premier recours est faible dans le canton de Fribourg. La densité de médecins de premier recours et celle des autres spécialités s'élève respectivement à 6,1 et 7,1 pour 10'000 habitants. Par contre le taux d'hospitalisation (141,7 pour 1000 habitants), la durée de séjour en hôpital (5,7 jours) et le nombre de places en maisons pour personnes âgées et en homes médicalisés (62,5 pour 1000 habitants dès 65 ans) se situent dans la moyenne suisse.

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

Indicateur	FR	CH	Rang FR ^a	Description de l'indicateur et des sources
Population résidente 2012				
Femmes	146 069	4 070 536	10	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – STATPOP 2012)
Hommes	145 326	3 968 524	10	
Total	291 395	8 039 060	10	
Evolution démographique 2007–2012 (en %)				
Femmes	10,3	5,3	1	Hausse/baisse entre 2007 et 2012 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – ESPOP/STATPOP 2007–2012)
Hommes	11,1	6,5	1	
Total	10,7	5,9	1	
Structure par âge 2012 (en %)				
0–14 ans	17,2	14,9	1	Population résidente permanente à la fin de l'année par classe d'âge (OFS – STATPOP 2012)
15–34 ans	26,4	25,3	4	
35–49 ans	23,4	22,9	6	
50–64 ans	18,6	19,5	22	
65 ans et plus	14,4	17,4	26	
Taux de natalité 2012 (pour 1000 habitants)				
	10,7	10,2	5	Nombre de naissances vivantes pour 1'000 habitants (OFS – STATPOP 2012, BEVNAT 2012)
Proportion de la population en régions urbaines 2012 (en %)				
	55,8	73,7	17	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente permanente (OFS – STATPOP 2012)
Proportion d'étrangers 2012 (en %)				
	20,0	23,3	15	Proportion d'étrangers rapportée à l'ensemble de la population résidente permanente à la fin de l'année (OFS – STATPOP 2012)
Structure des ménages 2012				
Nombre de personnes par ménage	2,5	2,3	2	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé
Ménages d'une seule personne (en %)	30,6	35,5	21	Proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages (OFS – Relevé structurel 2012)

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

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

Indicateur	FR	CH	Rang FR ^a	Description de l'indicateur et des sources
Niveau de formation 2012 (dès 25 ans, en %)				
Sans formation post-obligatoire	28,9	22,0	5	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS – Relevé structurel 2012)
Degré secondaire II	42,2	46,6	22	
Degré tertiaire	27,3	29,8	11	
Structure de l'emploi 2012 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	6,2	3,4	7	Proportion de salariés selon le trois secteurs économiques (OFS – Statistique structurelle des entreprises; données provisoires 2012)
Salariés dans le secteur secondaire	25,4	22,2	16	
Salariés dans le secteur tertiaire	68,4	74,4	12	
Taux d'activité net 2012 (15–64 ans, en %)				
	80,2	80,2	16	Proportion de personnes actives dans la population résidente permanente entre 15 et 64 ans (OFS – Relevé structurel 2012)
Taux de chômage 2012 (en %)				
	2,4	2,9	13	Proportion de chômeurs inscrits en 2012 rapportée au nombre de personnes actives selon le relevé structurel 2010 (SECO – Statistique du chômage; OFS – Relevé structurel)
Produit intérieur brut par habitant 2012 (en CHF)				
	56 706	78 105	23	Moyenne du produit intérieur brut par habitant (OFS – Comptes nationaux)
Taux d'aide sociale 2012 (en %)				
	2,4	3,1	9	Proportion de bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population résidente permanente (OFS – Statistique de l'aide sociale 2012, STATPOP 2012)
Densité de médecins 2012 (pour 10'000 habitants)				
Médecine de premier recours	6,1	9,3	26	Nombre de médecins exerçant en cabinet privé pour 10'000 habitants (FMH – Statistique médicale 2012) Médecine de premier recours: médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfant et de l'adolescent
Médecine spécialisée	7,1	11,5	15	Médecine spécialisée: toutes les autres spécialisations
Densité de pharmacies 2012 (pour 10'000 habitants)				
	2,4	2,2	8	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 10'000 habitants (pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens)
Taux de lits d'hôpitaux occupés 2012 (pour 1000 habitants)				
	1,9	2,3	13	Nombre de lits occupés dans les hôpitaux pour 1000 habitants et par jour; sorties en 2012 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012, STATPOP 2012)
Taux d'hospitalisation 2012 (pour 1000 habitants)				
	141,7	144,0	15	Taux standardisé d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins aigus pour 1000 habitants; sorties en 2012; population standard européenne 2010 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012, STATPOP 2012)
Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus 2012 (en jours)				
	5,7	5,7	17	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus; sorties en 2012; définition des jours selon Swiss-DRG (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012)
Places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés 2012 (pour 1000 habitants dès 65 ans)				
	62,5	65,6	16	Nombre de places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés, occupées ou non, au 1 ^{er} janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS – Statistique des institutions médico-sociales 2012, STATPOP 2012)

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

2 Etat de santé

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

2.1 Longévité et mortalité

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

2.1.1 Espérance de vie à la naissance

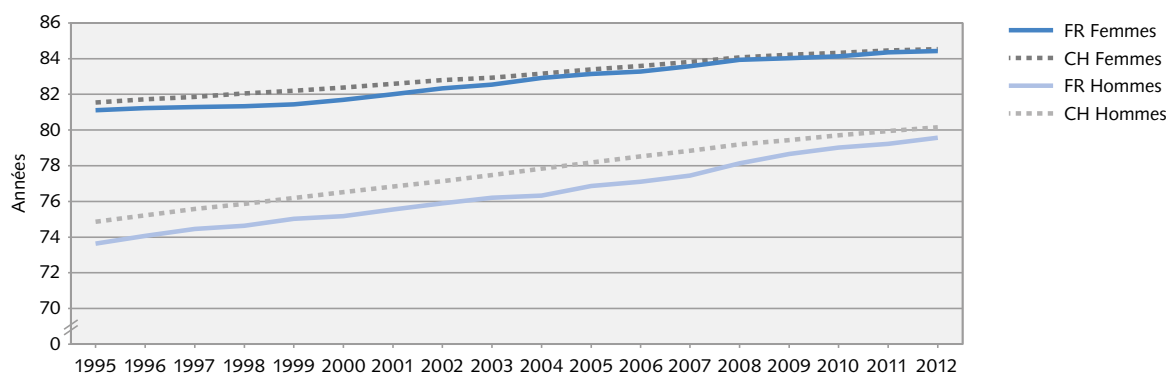
Il est courant de distinguer l'espérance de vie à la naissance de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans. Le premier indicateur renseigne sur la longévité de la population alors que le second permet plus spécifiquement d'estimer la durée de la période de retraite, et les conséquences de l'extension de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

L'espérance de vie dans le canton de Fribourg se rapproche de celle au niveau suisse

Dans le canton de Fribourg comme en moyenne suisse, l'espérance de vie à la naissance a augmenté à la fois chez les hommes et chez les femmes depuis 1995 (Fig. 2.1). Dans le canton de Fribourg, l'espérance de vie à la naissance est ainsi passée de 81,1 ans chez les femmes et de 73,6 ans chez les hommes en 1995 à 84,4 et 79,6 ans en 2012. L'espérance de vie dans la moyenne suisse suit une tendance similaire, avec toutefois des valeurs légèrement supérieures à celles du canton de Fribourg (81,6 pour les femmes et 74,9 ans pour les hommes en 1995; 84,5 et 80,2 ans en 2012). Une tendance au rapprochement des courbes fribourgeoise et suisse, tant pour les femmes que pour les hommes peut être observée.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, moyenne sur 6 ans, canton de Fribourg et Suisse, 1995–2012

Fig. 2.1



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère à l'espérance de vie moyenne sur une période de 6 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des cinq années précédentes (p. ex. 1995=1991–1995).

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

© Obsan 2016

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

Sur la période 2007–2012 et en comparaison avec les autres cantons suisses, le canton de Fribourg se situe à la onzième place pour l'espérance de vie féminine. Pour ce qui concerne l'espérance de vie masculine, il occupe la vingtième place. Pour les femmes, on trouve une différence de 2,5 ans entre les cantons présentant l'espérance de vie maximum (TI: 85,6 ans) et minimum (AI: 83,1 ans). Cette différence est de 2,9 ans chez les hommes (ZG: 81,6 ans (maximum) et BS: 78,7 ans (minimum)). Ces disparités cantonales peuvent certainement s'expliquer par les différences concernant les causes de décès, par exemple en ce qui concerne la surmortalité par maladies ischémiques¹⁵ (cantons du Tessin et de Bâle-Ville) ou la sous-mortalité pour cette même cause (cantons romands) (Wanner et al. 1997).

2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans

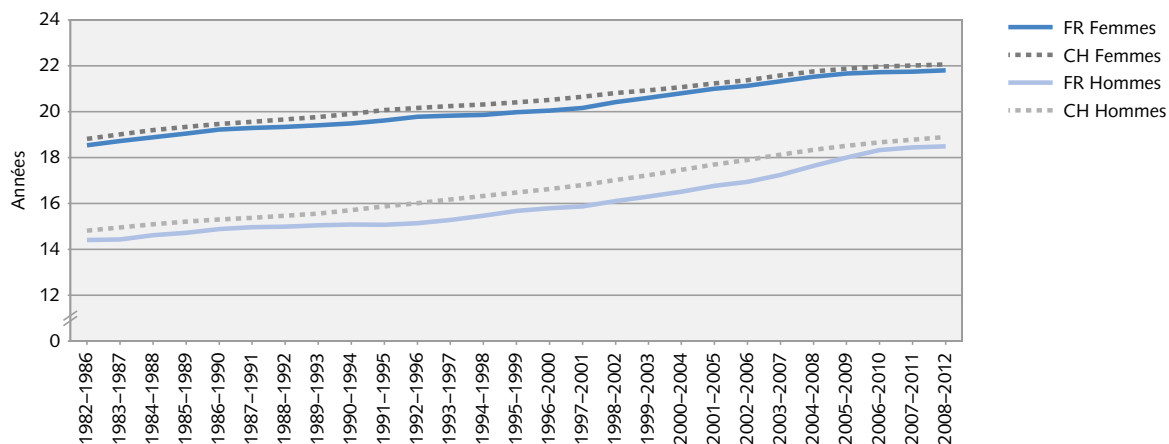
Les tendances concernant l'espérance de vie à 65 ans sont identiques à celles observées concernant l'espérance de vie à la naissance (Fig. 2.2). Pour la période 2008–2012, l'espérance de vie à 65 ans des habitantes (21,8 ans) et habitants (18,5 ans) du canton de Fribourg est assez proche, quoique légèrement inférieure, de celle observée en moyenne suisse (22,1 ans chez les femmes et 18,9 ans chez les hommes). Par rapport à la moyenne au sein des pays de l'OCDE (20,9 ans chez les femmes et 17,6 ans pour les hommes en 2011), les valeurs de la Suisse figurent ainsi parmi les plus élevées.

Depuis les années 1960, on observe également un allongement de l'espérance de vie à 65 ans dans les pays de l'OCDE, dont la Suisse. Les progrès réalisés en matière de soins médicaux, un meilleur accès aux soins, des modes de vie plus sains ou l'amélioration des conditions de vie figurent parmi les facteurs expliquant cette progression (OCDE 2013a). Par ailleurs, les différences entre hommes et femmes se sont légèrement réduites au cours de la période sous étude, passant de 4,1 années d'écart dans le canton de Fribourg en 1982–1986 à 3,3 ans en 2008–2012.

¹⁵ Les maladies ischémiques sont dues à une diminution de l'apport en sang dans un organe. Cela peut provoquer, entre autres, un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

Evolution de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans, selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Fribourg et Suisse, 1986–2012

Fig. 2.2



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

Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) 1982–2012

© Obsan 2016

2.1.3 Taux de mortalité

Le taux brut de mortalité représente le nombre de décès pour 100'000 habitants. Comme ce taux brut ne tient pas compte de la structure par âge de la population et que celle-ci peut évoluer dans le temps et varier selon les régions, on effectue une standardisation des taux de mortalité calculés sur la base de la structure de la population européenne en 2010 (Eurostat European Commission 2013)¹⁶.

Dans le canton de Fribourg, ce taux de mortalité standardisé était de respectivement 754,6 et 1136,4 décès pour 100'000 femmes et pour 100'000 hommes pour la période 2008–2012 (Fig. 2.3). Ce taux a baissé de façon continue depuis 1990–1994 où il atteignait respectivement 1021,3 et 1780,3 décès pour 100'000 Fribourgeoises et pour 100'000 Fribourgeois. Le taux de mortalité des hommes a donc baissé plus rapidement que celui des femmes mais il lui reste tout de même supérieur. Pour les femmes fribourgeoises, le taux de mortalité s'est maintenu à un niveau légèrement supérieur de celui observé

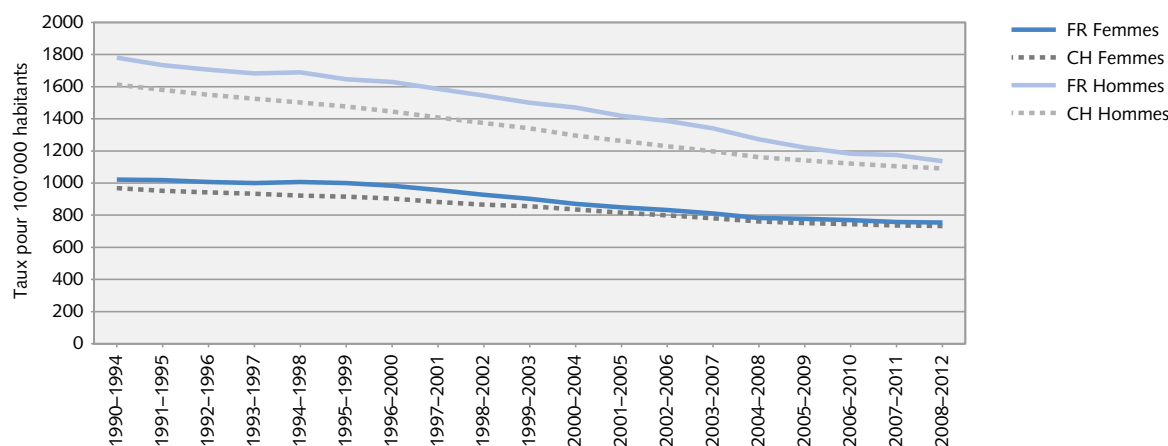
en moyenne suisse. Pour les hommes fribourgeois, on observe un effet de rattrapage: l'écart entre le taux suisse et le taux fribourgeois était de 168,1 en 1990–1994, il n'est plus que de 45,2 pendant celle de 2007–2011. En comparaison avec les autres cantons suisses (Fig. 2.4), le canton de Fribourg se situe en milieu de classement pour le taux de mortalité standardisé tant pour les femmes que pour les hommes. Le taux de mortalité des femmes fribourgeoises n'est pas significativement plus bas que celui des femmes suisses, par contre celui des hommes est significativement plus élevé. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus concernant l'espérance de vie dans le canton de Fribourg et en Suisse.

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

¹⁶ Dans ce rapport de santé, la population standard européenne 2010 (Eurostat European Commission 2013) a été utilisée pour la première fois en tant que population de référence. La population standard européenne utilisée ici diffère de celle utilisée pour le rapport cantonal de base: alors que la population/standard du rapport cantonal de base reposait sur la structure démographique effective de l'Europe en 2010 (Eurostat 2011), la «Révision de la population standard européenne» est fondée sur le développement futur de la population européenne (Eurostat European Commission 2013). Cette nouvelle manière de procéder permet de présenter la structure démographique sur une plus longue période dans le futur et qu'elle reste comparable. La comparabilité à l'intérieur de ce rapport est garantie, par contre les taux standardisés provenant du rapport cantonal de base ne peuvent pas être comparés avec ceux de ce rapport du fait de cette adaptation méthodologique.

Evolution du taux standardisé de mortalité, selon le sexe, moyenne sur 5 ans, canton de Fribourg et Suisse, 1994–2012

Fig. 2.3



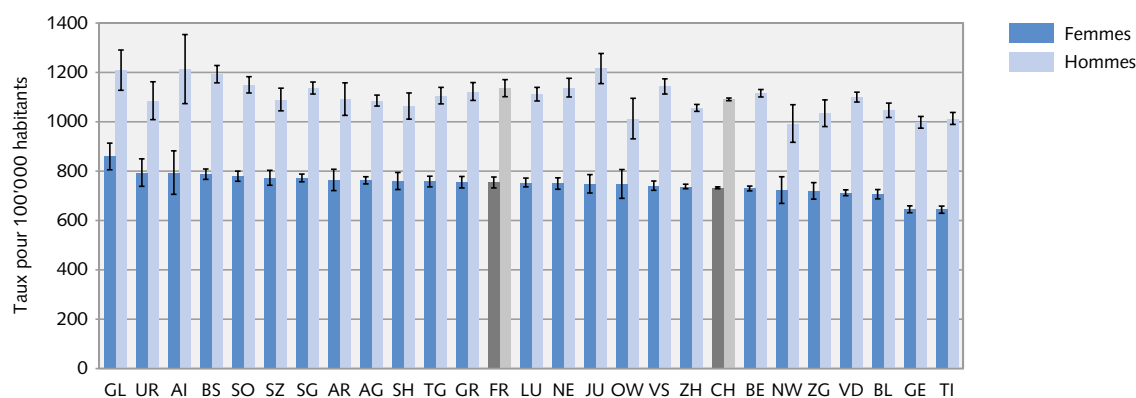
Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère au taux standardisé de mortalité moyen sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la moyenne de l'année indiquée et des quatre années précédentes. (p. ex. 1994=1990–1994).

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2016

Taux standardisé de mortalité, selon le sexe, moyenne sur 5 ans, par canton, 2012

Fig. 2.4



Afin de lisser les fluctuations enregistrées annuellement, on se réfère au taux standardisé de mortalité moyen sur une période de 5 ans. Les données correspondent à la période 2008–2012 et sont ordonnées en fonction des résultats pour les femmes.

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2016

2.1.4 Causes de décès

L'analyse des causes de décès par sexe et par classe d'âge fournit des éléments d'interprétation utiles pour comprendre l'espérance de vie ainsi que le taux de mortalité observés (Fig. 2.5). Les fréquences relatives des causes de décès sont indiquées en pourcentage en ordonnée. Pour mettre en évidence la mortalité plus élevée dans les classes d'âge supérieures, les fréquences absolues des décès totaux sont également indiquées au sommet de chaque colonne de la figure 2.5. Etant donné le faible nombre de cas dans les classes d'âge inférieures à l'échelle du canton de Fribourg et l'incertitude

statistique qui y est liée, les résultats sont présentés pour la Suisse dans son ensemble. Les spécificités en termes de causes de décès du canton de Fribourg par rapport à la moyenne suisse dans son ensemble sont ensuite présentées, tous âges confondus.

Les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs malignes constituent les principales causes de décès

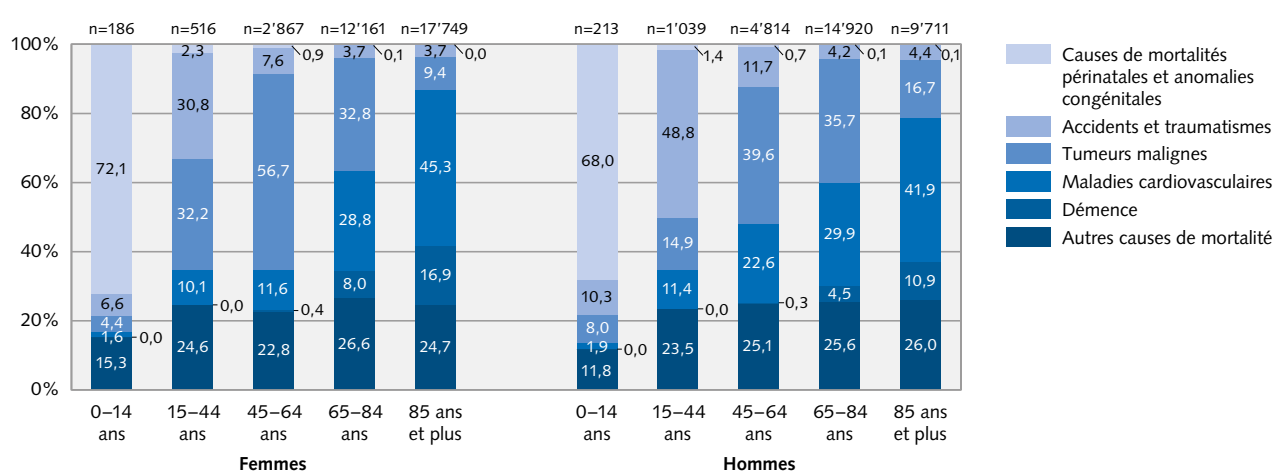
Chez les femmes, un peu plus de la moitié des décès (53,0%) concernent des personnes âgées de 85 ans et plus et 36,3% se produisent chez des femmes âgées de 65 à 84 ans. Pour les hommes, ce rapport est inversé (respectivement 31,6% et 48,6). Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès chez les Suissesses et Suisses âgés de 85 ans et plus (respectivement 45,3% et 41,9% des cas). Il s'agit également de la seconde cause de décès chez les personnes âgées de 65 à 84 ans mais pour ces dernières, comme pour la classe d'âge des 45 à 64 ans, c'est le cancer qui est la cause de décès la plus fréquente.

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

Canton traditionnellement agricole et pauvre, le canton de Fribourg présente toutefois certaines spécificités par rapport aux principales causes de décès en Suisse. De manière générale, il a été vu que le taux de mortalité des Fribourgeoises et Fribourgeois est plus élevé que celui des Suissesses et des Suisses dans leur ensemble (voir 2.1.3, différence significative pour les hommes). Cette différence tient en fait à des taux de mortalité supérieurs pour plusieurs maladies dans le canton de Fribourg (voir Annexes, Tab. B-2.1). En effet, l'indice standardisé de mortalité (ISM) sur la population européenne 2010 est pour les tumeurs malignes (surtout le poumon, les bronches, la trachée), les maladies de l'appareil respiratoire, les autres accidents et traumatismes, les autres maladies cardio-vasculaires supérieur à la moyenne suisse (groupe de référence: CH=100). On relève notamment un indice particulièrement élevé de maladies de l'appareil respiratoire tant chez les femmes que chez les hommes (ISM=142 femmes, 132 hommes). Les décès pour cause de cardiopathies ischémiques sont par contre significativement moins fréquents dans le canton de Fribourg (ISM=80 femmes et hommes).

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

Fig. 2.5



Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2016

2.1.5 Années potentielles de vie perdues

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) correspond au nombre d'années qu'une personne aurait encore pu vivre avant d'atteindre un âge donné (dans ce cas, 75 ans) si elle n'était pas décédée. Il s'agit donc d'un indicateur de la mortalité prématurée. Celui-ci permet notamment d'évaluer, en plus des pertes humaines, les pertes économiques et sociales dues aux décès prématurés (Gardner et Sanborn 1990). Afin de permettre la comparaison entre cantons, le taux calculé est standardisé en fonction de l'âge de la population européenne standard en dessous de 75 ans en 2010 (Eurostat European Commission 2013)¹⁷.

En Suisse, en 2008–2012, ce taux standardisé est pour les femmes, de 3563 APVP pour 100'000 habitantes et pour les hommes, de 4490 APVP pour 100'000 habitants (Fig. 2.6). Ces valeurs sont légèrement inférieures à celles observées pour le canton de Fribourg (respectivement 3741 et 4864 APVP pour 100'000 habitants). La position de Fribourg dans ce classement (sixième taux standardisé le plus élevé pour l'ensemble des habitants) est cohérente avec celle observée pour des indicateurs tels que l'espérance de vie ou le taux de mortalité.

Au niveau suisse, il est également possible d'identifier les causes de décès ayant l'impact le plus fort sur le nombre d'APVP. En moyenne suisse en 2009, le cancer est la cause de près de la moitié (45,8%) du nombre d'APVP pour les femmes et de 28,5% du nombre d'APVP chez les hommes. Les principales causes sont ensuite les décès en lien avec le système

cardio-vasculaire (11,6% chez les femmes et 16,0% chez les hommes), les accidents et morts violentes (respectivement 9,7% et 17,4%) et le suicide (respectivement 8,2% et 13,5%) (Obsan 2014).

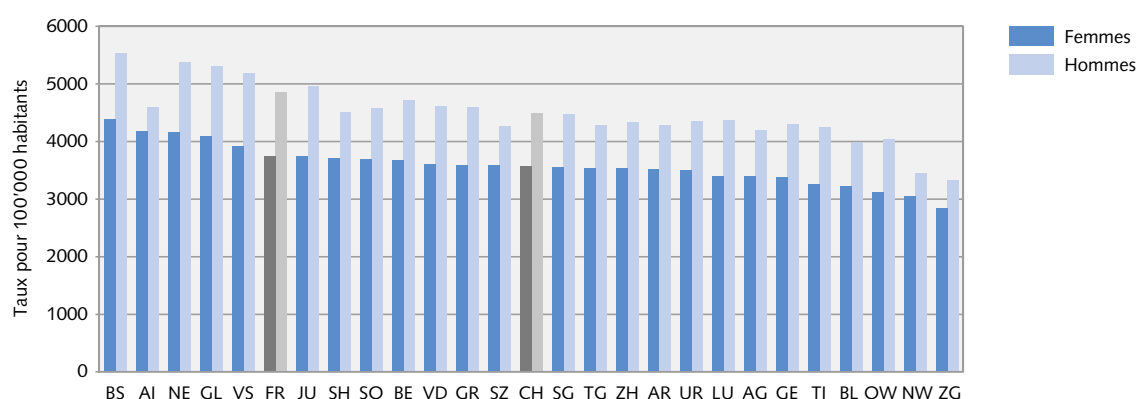
2.2 Etat de santé auto-évalué

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

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

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

Fig. 2.6



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

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2012

© Obsan 2016

¹⁷ Pour la standardisation adoptée, voir note 16.

Cette capacité prédictive de l'indicateur de santé auto-évaluée tient notamment au fait qu'il s'agit d'une mesure inclusive permettant au répondant de rendre compte d'une grande variété d'informations, que ce soit sur la base de critères objectifs ou de perceptions subjectives. De plus, cette évaluation se base sur l'ensemble du parcours de santé et non seulement sur l'état de santé à un moment donné. Par ailleurs, l'état de santé auto-évalué refléterait les comportements adoptés en vue de préserver sa santé ainsi que les ressources externes et internes dont dispose un individu et lui permettant de faire face aux problèmes de santé (Benyamini 2011).

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

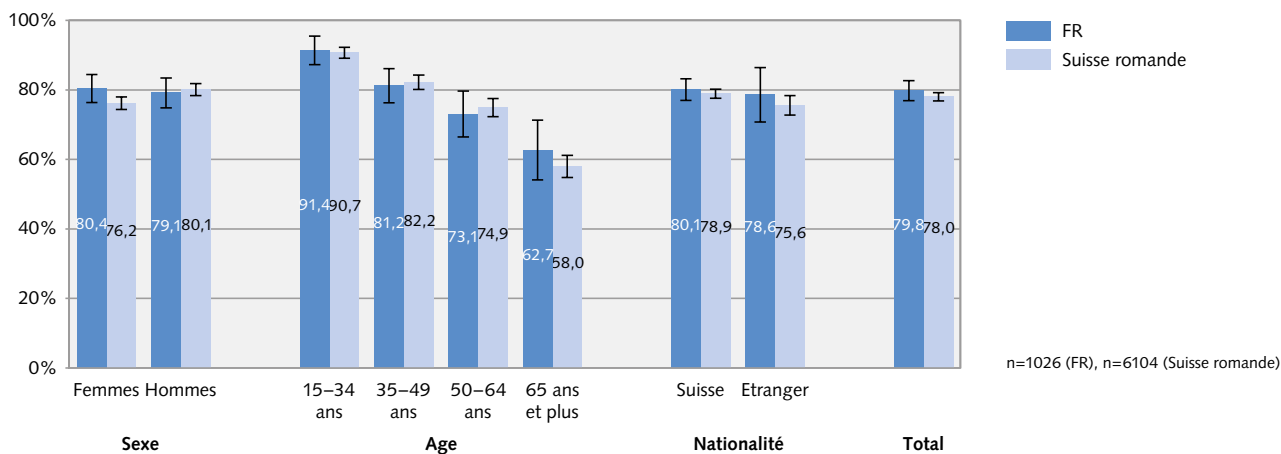
Environ quatre personnes sur cinq déclarent un état de santé bon ou très bon dans le canton de Fribourg

Malgré ces changements méthodologiques, la santé auto-évaluée de la population fribourgeoise est restée assez stable depuis 1992¹⁸. En 2012, 79,8% des Fribourgeoises et Fribourgeois ont déclaré avoir un état de santé bon ou très bon, 16,2% ont qualifié celui-ci d'assez bon et 4,0% ont affirmé que leur état de santé était mauvais ou très mauvais (A-2.1). Ces valeurs sont très proches de celles observées pour la Suisse romande (respectivement 78,0%, 16,8% et 5,2%). En 1992, ces pourcentages pour le canton de Fribourg étaient de respectivement 84,1%, 13,3% et 2,6%. En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, la Suisse se positionne en bonne place dans le classement des pays où la part de la population se déclarant en bonne santé est la plus élevée (la moyenne pour les pays de l'OCDE est de 69%) (OCDE, 2013)¹⁹.

La part de femmes qualifiant leur état de santé de bon ou de très bon est très proche de celle des hommes dans le canton de Fribourg (respectivement 80,4% et 79,1%). Ce résultat est surprenant, car au niveau de la Suisse romande, les femmes ont une évaluation moins favorable de leur état de santé que les hommes (SR:

Personnes déclarant une (très) bonne santé auto-évaluée, selon le sexe, l'âge et la nationalité, canton de Fribourg et Suisse romande, 2012

Fig. 2.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

¹⁹ La Suisse figure en septième position mais pour cinq des pays qui la précèdent, des différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête entraînent un biais à la hausse. Seule l'Irlande devancerait alors la Suisse avec 83,4% de la population se déclarant en bonne santé.

respectivement 76,2% et 80,1%, Fig. 2.7). Toutefois, les données fribourgeoises de 2007 montraient la même similitude d'évaluation entre femmes et hommes. Cette différence entre les sexes, significative à l'échelle de la Suisse romande, se retrouve dans presque tous les pays de l'OCDE (OCDE 2013a). Il a notamment été constaté qu'un niveau de formation moins élevé ainsi qu'un statut défavorable sur le marché du travail pour les femmes demeurent des facteurs permettant d'expliquer la plus grande partie de cet écart de genre (Moussa et Pecoraro 2013).

L'état de santé auto-évalué est fortement lié à l'âge. Dans le canton de Fribourg comme en Suisse romande, plus de 90% des 15 à 34 ans se déclarent en (très) bonne santé (FR: 91,4%; SR: 90,7%) contre environ 60% des personnes âgées de 65 ans et plus (FR: 62,7%; SR: 58,0%). Cet important gradient reflète notamment le fait que les maux physiques deviennent plus répandus avec l'âge. Toutefois, plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus continuent de percevoir leur état de santé comme bon ou très bon. Ces évaluations positives sont notamment dues au fait que ces personnes se comparent à d'autres du même âge mais en moins bonne santé (Henchoz et al. 2008).

Dans le canton de Fribourg, l'état de santé auto-évalué des étrangers n'est pas significativement moins bon que celui des Suisses: 78,6% des étrangers se disent en (très) bonne santé contre 80,1% des personnes de nationalité suisse. Il en est de même au niveau de la Suisse romande (étrangers: 75,6%, Suisses: 78,9%, différence non significative).

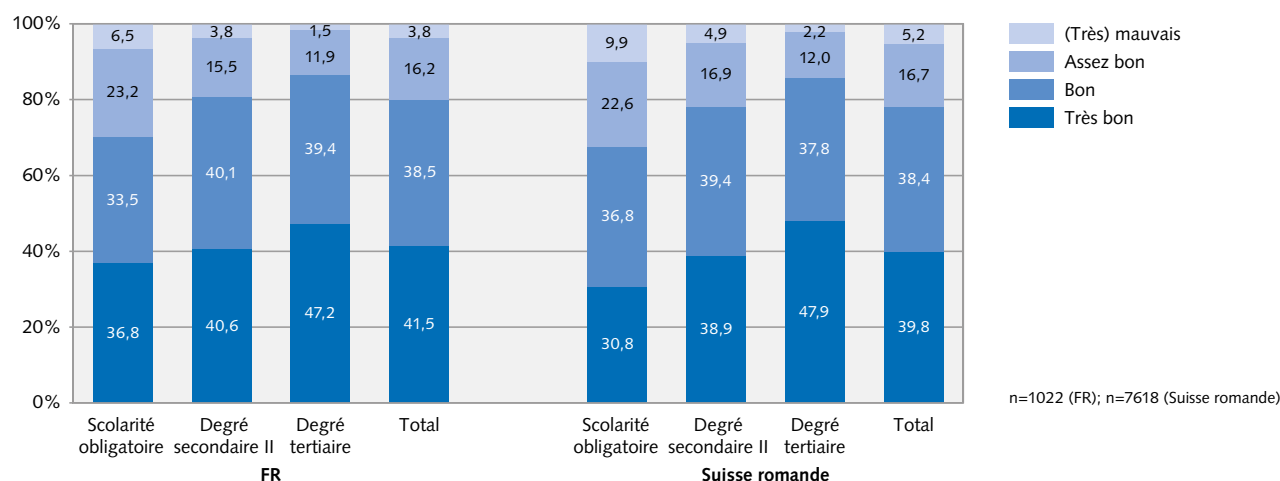
La santé auto-évaluée est fortement liée au niveau de formation

Dans le canton de Fribourg comme dans le reste de la Suisse romande, l'état de santé auto-évalué est fortement lié au niveau de formation (Fig. 2.8). Plus celui-ci est haut, plus la part de personnes qui considèrent leur état de santé comme très bon est élevée. Une telle relation a été observée dans de nombreux pays de différents niveaux socio-économiques, suggérant que le niveau de formation est un facteur essentiel à l'origine de désavantages sociaux ayant un impact sur la santé (Subramanian et al. 2010). Dans le canton de Fribourg, ce gradient lié au niveau de formation semble toutefois moins marqué qu'à l'échelle de la Suisse romande, où les répondants des trois niveaux de formations affichent des résultats significativement différents les uns des autres pour toutes les catégories de réponse, à l'exception de la réponse «Bon».

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

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

Fig. 2.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

	FR		Suisse romande	
	Odds Ratio ¹	Sign. ²	Odds Ratio ¹	Sign. ²
Sexe (réf. Hommes)	1,3		0,9	
15–34 ans (réf. 65 ans et plus)	6,4	*	7,8	*
35–49 ans (réf. 65 ans et plus)	1,9	*	3,2	*
50–65 ans (réf. 65 ans et plus)	1,7		2,1	*
Degré sec. II (réf. Scolarité obligatoire)	1,7	*	1,7	*
Degré tertiaire (réf. Scolarité obligatoire)	2,2	*	2,7	*
Nationalité (réf. Suisses)	1,2		0,7	*

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

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

n=863 (FR); n=6'081 Suisse romande

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Les effets de l'âge et du niveau de formation sont ainsi confirmés par le modèle multivarié. Sans surprise, l'âge constitue le facteur le plus fort: dans le canton de Fribourg, une personne âgée de 15 à 34 ans a plus de sept fois plus de chances qu'une personne âgée de 65 ans et plus de se déclarer en (très) bonne santé (odds ratio= 6,4; $p < 0,05$). Et si elle a un niveau de formation supérieur à la scolarité obligatoire, une personne a entre 1,7 et 2,2 fois plus de chances de se déclarer en (très) bonne santé.

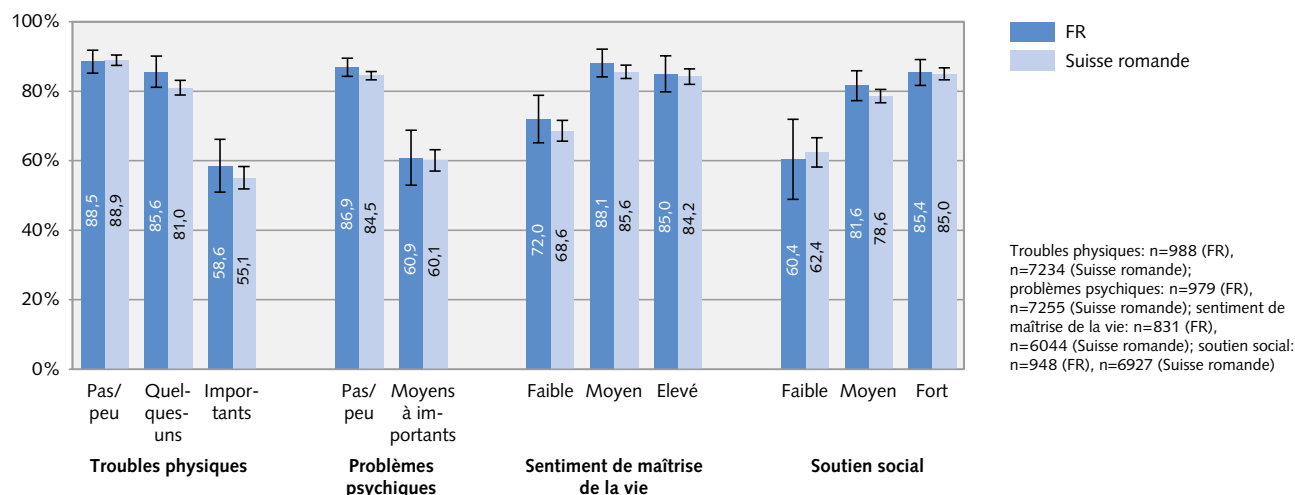
Selon le modèle multivarié, le sexe ne joue par contre plus de rôle dans la manière dont la santé est auto-évaluée. Ceci est vrai tant pour le canton de Fribourg que pour la Suisse romande dans son ensemble. De même aucune différence significative entre étrangers et Suisses n'est mise en évidence dans le canton de Fribourg. Par contre cette différence est importante au niveau de la Suisse romande. Les étrangers perçoivent leur santé comme moins bonne que les Suisses puisqu'ils ont environ 30% de moins de chances de se considérer en (très) bonne santé que les Suisses (odds ratio=0,7; $p < 0,1$).

L'état de santé physique et psychique influence fortement la manière dont les individus se représentent leur santé (Fig. 2.9). Un gradient lié à la fréquence de troubles physiques s'observe clairement dans les réponses des répondants du canton de Fribourg. Un autre gradient très marqué concerne la présence de problèmes psychiques (86,9% des personnes n'ayant pas ou peu de problèmes psychiques s'estiment en (très) bonne santé contre 60,9% des personnes ayant des problèmes psychiques moyens à importants).

La relation observée entre l'état de santé auto-évalué et le sentiment de maîtrise de la vie ainsi qu'avec l'indicateur de soutien social suggère également le rôle des facteurs psycho-sociaux dans la manière d'appréhender sa santé. Les mêmes relations s'observent tant au niveau suisse qu'à celui du canton de Fribourg.

Personnes déclarant une (très) bonne santé auto-évaluée, selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse romande, 2012

Fig. 2.9



Exemple de lecture du diagramme: Pour le canton de Fribourg, parmi les personnes n'ayant pas ou peu de problèmes psychiques, 86,9% déclarent être en (très) bonne santé. Ce pourcentage baisse à 60,9% parmi celles faisant état de problèmes psychiques.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations

Les problèmes de santé de longue durée peuvent fortement affecter le bien-être des personnes qui souffrent de tels maux. Les problèmes de santé de longue durée peuvent également entraîner des limitations fonctionnelles entravant la conduite des activités de la vie quotidienne. Dans la littérature, il a été constaté que l'âge avancé, le sexe masculin et de faibles revenus sont corrélés à des problèmes de santé de longue durée tels que les troubles de l'audition et de la vision, les problèmes cardio-vasculaires, les maladies musculo-squelettiques et le cancer (Ayis et al. 2003)

Ce point présente les résultats concernant la prévalence des problèmes de santé de longue durée dans le canton de Fribourg et indique dans quelle mesure ceux-ci sont liés à des limitations, fortes ou légères des activités de la vie quotidienne. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, la fréquence des limitations rencontrées est ensuite distinguée selon que celles-ci concernent des activités de base ou instrumentales.

2.3.1 Problèmes de santé de longue durée

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

Dans le canton de Fribourg, 30,1% de la population souffre de problèmes de santé de longue durée en 2012²⁰ (A-2.2). Les personnes âgées de 50 ans et plus sont environ quatre fois plus souvent concernées par de tels problèmes (50–64 ans: 46,2%, 65 ans et plus: 48,7%) que celles ayant entre 15 et 34 ans (12,2%). Par contre au niveau du canton de Fribourg, le sexe, le niveau de formation et la nationalité n'ont pas de relation statistiquement significative avec l'apparition de problèmes de santé de longue durée.

La proportion de la population ayant des problèmes de santé de longue durée dans le canton de Fribourg (30,1%) est similaire à la moyenne suisse (31,9%). Les valeurs extrêmes sont incarnées par les cantons de Bâle-Campagne (37,5%) et d'Uri (21,8%).

²⁰ La question était formulée de la manière suivante: «Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique ou de longue durée? On entend par là une maladie ou un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus». Du fait de modifications dans la question, une comparaison temporelle n'est pas possible.

2.3.2 Limitations des activités en raison de problèmes de santé

Les limitations dans les activités forment un indice auto-réporté: à la question «Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement?» les possibilités de réponses sont: fortement limité, limité mais pas fortement, pas limité du tout. Cet indicateur fournit un aperçu général de la réduction de l'autonomie d'une personne. Il s'avère refléter de façon adéquate le niveau d'activité et de handicap tel qu'évalué par des mesures longitudinales subjectives et objectives (Jagger et al. 2010). Chez les jeunes, cet indicateur est notamment associé à des maladies telles que le diabète, l'épilepsie et les maladies cardiovasculaires (Manor et al. 2001) et de manière générale, il est corrélé à la prévalence de maladies physiques chroniques ainsi que de maladies mentales (Van Oyen et al. 2006; Jagger et al. 2010; Cabrero-Garcia et Julia-Sanchis 2014).

Dans le canton de Fribourg, 5,7% des femmes et 4,1% des hommes se déclarent fortement limités dans leurs activités et 20,1% des femmes et 17,1% des

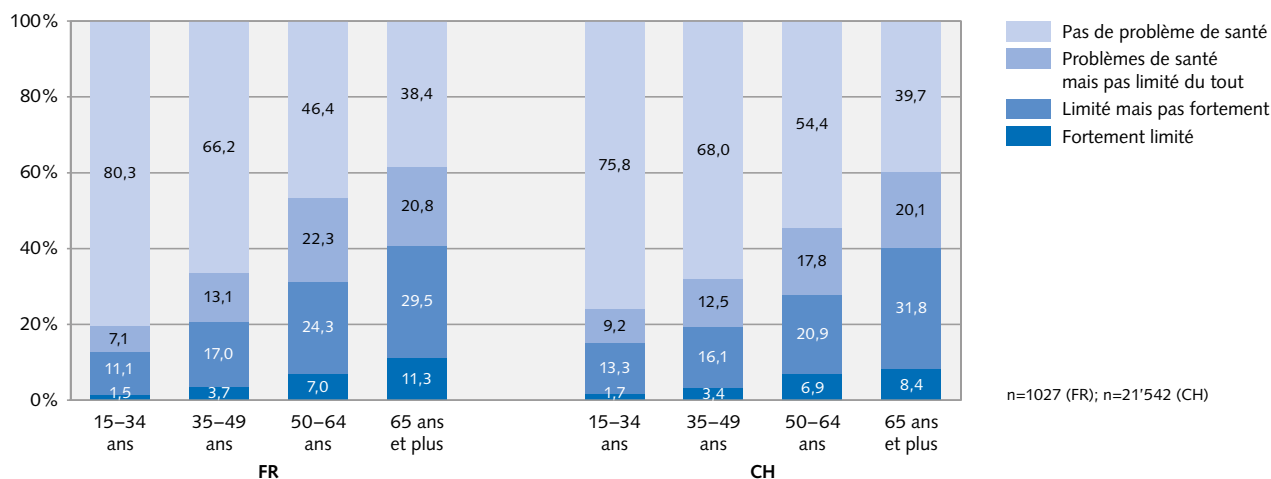
hommes mentionnent de faibles limitations. De telles entraves concernent respectivement 4,9% et 18,7% de la population fribourgeoise dans son ensemble (A-2.3). Par rapport à 2007, ces valeurs ne reflètent pas de différences significatives.

A l'échelle de la Suisse, un gradient lié à l'âge s'observe clairement pour les deux degrés de limitations ainsi que pour la prévalence de problèmes de problèmes de santé n'entraînant pas de limitation (Fig. 2.10). Les différences avec le canton de Fribourg ne sont pas statistiquement significatives.

La plupart du temps, les limitations dans les activités que les gens font habituellement sont liées à des troubles physiques (68,0% des cas de fortes limitations et 77,3% des cas de limitations (non fortes) dans le canton de Fribourg, Fig. 2.11). Dans le canton de Fribourg, les fortes limitations sont plus souvent associées à des problèmes de santé psychique ou à une combinaison de troubles physiques et psychiques (12,1% et 16,2%) que les limitations non fortes (4,2% et 13,9%).

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

Fig. 2.10

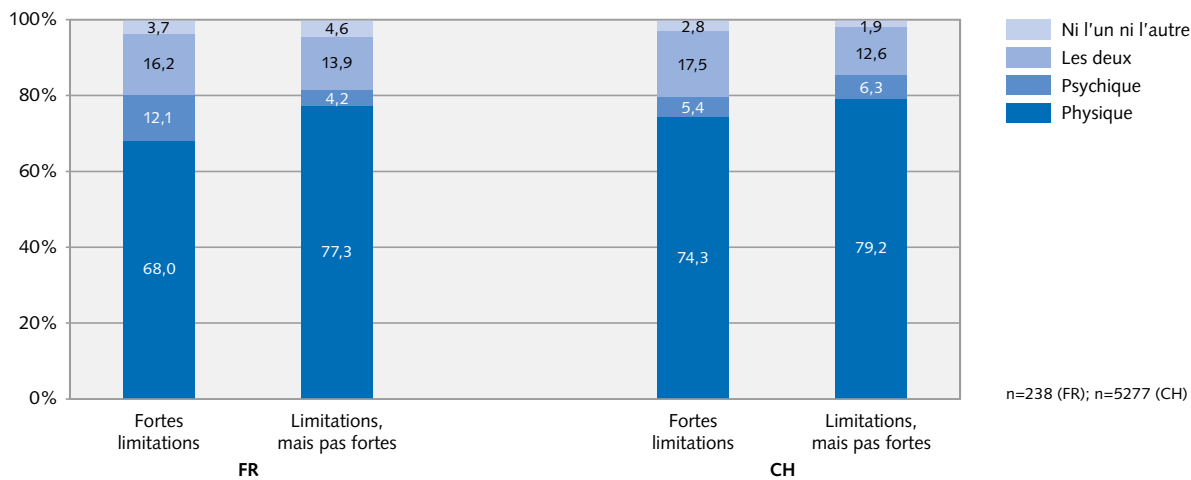


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 2.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Afin de qualifier l'impact des problèmes de santé de longue durée sur le niveau d'indépendance ou d'autonomie d'un individu, on distingue généralement les activités de base des activités instrumentales (Lawton et Brody 1970; Katz 1983). L'autonomie d'un individu dépend premièrement de sa capacité à effectuer des activités de base de la vie quotidienne. Celles-ci ont principalement trait à l'hygiène personnelle. Il s'agit par exemple d'être en mesure de manger, de s'habiller ou de prendre une douche sans aide. Les activités instrumentales de la vie quotidienne mobilisent les capacités cognitives et sociales de l'individu et couvrent une gamme plus large d'activités telles que faire ses courses, manipuler de l'argent ou utiliser les moyens de transport (OMS 2004)²¹.

De manière générale, les personnes souffrant de limitations pour effectuer des activités de base rencontrent également des difficultés à effectuer des activités instrumentales. Comme cela a été vu à la figure 2.10, les personnes âgées sont particulièrement exposées aux problèmes de limitations fonctionnelles puisqu'environ

quatre personnes âgées de 65 ans et plus sur dix se déclarent limitées dans la conduite d'activités que les gens font habituellement. Ce point expose plus en détail les caractéristiques des limitations auxquelles est confrontée cette classe d'âge.

Dans le canton de Fribourg, 50,2% des femmes et 28,4% des hommes de 65 ans et plus font part de limitations dans les activités de la vie quotidienne, principalement pour des activités instrumentales. Cette différence entre les sexes, significative tant à l'échelle du canton que de la Suisse, tient notamment au fait que l'âge moyen des femmes ayant participé à l'ESS était plus élevé que celui des hommes (Fig. 2.12).

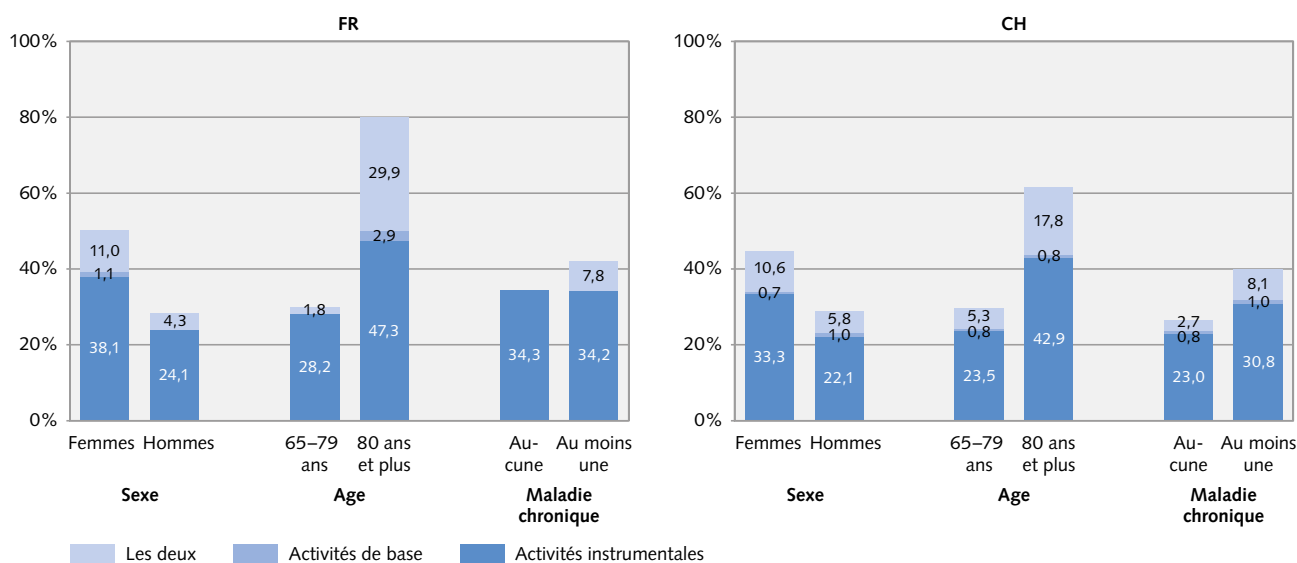
Par rapport aux personnes âgées de 65 à 79 ans qui sont 30% à être contraintes dans leurs activités, 80% de celles de 80 ans et plus le sont (CH: 29,6% et 61,5%). 47,3% de la population fribourgeoise appartenant à la classe d'âge des 80 ans et plus éprouvent des difficultés à accomplir des activités de type instrumental et 29,9% sont également limités dans la conduite d'activités de base.

Il apparaît également que les personnes souffrant de maladies chroniques sont plus susceptibles d'être limitées dans leurs activités de base et instrumentales. Cette différence est significative à l'échelle de la Suisse. Dans le canton de Fribourg, les maladies chroniques sont particulièrement associées aux limitations dans les deux types d'activités.

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

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

Fig. 2.12



Sexe et classe d'âge: n=166 (FR), n=4801 (CH); Maladie chronique: n=148 (FR), n=4125 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

2.4 Santé physique

Si la santé se définit désormais de façon large, incluant notamment les aspects psychiques, la dimension physique ainsi que l'absence de maladie ou d'infirmités en constituent toujours une composante essentielle. Dans le point 2.4.1 seront analysés les troubles physiques sur la base des données auto-rapportées de l'ESS. Dans le point 2.4.2 l'incidence des maladies figurant parmi les principales causes de décès en Suisse sera présentée sur la base des données de la Statistique médicale des hôpitaux et de celle des causes de décès.

Trois aspects de la santé physique seront encore traités sur la base de l'ESS. Le point 2.4.3 passera en revue la prévalence de certaines maladies figurant parmi les facteurs de risques cardiovasculaires. La question de la multimorbidité sera abordée dans le point 2.4.4, invitant à considérer ensemble plutôt que séparément, les différentes maladies dont souffre un patient. Les accidents et chutes qui constituent une source d'atteinte à la santé physique distincte des maladies seront finalement analysés dans le point 2.4.5.

2.4.1 Troubles physiques

Des douleurs, de la fatigue, des insomnies et d'autres troubles physiques peuvent considérablement affecter le bien-être des personnes. Ces symptômes peuvent

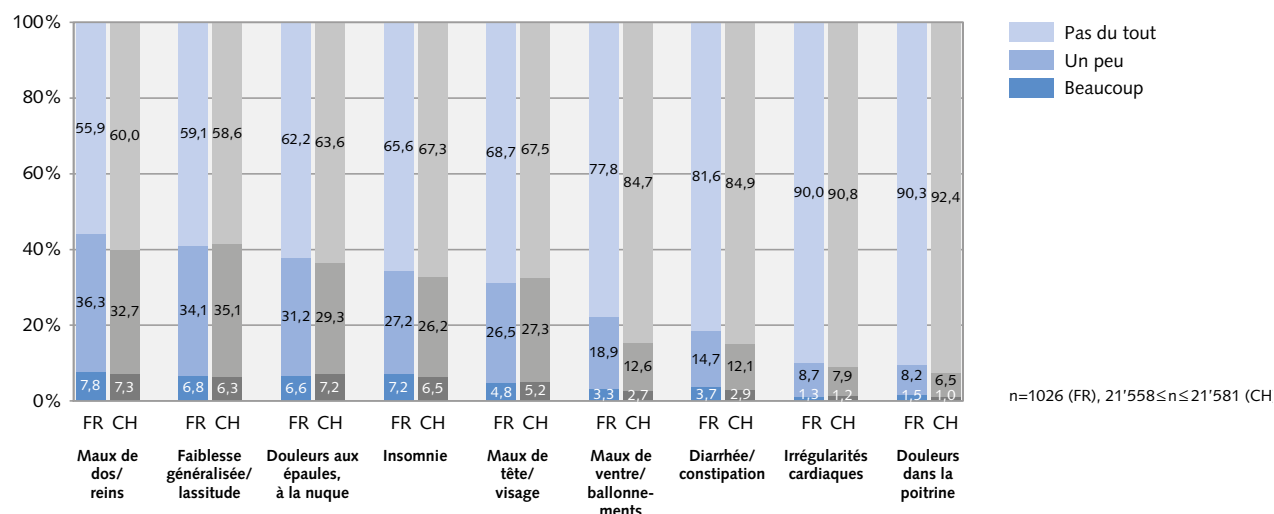
aussi bien avoir des causes physiques que psychiques. Les maux de dos sont par exemple plus répandus en cas de surpoids (Shiri et al. 2010). Et les troubles du sommeil et les maux de dos sont plus fréquents chez les personnes atteintes de dépression (Baer et al. 2013).

Les maux de dos ou aux reins, la faiblesse généralisée ou lassitude, les douleurs aux épaules et à la nuque sont les troubles physiques les plus répandus

La figure 2.13 montre neuf troubles physiques qui se sont manifestés durant les quatre semaines précédant l'enquête et indique si les personnes en ont souffert «un peu» ou «beaucoup» ou «pas du tout». Les troubles dont souffre la population fribourgeoise sont similaires à ceux de la population suisse. Les troubles les plus répandus, mentionnés indépendamment de leur intensité, sont les maux de dos ou aux reins (44,1%), la faiblesse généralisée ou lassitude (40,9%), les douleurs aux épaules, à la nuque (37,8%)²², les insomnies (34,4%) et les maux de tête ou au visage (31,3%). Les quatre premiers troubles sont ressentis fortement (réponse «beaucoup») par environ 7% de la population fribourgeoise et environ 5% pour les maux de tête et au visage.

²² Nouvelle question dans l'ESS 2012.

Personnes ayant certains troubles physiques, selon l'intensité, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (au cours des quatre dernières semaines) Fig. 2.13



Les données sont ordonnées en fonction des résultats pour les troubles physiques faibles et importants pour le canton de Fribourg.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Un indice a été créé sur la base de huit troubles (sans les douleurs aux épaules et à la nuque, question non posée en 2007) en distinguant trois catégories: troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles.²³ Dans le canton de Fribourg, 23,7% souffrent de troubles importants, 32,7% de quelques troubles et 43,7% de peu ou pas de troubles. Les fréquences sont semblables au niveau suisse (respectivement 20,8%, 33,2%, 46,0%, A-2.5). Les femmes font état beaucoup plus fréquemment de troubles importants (32,2%) que les hommes (14,2%). Par contre, la présence de troubles physiques importants dépend peu de l'âge: entre 23,1% à 24,5% des personnes de 15 à 49 ans en mentionnent, 20,7% de celles de 50 à 64 ans et 27,3% des personnes de 65 ans et plus. La fréquence des troubles physiques importants n'a pas varié significativement depuis 1992 dans le canton de Fribourg (1992: 26,1%, 2002: 24,1%, 2007: 22,6%, 2012: 23,7%). Par contre, au niveau suisse, cette proportion a baissé (respectivement 23,6%, 23,1%, 24,2%, 20,8%, les différences entre les enquêtes 1992, 2002, 2007 et celle de 2012 étant significatives).

²³ Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories: pas du tout (1 point), un peu (2 points) et beaucoup (3 points). Avec un total de 12 points ou plus, les troubles sont qualifiés d'importants. Il est question de quelques troubles lorsque le total est compris entre 10 et 11 points et de peu ou pas de troubles lorsqu'il ne dépasse pas 9 points. Les personnes atteintes de fièvre ont été exclues afin de ne pas tenir compte de maladies telles la grippe (OFS 2013a).

2.4.2 Sélection de diagnostics

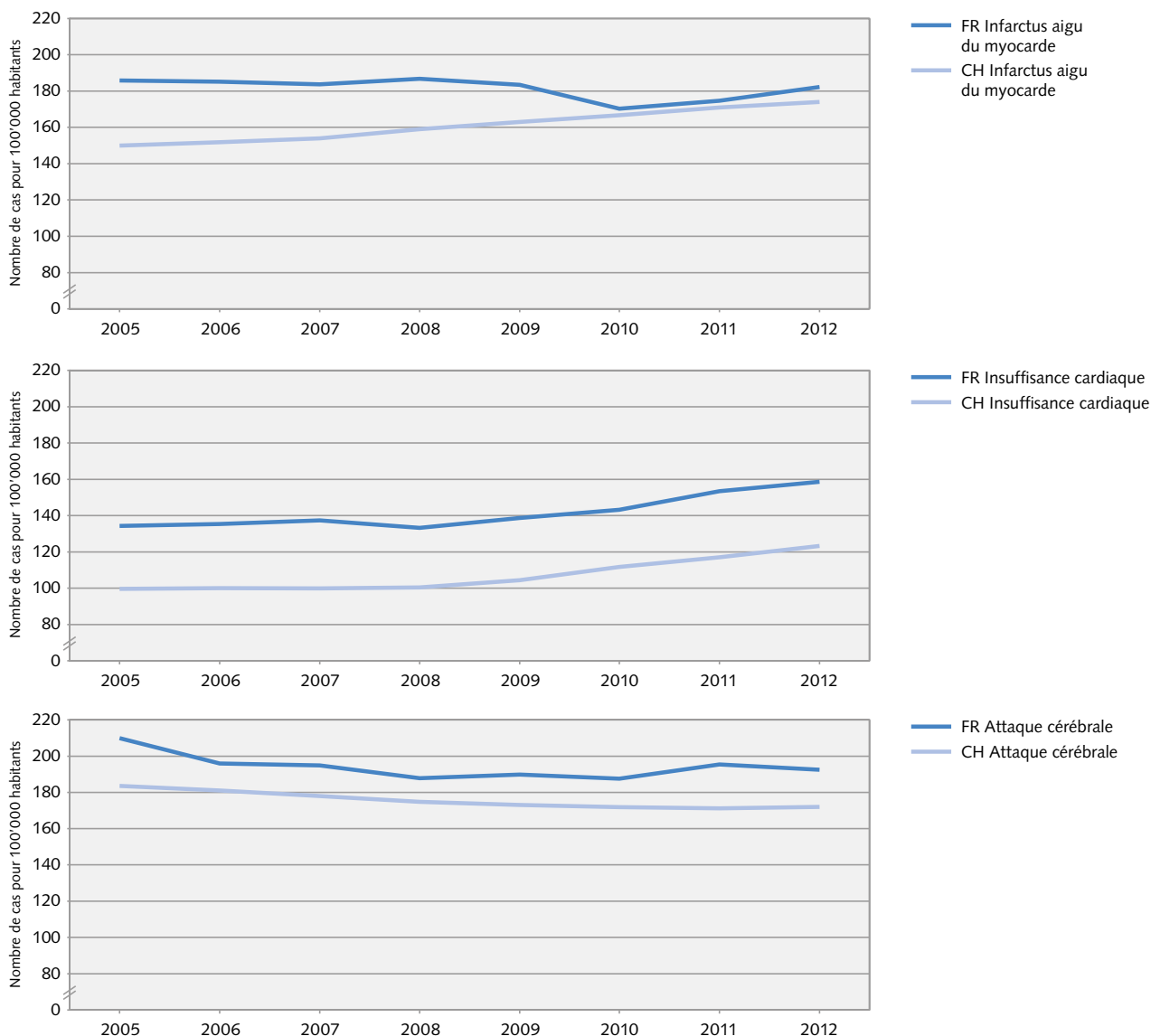
Comme cela a été vu précédemment (voir 2.1.4), les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en Suisse (33,8% de l'ensemble des décès en 2012). La part de décès dus au cancer est légèrement inférieure (25,7%) mais il s'agit par contre de la cause la plus importante du nombre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

La figure 2.14 présente l'évolution de la prévalence standardisée de trois types de diagnostics portant sur des maladies cardio-vasculaires: l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque et l'attaque cérébrale. La prévalence comprend le nombre de cas hospitalisés (moins les cas décédés à l'hôpital) auxquels s'ajoute le nombre de décès rapportés en lien avec une maladie donnée. Les données sont standardisées par âge sur la base de la population européenne en 2010²⁴ et rapportées pour 10'000 habitants.

²⁴ Pour la standardisation adoptée, voir note 16.

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

Fig. 2.14



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

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

© Obsan 2016

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

L'insuffisance cardiaque consiste en une diminution de la fonction cardiaque où le cœur n'est plus capable de pomper

suffisamment de sang pour couvrir les besoins énergétiques de l'organisme. Des mécanismes de compensation se mettent en place et renforcent avec le temps la sollicitation du cœur.

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

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

Pour les trois indicateurs, le canton de Fribourg présente des valeurs plus élevées que dans la moyenne suisse, respectivement les 16^e, 2^e et 7^e rangs. Les hommes sont plus souvent touchés par ces trois affections que les femmes.

Concernant les diagnostics d'infarctus aigus du myocarde, le nombre total de cas recensés chaque année dans le canton de Fribourg s'élève à environ 180 diagnostics pour 10'000 habitants entre 2005 et 2012. Au cours de cette période, la prévalence est passée de 150 à 174 cas pour 10'000 habitants dans la moyenne suisse conduisant à un rapprochement avec les valeurs fribourgeoises. Il est à noter que depuis 1990, le taux de mortalité par crise cardiaque a baissé dans presque tous les pays de l'OCDE, notamment en raison du recul du tabagisme ainsi que des progrès réalisés dans le traitement de ces pathologies. Si la prévalence des infarctus reste stable, ceux-ci entraîneraient donc moins souvent la mort (OCDE 2013a)²⁵.

Le nombre de cas d'insuffisance cardiaque dans le canton de Fribourg est resté stable à environ 140 diagnostics pour 10'000 habitants entre 2005 et 2009 avant d'augmenter jusqu'à 160 diagnostics en 2012. Au niveau suisse, après une période similaire de stabilité (100 cas pour 10'000 habitants), le nombre de diagnostics a augmenté pour atteindre environ 120 cas pour 10'000 habitants dès 2011.

Finalement, la prévalence des cas d'attaque cérébrale suit une diminution linéaire dans la moyenne suisse (184 cas pour 10'000 habitants en 2005; 172 en 2012). Dans le canton de Fribourg, une légère baisse est également observée entre ces deux années (210 cas pour 10'000 habitants en 2005; 193 en 2012) mais c'est en 2008 et en 2010 que la prévalence minimum est observée dans ce canton (188 cas pour 10'000 habitants). Ici encore, la mortalité par maladie cérébrovasculaire a diminué de 56,0% en Suisse entre 1990 et 2011. Avec 41 décès pour 100'000 habitants, la Suisse affiche le taux de mortalité le plus bas des pays de l'OCDE (OCDE 2013a). Ces résultats suggèrent une amélioration de la prise en charge des attaques cérébrales.

2.4.3 Facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires

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

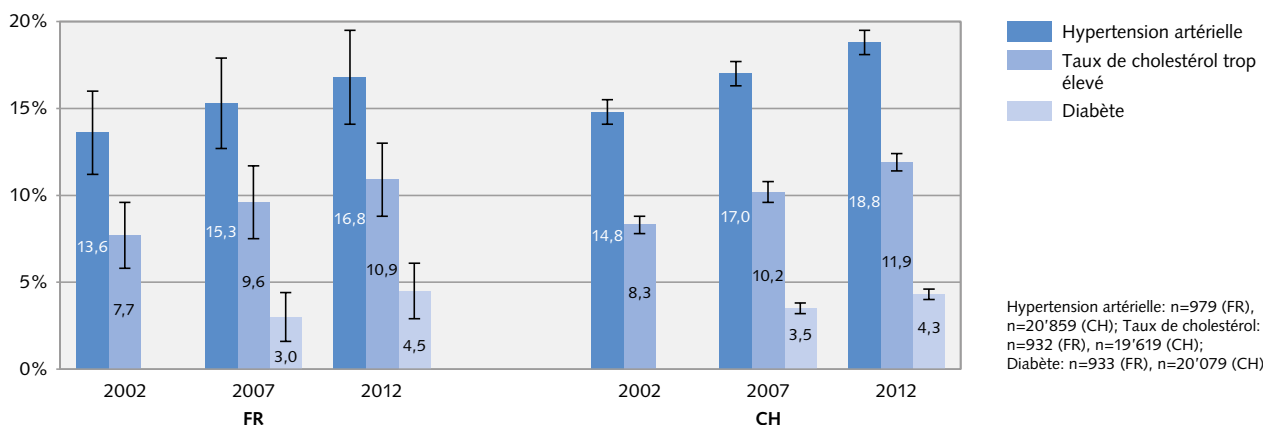
Entre 2002 et 2012, la part de la population suisse souffrant d'hypertension artérielle est passée de 14,8% à 18,8% et celle ayant un taux de cholestérol trop élevé de 8,3% à 11,9% (Fig. 2.15). Des évolutions haussières similaires peuvent être repérées à l'échelle du canton de Fribourg où elles ne sont pas significatives. Les hommes sont un peu plus touchés par ces deux maladies que les femmes tant au niveau suisse qu'au niveau du canton de Fribourg (différences non significatives, A-2.6).

Entre 2007 et 2012, la part de la population suisse concernée par le diabète est passée de 3,5% à 4,3% (augmentation significative) et celle de la population fribourgeoise de 3,0% à 4,5% (augmentation non significative, Fig. 2.15). Alors que la population féminine fribourgeoise concernée par le diabète a peu augmenté (de 2,9% à 3,5%), la prévalence chez les hommes est passée de 3,2% à 5,7%. Cette hausse est significative à l'échelle de la Suisse mais elle y est moins marquée (passage de 4,1% à 5,6%). Il est à noter que la plus grande prévalence de ces différents facteurs de risque est d'autant plus susceptible de déboucher sur des accidents cardiovasculaires si ceux-ci sont réunis et associés à un surpoids. On parle alors de syndrome métabolique (Fondation Suisse de Cardiologie 2014a).

²⁵ Entre 2001 et 2006, la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour un infarctus du myocarde parmi la population âgée de 45 ans et plus en Suisse est passée de 7,4 à 5,9 décès pour 100 admissions.

Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, canton de Fribourg et Suisse, 2002–2012

Fig. 2.15

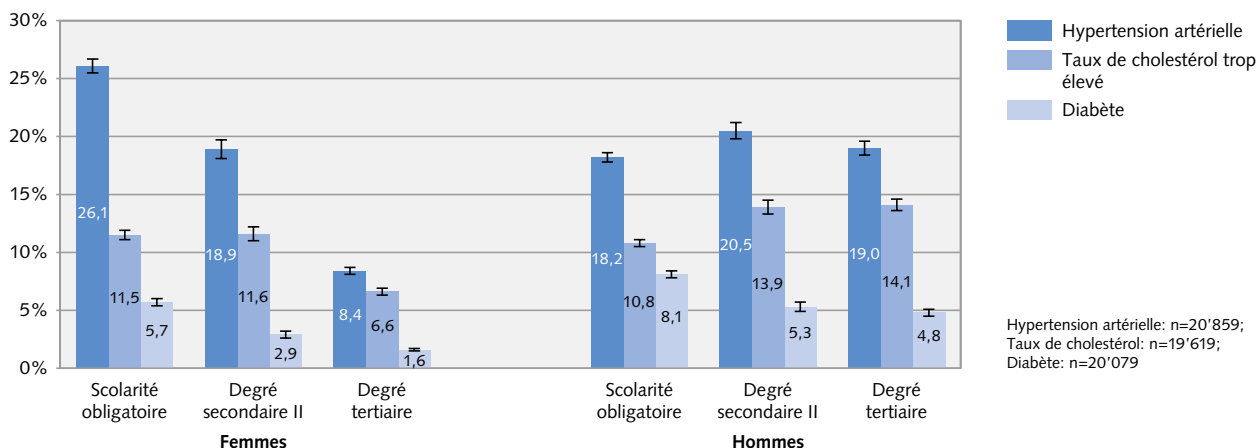


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, selon le sexe et la formation, Suisse, 2012

Fig. 2.16



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

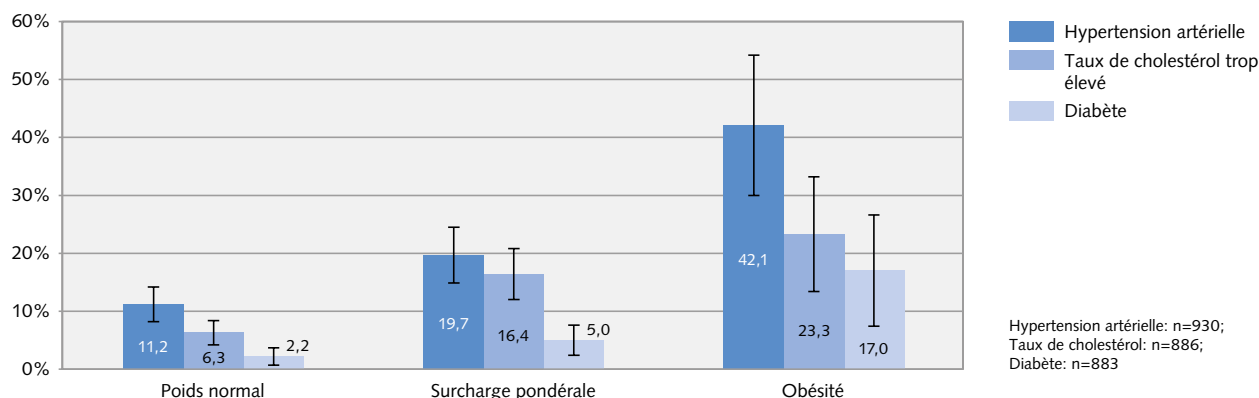
© Obsan 2016

Au niveau suisse, les femmes les plus formées présentent moins souvent chacun des trois facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. L'effet de la formation est moins systématique chez les hommes où il ne se vérifie que pour le diabète (Fig. 2.16). Il a déjà été mis en évidence dans la littérature qu'en raison des comportements de santé distincts des hommes et des femmes selon le niveau de formation, la relation avec la prévalence de maladies cardiovasculaire serait plus forte chez les femmes que chez les hommes. Cette différence tiendrait aux comportements de santé distincts des hommes et des femmes selon le niveau de formation (Laaksonen et al. 2008).

La prévalence de l'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol trop élevé et du diabète est fortement corrélée au niveau de surpoids. Plus précisément, c'est la mesure du tour de taille qui est considérée comme déterminante. Un tour de taille supérieur à 88 centimètres chez les femmes et à 102 centimètre chez les hommes constitueraient en effet un risque accru de maladie cardio-vasculaire (Fondation Suisse de Cardiologie 2014b). La surcharge pondérale et l'obésité sont définies ici en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé sur la base des données auto-reportées (voir point 3.2.1).

Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, selon le poids, canton de Fribourg, 2012

Fig. 2.17



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Ainsi, les Fribourgeois obèses sont 3,8 fois plus souvent en situation d'hypertension artérielle que ceux ayant un poids normal (Fig. 2.17). Ils sont également 3,7 fois plus souvent marqués par un taux de cholestérol élevé et 7,7 fois plus souvent touchés par le diabète. Pour le cholestérol, le risque augmente le plus en passant d'un poids normal à un état de surcharge pondérale. C'est par contre le passage de l'état de surcharge pondérale à celui d'obésité qui fait augmenter le plus fortement le risque d'hypertension artérielle et de diabète.

2.4.4 Multimorbidité

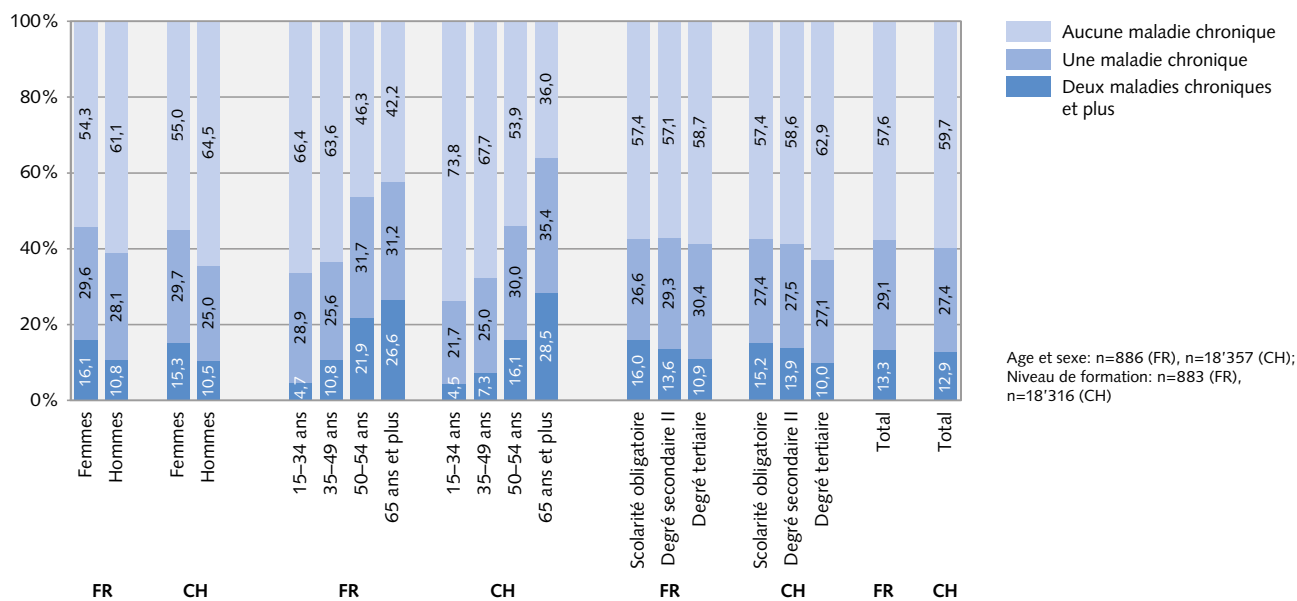
La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus (Bopp et Holzer 2012). Avec le vieillissement de la population, il est à prévoir que le nombre de malades multimorbides augmente à l'avenir. Cette progression de la multimorbidité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

Dans l'ensemble, 29,1% des Fribourgeoises et Fribourgeois ont une maladie chronique et 13,3% deux maladies chroniques ou plus (Fig. 2.18). Ces valeurs sont légèrement plus élevées que dans la moyenne suisse (respectivement 27,4% et 12,9%, différences non significatives). Les femmes sont plus souvent affectées par les maladies chroniques. Cette différence, significative à l'échelle de la Suisse, apparaît tant chez les patients souffrant d'une maladie chronique que chez les patients multimorbides.

La prévalence des maladies chroniques, soit la part de la population présentant une ou plusieurs maladies chroniques, est également fortement liée à l'âge. Dans le canton de Fribourg toutefois, ce gradient d'âge n'apparaît que pour les cas de multimorbidité et non dans la part de personnes ne faisant mention que d'une maladie chronique. La part de personnes multimorbides passe ainsi de 4,7% de la classe d'âge des 15 à 34 ans à 26,6% de la classe d'âge des 65 ans et plus. Au niveau suisse, il apparaît que les personnes ayant un diplôme du degré tertiaire ont moins souvent plusieurs maladies chroniques que celles n'ayant pas de formation post-obligatoire. Par contre, la prévalence des maladies chroniques individuelles reste stable pour les différents niveaux de formation. Au niveau fribourgeois, les différences ne sont pas significatives.

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

Fig. 2.18



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

2.4.5 Accidents et chutes

Les accidents, professionnels et non-professionnels, constituent un enjeu important de santé publique. Ils peuvent engendrer des souffrances physiques et psychiques et peuvent également occasionner des coûts matériels importants. En 2013, les assureurs ont enregistré 516'730 nouveaux accidents non professionnels et 268'924 nouveaux accidents professionnels (SUVA 2014). Au total, le Bureau de prévention des accidents estime à plus de un million (1'066'310) le nombre d'accidents non professionnels qui se sont produits en 2011, la plupart (96%) n'entraînant que des blessures légères ou moyennement graves (BPA 2014).

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

Un cinquième de la population fribourgeoise a été victime d'un accident au cours des douze derniers mois. Les accidents, y compris ceux qui ont été soignés par la personne elle-même, touchent un peu moins les femmes fribourgeoises (17,2%) que les hommes fribourgeois (22,6%, différence non significative); leur fréquence ne varie pas avec l'âge chez les femmes. Par contre, les

jeunes hommes de 15 à 34 ans (37,1%) sont nettement plus concernés que les plus âgés, les hommes de 65 ans et plus étant seulement 5,4% à mentionner un tel accident (Fig. 2.19).

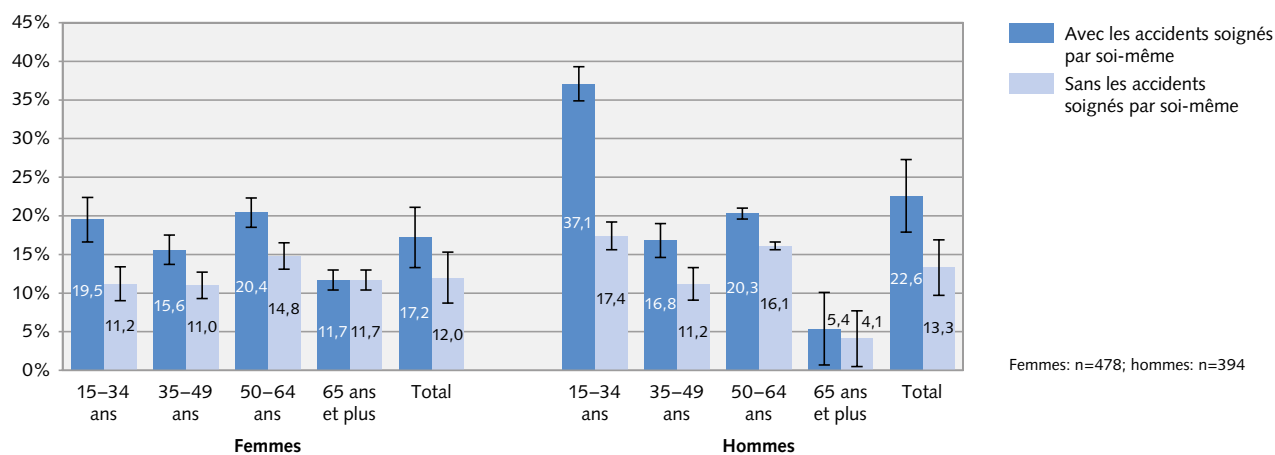
Concernant les accidents ayant nécessité un traitement, leur pourcentage dans la population fribourgeoise depuis 1992 s'est maintenu entre 17,2% et 20,1% (données non présentées)²⁶. Cette constance correspond aux statistiques disponibles concernant le nombre d'assurés LAA (assurance accidents et maladies professionnelles) blessés, lesquelles indiquent une tendance à la baisse du taux d'accidents de la circulation routière ainsi que dans le domaine «habitat et loisirs» accompagnée d'une hausse des accidents liés au sport (au total, 124 blessés pour 1000 assurés en 1990 et 120 pour 2012) (BPA 2014).

La fréquence des accidents sans traitement est assez stable chez les femmes au cours de la vie (environ 11%), par contre elle varie considérablement chez les hommes: les hommes de 15 à 34 ans ont 4,2 fois plus souvent des accidents (17,4%) que ceux de 65 ans et plus (4,1%).

²⁶ La formulation de la question est la suivante: Avez-vous été victime, au cours des 12 derniers mois, d'une atteinte corporelle à la suite d'un accident? Les réponses sont classées en accidents de travail, accidents de la circulation, accidents au domicile ou au jardin et accidents de sport et de jeu. Ces quatre sortes d'accidents forment la somme totale des accidents. Il est demandé ensuite à la personne si l'accident a nécessité un traitement (ambulatoire, hôpital) ou si elle s'est soignée par elle-même.

Accidents, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg, 2012
(au cours des douze derniers mois)

Fig. 2.19

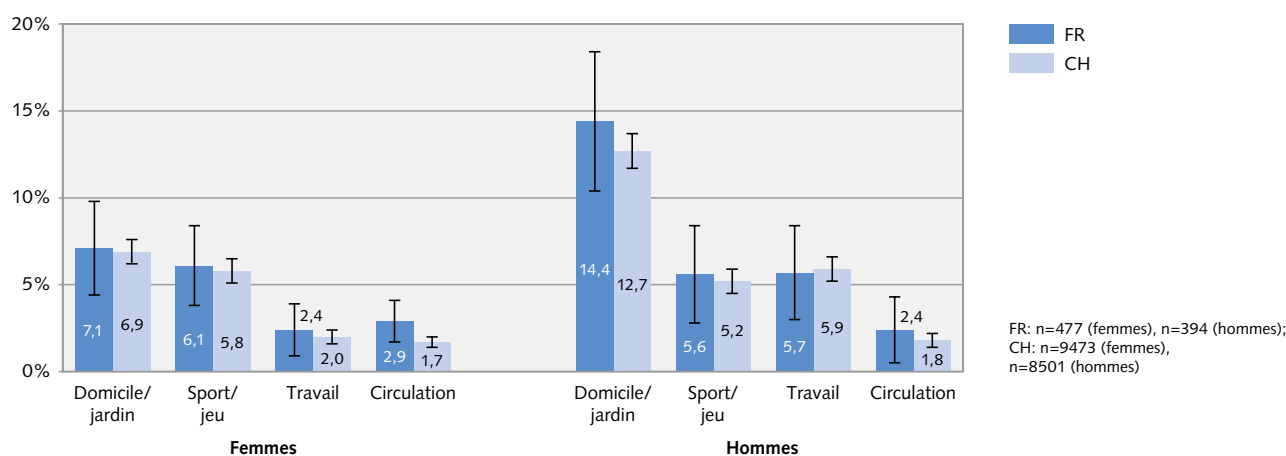


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 2.20



Les données sont ordonnées en fonction des résultats pour les femmes au niveau suisse.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Les différences d'accidentalité entre femmes et hommes apparaissent également à travers les domaines auxquels sont liés ces accidents (Fig. 2.20). Au niveau suisse, les accidents au domicile ou au jardin représentent les accidents les plus fréquents, mais les hommes sont presque deux fois plus nombreux (12,7%) que les femmes (6,9%) à avoir subi un tel événement au cours des douze derniers mois. Chez les femmes, les sports et jeux sont le deuxième domaine d'accidents (5,8%), mais chez les hommes, les accidents au travail (5,9%) sont légèrement plus fréquents que les accidents de sport (5,2%). Selon le Bureau de prévention des accidents (BPA 2014), le football est le sport où les accidents

se produisent le plus souvent. On recensait en 2011 une moyenne de 180 blessés pour 100'000 heures de sport mais il s'agit dans la grande majorité des cas de blessés légers. Les accidents se produisent moins souvent chez les personnes pratiquant le ski alpin (46 blessés pour 100'000 heures de sport) mais il s'agit plus souvent d'accidents entraînant des blessures moyennement graves ou graves.

Les hommes sont près de trois fois plus souvent que les femmes victimes d'accidents liés au travail (5,9% vs 2,0%, différence significative au niveau suisse). Les accidents de la circulation touchent moins de 2% des femmes et des hommes suisses. Au niveau du canton de Fribourg, le

classement des types d'accidents est similaire et seuls les accidents au domicile et au jardin sont significativement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

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

En 2012, 23,9% des Fribourgeoises et Fribourgeois âgés de 65 ans et plus ont chuté dans les douze mois précédant l'enquête, sans évolution notable depuis 2002 (Fig. 2.21). Une hausse significative à l'échelle de la Suisse est à noter (2002: 20,9%; 2012: 25,2%). Elle peut notamment être liée au vieillissement de la population au sein même de la classe d'âge des 65 ans et plus,

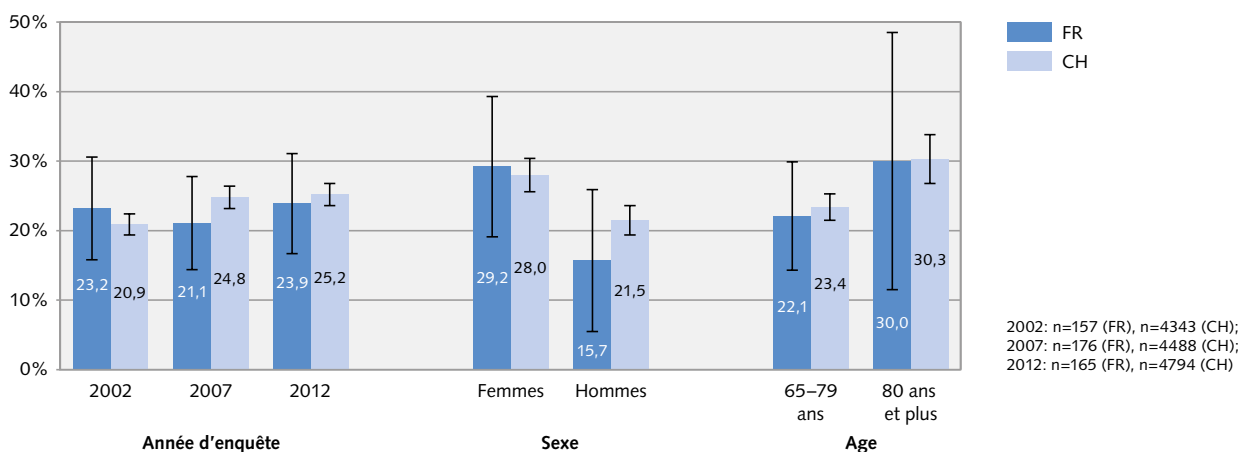
étant donné que la fréquence des chutes augmente avec l'âge. Selon le Bureau de prévention des accidents²⁷, près de la moitié de ces chutes se produisent au sein de l'habitat privé (souvent dans le salon et la chambre à coucher) et environ un quart, sur une infrastructure publique (principalement sur des chemins pour piétons ou trottoirs) (BPA 2014).

Dans le canton de Fribourg comme dans la moyenne suisse, les femmes sont plus souvent victimes de chutes que les hommes (différence non significative pour Fribourg). Cette différence peut notamment être due à l'âge plus avancé des femmes interrogées. En effet, chez les personnes de 80 ans et plus, les chutes sont beaucoup plus fréquentes que chez celles âgées de 65 à 79 ans.

La figure 2.22 met en relation la fréquence des chutes avec un certain nombre d'indicateurs de santé. Ceux-ci peuvent d'une part être considérés comme des facteurs de risque. Par exemple, une personne affectée par certains problèmes de santé de longue durée entravant sa mobilité sera plus sujette au risque de chutes. D'autre part, une chute peut être source de handicaps et occasionner des limitations fonctionnelles. Elle peut également générer une perte de confiance qui se reflète à travers une moins bonne santé auto-évaluée.

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

Fig. 2.21



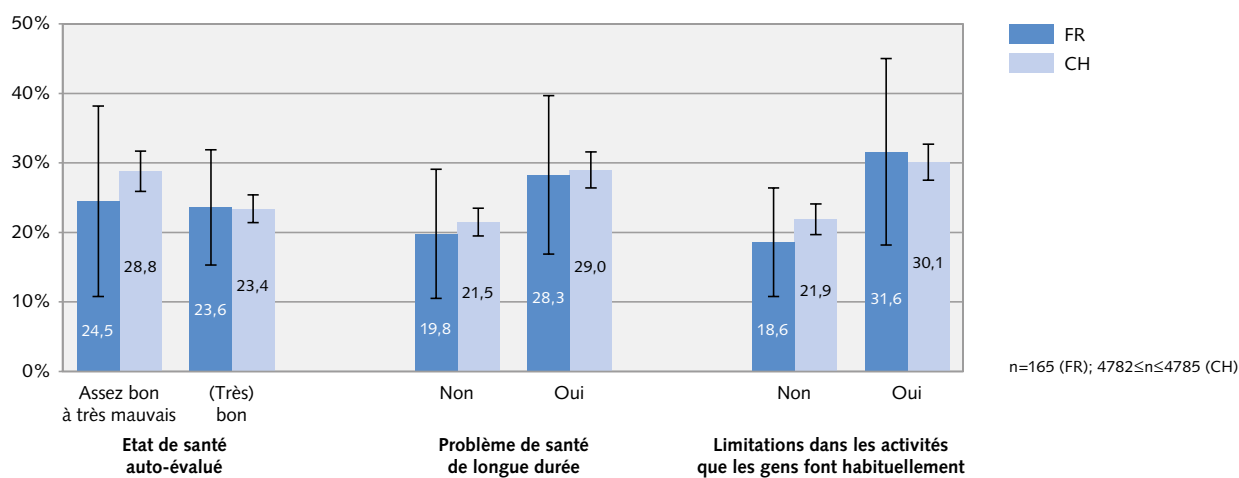
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

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

Fig. 2.22



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Parmi les indicateurs passés en revue, c'est le fait de se voir limité dans les activités que les gens font habituellement qui est le plus souvent associé aux chutes dans le canton de Fribourg (31,6%). Les personnes qui ne sont pas confrontées à de telles limitations sont nettement moins souvent victimes de chutes (18,6%, différence non significative pour le canton de Fribourg). 28,3% des personnes ayant des problèmes de santé de longue durée ont chuté contre moins d'un cinquième (19,8%, différence non significative pour le canton de Fribourg) de celles ne faisant pas mention de tels problèmes. Au niveau suisse, les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une santé auto-évaluée assez bonne à très mauvaise ont aussi été plus souvent victimes d'une chute (28,8%) que celles déclarant une (très) bonne santé auto-évaluée (23,4%). La différence de résultat est toutefois moins importante que pour les deux indicateurs mentionnés précédemment et ne se vérifie pas au niveau du canton de Fribourg.

2.5 Santé psychique

La santé psychique constitue une dimension essentielle du bien-être de l'individu. L'OMS estime que dans la région européenne, 27% de la population adulte (âgée de 18 à 65 ans) a souffert d'au moins un désordre de santé mentale au cours de l'année précédente (ceux-ci comprennent les problèmes de toxicomanie, la psychose, la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires)

(OMS 2014b). Ces troubles constituent également un important enjeu financier pour les systèmes de santé. Il a par exemple été calculé qu'en France, l'ensemble des coûts (directs et indirects) liés aux maladies mentales correspondent à 2,3% du produit intérieur brut (PIB) et au Canada, ces coûts atteindraient 4,4% du PIB (OCDE 2014a). Le coût des principales maladies psychiques en Suisse est estimé à 7,8 milliards de francs par an environ (données 2010). Il est composé pour 38,0% par les coûts de santé directs, pour 5,7% par les coûts directs à caractère non médical et pour 56,3% par les coûts indirects (Bürli et al. 2015). Se pose également la question de la disponibilité et de l'accès à un personnel de santé qualifié. Le thème de la santé psychique va toutefois au-delà de la seule présence ou absence de troubles ou de handicaps mentaux. Dans une acception plus large, il s'agit pour un individu d'être en mesure de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de sa communauté (OMS 2014b).

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

2.5.1 Énergie et vitalité

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

Dans le canton de Fribourg, presque un quart de la population (24,4%) présente une énergie et vitalité faible (Fig. 2.23). Celle-ci est considérée comme moyenne pour 17,6% des Fribourgeoises et Fribourgeois et comme forte pour 55,9% d'entre eux. Dans la moyenne suisse, une faible énergie et vitalité est un peu moins fréquente (22,9%), une énergie moyenne un peu plus fréquente (19,6%) et une forte énergie plus fréquente (59,5%), ces différences n'étant toutefois pas significatives. Par contre, la proportion de personnes ayant une forte énergie et vitalité en Suisse alémanique est supérieure (62,2%, A-2.8) à celle du canton de Fribourg qui est elle-même comparable à celle de la Suisse romande (53,6%).

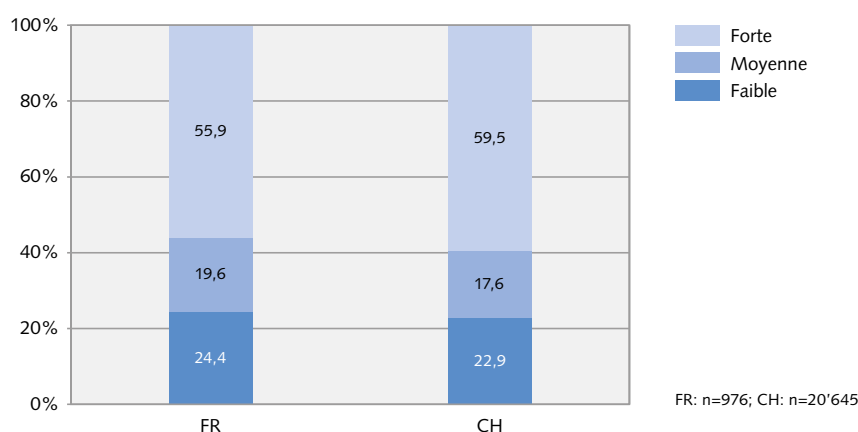
Comme cet indicateur figure dans l'ESS pour la première fois en 2012, il n'est pas possible d'en saisir l'évolution temporelle. On peut toutefois mentionner que selon les données récoltées dans le cadre du Panel suisse

des ménages, il est fait état d'un net recul entre 2004 et 2011 de la part de personnes qui se sentent très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie²⁹, cette évolution pouvant être mise en relation avec les effets de la crise économique mondiale survenue en 2008 (Moreau-Gruet 2014).

L'indicateur «énergie et vitalité» s'avère être étroitement lié à d'autres indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Ainsi un peu plus des deux cinquièmes (44,7%) des Fribourgeoises et Fribourgeois limités dans leurs activités de la vie quotidienne ont un faible score sur l'échelle de vitalité contre seulement un peu moins d'un cinquième (18,6%) des personnes n'éprouvant pas de telles limitations (Fig. 2.24). La relation entre l'énergie et la vitalité et la santé auto-évaluée est du même ordre: plus de la moitié (52,0%) des personnes déclarant une santé auto-évaluée assez bonne à très mauvaise ont un faible score sur l'échelle de vitalité contre moins d'un cinquième des individus en (très) bonne santé auto-évaluée (17,8%). L'indicateur d'énergie et vitalité est également corrélé au sentiment de maîtrise de la vie, lequel constitue une ressource psychosociale bénéfique pour la santé (voir 2.6.1). Un peu moins des trois quarts des personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de leur vie (74,0%) ont également une énergie et vitalité forte contre seulement un tiers (35,4%) des individus n'ayant que faiblement développé une telle conviction.

Énergie et vitalité, canton de Fribourg et Suisse, 2012

Fig. 2.23



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

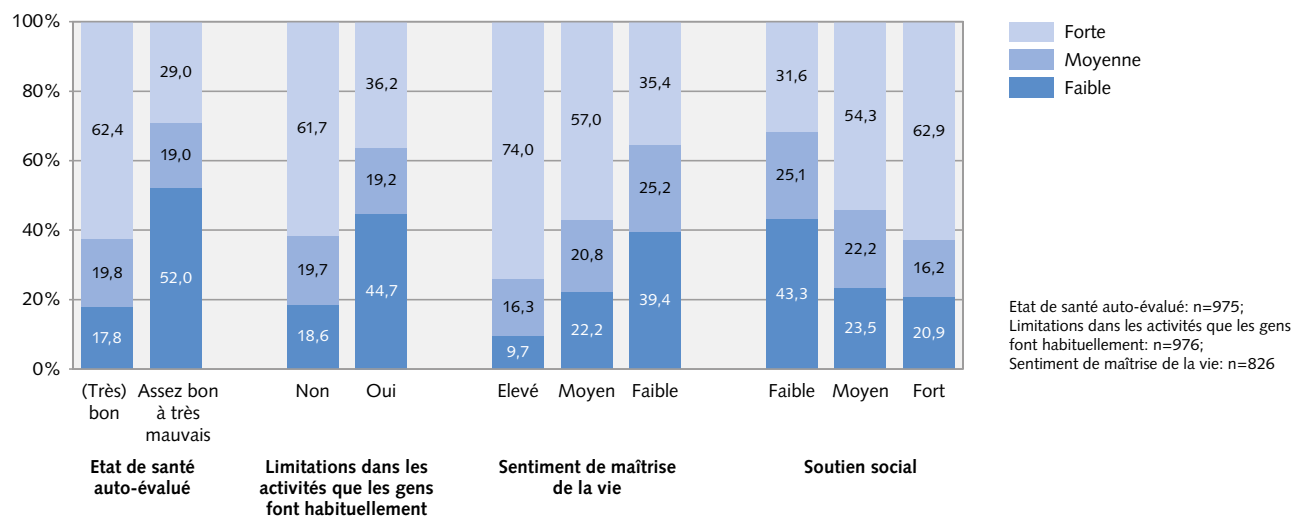
© Obsan 2016

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

²⁹ Entre 2004 et 2011, la part de personnes en Suisse se sentant très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie est passée de 27,6% à 16,7%.

Energie et vitalité, selon une sélection d'indicateurs de santé, canton de Fribourg, 2012

Fig. 2.24



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

On observe également un gradient en fonction de la force du soutien social dont les répondants bénéficient de la part de leur entourage (Fig. 2.24). Près des deux tiers (62,9%) de ceux bénéficiant d'un soutien social fort ont également une forte énergie et vitalité. Les personnes dont le soutien est faible ne sont que 31,6% à faire état d'une forte énergie et vitalité.

2.5.2 Problèmes psychiques

Dans le canton de Fribourg, 23,1% des personnes interrogées déclarent souffrir de problèmes psychiques moyens ou importants³⁰ (Fig. 2.25), ce qui est significativement plus que la moyenne suisse (18,0%, A-2.9). Cette proportion a aussi augmenté depuis 2007 (19,2%) mais pas de manière significative.

Les femmes connaissent ainsi presque deux fois plus souvent que les hommes des problèmes psychiques moyens ou élevés (femmes: 29,2%; hommes: 15,7%, Fig. 2.25). Un gradient, significatif au niveau suisse, apparaît aussi en fonction de la formation: la fréquence de problèmes psychiques moyens diminue à mesure qu'augmente le niveau de formation. De même, les

étrangers³¹ sont plus concernés par des problèmes psychiques moyens que les Suisses (significatif au niveau suisse).

Selon le modèle multivarié pour le canton de Fribourg comportant les mêmes variables que celui pour la santé auto-évaluée (point 2.2, tableau 2.1), les femmes auraient deux fois et demi plus de risque de présenter des problèmes psychiques moyens à importants que les hommes. Dans le modèle au niveau suisse, en plus du sexe, un bas niveau de formation, la nationalité étrangère et l'appartenance à la Suisse romande augmenteraient le risque d'avoir des problèmes psychiques moyens à importants.

Comme pour l'indicateur de vitalité, la présence de problèmes psychiques est aussi fortement corrélée à différents indicateurs de la santé physique, mentale et sociale (Fig. 2.26). Par exemple, un pourcent des personnes sans troubles physiques ou avec de faibles troubles physiques font état de problèmes psychiques importants, ce qui est le cas de 15,2% de ceux qui ont des troubles physiques importants. Ce résultat indique donc une forte relation entre les dimensions physiques et psychiques de la santé. De la même manière, des problèmes psychiques moyens à importants se rencontrent plus souvent chez les personnes limitées dans les activités de la vie quotidienne: 41,3% contre 17,7% chez celles ne rencontrant pas de telles limitations.

³⁰ Les problèmes psychiques ont été mesurés à l'aide de la sous-échelle MHI de la version courte du MOS (SF-36; (Ware et Sherbourne 1992; Bullinger et al. 1995)). La sous-échelle correspond au cumul des fréquences des cinq états suivants au cours des quatre semaines précédant l'enquête: se sentir «très nerveux(se)», avoir «le cafard», être «calme et paisible», se sentir «abattu(e) et déprimé(e)» et se sentir «heureux(se)». Elle s'étend de 0 à 100 points et est subdivisée en problèmes psychiques importants (de 0 à 52), moyens (de 53 à 72) et faibles (de 73 à 100), cette dernière catégorie tenant compte des personnes n'ayant pas de problèmes psychiques.

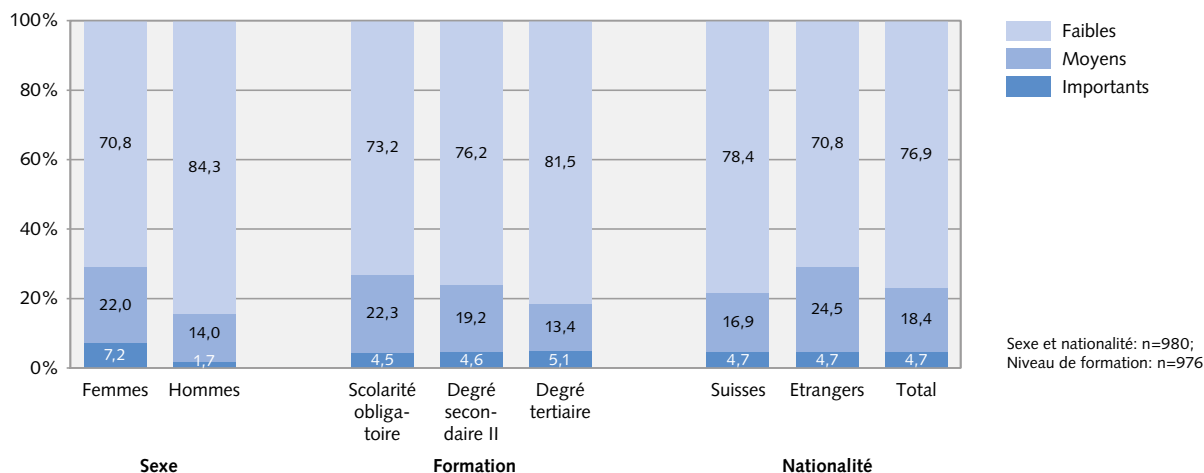
³¹ Pour rappel, les étrangers sont les personnes de nationalité étrangère domiciliées en Suisse.

La figure 2.26 met également en rapport l'existence de problèmes psychiques et le sentiment de maîtriser sa propre vie. Près de la moitié des personnes chez lesquelles ce sentiment est faiblement développé (40,3%) présentent des problèmes psychiques moyens ou élevés alors que ce n'est le cas que de 14,0% des personnes dont la conviction qu'elles peuvent déterminer le cours de leur propre vie est renforcée.

Comme on peut s'y attendre, les personnes ne bénéficiant que d'un faible soutien social sont également plus souvent affectées par des problèmes psychiques moyens et élevés (41,7%) que celles affichant un soutien social moyen ou fort (respectivement 23,6% et 17,3%). Le gradient lié à l'importance du soutien social s'affiche encore plus clairement au niveau suisse (données non présentées).

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

Fig. 2.25

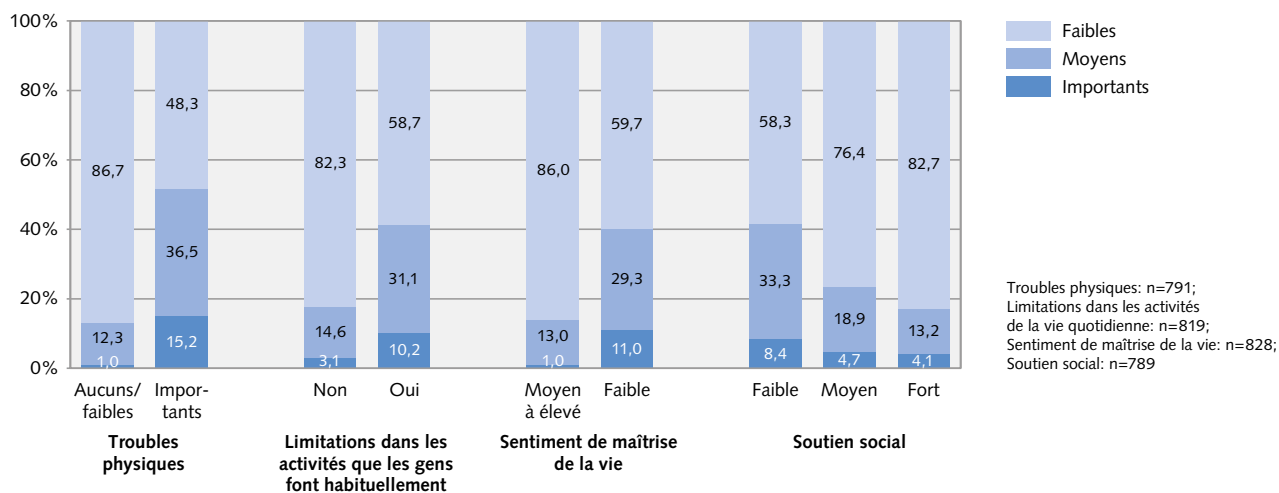


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Problèmes psychiques, selon une sélection d'indicateurs de santé, canton de Fribourg, 2012

Fig. 2.26



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

2.5.3 Symptômes dépressifs

En Europe, il est estimé qu'une personne sur quinze souffre de dépression majeure. Si l'anxiété et les autres formes de dépression sont incluses, cet état concernerait alors quatre Européens sur quinze (OMS 2014a). Les coûts associés à ces maladies sont particulièrement importants, tant pour l'individu que pour la société (McMahon et al. 2012). Etant donné leur forte prévalence, leur survenance précoce, leur chronicité et les handicaps qui s'ensuivent, les dépressions sont les maladies neuropsychiatriques les plus coûteuses en Europe et dans le monde (Baer et al. 2013).

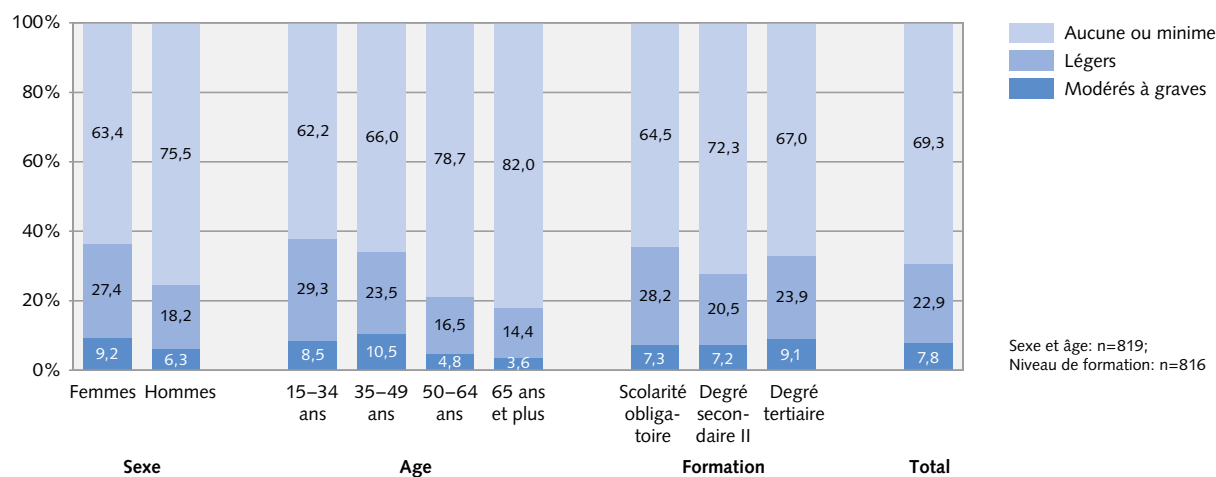
De plus, outre les handicaps et souffrances dans la vie quotidienne liés aux dépressions, celles-ci présentent souvent des comorbidités. Il a par exemple été observé que la probabilité d'être atteint de symptômes dépressifs double pratiquement avec chaque symptôme somatique supplémentaire (Kroenke et al. 1994). Les dépressions sont également associées à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de diabète (Knol et al. 2006; Nemeroff et Goldschmidt-Clermont 2012) ainsi qu'à un taux de mortalité plus élevé (Schulz et al. 2000).

Afin de rendre compte de la fréquence et de la gravité des symptômes dépressifs au sein de la population suisse, il est fait recours à l'indice de dépression majeure (instrument PHQ-9) tel qu'utilisé dans les enquêtes internationales. Celui-ci se construit en sommant les valeurs des réponses données quant à neuf symptômes dépressifs³². Les résultats de l'ESS ne permettent toutefois pas de formuler un diagnostic clinique concernant l'existence d'une dépression. Pour cela, les répondants devraient consulter un spécialiste en psychiatrie, lequel serait en mesure d'exclure les causes physiques de la dépression, d'évaluer les situations normales de deuil ainsi que l'historique des épisodes maniaques (Kroenke et Spitzer 2002). Néanmoins, les données recueillies constituent des indications pertinentes du degré de gravité des symptômes dépressifs. Par ailleurs, ces symptômes ont souvent un impact important sur la qualité de vie, du travail ainsi que sur les compétences relationnelles des personnes concernées.

Dans le canton de Fribourg, 22,9% (CH: 22,2%) des personnes interrogées présentent en 2012 de légers symptômes dépressifs et 7,8% (CH: 6,5%) des

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

Fig. 2.27



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

symptômes modérés à graves. Des différences de résultats entre les sexes sont observées (Fig. 2.27 et A-2.9): les femmes fribourgeoises ont significativement plus de symptômes dépressifs légers (27,4% vs 18,2%) et sont moins nombreuses à présenter aucun ou de minimes symptômes dépressifs (63,4% vs 75,5%) que les hommes fribourgeois. La différence pour les symptômes modérés à graves n'est pas significative.

Contrairement au niveau suisse, où on observe un net gradient lié à l'âge pour les symptômes dépressifs modérés à graves, dans le canton de Fribourg, les personnes de moins de 50 ans sont plus concernées par de tels symptômes que celles étant plus âgées, mais ces différences ne sont pas significatives. Un gradient s'observe aussi pour les symptômes légers avec deux fois plus de personnes concernées parmi les 15 à 34 ans que parmi celles de 65 ans et plus. Ces différents résultats sont toutefois à interpréter avec précaution. En effet, dans le cadre de l'ESS 2002 et 2007, un autre instrument de mesure (DSQ-10, également appelé «échelle de Wittchen»), indiquait plutôt une relative stabilité des symptômes dépressifs moyens à sévères sur toute la durée de l'existence, mais une nette augmentation des faibles symptômes à un âge avancé (Schuler et Burla 2012; Baer et al. 2013). Par ailleurs, on peut rappeler que les données présentées ne comprennent pas les personnes institutionnalisées, encore plus souvent affectées par des symptômes dépressifs.

Au niveau suisse, on observe que ce sont les personnes qui ont le niveau de formation le plus bas qui sont le plus concernées par des symptômes dépressifs modérés à graves (A-2.9). Ce n'est pas le cas dans le canton de Fribourg où ce sont les personnes ayant achevé une formation de niveau tertiaire qui mentionnent le plus de tels symptômes (différence non significative).

2.6 Ressources en santé

L'état de santé d'une personne dépend également de sa capacité à mobiliser différents types de ressources, notamment personnelles et sociales, de façon à faire face aux événements difficiles de la vie (Antonovsky 1979). Le point 2.6 explore la prévalence du sentiment de maîtrise de la vie (2.6.1), de soutien social (2.6.2) ainsi que des sentiments de solitude (2.6.3) au sein de la population suisse et fribourgeoise.

2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie

Les personnes chez qui le sentiment de maîtrise de la vie est fort sont convaincues de pouvoir déterminer le cours de leur propre vie. Celles chez qui ce sentiment est plus faible considèrent plus leur vie comme conditionnée par des facteurs extérieurs, tels que la fatalité, le hasard ou le contrôle d'autres personnes, si bien qu'elles jugent leur propre influence comme mineure à cet égard (Schuler et Burla 2012). Cette mesure renvoie ainsi à la distinction entre sentiments de contrôle intérieur ou extérieur de sa propre vie (Rotter 1990). Un sentiment de maîtrise élevé est considéré comme une ressource psychique bénéfique pour la santé physique et mentale et sert de médiation entre divers facteurs de stress et l'état de santé (Lavikainen et al. 2006). Dans le cadre de l'ESS, on distingue un niveau de maîtrise bas, moyen ou élevé en fonction des évaluations données par les répondants à quatre affirmations³³.

L'indice sur le sentiment de maîtrise de la vie est disponible dans l'ESS depuis 1992 (A-2.10). Dans le canton de Fribourg, une légère tendance non significative s'observe à l'augmentation de la proportion de personnes ayant un bas niveau de maîtrise de la vie entre 2007 et 2012 (l'indice était stable de 1992 à 2002)³⁴. L'augmentation observée en 2012 est due à une augmentation significative de la proportion de femmes ayant un bas niveau de maîtrise de la vie (1992: 21,0%, 2012: 33,1%). Cette tendance contraste toutefois avec l'évolution observée au niveau suisse, selon laquelle un sentiment de maîtrise de la vie élevé serait devenu plus fréquent chez les femmes (1992: 32,5%; 2012: 39,0%).

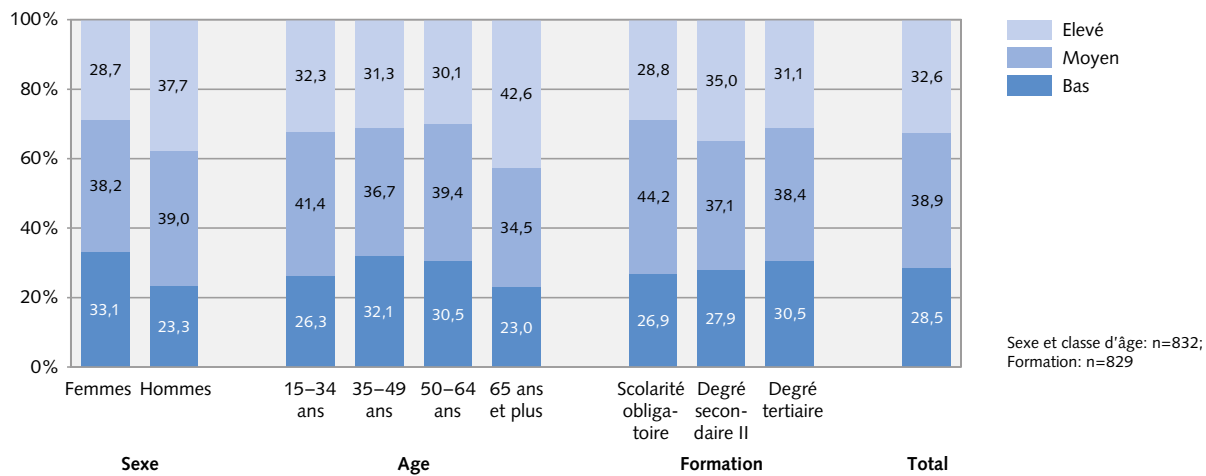
Comme pour les autres indicateurs de santé psychique analysés précédemment (voir 2.5), les écarts dans les résultats entre femmes et hommes sont importants pour ce qui concerne le sentiment de maîtrise de la vie (Fig. 2.28). Celui-ci peut être qualifié de faible chez 33,1% des femmes du canton de Fribourg (CH: 22,1%) et chez 23,3% (CH: 19,1%) des hommes. Ces différences sont significatives tant pour le canton de Fribourg qu'à l'échelle de la Suisse.

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

³⁴ En 1992, la population interrogée se limite aux 15 à 74 ans. Il est possible que cela entraîne un biais vers une plus grande fréquence d'un sentiment de maîtrise de la vie élevé et une moins grande fréquence d'un sentiment de maîtrise de la vie bas.

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

Fig. 2.28



Les résultats pour le canton de Fribourg suggèrent également que le sentiment de maîtrise de la vie est plus développé chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec 42,6% des personnes appartenant à cette classe d'âge affichant un sentiment de maîtrise de la vie élevé contre un peu plus de 30% pour le reste de la population. Cette différence est significative à l'échelle de la Suisse.

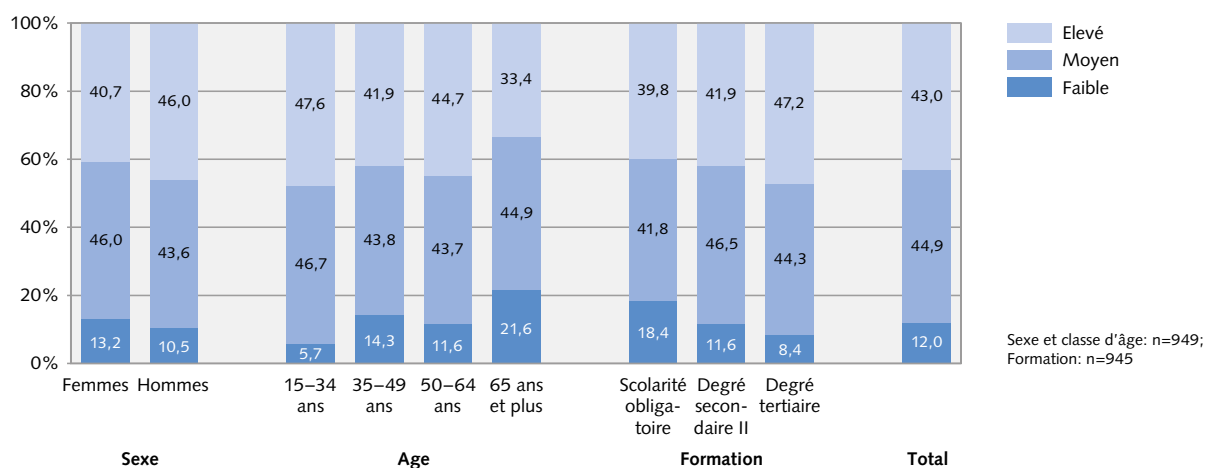
Au niveau suisse, les personnes ayant une formation de niveau universitaire sont moins nombreuses à exprimer un faible sentiment de maîtrise de la vie (17,8%, A-2.10), par rapport aux personnes sans formation post-obligatoire (26,3%). Une telle différence ne peut pas être mise en évidence dans le canton de Fribourg où les différences ne sont pas significatives.

2.6.2 Soutien social

Si le lien entre soutien social et santé a notamment pu être observé pour le risque de développer des problèmes coronariens et de diabète ou pour la capacité à développer des stratégies d'adaptation face au cancer, les mécanismes selon lesquels le soutien social agit comme une ressource protectrice pour la santé sont à clarifier. On peut notamment mentionner l'hypothèse selon laquelle les personnes dont le soutien social est élevé adopteraient des modes de vie plus sains que les personnes souffrant d'isolement social (Bachmann 2014). Le soutien social peut également être envisagé comme un modérateur des effets délétères d'événements de vie critiques et du stress (Gaumé 2009).

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

Fig. 2.29



Dans l'ESS, la mesure du soutien social s'effectue en fonction du nombre de personnes sur qui un individu peut compter en cas de problèmes sérieux, de l'intérêt porté par l'entourage aux activités menées et de l'aide reçue de voisins en cas de besoin (Oslo-3, social support scale) (Brevik et Dalgard 1996). Un score est calculé et catégorisé de façon à qualifier le soutien social de faible, moyen ou fort. Cet indicateur n'est disponible qu'à partir de 2012.

En 2012, 43,0% de la population fribourgeoise affiche un niveau de soutien social élevé. Pour 44,9% d'entre eux, ce soutien est qualifié de moyen et de faible pour les 12,0% restants. Les femmes bénéficient tendanciellement de moins de soutien social que les hommes (différence non significative, Fig. 2.29).

La part de Fribourgeoises et Fribourgeois ne bénéficiant que d'un faible soutien social tend à augmenter avec l'âge, passant de 5,7% chez les personnes de 15 à 34 ans à 21,6% chez celles âgées de 65 ans et plus.

Un gradient lié au niveau de formation s'observe également. Par exemple, les personnes dans le canton de Fribourg n'ayant pas de formation post-obligatoire ont plus de deux fois plus de risques (18,4%) que celles ayant une formation du degré tertiaire (8,4%) de ne bénéficier que d'un faible soutien social.

2.6.3 Sentiments de solitude

La prévalence des sentiments de solitude est un autre indicateur du soutien social. De tels sentiments constituent l'expression subjective d'un manque quantitatif ou qualitatif de ressources sociales. Ils ne sont donc pas forcément liés au nombre de contacts sociaux mais peuvent

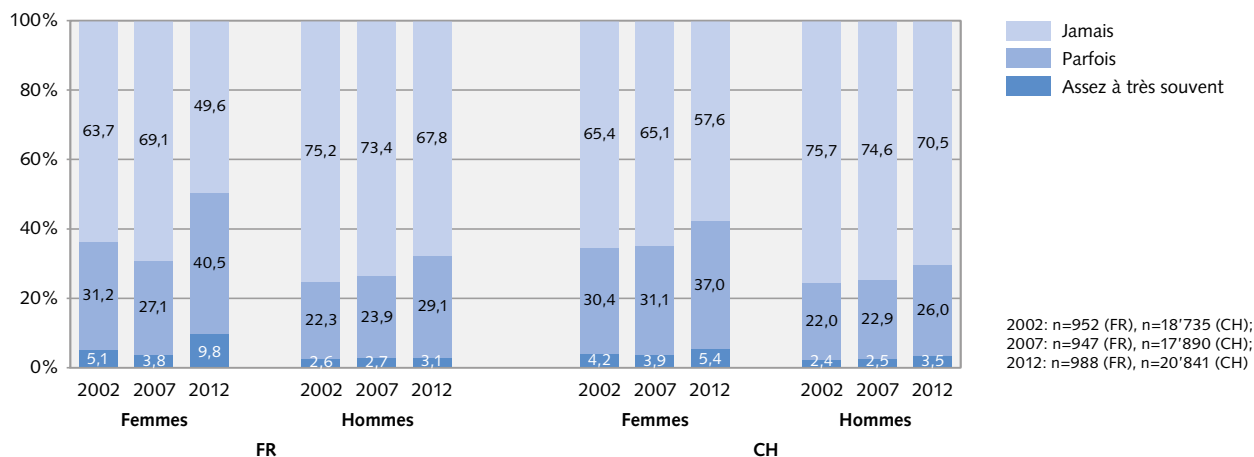
également refléter un besoin de relations différentes. Quand ils persistent, ces sentiments peuvent avoir de sérieuses conséquences sur la santé et le bien-être des personnes concernées (OFS 2014d). Dans le cadre de l'ESS, il est demandé aux répondants s'il leur arrive de se sentir seul jamais, parfois, assez souvent ou très souvent. Dans le canton de Fribourg, la fréquence des sentiments de solitude est restée stable entre 2002 et 2007 (parfois à très souvent des sentiments de solitude: 30,9% et 28,8%) mais a augmenté de manière significative en 2012 (42,1%). Cette augmentation de la fréquence des sentiments de solitude se repère également à l'échelle de la Suisse, toutefois de façon moins marquée mais tout de même significative (de 30,3% à 36,1% entre 2007 et 2012, A-2.10).

De manière générale, les femmes sont plus souvent que les hommes sujettes à des sentiments de solitude, que ceux-ci soient occasionnels ou plus fréquents. L'augmentation des sentiments de solitude en 2012 à l'échelle du canton provient essentiellement de l'augmentation de ces sentiments chez les femmes (Fig. 2.30).

Dans le canton de Fribourg, les sentiments de solitude ne présentent pas de variations en fonction de l'âge, contrairement au niveau suisse, où ils sont plus fréquents chez les plus jeunes (A-2.10). Par contre un gradient social peut être observé en fonction du niveau de formation, tant au niveau suisse qu'au niveau du canton de Fribourg: les répondants du canton de Fribourg sans formation post-obligatoire sont nettement plus nombreux (48,0%) que ceux ayant une formation universitaire (38,3%) à présenter de tels sentiments.

Sentiments de solitude, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2002–2012

Fig. 2.30



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

© Obsan 2016

2.7 Résumé

Etat de santé

Les quatre cinquièmes des Fribourgeois considèrent que leur état de santé est bon ou très bon. Les personnes plus jeunes ou dont le niveau de formation est plus élevé perçoivent leur état de santé de façon plus favorable mais aucune différence n'est observée en fonction du sexe et de la nationalité.

En 2012, 30,1% des habitants du canton de Fribourg étaient affectés par un problème de santé de longue durée. Pour les personnes concernées, ces problèmes de santé occasionnent bien souvent des limitations dans la conduite des activités de la vie quotidienne: 18,7% des Fribourgeois se disent limités et 4,9% le sont de façon importante. Les personnes les plus âgées sont particulièrement exposées au risque de se voir limitées dans des activités de base surtout si elles sont affectées par une ou plusieurs maladie(s) chronique(s).

Des troubles physiques plus ponctuels peuvent également toucher la population. En 2012, 23,7% des Fribourgeois ont déclaré avoir souffert de troubles physiques importants dans les quatre semaines précédant l'enquête, sans variation depuis 1992. Les troubles les plus répandus ont trait au dos et aux reins ou concernent un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude. Les insomnies ainsi que les douleurs aux épaules et à la nuque sont aussi très répandus.

En comparaison avec les autres cantons, Fribourg affiche des résultats moins favorables pour ce qui concerne les diagnostics de certaines maladies cardio-vasculaires. Le canton de Fribourg occupe le 2^e rang pour l'insuffisance cardiaque, le 7^e rang pour l'attaque cérébrale et le 16^e rang pour l'infarctus du myocarde. Une tendance à la hausse des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires tels que l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé ou du diabète est observée dans le canton de Fribourg.

Les accidents constituent une autre source d'atteinte à la santé physique de la population. Dans le canton de Fribourg, 17,2% des femmes et 22,6% des hommes rapportent avoir eu un accident au cours des douze derniers mois. Les individus mentionnent le plus souvent le domicile et le jardin comme contexte dans lequel l'accident a eu lieu. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes sont une forme fréquente d'accident: 22,1% des personnes âgées de 65 à 79 ans mentionnent un tel événement et 30,0% de celles âgées de 80 ans et plus.

Pour les indicateurs «énergie et vitalité» et «problèmes psychiques» les habitants du canton de Fribourg obtiennent de moins bons résultats qu'au niveau suisse. Par contre pour l'indicateur «symptômes dépressifs», les différences sont peu marquées. Des problèmes psychiques importants et des symptômes dépressifs modérés à graves sont repérés chez respectivement 4,7% et 7,8% de la population fribourgeoise. De plus, 24,4% des habitants du canton font état d'une faible énergie et vitalité.

Ces indicateurs sont notamment à mettre en relation avec les ressources psychosociales dont disposent les individus. Par exemple, un sentiment élevé de maîtrise de la vie tout comme un soutien social important peuvent aider à faire face aux événements difficiles de la vie. Dans le canton de Fribourg, le sentiment de maîtrise de la vie peut être qualifié de bas pour 28,5% de la population et de moyen pour 38,9%. Le soutien social dont bénéficient les Fribourgeoises et Fribourgeois est considéré comme faible dans 12,0% des cas et comme moyen pour 44,9% des individus.

Mortalité

En 2012, le canton de Fribourg se situe au onzième rang pour l'espérance de vie féminine et au vingtième rang pour l'espérance de vie masculine: respectivement 81,1 et 73,6 ans. Pour les personnes ayant déjà atteint l'âge de 65 ans, l'espérance de vie calculée est de 21,8 ans pour les femmes et de 18,5 ans pour les hommes. Ces valeurs témoignent notamment d'un taux de mortalité supérieur à la moyenne suisse.

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

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

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

En effet, dans les pays européens, parmi les huit facteurs de risque les plus importants pour la mortalité, six d'entre eux ont un lien avec le comportement alimentaire et l'activité physique. Il s'agit dans l'ordre de l'hypertension artérielle, du surpoids ou de l'obésité, de l'inactivité physique, de l'hypercholestérolémie, de l'hyperglycémie et d'une consommation insuffisante de fruits et légumes (OMS 2009). Deux autres facteurs concernant les substances susceptibles d'entraîner une dépendance complètent cette liste: la consommation de tabac (deuxième facteur de risque de mortalité) et la consommation d'alcool (septième facteur de risque). Il est également avéré que les risques encourus sont particulièrement accrus lorsque ces différents facteurs sont combinés (Åkesson et al. 2014).

Une mesure du fardeau de la maladie, les Disability-Adjusted Life Years (DALYs), qui sont la somme totale des années en bonne santé perdues en raison soit d'une mortalité prématurée, soit des années de vie productives perdues pour incapacités, montre qu'en Europe, la consommation de tabac et d'alcool sont les deux premières causes de perte d'années de vie productive, suivies par l'hypertension artérielle. Les personnes à bas revenus sont nettement plus touchées que les personnes à haut revenu (OMS 2009).

L'hypertension artérielle, un taux de cholestérol trop élevé et le diabète ayant été traités dans le point 2.4.3, ce chapitre se concentre sur les facteurs de risque comportementaux. Dans un premier temps, nous examinerons quelle place occupe la santé dans les préoccupations des Suissesses et des Suisses. Nous passerons ensuite au thème des habitudes alimentaires et de l'activité physique de la population fribourgeoise. Le surpoids et l'obésité sont la conséquence d'un déséquilibre entre l'énergie absorbée par l'alimentation et l'énergie dépensée (notamment par l'activité physique). La surcharge pondérale dans la population fribourgeoise est évaluée dans l'ESS par l'indice de masse corporelle (IMC) qui met en relation le poids avec la taille.

Ensuite seront traitées les consommations de substances psychoactives, c'est-à-dire de produits modifiant l'état de conscience et susceptibles d'entraîner une dépendance. La consommation de tabac de la population fribourgeoise sera étudiée en premier. La consommation de tabac sera aussi abordée à travers la «fumée passive», soit l'exposition des non-fumeurs à la fumée d'autres consommateurs. Ensuite sera examinée la consommation d'alcool dans la population fribourgeoise. Puis le thème de la consommation de cannabis fera l'objet d'un court chapitre, sa consommation régulière pouvant présenter des risques pour la santé. Pour terminer la consommation de médicaments psychotropes sera considérée car elle a un fort potentiel de dépendance et peut entraîner p. ex. des troubles cognitifs et des chutes.

Les comportements à l'égard de la santé sont souvent fortement influencés par l'intérêt des personnes pour leur santé. Ce sera le premier thème de ce chapitre.

3.1 Attention portée à la santé

L'intérêt manifesté par les personnes à l'égard de leur santé donne de précieuses informations sur la signification qu'elles attribuent à cet aspect de leur vie. Contrairement à l'ESS 2007 qui comprenait plusieurs questions sur les connaissances et compétences de santé, celles-ci ne sont plus investiguées dans l'ESS 2012. Il est toutefois considéré que l'attention portée à la santé constitue un indicateur indirect de la compétence en santé (Paasche-Orlow et Wolf 2007). On peut faire l'hypothèse que, si les personnes manifestent un intérêt pour ce thème, elles seront plus susceptibles d'être attentives à des messages de promotion de la santé. Une autre raison pour laquelle certaines personnes peuvent être intéressées par ce thème est qu'elles sont déjà atteintes dans leur santé. Une partie de la population peut ne pas manifester d'intérêt pour ce thème car elle est plus préoccupée par d'autres problèmes considérés comme plus prioritaires (logement, permis de travail, moyens financiers...).

Les personnes interrogées sur l'importance que revêt la santé pour elles pouvaient choisir l'une des trois réponses suivantes: «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé» (insouciant); «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» (attentif); «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre» (très attentif). Dans le canton de Fribourg, 18,5% des répondants sont «insouciant», 60,8% sont «attentifs» et 20,7% sont «très attentifs» (Fig. 3.1).

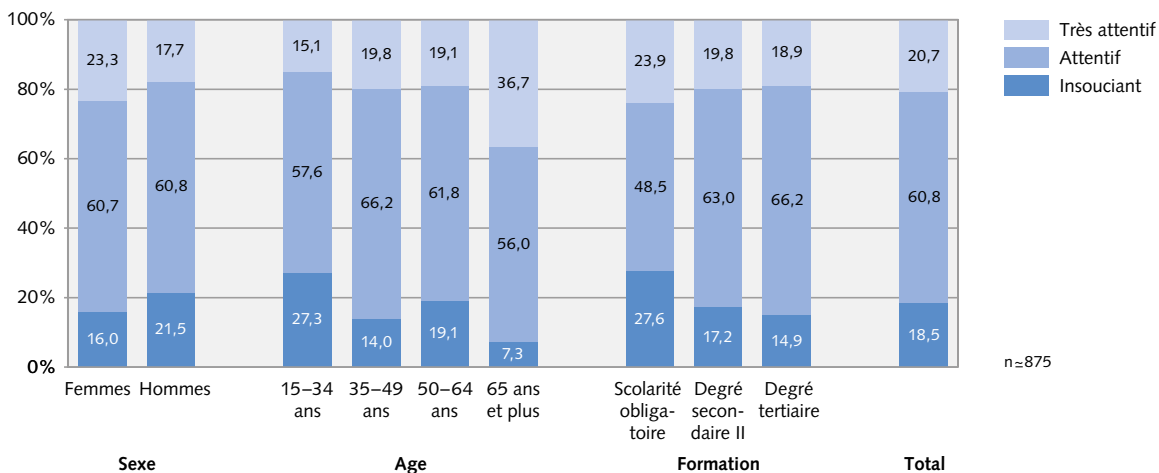
Les «insouciant» sont légèrement plus nombreux dans le canton de Fribourg (CH: 14,4%) par contre les «attentifs» sont plus nombreux au niveau suisse (67,0%). Il n'y a pas de différence significative pour les «très attentifs» (CH: 18,6%). Cet indicateur existe depuis 1992 et a présenté quelques variations sans qu'on puisse établir une évolution dans un sens ou dans un autre, tant au niveau du canton de Fribourg qu'au niveau suisse (Annexes, Tab. A-3.1).

Les femmes sont plus attentives à leur santé

L'attention portée à la santé varie en fonction du sexe, de l'âge et de la formation (Fig. 3.1). Au niveau suisse, les femmes sont plus fréquemment très attentives à leur santé, la même tendance s'observe dans le canton de Fribourg. Elles sont par contre moins nombreuses à se déclarer insouciantes par rapport à leur santé (même tendance dans le canton de Fribourg). La proportion d'attentifs est identique. Les différences les plus importantes s'observent en fonction de l'âge: si dans le canton de Fribourg 27,3% des personnes de 34 ans et moins répondent être insouciantes à l'égard de leur santé, cette proportion baisse avec l'âge et atteint 7,3% parmi les personnes de 65 ans et plus. Les proportions de personnes très attentives suivent une évolution inverse avec un maximum de 36,7% parmi les personnes de 65 ans et plus et un minimum de 15,1% parmi celles de 15 à 34 ans.

Attention portée à la santé, selon le sexe, l'âge et la formation, Fribourg, 2012

Fig. 3.1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

On observe un net gradient social en fonction du niveau de formation: les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire sont nettement plus nombreuses à être peu soucieuses que les personnes ayant suivi une formation de degré secondaire II qui sont elles-mêmes plus nombreuses à être peu soucieuses que les personnes ayant achevé une formation de niveau tertiaire. Une tendance inverse s'observe pour les personnes très attentives à leur santé: ce sont les personnes sans formation post-obligatoire qui sont les plus nombreuses à être très attentives à leur santé. Ces résultats apparemment contradictoires s'expliquent par le fait que parmi les personnes classées dans la catégorie «scolarité obligatoire», se trouvent des personnes de 15 à 34 ans qui n'ont pas terminé leur formation et des personnes de 65 ans et plus, dont le niveau de formation est plus bas, particulièrement chez les femmes.

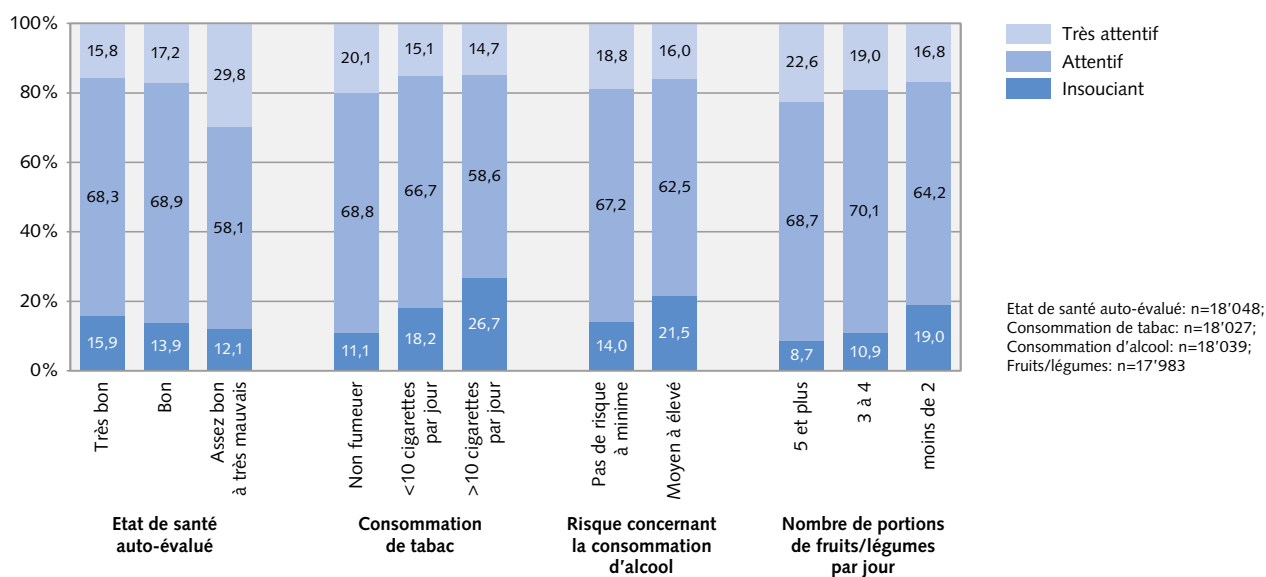
Les comportements défavorables à la santé vont de pair avec une plus grande insouciance vis-à-vis de la santé

Les comportements à l'égard de la santé et l'état de santé ont des liens avec l'attention portée à la santé (Fig. 3.2). Les personnes qui qualifient leur état de santé d'assez bon à très mauvais sont moins nombreuses à ne pas s'en soucier (12,1%) que celles qui le qualifient

de très bon (15,9%, pas de différence significative avec celles qui le qualifient de bon). Les personnes qui adoptent certains comportements peu favorables à la santé sont plus nombreuses à ne pas se soucier de leur santé. C'est particulièrement vrai pour ce qui concerne la consommation de tabac, les gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour) étant nettement plus nombreux (26,7%) que les non fumeurs (11,1%) à être insouciants par rapport à leur santé, les fumeurs modérés occupant une position intermédiaire avec 18,2% d'insouciants. De même 21,5% des répondants présentant un risque moyen à élevé concernant la consommation chronique d'alcool ne se soucient pas de leur santé, par rapport à 14,0% des personnes qui ne présentent qu'un risque minimale ou pas de risque par rapport à leur consommation d'alcool. Les personnes qui consomment cinq portions de fruits et légumes par jour sont particulièrement peu nombreuses à ne pas se soucier de leur santé (8,7%), cette proportion s'élevant à 19,0% parmi celles qui consomment moins de 2 portions par jour.

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

Fig. 3.2



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

Risque concernant la consommation chronique d'alcool: Pas de risque à minimale: Ne consomme jamais d'alcool ou moins de 21 grammes par jour pour les femmes et 41 grammes pour les hommes. Risque moyen à élevé: Consomme chaque jour au moins 21 grammes d'alcool pour les femmes et 41 grammes pour les hommes (voir 3.3.3).

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

Dans le cadre des programmes nationaux de prévention, l'Office fédéral de la santé publique a élaboré un Programme national Alimentation et activité physique (PNAAP) (OFSP 2013c). Le PNAAP qui a démarré en 2008, pour une durée initiale de 4 ans et qui a ensuite été reconduit jusqu'en 2016, vise à promouvoir l'adoption au sein de la population d'une alimentation équilibrée, ainsi qu'une activité physique régulière. Il s'agit ainsi de lutter efficacement contre le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées à ces facteurs. Le PNAAP entend donner à tous les groupes de la population la possibilité et l'envie de bouger au quotidien. Un environnement propice au mouvement (p. ex. le développement de pistes cyclables, espaces verts) devrait inciter chacun à se dépenser physiquement – chez soi, à l'école ou au travail, lors des déplacements effectués et durant son temps libre. Le Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011–2015 du canton de Fribourg se réfère au programme PNAAP (Rywalski et Vallat 2011). De plus, depuis 2010 un programme cantonal alimentation et mouvement est mis en œuvre dans le canton (Rywalski et Vuitel 2009; Rywalski et al. 2013).

3.2.1 Surcharge pondérale

L'excès pondéral consiste en une accumulation excessive de graisse dans le tissu adipeux pouvant avoir des conséquences néfastes pour la santé. La surcharge pondérale apparaît lorsque l'apport énergétique dépasse les besoins. La prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté au cours de la dernière décennie dans le monde (Finucane et al. 2011), particulièrement dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE 2013b) et constitue un problème de santé publique majeur (OMS 2000). L'obésité prédispose à de nombreux problèmes de santé tels que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les affections respiratoires (Wirtz et al. 2009), les maladies musculosquelettiques et certaines formes de cancer (OCDE 2013b). Une étude sur la population suisse a toutefois démontré que seule l'obésité (et non le surpoids) serait associée à un risque plus élevé de mortalité toutes causes confondues ainsi que de mortalité par maladies cardio-vasculaires et par cancer, suggérant que les interventions de santé publique devraient surtout prévenir les personnes ayant un poids normal ou en surpoids de devenir obèses (Faeh et al. 2011).

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

L'impact économique du surpoids et de l'obésité est important. En Suisse, les coûts totaux directs et indirects des maladies en lien avec le surpoids et l'obésité étaient estimés à 8 milliards de francs en 2012 (Schneider et Venetz 2014). Ces coûts s'élevaient à 2,7 milliards en 2002 (Schmid et al. 2005) et à 5,8 milliards en 2007 (Schneider et al. 2009). Les coûts ont donc quasiment été multipliés par trois en dix ans, toutefois davantage de pathologies ont été prises en compte dans la dernière étude. Les coûts directs du surpoids et de l'obésité se sont montés à 77 millions en 2012 (47 millions de francs en 2007) et comprenaient les frais de médicaments, de consultation de même que les coûts liés aux opérations. Les coûts directs ne représentent toutefois qu'un pour cent de l'ensemble des coûts. Environ 4,7 milliards supplémentaires en 2012 (3,9 milliards de francs en 2007) incombent aux coûts directs des maladies liées au surpoids – notamment le traitement du diabète ou de l'hypertension. Les coûts indirects de ces maladies sont estimés à 3,3 milliards de francs en 2012 (1,9 milliard en 2007) et comportent les coûts des décès prématurés ou des pertes de travail.

L'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport entre la masse corporelle et la taille au carré (voir encadré), est largement utilisé dans des études de population. Ses principaux avantages sont sa facilité et rapidité de mesure. Son inconvénient principal est qu'il ne mesure pas directement la composition corporelle, comme il n'évalue pas la masse grasse et maigre des personnes. Il a toutefois été démontré que l'IMC est corrélé au pourcentage de masse grasse, à la morbidité et à la mortalité et qu'il est capable de prédire les risques futurs pour la santé des personnes en surpoids (Malatesta 2013). En Suisse, les données auto-reportées montrent une sous-évaluation importante de l'obésité, en particulier chez les personnes âgées, par rapport à des données mesurées. Toutefois les données auto-reportées sont valides pour montrer l'augmentation de l'obésité dans la population ainsi que pour identifier les groupes de population les plus exposés (Faeh et al. 2008).

L'indice de masse corporelle (IMC) est défini comme suit:
 $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$

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

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

L'utilisation de l'IMC a permis des comparaisons sociodémographiques, temporelles et géographiques. La prévalence de l'obésité (mesurée par l'IMC) touche toutes les catégories de la société. Pourtant des inégalités existent et évoluent. En Suisse, l'étude sur l'ensemble des conscrits représente une source d'information d'une grande richesse puisque 90% des hommes suisses d'une année de naissance y participent depuis 1875. Elle a montré qu'en 2012, dans le groupe le plus important des jeunes de 19 ans, qui est aussi le groupe où le surpoids est le plus important, 25,5% d'entre eux ont un IMC supérieur à 25 kg/m² (soit une hausse de 8,0% de points de pourcentage par rapport à 2004) (Radoslaw et al. 2013). Les conscrits qui ont un faible statut professionnel sont surreprésentés parmi ceux ayant des valeurs élevées d'IMC. C'était le contraire qui s'observait en 1875–79 (Staub et al. 2010).

L'étude met aussi en évidence des différences régionales avec des valeurs d'IMC plus faibles p.ex dans les districts du Lac Léman, du Lac de Zurich et du Lac de

Zoug, dans l'est de la Suisse et dans certaines parties des Grisons et du Valais. Les résultats indiquent aussi des valeurs plus élevées d'IMC pour les conscrits ayant une résidence rurale ou agricole.

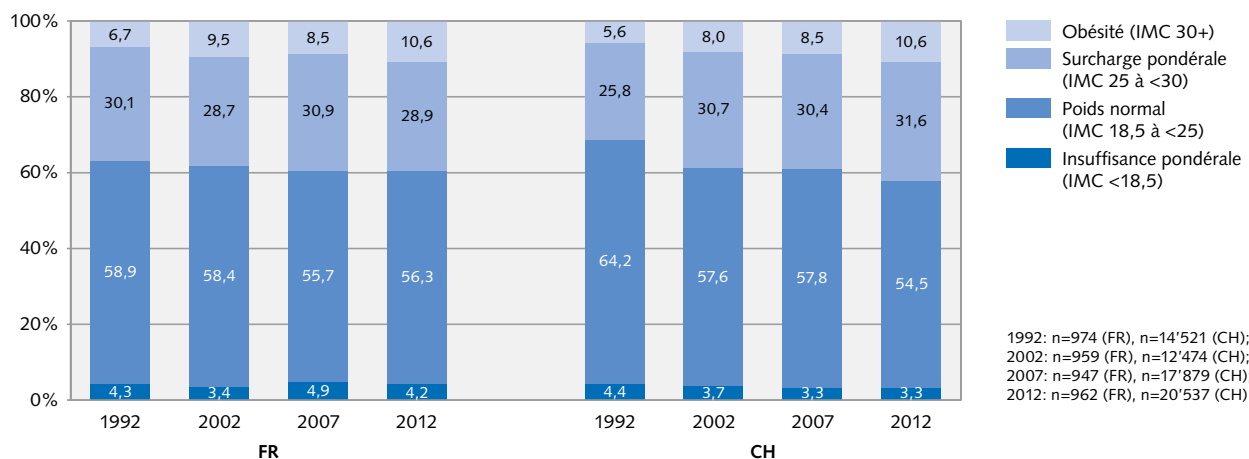
Une analyse détaillée des données de l'ESS depuis 1992 montre que la surcharge pondérale et l'obésité sont associées à un bas niveau de formation et que l'augmentation observée entre 1992 et 2007 est plus importante dans cette population (Marques-Vidal et al. 2010).

Dans le canton de Fribourg, on n'observe pas une nette augmentation de la proportion de personnes en surcharge pondérale (obésité incluse)

La figure 3.3 montre qu'une part importante de la population du canton de Fribourg et de la Suisse présente un excès de poids. En 2012, 28,9% des habitants du canton de Fribourg présentent une surcharge pondérale et 10,6% sont obèses. Si la proportion de personnes fribourgeoises en surpoids (surcharge pondérale et obésité) est identique en 2012 (39,5%) à celle en 2007 (39,4%), elle a augmenté depuis 1992 (36,8%) mais pas de manière significative. En 1992, il y avait significativement plus de Fribourgeoises et de Fribourgeois avec une surcharge pondérale (30,1%) qu'au niveau suisse (25,8%). Dans le canton de Fribourg, la proportion d'obèses a augmenté de 2007 à 2012 passant de 8,5% à 10,6% (différence non significative), les pourcentages étant identiques au niveau suisse (différence significative).

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

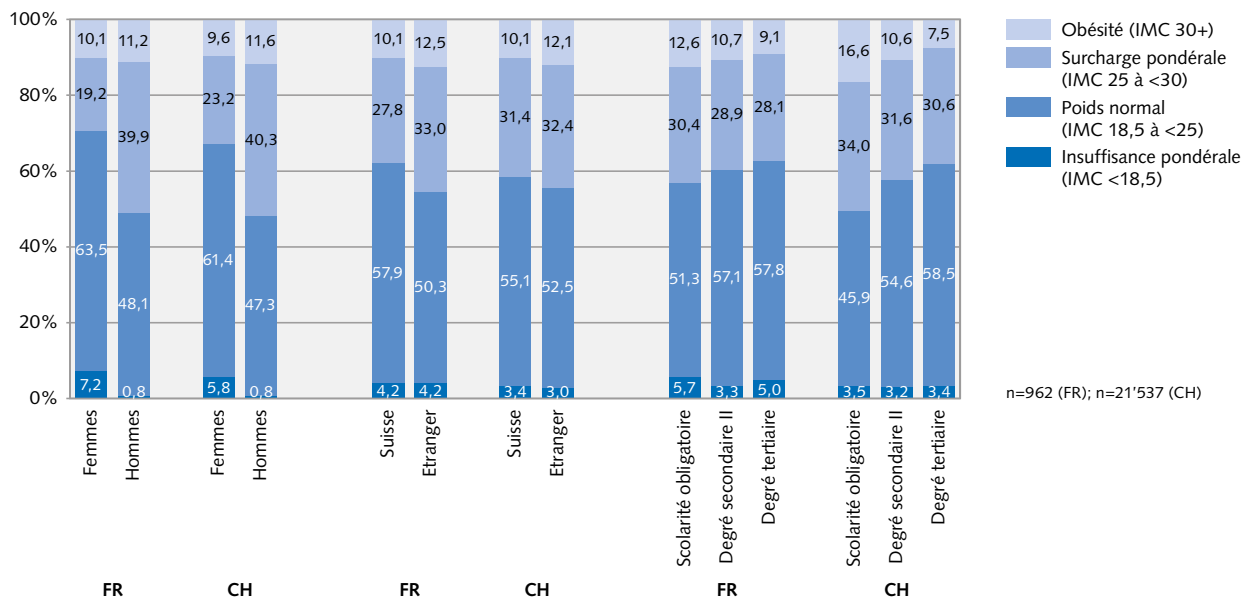
Fig. 3.3



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

© Obsan 2016

Charge pondérale (IMC), selon le sexe, la nationalité et le niveau de formation, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes de 18 ans et plus) **Fig. 3.4**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

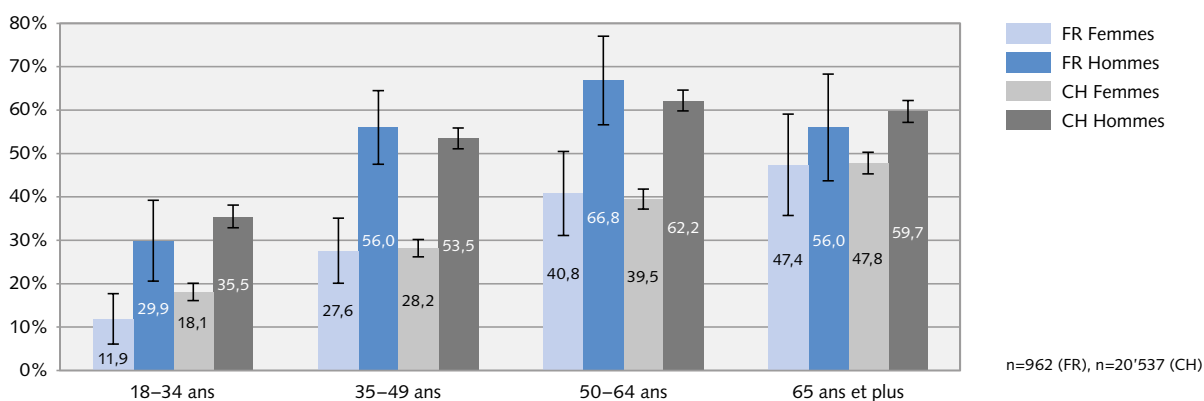
© Obsan 2016

En Suisse, les personnes disposant d'une formation tertiaire ont deux fois moins de risque d'être obèses que les personnes sans formation post-obligatoire

La figure 3.4 présente l'IMC en fonction du sexe, de la nationalité et du niveau de formation pour le canton de Fribourg et la Suisse. Les hommes fribourgeois (51,1%) sont nettement plus concernés par la surcharge pondérale (obésité incluse) que les femmes fribourgeoises (29,3%). Ces valeurs sont similaires au niveau suisse (51,9% et 32,8%). Tant au niveau suisse qu'au niveau

du canton de Fribourg, les étrangers sont plus nombreux à présenter une surcharge pondérale (obésité incluse) mais les différences ne sont pas significatives. En Suisse, un gradient social très net s'observe en relation avec le niveau de formation: les personnes sans formation post-obligatoire sont nettement plus en surcharge pondérale (obésité incluse), et plus concernées par l'obésité que les personnes ayant terminé une formation de degré secondaire II ou de degré tertiaire. Les différences sont moins accentuées pour l'obésité dans le canton de Fribourg.

Surcharge pondérale (obésité incluse), selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes de 18 ans et plus) **Fig. 3.5**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Dans le canton de Fribourg comme en Suisse, la part de personnes en surcharge pondérale (obésité incluse) augmente avec l'âge, excepté pour les hommes de 65 ans et plus. Dans le canton de Fribourg, le différentiel entre hommes et femmes est le plus important parmi les 18–34 ans (trois fois plus d'hommes que de femmes) et diminue jusqu'à la classe d'âge des 65 ans et plus où il n'est plus significatif (Fig. 3.5).

Les personnes concernées par une surcharge pondérale sont plus souvent insatisfaites de leur poids. Toutefois des différences importantes peuvent être observées entre les sexes (Fig. 3.6). Environ un tiers des hommes en surcharge pondérale sont insatisfaits de leur poids contre plus de la moitié des femmes. Et si un peu moins d'un quart des femmes au poids normal (ou avec un poids insuffisant) sont encore insatisfaites, cette proportion est infime chez les hommes (3,6%). Dans le canton de Fribourg, les femmes sont aussi nettement plus nombreuses à avoir suivi un régime au cours des 12 derniers mois (11,9%) que les hommes (4,4%) (données non présentées).

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

Rappelant qu'«une alimentation équilibrée fait partie de tout mode de vie tendant à promouvoir la santé» et que celle-ci «conditionne le bien-être physique et mental et contribue à prévenir les maladies liées à l'alimentation» (Keller et al. 2012), le Sixième rapport sur la nutrition en Suisse récapitule, sur la base des recommandations élaborées par la Société suisse de nutrition (Lüthy et al.

2012), les grandes lignes d'une alimentation favorable à la santé. La pyramide alimentaire suisse établit ainsi qu'une alimentation équilibrée comprend une grande part d'aliments d'origine végétale, (légumes, fruits, légumineuses, pommes de terre, céréales, etc.) des produits laitiers et, en plus petites quantités, de la viande, du poisson et des œufs ainsi que des oléagineux et des huiles végétales de qualité. Un apport suffisant de liquide non sucré est également indiqué.

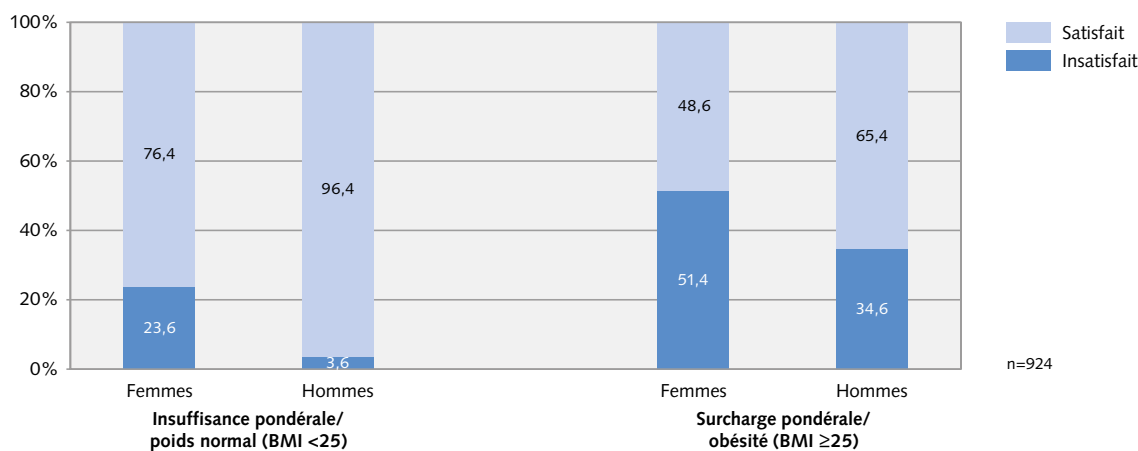
L'ESS 2012 comprend des questions sur cinq types d'aliments qui font l'objet de recommandations par la Société suisse de nutrition; il s'agit des boissons non alcoolisées (comprenant aussi les boissons sucrées), les fruits et légumes, le lait ou les produits laitiers, la viande et le poisson.

Une alimentation équilibrée passe tout d'abord 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). Il est recommandé de boire chaque jour 1–2 litres de boissons non sucrées, de préférence de l'eau.

Les fruits et légumes constituent la base d'une alimentation équilibrée. 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). Il est recommandé de manger chaque jour³⁵ 5 portions de fruits et légumes de couleurs différentes. Une portion comporte 120 g de fruits et de légumes.

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

Fig. 3.6



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

³⁵ Dans l'ESS 2012, une certaine marge est donnée puisqu'on considère que la recommandation est respectée lorsque les cinq fruits et légumes sont mangés au moins cinq jours dans la semaine.

Le lait ou les produits laitiers devraient être consommés plusieurs fois par jour³⁶. Les personnes qui n'en consomment que 6 jours par semaine sont considérées comme respectant la recommandation. Les produits laitiers contiennent des nutriments indispensables, en particulier le calcium nécessaire à la formation des os. Si l'apport en calcium ne peut être assuré par des produits laitiers, il peut 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 pourraient être responsables de maladies cardio-vasculaires. La viande maigre devrait être préférée aux viandes riches en graisse. Dans les recommandations alimentaires, il est conseillé de manger chaque jour une portion de viande, de poisson ou d'œufs ou d'autres aliments riches en protéines. Une consommation journalière de viande (ou 6 jours par semaine) est considérée comme excessive car elle limite la possibilité de varier les aliments riches en vitamines.

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. Consommer au moins une fois du poisson dans la semaine serait recommandé de manière à augmenter la variété des protéines.

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).

Pour se nourrir de manière équilibrée, un individu doit posséder des connaissances de base en matière d'alimentation et en comprendre les enjeux. Comme pour la santé en général, l'intérêt pour l'alimentation et la conscience de son importance pour la santé est donc un préalable à une alimentation saine.

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

Dans l'ESS, la question de l'importance de l'alimentation est posée sous la forme: «Faites-vous attention à quelque chose de particulier dans votre alimentation?» Avec deux réponses possibles: «Oui, je fais attention à quelque chose», «Non, je ne fais attention à rien». En 2012, les habitants du canton de Fribourg rapportent à l'instar de ceux des autres cantons romands, moins souvent faire attention à l'alimentation (56,3%) qu'au niveau suisse (67,9%) (Fig. 3.7). Ces résultats coïncident avec ceux récoltés dans le cadre du projet NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) mené entre 2008 et 2009 auprès de 1500 adultes en Suisse. Sur une échelle de 1 à 5 (1 = très important, 5 = pas du tout important), l'ensemble des Suisses évaluent à 1,8 l'importance de l'alimentation alors que la note était de 2,4 en Suisse romande (Schaub et Palladino 2010).

Alors que dans le cadre de l'ESS, les données concernant l'attention portée à l'alimentation sont récoltées depuis 1992, aucun trend clair ne peut être observé par rapport à 2012 (A-3.3). Les femmes disent nettement plus souvent faire attention à leur alimentation que les hommes, que ce soit dans le canton de Fribourg ou au niveau suisse. Au niveau suisse, plus le niveau de formation est élevé, plus l'attention à l'alimentation est répandue; cela ne se vérifie pas dans le canton de Fribourg.

Recommandation de manger cinq fruits et légumes par jour mieux respectée dans le canton de Fribourg

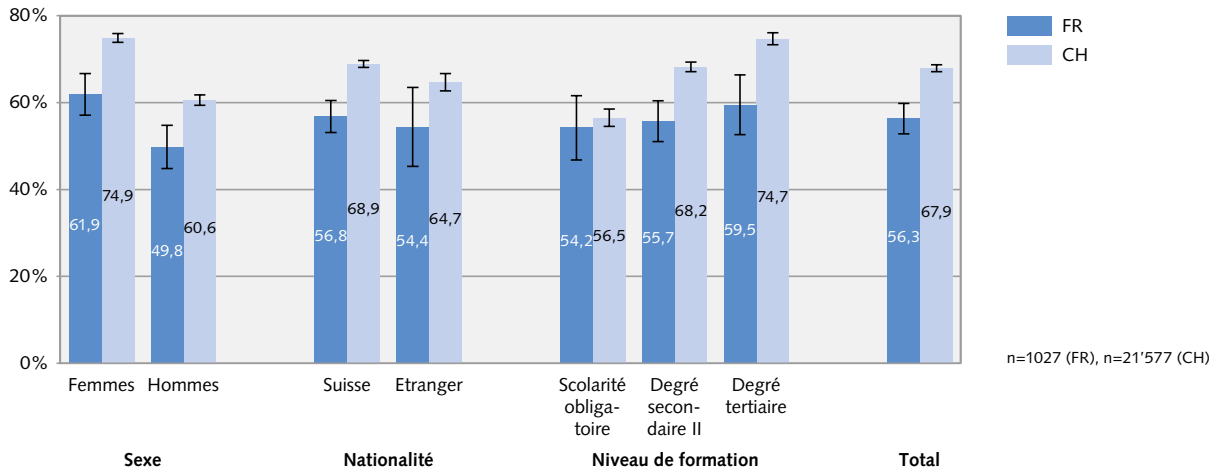
La recommandation de manger cinq fruits et légumes au moins cinq jours par semaine est respectée par 23,4% des habitants du canton de Fribourg, ce qui est significativement plus élevé qu'au niveau suisse (19,2%) (Fig. 3.8). Les modifications dans les questions sur ce thème ne permettent pas une comparaison temporelle avec les données de 2007, néanmoins, dans son ancienne version, la recommandation «5 par jour» était aussi mieux respectée par les habitants du canton de Fribourg que par les Suisses dans leur ensemble (Obsan 2010).

Presqu'un tiers des femmes fribourgeoises (31,7%) respectent la recommandation «5 par jour», ce qui n'est le cas que de 13,7% des hommes de ce canton. Ces proportions sont plus importantes dans le canton de Fribourg qu'au niveau suisse (respectivement 26,0% et 12,1%, différence non significative pour les hommes). La comparaison en fonction de l'âge montre que les personnes de moins de 50 ans qui mangent moins d'une portion de fruits par semaine sont nettement moins nombreuses dans le canton de Fribourg qu'en Suisse.

³⁶ Dans le rapport, afin de simplifier les résultats, on a considéré seulement les personnes qui en consomment au moins une fois par jour.

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

Fig. 3.7

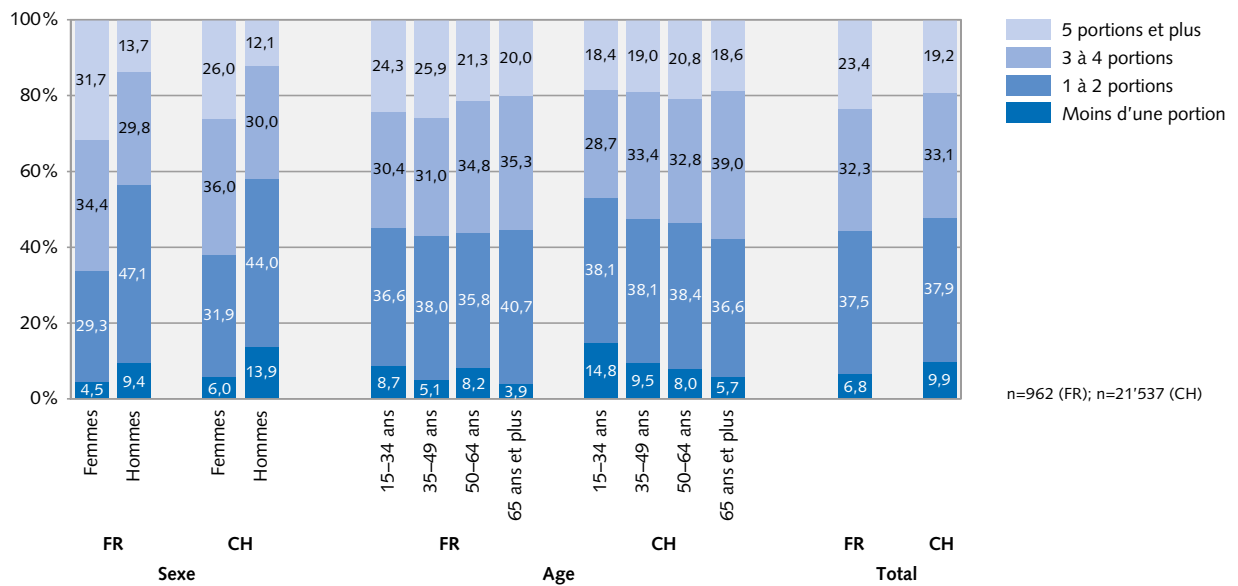


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 3.8



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

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Consommation de viande plus importante dans le canton de Fribourg

Le tableau 3.1 présente la consommation de viande/charcuterie, de poisson et de lait et produits laitiers dans le canton de Fribourg et en Suisse. Les personnes qui ne consomment pas de viande sont très peu nombreuses en Suisse (3,8%) et encore moins nombreuses dans le canton de Fribourg (2,1%). La consommation de viande une à cinq fois par semaine est le fait d'environ 70% des Fribourgeois. Une proportion élevée de Fribourgeois (28,0%) par rapport aux Suisses dans leur ensemble (23,9%) consomment de la viande six à sept fois par semaine, ce qui ne permet pas de varier les différentes sources de protéines. L'observation d'une consommation hebdomadaire de viande plus élevée dans le canton de Fribourg avait déjà été faite en 2007 (FR: 30,8%, CH: 25,6%).

La consommation de poisson serait une bonne alternative à la consommation de viande. Environ trois quarts des Fribourgeoises et des Fribourgeois en consomment un à trois jours par semaine (72,0%, 63,4% au niveau suisse). Il reste un quart environ de la population fribourgeoise qui ne consomme que rarement ou jamais du poisson mais cette proportion a baissé depuis 2007 (de 31,7% à 26,7%).

La consommation de lait et de produits laitiers six à sept fois par semaine a par contre légèrement baissé tant dans le canton de Fribourg (de 69,9% à 62,9%) qu'au niveau suisse (de 68,1% à 64,8%, (Obsan 2010).

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

	6-7 jours par semaine		4-5 jours par semaine		1-3 jours par semaine		Rarement, jamais	
	FR % et IC	CH % et IC	FR % et IC	CH % et IC	FR % et IC	CH % et IC	FR % et IC	CH % et IC
Viande/charcuterie	28,0 ± 3,1	23,9 ± 0,7	37,1 ± 3,3	32,2 ± 0,8	32,8 ± 3,3	40,1 ± 0,8	2,1 ± 1,0	3,8 ± 0,3
Poisson	0,4 ± 0,5	0,3 ± 0,4	0,9 ± 0,8	1,5 ± 0,5	72,0 ± 3,1	63,4 ± 0,8	26,7 ± 3,0	34,7 ± 0,8
Lait et produits laitiers	62,9 ± 3,4	64,8 ± 0,8	14,3 ± 2,4	12,5 ± 0,6	19,4 ± 2,8	19,0 ± 0,7	3,4 ± 1,4	3,7 ± 0,3

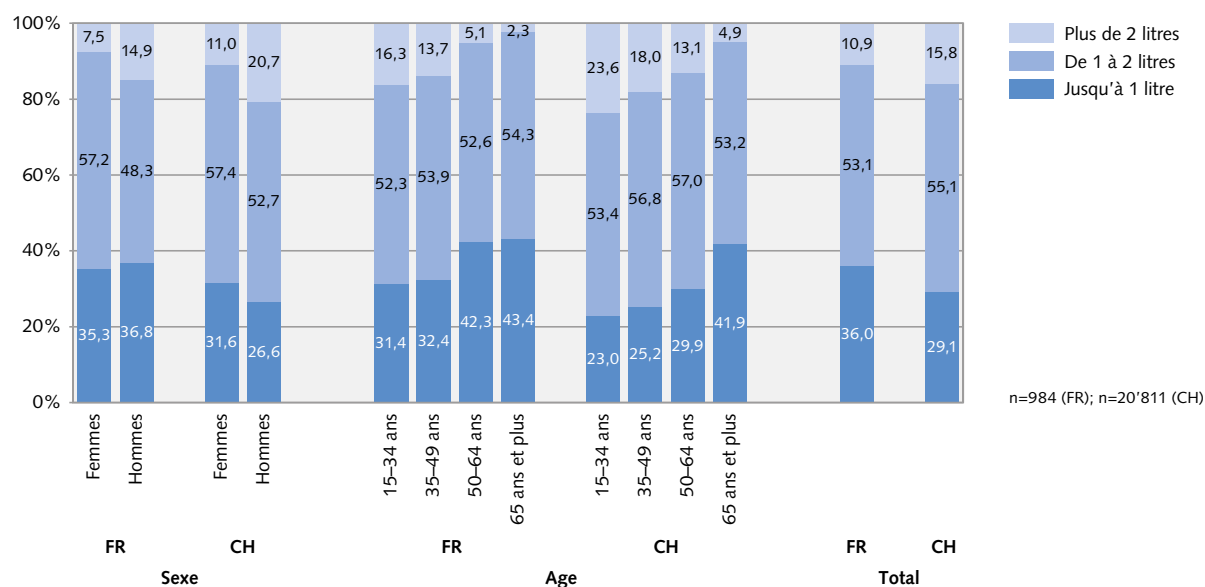
n≈1381 (FR), n≈21'577 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 3.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Plus d'un tiers des Fribourgeoises et Fribourgeois ne consomment pas suffisamment de liquide non alcoolisé

Dans le canton de Fribourg, 36,0% des habitants disent boire un litre et moins de boisson non alcoolisée chaque jour, proportion plus importante que celle au niveau suisse (29,1%, Fig. 3.9)³⁷. Les hommes fribourgeois sont nettement plus nombreux (36,8%) que les hommes suisses (26,6%) à boire jusqu'à un litre par jour, ce qui est considéré comme insuffisamment. Une même tendance se dessine chez les femmes mais moins accentuée. A tous les âges, la population fribourgeoise mentionne plus souvent boire un litre et moins par jour de liquide non alcoolisé que la population suisse. Dès 50 ans, c'est le cas de plus de deux cinquièmes des habitants du canton de Fribourg.

3.2.3 Activité physique

Une activité physique régulière est associée, selon des études américaines de référence, à de nombreux bénéfices en termes de santé, tels qu'une diminution des cardiopathies coronariennes, de la sensibilité à l'insuline, de l'ostéoporose, du cancer du côlon et de la dépression (US Department of Health and Human Services 1996; Department of Health 2011). On considère que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6% des décès), juste après l'hypertension (13%), le tabagisme (9%) et un taux élevé de glucose dans le sang (6%) (OMS 2011a). De plus l'exercice physique est un élément essentiel de la dépense énergétique, ce qui permet un meilleur contrôle du poids.

En 2011, l'inactivité physique a engendré en Suisse plus de 300'000 cas de maladies et plus de 1100 décès. Les coûts médicaux directs s'y rapportant s'élèvent à 1,2 milliard de francs et représentent ainsi 1,8 % des dépenses totales de la santé en Suisse. Les coûts indirects sont quant à eux d'environ 1,4 milliard de francs (Mattli et al. 2014). Selon une étude suisse de 2001 (Smala et al. 2001), les coûts directs causés par l'inactivité physique en Suisse s'élevaient en 2001 à 1,6 milliard de francs et les coûts indirects à 0,8 milliard de francs. La diminution des coûts directs s'expliquerait par une augmentation de l'activité physique dans la population et l'augmentation des coûts indirects par une meilleure compréhension de ces coûts.

³⁷ Dans l'analyse de l'ESS, on a considéré que les personnes qui buvaient jusqu'à un litre de boisson non alcoolisée ne respectaient pas la recommandation, ce qui n'est pas tout à fait exact par rapport à la recommandation officielle pour laquelle le respect de la recommandation commence à un litre (seules 23 personnes ont répondu qu'elles buvaient 0,9 dl par jour et 4'902 qu'elles buvaient un litre par jour). De plus la question de l'ESS ne précise pas si le liquide est sucré ou non.

Recommandations concernant l'activité physique

L'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec plusieurs associations impliquées dans le domaine a fixé des recommandations pour la Suisse (hepa.ch et al. 2013; OFSP 2013c). Aux hommes et aux femmes en âge de travailler, il est conseillé de pratiquer:

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

Une activité d'intensité moyenne entraîne un essoufflement sans faire systématiquement transpirer. Il peut s'agir de marche rapide, de vélo, de jardinage et d'autres activités quotidiennes ou de loisirs. Une activité d'intensité élevée accélère la respiration tout en faisant transpirer, au moins un peu. Les auteurs des recommandations mentionnent qu'il est préférable de répartir l'activité physique sur plusieurs jours et que toute activité de 10 minutes au moins peut être comptabilisée dans le total de la journée.

L'encadré présente l'indice d'activité physique basé sur les recommandations (hepa.ch et al. 2013).

Indice d'activité physique

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

- **entraîné:** activité physique allant jusqu'à la transpiration au moins 3 jours par semaine.
- **actif régulier:** activité physique d'intensité moyenne (léger essoufflement) au moins 5 jours par semaine pendant 30 minutes.
- **actif irrégulier:** au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou 2 jours par semaine jusqu'à la transpiration.

Ces trois premiers groupes satisfont aux recommandations en matière d'activité physique selon les recommandations 2013. Les trois catégories prises ensemble forment les «suffisamment actifs».

- **actif partiel:** 30 à 149 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou 1 jour par semaine jusqu'à la transpiration.
- **inactif:** pas d'activité physique notable.

En 2007, les «actifs réguliers» n'étaient pas considérés comme respectant les recommandations en matière d'activité physique (OFSP et al. 2007).

De manière à avoir une vision globale, l'activité physique sera analysée dans un premier temps sur la base des trois catégories répondant aux recommandations de 2013 (suffisamment actif, partiellement actif, inactif). Pour permettre une meilleure compréhension de l'évolution de cet indicateur, une analyse plus détaillée séparera la catégorie «suffisamment actif» en «entraîné» et «actif régulier-irrégulier».

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

La figure 3.10 montre l'évolution temporelle de l'activité physique en se basant sur les nouvelles recommandations. Tant au niveau suisse qu'au niveau du canton de Fribourg, la proportion de personnes suffisamment actives a augmenté. Dans le canton de Fribourg, la proportion de personnes suffisamment actives a passé de 60,6% en 2002 à 64,7% en 2012 (différence non significative, CH: 62,5% à 72,5%, augmentation significative). Par contre une diminution significative de la proportion de personnes inactives s'observe (de 20,6% à 11,5%), proche du niveau suisse (de 18,4% à 10,7%). On constate une augmentation (non significative) de la proportion de personnes fribourgeoises «partiellement actives» (de 18,8% à 23,8%), c'est l'inverse au niveau suisse (de 19,1% à 16,8%, différence significative).

Le canton de Fribourg compte une proportion significativement plus faible de personnes suffisamment actives qu'en moyenne suisse. Au cours des dix dernières années, la proportion de personnes suffisamment actives a nettement plus progressé au niveau suisse que dans le canton de Fribourg.

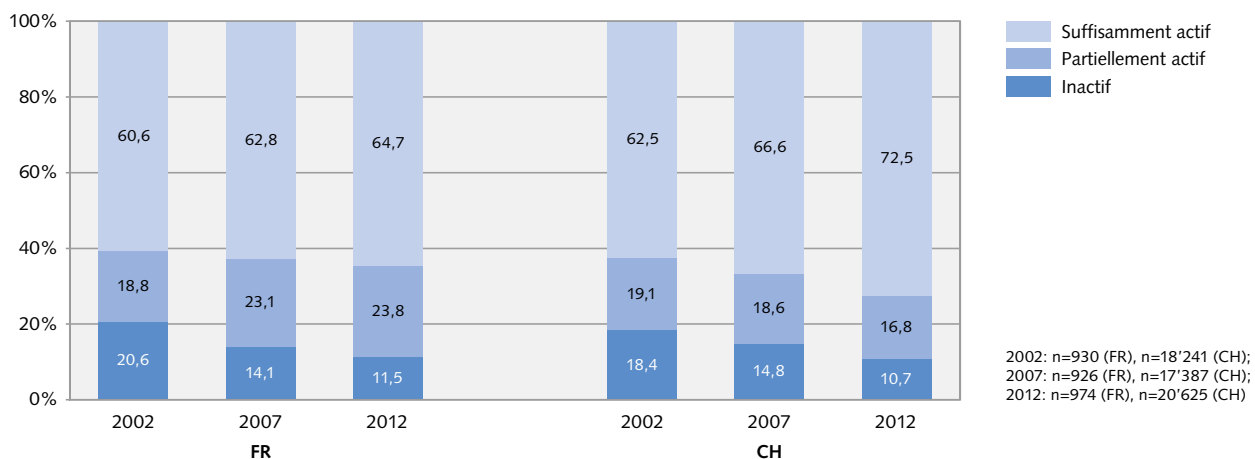
L'augmentation de la pratique de l'activité physique est confirmée par d'autres études suisses. Dans le rapport le Sport Suisse 2014, les auteurs affirment que les quatre cinquièmes de la population suisse satisfont aux toutes dernières recommandations en matière d'activité physique (Lamprecht et al. 2014). L'étude de l'activité physique dans l'enquête Omnibus de l'OFS qui prend en compte l'activité physique dans le cadre du travail, des tâches quotidienne et des loisirs, montre que seulement 7% des personnes de 15 à 74 ans ne seraient pas suffisamment actives (Wiegand et al. 2012).

Concernant les liens entre l'activité physique et les comportements à l'égard de l'alimentation au niveau suisse, les personnes qui sont physiquement actives sont plus nombreuses à respecter la recommandation de manger cinq fruits et légumes par jour (Fig. 3.11). Par contre une proportion plus élevée de personnes obèses ne font pas d'activité physique et les personnes qui ne se soucient pas de leur santé sont plus fréquemment inactives. Ces résultats démontrent que la pratique d'une activité physique s'inscrit souvent dans un faisceau plus large de comportements favorables à la santé.

L'évolution temporelle de l'activité physique selon le sexe est mise en évidence dans la figure 3.12 en séparant parmi les personnes qui sont physiquement actives, celles qui sont entraînées de celles qui sont actives régulièrement ou irrégulièrement.

Chez les femmes, l'amélioration observée en 2007 pour le canton de Fribourg se confirme particulièrement à travers la diminution de celles qui sont totalement inactives: la proportion passe de 22,8% en 2002 à 11,3% en 2012, proportion qui devient identique à celle des hommes fribourgeois (11,8%). Par contre la proportion

Evolution de l'activité physique, canton de Fribourg et Suisse, 2002–2012 **Fig. 3.10**

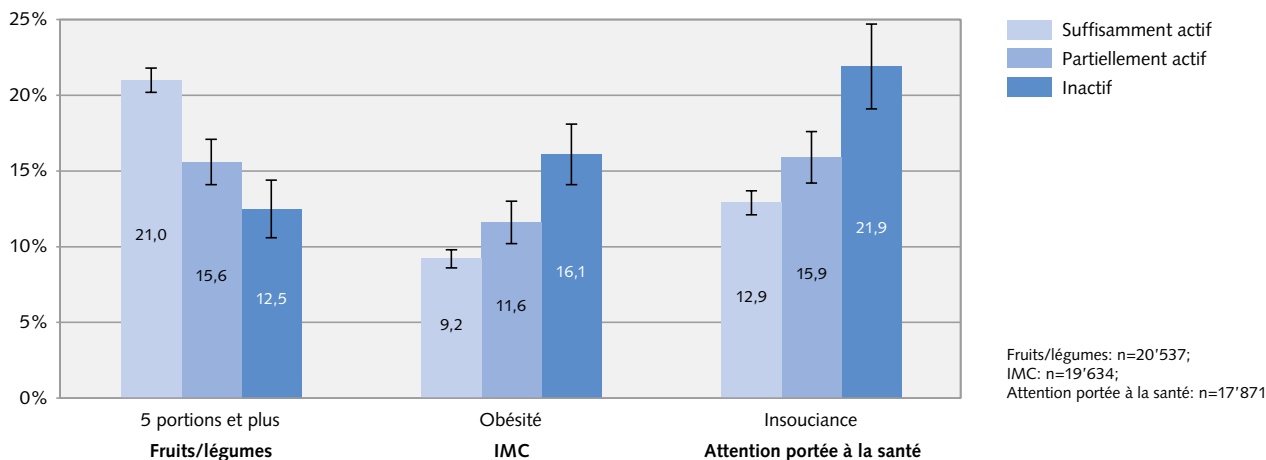


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

Respect de la recommandation «5 par jour», obésité et insouciance à l'égard de la santé selon l'activité physique, Suisse, 2012

Fig. 3.11

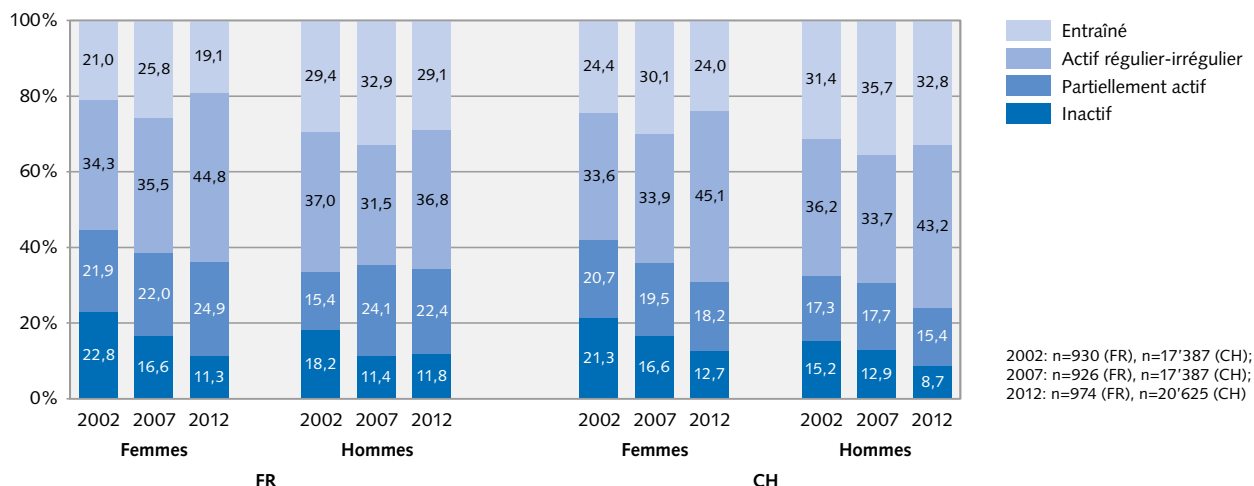


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Evolution de l'activité physique, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2002, 2007, 2012

Fig. 3.12



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

© Obsan 2016

de femmes entraînées n'augmente pas en 2012, son niveau (19,1%) restant proche de celle de 2002 (21,0%). Parallèlement on observe une augmentation de la part des femmes qui sont actives régulièrement ou irrégulièrement (34,3% en 2002 à 44,8% en 2012) ou partiellement actives (21,9% à 24,9%). Les mêmes tendances s'observent au niveau suisse.

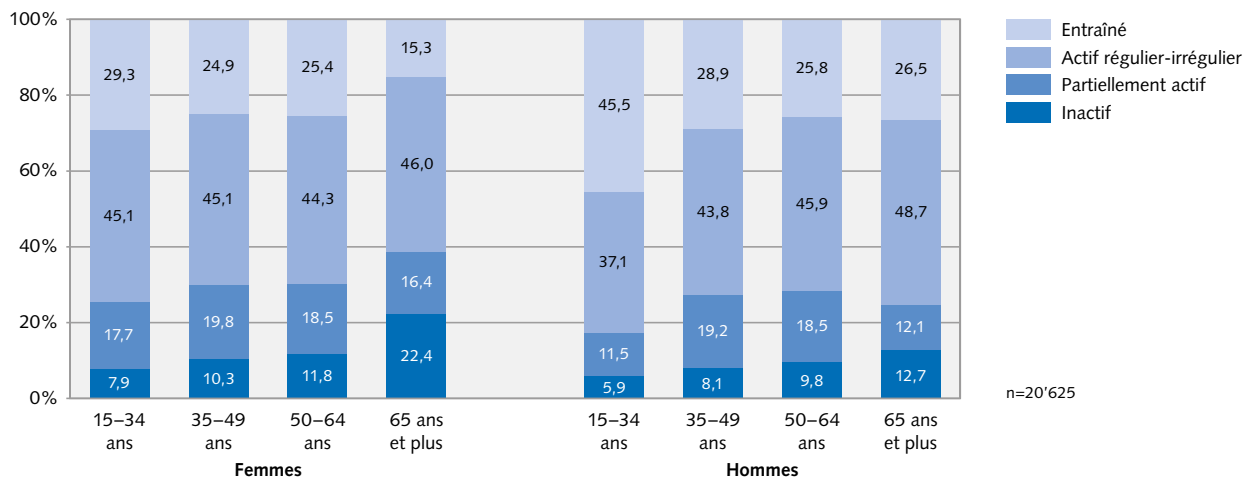
Si la proportion d'hommes fribourgeois inactifs atteignait encore 18,2% en 2002, elle a nettement baissé en 2007 et reste stable en 2012 (environ 11%). La proportion d'hommes fribourgeois suffisamment actifs (entraînés et régulièrement ou irrégulièrement actifs) est restée stable depuis 2002 (environ 66%). L'augmentation

de la proportion d'hommes entraînés en 2007 ne s'est pas confirmée en 2012. Au niveau suisse, 76,0% des hommes sont suffisamment actifs, ce qui n'est le cas que de 67,6% des hommes fribourgeois. De même, au niveau suisse, la proportion des hommes inactifs continue à baisser, ce qui n'est pas le cas dans le canton de Fribourg.

Le sexe et l'âge définissent des phases de vie et des rôles sociaux pouvant favoriser l'activité physique ou y faire obstacle (Fig. 3.13). Au niveau suisse, dans la classe d'âge des 15 à 34 ans, la proportion de femmes entraînées est nettement plus basse que celle des hommes (29,3% vs 45,5%), les femmes étant plus nombreuses à être actives régulièrement ou irrégulièrement (45,1%

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

Fig. 3.13



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

vs 37,1%). Dans les classes d'âge moyen (35 à 64 ans), la proportion de personnes entraînées est comprise entre 25% à 29%, avec peu de variations entre femmes et hommes. Les femmes de 65 ans et plus sont aussi nettement moins nombreuses à être entraînées (15,3%) que les hommes (26,5%). La proportion de femmes inactives augmente avec l'âge pour atteindre 22,4% des femmes de 65 ans et plus contre 12,7% des hommes. Des tendances similaires s'observent dans le canton de Fribourg (données non présentées).

La fréquence de l'activité physique varie en fonction de la formation, de la nationalité et du revenu d'équivalence du ménage (A-3.4). Plus le niveau de formation est élevé, plus la proportion d'inactifs est faible: 19,0% des personnes ayant terminé l'école obligatoire sont inactives contre 10,9% des personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II et 5,8% de celles ayant une formation universitaire. Les étrangers (personnes de nationalité étrangère résidentes en Suisse) sont nettement plus fréquemment physiquement inactifs (15,6%) que les Suisses (9,4%). Les personnes dont les revenus sont les plus bas sont aussi plus nombreuses que celles avec des revenus plus élevés à être insuffisamment actives. Ces différences sont aussi observées pour le canton de Fribourg (mais ne sont pas statistiquement significatives).

3.3 Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives sont des produits qui perturbent le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifient les états de conscience. De telles

substances sont aussi susceptibles d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Il s'agit aussi bien de substances illégales comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne³⁸ que de substances légales comme la nicotine, l'alcool ou les médicaments. Dans ce chapitre seront traités le tabac (ainsi que la fumée passive), l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes.

3.3.1 Consommation de tabac

Principal facteur de maladies chroniques non transmissibles, la consommation de tabac est une préoccupation importante de santé publique. Confrontée à un taux élevé de fumeurs, la Suisse a dès 1996 élaboré des plans de lutte contre le tabagisme. Le Programme national tabac 2008–2012 a été prolongé jusqu'en 2016 avec des objectifs identiques, c'est-à-dire diminuer la proportion de fumeurs dans la population ainsi que la proportion de personnes exposées à la fumée passive. Depuis 2009, le Centre de Prévention du Tabagisme Fribourg (CIPRET) met en œuvre un Programme cantonal Tabac sur mandat de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) qui poursuit les mêmes buts.

La grande majorité des fumeurs fument des cigarettes: il s'en est vendu 10,6 millions en 2011 en Suisse³⁹, chiffre qui s'établissait à 12 millions en 2008. L'impôt sur le tabac dont les recettes servent au cofinancement des contributions de la Confédération à l'assurance-vieillesse et survivants, à l'assurance-invalidité ainsi qu'aux prestations complémentaires à cette assurance s'est élevé à

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

³⁹ www.swiss-cigarette.ch/fileadmin/media/pdf/Factsheet_2011_f1.pdf (consulté le 23 septembre 2014)

2,21 milliards de francs. Les producteurs de cigarettes versent aussi environ 1% du prix de vente du paquet de cigarettes au Fond de prévention du tabagisme.

Au cours de la deuxième partie du 20^e siècle, les conséquences négatives de la consommation de tabac ont été mises en évidence. Le nombre de décès prématurés en Suisse dus à la consommation de tabac est estimé à environ 9000 (OFS 2009) pour l'année 2007, soit 15% de l'ensemble des décès. Pour la même année, parmi les personnes dont le décès est imputable au tabac, 41% sont mortes d'une maladie cardio-vasculaire, 41% d'un cancer et 18% d'une maladie pulmonaire. Le nombre total de décès que l'on peut attribuer au tabac a baissé de 5% entre 1997 et 2007. Ce recul des décès liés au tabagisme ne concerne que les hommes (jusqu'à 64 ans: -11%, 65 ans et plus: -9%). Chez les femmes, le nombre de décès a augmenté de 7% (jusqu'à 64 ans: +17%, 65 ans et plus: +5%).

La fumée du tabac qu'on inhale est à l'origine des maladies tabagiques. La consommation de tabac provoque divers cancers (cancer des poumons, du larynx, de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de la vessie, de l'utérus, des reins, du pancréas, de l'estomac et leucémie myéloïde aiguë), des maladies cardio-vasculaires, des affections pulmonaires et ont des conséquences néfastes sur la grossesse et la fertilité⁴⁰.

Non seulement le tabagisme provoque une mortalité et une morbidité importante mais aussi des coûts sociaux. En 2007, les dommages pour la santé engendrés

par le tabagisme ont coûté près de 10 milliards de francs. Les coûts sociaux engendrés par le tabagisme comprennent les coûts directs (1733 millions, traitements médicaux, médicaments, hospitalisations), les coûts indirects (3929 millions, forces de travail perdues, invalidité, mortalité) et les coûts immatériels (4272 millions, évaluation fondée sur les répercussions de la consommation sur la qualité de vie des fumeurs et de leur entourage) (Fueglistler-Dousse et al. 2009).

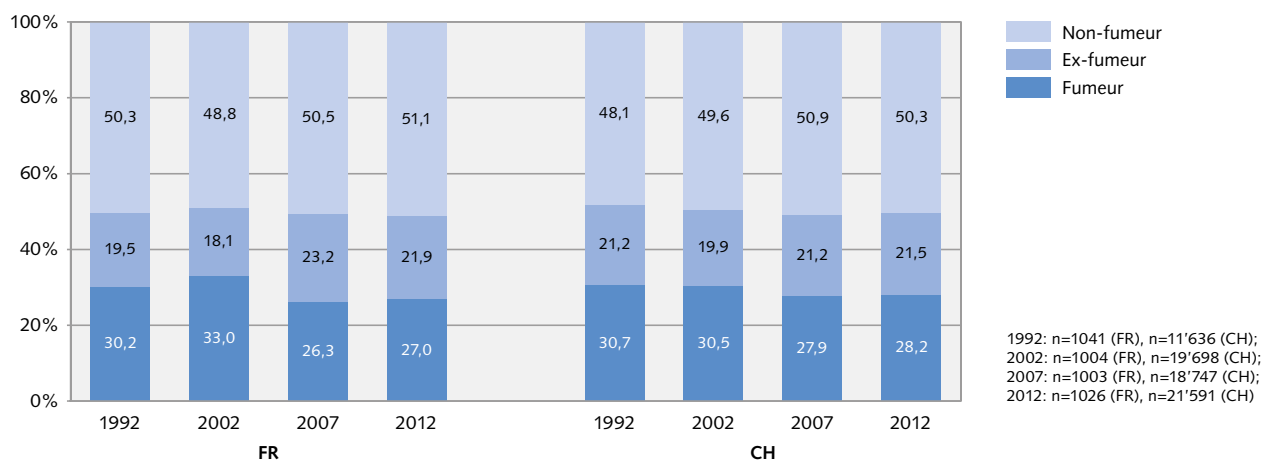
Les résultats du Monitoring sur le tabac entre 2001 et 2010 montrent que le taux de fumeurs au sein de la population résidante âgée de 14 à 65 ans est passé de 33 % en 2001 à 27 % en 2008 pour ensuite stagner (Keller et al. 2011).

Légère diminution de la proportion de fumeurs en Suisse

La proportion de fumeurs a légèrement diminué en Suisse au cours des 20 dernières années, passant de 30,7% en 1992 à 28,2% en 2012 (Fig. 3.14). La même tendance non significative s'observe dans le canton de Fribourg (de 30,2% à 27,0%). La proportion de fumeurs dans le canton de Fribourg n'est pas statistiquement différente de celle au niveau suisse. La proportion de fumeurs quotidiens quant à elle n'a pas évolué entre 2007 et 2012: elle s'élève à 20,4% au niveau suisse (proportion égale à celle de 2007) et à 19,5% dans le canton de Fribourg (18,4% en 2007, données non présentées).

Evolution de la consommation de tabac, canton de Fribourg et Suisse, 1992–2012

Fig. 3.14



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

© Obsan 2016

⁴⁰ www.at-suisse.ch (consulté le 23 septembre 2014)

Diminution de la proportion d'hommes fumeurs dans le canton de Fribourg

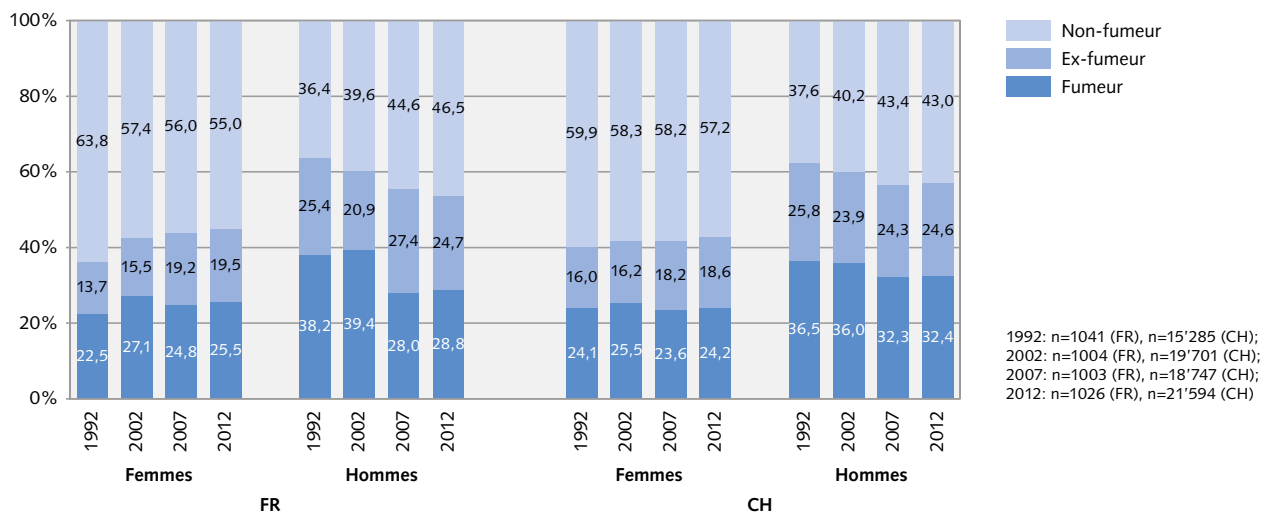
La consommation de tabac est plus élevée chez les hommes mais la différence avec les femmes s'est bien estompée en l'espace de 20 ans (Fig. 3.15). En effet, au niveau suisse, la proportion de femmes qui fument est restée stable à 24% environ mais celle des hommes a diminué de 36,5% en 1992 à 32,4% en 2012. Une image un peu différente se dégage pour le canton de Fribourg: parmi les femmes, on observe une légère augmentation (non significative) des fumeuses (22,5% en 1992, 25,5% en 2012) et parmi les hommes, une baisse importante des fumeurs (de 38,2% à 28,8%). Il y a peu de changements entre 2007 et 2012.

Les jeunes Fribourgeois fument nettement plus que les plus âgés

La proportion de fumeurs diminue avec l'âge: dans le canton de Fribourg, elle passe de 36,2% parmi les personnes de 15 à 34 ans pour atteindre 7,7% parmi celles de 65 ans et plus (A-3.5). La figure 3.16 montre la proportion de fumeurs en fonction de l'âge et du sexe. Les personnes de 15 à 34 ans, qu'elles soient des hommes ou des femmes, fument nettement plus que celles des autres classes d'âge (différences non significatives pour le canton de Fribourg sauf entre la classe des 15 à 34 ans et celle des 65 ans et plus). Les différences entre hommes et femmes sont plus accentuées au niveau suisse principalement pour les personnes de 49 ans et moins.

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

Fig. 3.15

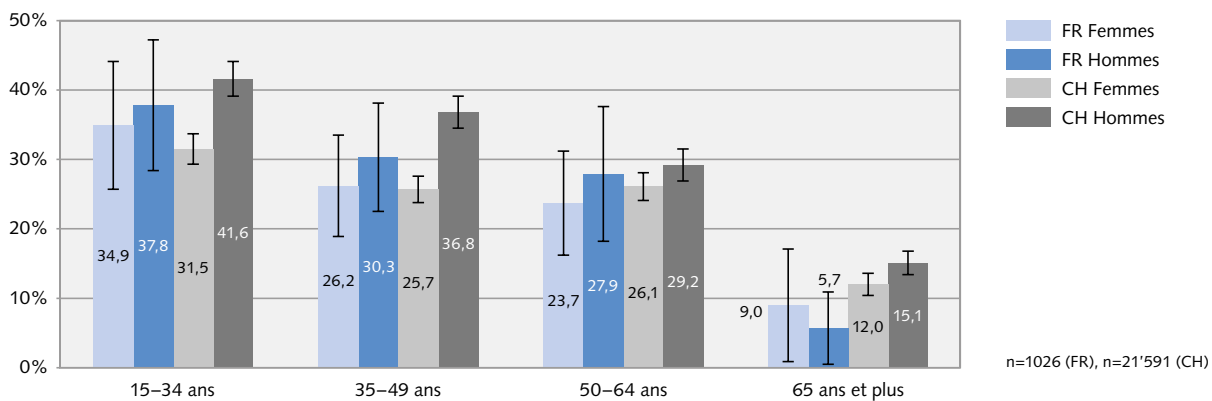


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 1992, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 3.16



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle influence fortement la proportion de fumeurs

La consommation de tabac présente aussi des différences en fonction des caractéristiques sociales des personnes (Fig. 3.17). Les différences sont présentées au niveau suisse car elles ne sont pas significatives à l'échelle du canton de Fribourg, toutefois elles sont similaires. On compte moins de fumeuses et de fumeurs parmi les personnes bénéficiant d'une formation de niveau tertiaire que parmi celles qui ont une formation de niveau secondaire II ou sans formation post-obligatoire. Les personnes de nationalité étrangère sont également plus nombreuses (34,3%) à fumer que les Suisses (26,4%). Le niveau de revenu n'influence pas la proportion de fumeurs. Par contre au niveau de l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, c'est parmi les «contre-maîtres, ouvriers qualifiés» et les «ouvriers spécialisés, manoeuvres» que la proportion de fumeurs et de fumeuses est la plus élevée et parmi les «dirigeants, professions libérales» qu'elle est la plus faible.

Nette diminution de la proportion de gros fumeurs

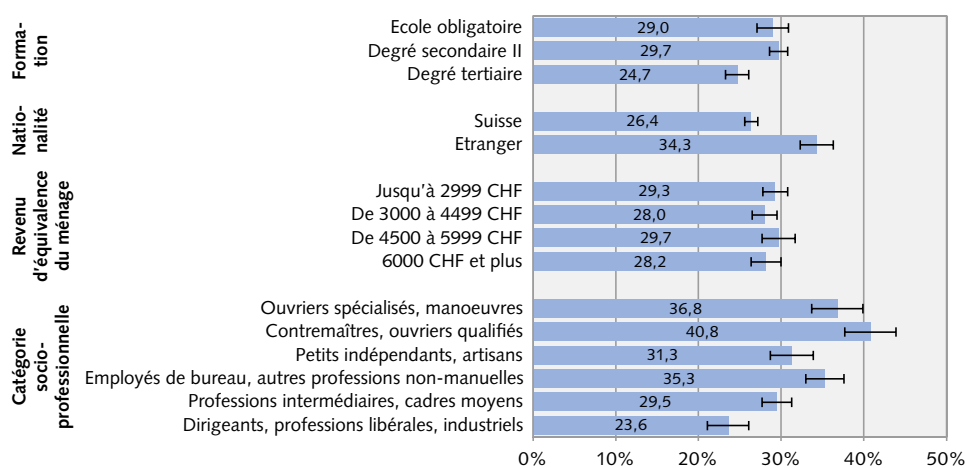
Entre 1992 et 2012, la distribution des fumeurs en fonction du nombre de cigarettes fumées a passablement évolué (Fig. 3.18). Ici, seules les données pour la Suisse sont représentées, étant donné la petite taille des effectifs dans le canton de Fribourg. Chez les Suissesses, on repère une importante baisse du pourcentage de grandes fumeuses (20 cigarettes par jour et plus) entre 1992 et 2012 (de 32,4% à 17,7%) et dans le même temps,

une augmentation de la part de fumeuses occasionnelles fumant moins d'une cigarette par jour (de 5,2% à 17,9%). Ce résultat constitue a priori une évolution positive qui contrebalance l'idée d'une constance dans la consommation de tabac chez les femmes entre 1992 et 2012. Il y a toutefois lieu de rappeler que la consommation d'un petit nombre de cigarettes n'est pas anodine. Selon une étude norvégienne, les «petit fumeurs» (1 à 4 cigarettes) ont 50% de risque en plus de mourir précocement que les non-fumeurs et ils encourent également un risque accru d'infarctus, d'attaque cérébrale et de cancer (Bjartveit et Tverdal 2005).

Chez les hommes, cette évolution est encore plus marquée. Alors que la part de fumeurs occasionnels était très faible en 1992 (7,2% en moyenne suisse), ceux-ci représentent près d'un cinquième des fumeurs en 2012 (19,7%). De la même manière, la part de gros fumeurs a chuté en 20 ans (de 48,0% à 28,0%). Cette tendance, en s'ajoutant à celle de la diminution de la part de fumeurs en Suisse, suggère une baisse encore plus importante de la consommation de tabac chez les hommes en Suisse. Ici également, les réserves concernant les risques encourus par les «petits fumeurs» doivent néanmoins être émises.

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

Fig. 3.17



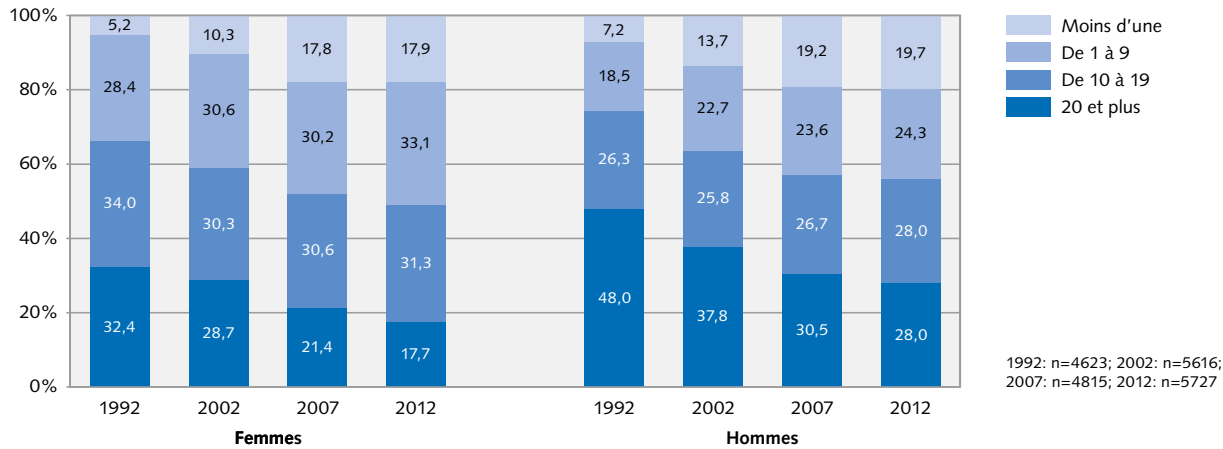
Formation, nationalité, revenu: n=21'591, catégorie socioprofessionnelle: n=14'185

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 3.18



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

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

© Obsan 2016

3.3.2 Fumée passive

La fumée passive est l'inhalation involontaire par un sujet non-fumeur de la fumée dégagée par son voisinage.

C'est particulièrement la fumée secondaire s'échappant de la cigarette qui est en cause dans le tabagisme passif, notamment en raison de la durée d'émission et de la composition de la fumée qui n'a pas été filtrée ni par la cigarette, ni par les poumons du fumeur (Dautzenberg 2001). De multiples études ont démontré la nocivité pour la santé de l'exposition à la fumée passive qui augmente chez l'adulte non-fumeur les risques de maladie coronarienne (+31%), de cancer pulmonaire (+25%) et de problèmes respiratoires (+39 à +116%) (DHHS 2006).

Il a été montré qu'en 2006, 3000 années de vie ont été perdues en Suisse du fait de l'exposition à la fumée passive. Cette année-là, 32'000 jours d'hospitalisation ainsi que des coûts médicaux de l'ordre de 330 millions de francs seraient également attribuables au tabagisme passif (Hauri et al. 2009).

La loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif est en vigueur depuis le 1^{er} mai 2010. Elle interdit de fumer dans les espaces fermés accessibles au public et dans ceux où plusieurs personnes travaillent (comme les hôpitaux, les écoles et les transports publics). Dans le domaine de la restauration, la loi prévoit des exceptions: les établissements de 80 m² au maximum peuvent toujours être exploités comme des établissements fumeurs s'ils remplissent certaines conditions et sont au bénéfice d'une autorisation cantonale. Les locaux fumeurs (fumeurs) sont également autorisés. En outre, ces établissements

fumeurs peuvent employer uniquement des personnes ayant accepté, par écrit, de travailler dans ces conditions.

La majorité des cantons ont adopté des lois plus restrictives. Dans le canton de Fribourg, il n'existe plus d'établissements fumeurs, les fumeurs sans service sont autorisés depuis le 1.1.2010 et une interdiction de la vente du tabac pour les mineurs de moins de 16 ans a été promulguée depuis le 1.1.2009. Toutefois il n'existe pas dans ce canton de réglementation visant l'affichage de la publicité en faveur du tabac dans l'espace public, dans les cinémas et le parrainage de manifestations n'est pas interdit.

Les mesures prises par les autorités semblent avoir porté leurs fruits: une étude réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève a démontré que l'interdiction de fumer dans les lieux publics à Genève a été bénéfique pour la santé. Elle est associée à une diminution de 7% des hospitalisations de résidents genevois pour syndrome coronarien aigu (baisse non statistiquement significative en raison de la puissance insuffisante de l'étude). L'interdiction de fumer est associée à une réduction statistiquement significative de 19% des hospitalisations de résidents genevois pour broncho-pneumopathie obstructive chronique et pneumonie (Humair et al. 2014). De plus, la mise en place de lois contre le tabagisme passif a diminué légèrement le nombre de fumeurs mais cet effet n'est apparu qu'un an après la mise en place de la loi et a concerné uniquement les personnes qui sortent beaucoup (Boes et al. 2014).

Le Monitoring suisse des addictions a traité du thème de la fumée passive et a montré qu'en 2012, 6,2% de la population s'est dite exposée au tabagisme passif au moins une heure par semaine (Kuendig et al. 2013).

Importante diminution de la proportion de personnes exposées à la fumée passive

En Suisse, l'exposition à la fumée passive a beaucoup diminué depuis 2002. Si en 2002, 31,3% la population suisse se disait exposée au moins une heure par jour à la fumée du tabac, cette proportion n'était plus que de 15,6% en 2007 et de 6,1% en 2012 (données non présentées). L'exposition varie aussi en fonction du sexe (Fig. 3.19): bien que l'on constate une exposition à la fumée plus importante chez les hommes, les différences s'atténuent au fil des années, les différences au niveau fribourgeois n'étant toutefois pas significatives.

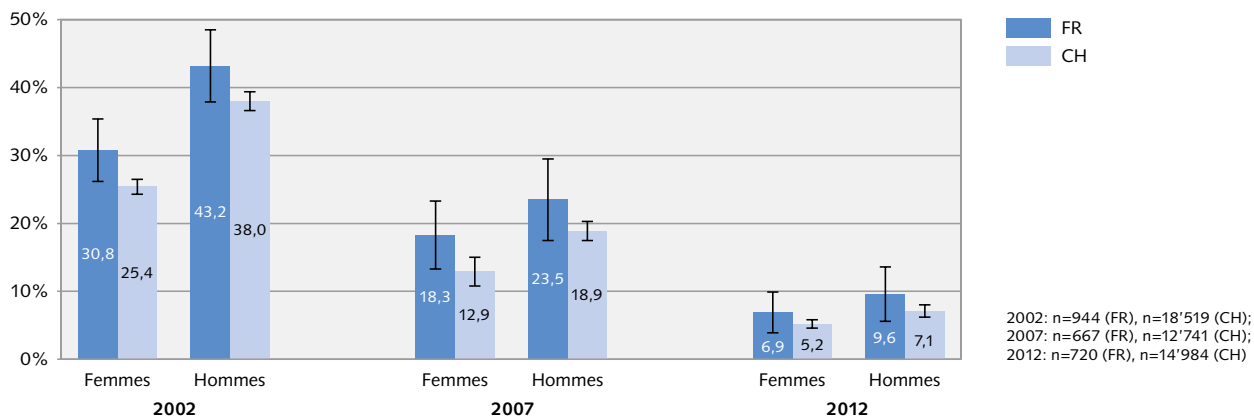
La question du tabagisme passif sur le lieu de travail constitue un thème de santé publique particulièrement important dans la mesure où la plupart du temps, l'environnement de travail n'est pas choisi. Ici, seuls les résultats à l'échelle de la Suisse sont présentés en raison des faibles effectifs se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

Au travail, l'exposition à la fumée passive est aussi plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et les plus jeunes sont plus concernés (Fig. 3.20).

Ainsi 19,3% des hommes de 15 à 34 ans se disent exposés à la fumée passive, ce qui n'est le cas que de 9,1% des femmes du même âge. Ce ne sont plus que 7,9% des hommes de 50 à 64 ans (3,3% des femmes) à y être encore exposés.

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

Fig. 3.19



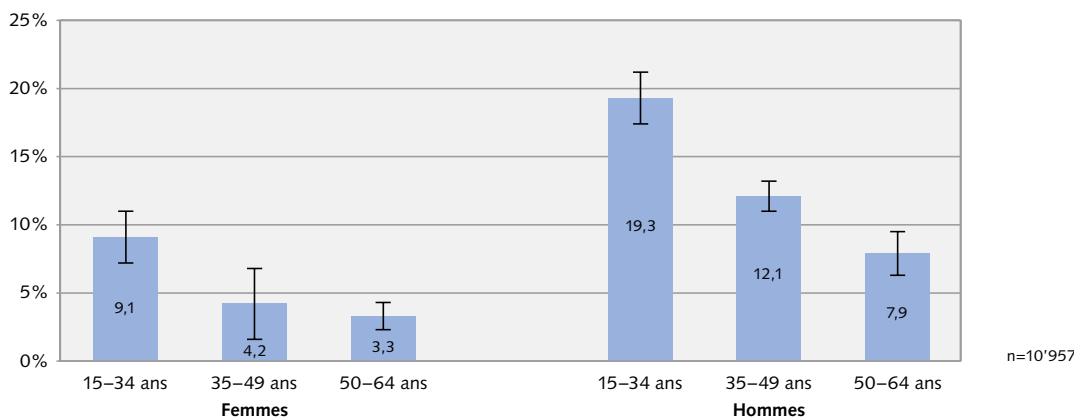
Question ESS: Pendant combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes?
Heures/Minutes par jour. Groupe sélectionné: ceux qui sont exposés 60 minutes et plus par jour.

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

© Obsan 2016

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

Fig. 3.20



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

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

3.3.3 Consommation d'alcool

En Suisse, la consommation d'alcool fait partie intégrante de notre culture. La majorité de la population a toute-fois une consommation non problématique d'alcool. Une consommation problématique peut être préjudiciable pour les consommateurs mais aussi pour leur entourage et l'ensemble de la société. En 2008, le Conseil fédéral a initié un Programme national alcool (PNA) comprenant un certain nombre de mesures structurelles (lois, protection de la jeunesse, collaboration des partenaires...) et vise à renforcer l'aptitude des habitants à gérer l'alcool et limiter les abus d'alcool (OFSP 2008a). Ce programme a été prolongé de quatre ans jusqu'en 2016 (OFSP 2013b). Le PNA est fondé sur la vision suivante: «*Celles et ceux qui boivent de l'alcool le font de manière à ne nuire ni à eux-mêmes ni aux autres*». Le programme vise à sensibiliser la population aux effets négatifs de la consommation d'alcool, à protéger activement la jeunesse (réglementation de la vente d'alcool aux mineurs) et à soutenir les acteurs de la prévention de l'alcoolisme.

Le Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, approuvé par le Conseil d'Etat en mai 2007 et prolongé pour la période 2011–2015, ainsi que le Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011–2015 définissent les priorités de la politique de prévention et promotion de la santé pour le canton de Fribourg. L'alcool figure dans ce cadre parmi les «thèmes en cours». Le plan d'action reconnaît les activités existantes, en précisant qu'elles doivent s'inscrire, là où cela s'avère pertinent, dans le cadre de programmes nationaux.

Sur cette base, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a confié au Service de la santé publique (SSP) et au Service du médecin cantonal la tâche d'élaborer un Plan cantonal d'action alcool. Le projet d'élaboration d'un plan cantonal action alcool est ainsi conjointement mené par ces deux services, avec pour préoccupation de couvrir tant les aspects de prévention de la consommation problématique d'alcool que les aspects de prise en charge des dépendances.

En 2012, la moyenne de la consommation d'alcool pur en Suisse par habitant de 15 ans et plus est de 9,9 litres, une valeur légèrement supérieure à la consommation moyenne des pays de l'OCDE (9,1 litres) (OCDE 2014b). En comparaison internationale, la consommation d'alcool, bien qu'ayant diminué depuis quelques années, reste élevée.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la consommation d'alcool excessive présentant un risque important pour la santé peut être classée en deux catégories:

la consommation chronique excessive (boire régulièrement trop) et la consommation ponctuelle excessive aussi connue sous les termes de «binge drinking», «risk single occasion drinking» ou «ivresse ponctuelle» (absorber une grande quantité d'alcool en peu de temps) (OMS 2010). La consommation excessive peut aussi conduire à des risques pour la santé quand elle est inadaptée à la situation (dans la circulation routière, sur le lieu de travail, pendant la grossesse et l'allaitement, en interaction avec la prise de médicaments).

La consommation d'alcool chronique augmente les risques de maladie, en particulier des maladies du foie ou de l'appareil digestif. De plus, différentes formes de cancer, l'hypertension artérielle et les troubles du système nerveux périphérique ont souvent pour origine une consommation chronique d'alcool. A ce jour, une relation causale a pu être établie entre la consommation d'alcool et plus de 230 maladies, intoxications ou traumatismes (Rehm et al. 2010).

La consommation d'alcool peut aussi conduire à la dépendance. En 2007, selon une étude considérant plusieurs approches, on estimait entre 220'000 et 330'000 le nombre de personnes alcoolo-dépendantes en Suisse (Kuendig 2010).

L'alcool constitue, avec le tabac, l'une des principales causes évitables de décès et d'incapacité dans le monde (Babor, Caetano et al. 2010). Une étude estime qu'en Suisse en 2011, 2863 décès seraient dus à l'alcool; les causes sous-jacentes des décès attribuables à l'alcool changent au cours de la vie: chez les jeunes adultes, les décès sont principalement dus à des blessures, la majorité étant auto-infligées, au milieu de l'âge adulte, les maladies digestives deviennent plus répandues, et, pour les plus âgés jusqu'à 74 ans, les cancers sont la première cause de décès attribuables à l'alcool. Par rapport à tous les décès, la part relative des décès liés à l'alcool est la plus élevée chez les jeunes de 25 à 35 ans (un homme sur quatre) (Marmet S. et al. 2013).

Selon une étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (Fischer et al. 2014), en 2010, les coûts sociaux de la consommation excessive d'alcool se sont élevés à 4,2 milliards pour l'économie suisse. Cela représente 0,7% du produit intérieur brut, soit 630 francs par citoyen suisse de plus de quinze ans. Les coûts indirects en constituent la plus grande part (80% du total des coûts, 3,4 milliards) et concernent les pertes de productivité générées par des décès prématurés, l'invalidité et le chômage. Dans le secteur de la santé, les coûts directs (traitements des maladies et des accidents) s'élèvent à 613 millions de francs (15%).

Dans le secteur pénal (frais de police et de justice ainsi que les exécutions des peines), ils atteignent 251 millions de francs (6%).

L'Enquête suisse sur la santé aborde la consommation d'alcool selon trois aspects: la fréquence de la consommation, le type de boisson alcoolisée consommée (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Une consommation quotidienne moyenne de 20g d'alcool pur chez les femmes et de 40g chez les hommes est considérée comme présentant un risque moyen pour la santé⁴¹. A partir de 40g d'alcool pur par jour chez les femmes et de 60g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Dawson et Room 2000; Rehm, 2003, voir encadré). Pour la consommation d'alcool ponctuelle excessive, c'est la consommation au cours des douze derniers mois d'au moins six verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion qui est considérée, indifféremment du sexe⁴².

Critères de consommation quotidienne chronique excessive définis par l'OMS			
	risque faible	risque moyen	risque élevé
Hommes	<40 grammes	41–60 grammes	>60 grammes
Femmes	<20 grammes	21–40 grammes	>40 grammes

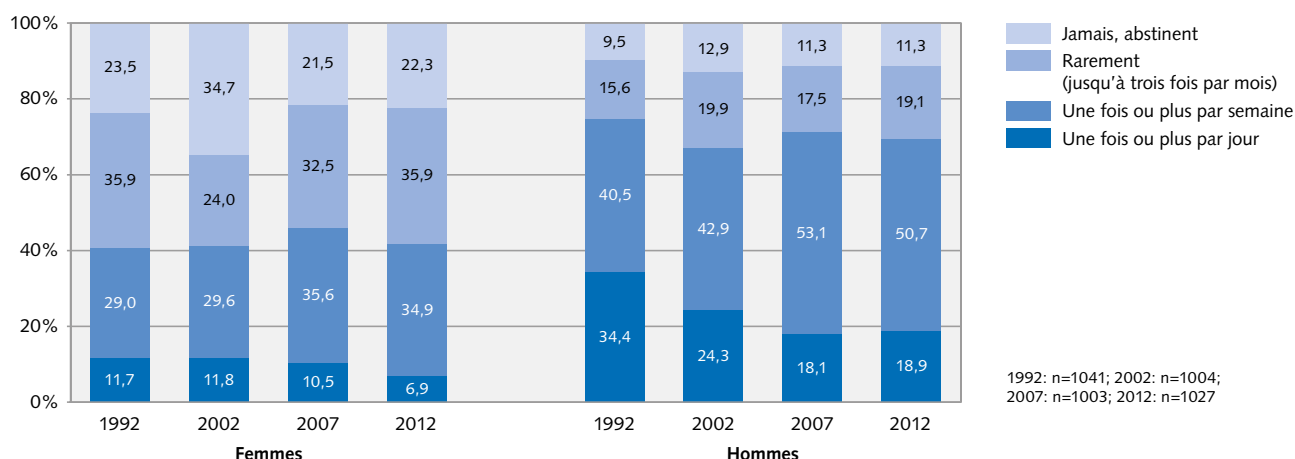
Consommation journalière d'alcool plus fréquente parmi les Fribourgeois que les Fribourgeoises

Dans le canton de Fribourg, la consommation d'alcool des hommes et des femmes diffère fortement (Fig. 3.21). Pour l'année 2012, les hommes sont presque trois fois plus nombreux que les femmes à boire de l'alcool chaque jour (18,9% vs 6,9%). Leur consommation hebdomadaire (c'est-à-dire une fois et plus par semaine mais moins d'une fois par jour) est aussi plus fréquente (50,7% vs 34,9%). Les femmes sont deux fois plus nombreuses à ne jamais boire d'alcool (22,3% vs 11,3%).

Diminution de la consommation journalière et augmentation de la consommation hebdomadaire

En 20 ans, deux tendances peuvent être mises en évidence dans le canton de Fribourg: une diminution de la consommation journalière et une augmentation de la consommation hebdomadaire. La proportion d'hommes consommant chaque jour de l'alcool a significativement baissé de 34,4% en 1992 pour atteindre 18,9% en 2012. Dans la même période, celle des femmes a passé de 11,7% à 6,9% (non significatif). La consommation hebdomadaire des hommes qui s'établissait à 40,5% en 1992 a augmenté à 50,7% en 2012 (pour les femmes de 29,0% à 34,9%, non significatif). La proportion d'hommes et de femmes abstinents reste assez

Consommation d'alcool, selon le sexe, canton de Fribourg, 1992–2012 **Fig. 3.21**



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

© Obsan 2016

⁴¹ Un verre d'une boisson alcoolisée (3 dl de bière, 1 dl de vin, 25 cl d'eau-de-vie, p. ex.) contient 10 à 12 g d'alcool pur.

⁴² Cette définition ne correspond pas à celle proposée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism dont le seuil de la consommation ponctuelle excessive se rapporte à la consommation d'au moins 4 verres standard pour les femmes et 5 verres standard pour les hommes en environ deux heures de temps à une fréquence moyenne de deux fois par mois.

stable de l'ordre de 10% chez les hommes et d'un peu plus de 20% chez les femmes; une augmentation difficilement explicable s'observe en 2002 pour les femmes.

La consommation journalière est beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées

Si l'on considère le sexe et l'âge (Fig. 3.22), on observe que la consommation d'alcool augmente avec l'âge, tant pour les femmes que pour les hommes. Les femmes de 65 ans et plus sont dix fois plus nombreuses à consommer de l'alcool tous les jours que celles de 15 à 34 ans (18,1% vs 1,7%). La même tendance s'observe chez les hommes: les hommes de 65 ans et plus sont onze fois plus nombreux que ceux de 15 à 34 ans (41,9% vs 3,8%) à consommer de l'alcool tous les jours.

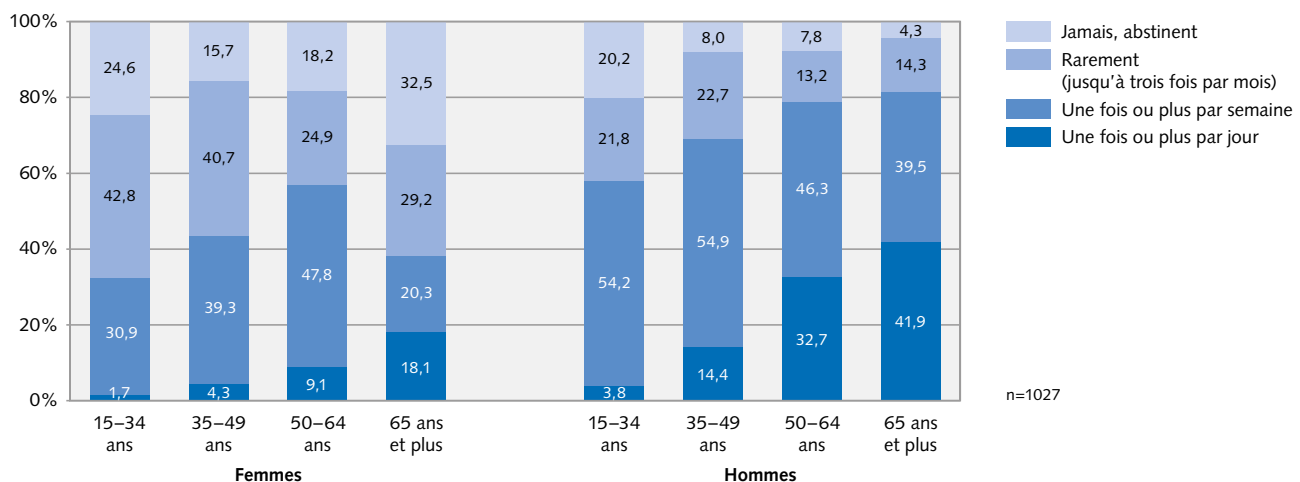
Avec l'âge, la consommation quotidienne d'alcool tend donc à se substituer à une consommation hebdomadaire pour les deux sexes. Ce résultat mérite d'être souligné car il a été observé que le risque d'addiction augmente avec l'âge (une même quantité d'alcool entraîne un taux d'alcoolémie plus élevé chez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

La majorité de la population fribourgeoise a une consommation d'alcool chronique à faible risque. Près des deux tiers de la population fribourgeoise a une

consommation d'alcool à faible risque (67,8%, CH: 68,4%) ou ne consomme pas d'alcool ou moins d'une fois par mois (26,3%, CH: 26,8%, Fig. 3.23). La part de la population fribourgeoise dont la consommation d'alcool présente un risque moyen à élevé pour la santé s'élève à 5,8% (CH: 4,8%, différence non significative). Les proportions sont de 4,1% pour les femmes et de 7,9% pour les hommes (CH: 4,1% et 5,5%, différences non significatives). Dans la population fribourgeoise de 50 ans et plus, 7,9% ont une consommation d'alcool chronique à risque moyen ou élevé comparé à 4,6% dans celle de moins de 50 ans (différence non significative). Les différences sont moins prononcées au niveau suisse (5,3% et 4,5%). Par contre si aucune différence statistiquement significative concernant la consommation à risque moyen ou élevé ne peut être mise en évidence en fonction du niveau d'éducation dans le canton de Fribourg, 51,5% des personnes sans formation post-obligatoire ont une consommation à risque faible, contre 76,5% des personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire. Cela est dû au fait que les personnes sans formation post-obligatoire sont nettement plus nombreuses à avoir une consommation sans risque.

La consommation ponctuelle excessive se produisant au moins une fois par mois concerne 12,7% de la population fribourgeoise (CH: 11,1%). Ce phénomène concerne trois fois plus souvent les hommes que les femmes (respectivement 20,5% et 6,0%) et quatre fois plus souvent les jeunes que les plus âgés (21,0% des 15 à 34 ans et 5,7% des 65 ans et plus) (Fig. 3.24).

Consommation d'alcool, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg, 2012 **Fig. 3.22**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

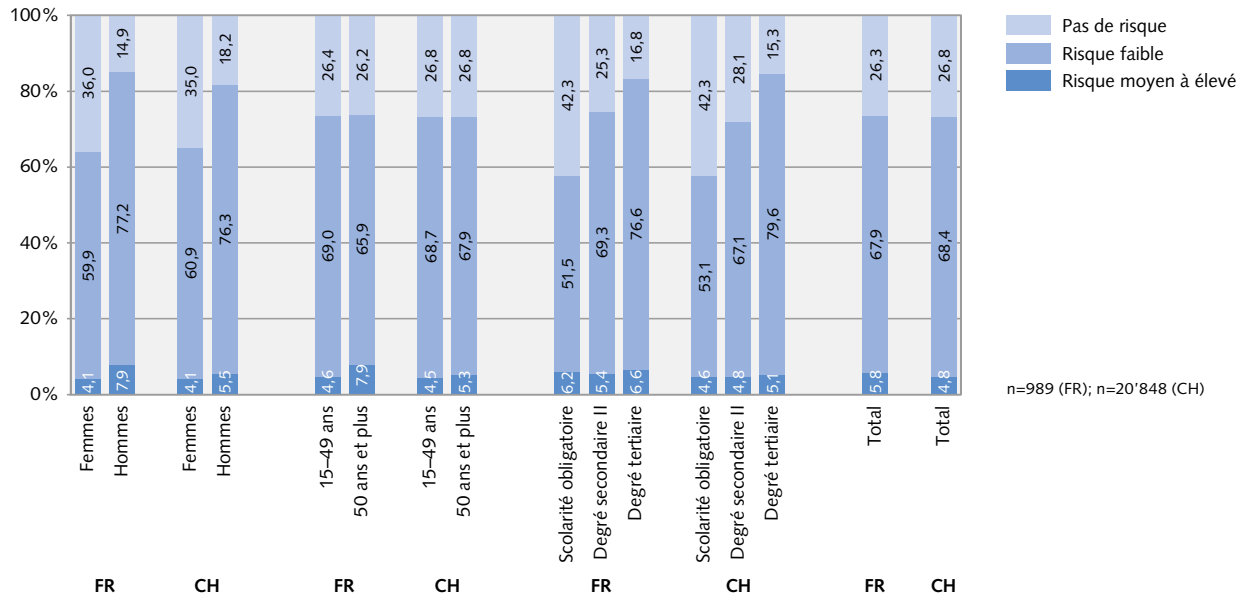
© Obsan 2016

Il apparaît ainsi que le type de consommation à risque diffère passablement selon la classe d'âge. Alors que chez les plus jeunes, c'est la consommation ponctuelle excessive qui présente le plus souvent le risque d'être problématique, le risque encouru par les personnes plus âgées est plutôt lié à la fréquence de la consommation.

Par ailleurs, sur la base des données de l'ESS 2007, il avait été observé que 0,9% des femmes et 2,6% des hommes de Suisse latine âgés de 25 ans et plus cumulaient des consommations chronique et ponctuelle excessives, soit une minorité des individus ayant l'une ou l'autre consommation excessive (Obsan et CLASS 2011).

Consommation d'alcool chronique excessive, selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, canton de Fribourg et Suisse, 2012

Fig. 3.23



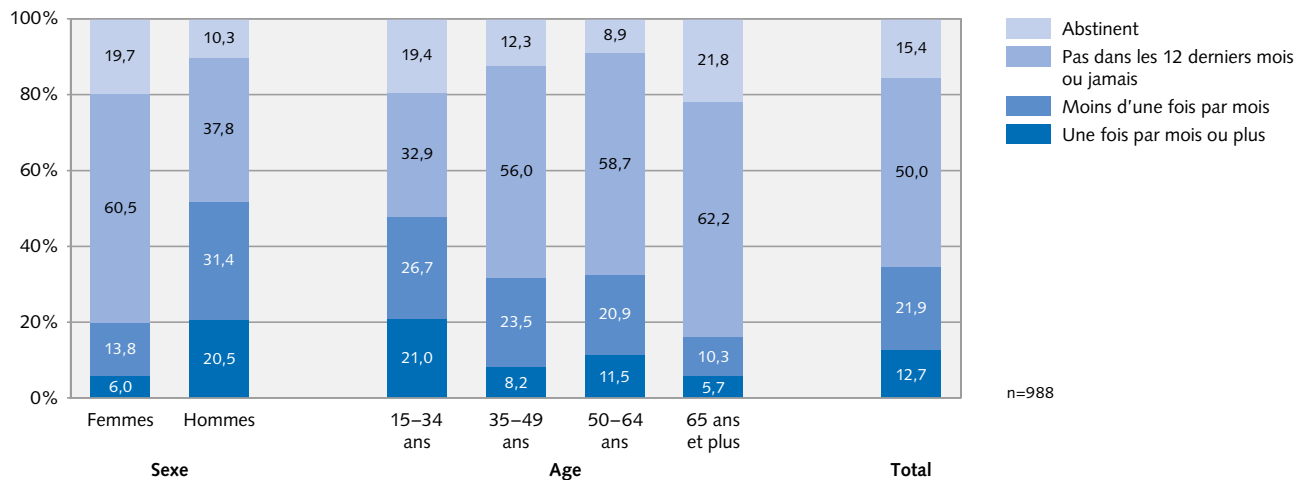
Consommation d'alcool chronique excessive: pas de risque: jamais/abstinent, consommation d'alcool moins d'une fois par mois; risque faible: <21g femmes, <41g hommes; risque moyen à élevé: >=21g femmes, >=41g hommes.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 3.24



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

3.3.4 Consommation de cannabis

Le cannabis est utilisé sous la forme de marijuana (inflorescence, feuilles), de haschich (résine, mélangée avec des parties de la plante) et d'huile (substance visqueuse), et est habituellement mélangé à du tabac pour être fumé ou inhalé. L'usage de cannabis est lié à de nombreux risques pour la santé, ceux-ci variant selon le dosage, le mode de consommation, les expériences antérieures de consommation, la personnalité, l'état psychique du moment et l'utilisation conjointe d'autres substances (Addiction suisse 2013–2014). Les effets négatifs de la consommation de cannabis sont comparables à ceux de l'usage du tabac. Ainsi chez les consommateurs réguliers, on observe une augmentation des inflammations des voies respiratoires et des maladies cardiovasculaires (Hall 2009). De plus, la consommation de cannabis diminuerait aussi le niveau de vigilance et augmenterait le risque d'accidents de voiture (Hall et Degenhardt 2009). L'utilisation fréquente ou la dépendance au cannabis augmenterait aussi le risque de psychose (Hall 2009) et un début de consommation précoce aurait des conséquences négatives sur le développement psychosocial et la santé mentale des adolescents (Grotenhermen 2007; Hall 2009).

Le cannabis est la drogue illégale la plus consommée en Suisse (Addiction suisse 2013–2014). L'abolition des conséquences pénales et son remplacement par une

simple amende sous réserve que la personne concernée soit âgée de plus de 18 ans et ne commette pas une autre infraction (révision de la loi fédérale sur les stupéfiants entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2013) décriminalise la consommation de cannabis sans pour autant la banaliser.

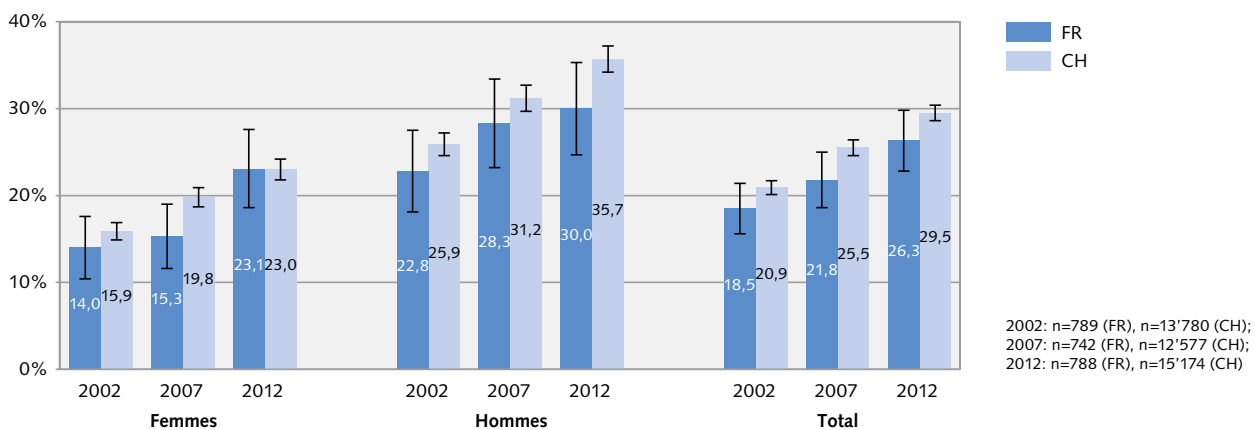
Selon le Monitoring suisse des addictions, la prévalence de la consommation sur la vie des personnes de 15 ans et plus s'établissait à 29,6% et la prévalence au cours des douze derniers mois à 6,3% (8,8% des hommes et 4,0% des femmes) (Gmel G. et al. 2013). Les auteurs de ce monitoring font remarquer qu'une sous-estimation de ces chiffres ne peut cependant pas être exclue, étant donné que la consommation est interdite et que les répondants d'enquêtes téléphoniques peuvent peut-être hésiter à la mentionner. L'Enquête suisse sur la santé étant aussi réalisée par téléphone, la consommation de cannabis y est probablement aussi sous-estimée.

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

Au niveau suisse, la prévalence de la consommation de cannabis sur la vie des personnes de 15 à 59 ans⁴³ a augmenté lors de chaque enquête passant de 20,9% en 2002 à 29,5% en 2012 (Fig. 3.25). Pendant la même période, cette prévalence a aussi significativement

Evolution de la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2002–2012 (15–59 ans)

Fig. 3.25



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

© Obsan 2016

⁴³ Seules les personnes de 59 ans et moins ayant été interrogées sur leur consommation de cannabis lors des enquêtes précédentes, la même limite d'âge a été retenue pour présenter les comparaisons temporelles 1997–2012. Pour la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois, on a conservé la même limite d'âge.

augmenté dans le canton de Fribourg (de 18,5% à 26,3%), mais l'augmentation entre 2007 et 2012 n'est pas significative (alors qu'elle l'est au niveau suisse). Au niveau suisse, la prévalence de la consommation de cannabis sur la vie des femmes est plus élevée lors de chaque année d'enquête; cette observation peut aussi être faite au niveau du canton de Fribourg (mais elle n'est pas significative). Par contre les femmes fribourgeoises ont maintenant la même probabilité d'avoir consommé du cannabis dans leur vie (23,0%) que les femmes suisses, celle des hommes fribourgeois restant un peu plus basse que celle des hommes suisses (différence non significative).

En moyenne suisse, la prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois atteint 6,6% (Fig. 3.26)⁴⁴ et elle est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (8,9% vs 4,2%). La prévalence est la plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans (14,9%) et diminue déjà fortement dans la classe d'âge des 35 à 44 ans (4,6%) pour n'atteindre que 1,4% parmi les personnes de 55 à 59 ans. Un peu moins de 70% des personnes de 15 à 24 ans n'ont jamais consommé de cannabis, cette proportion dépassant les 80% chez les personnes entre 55 à 59 ans.

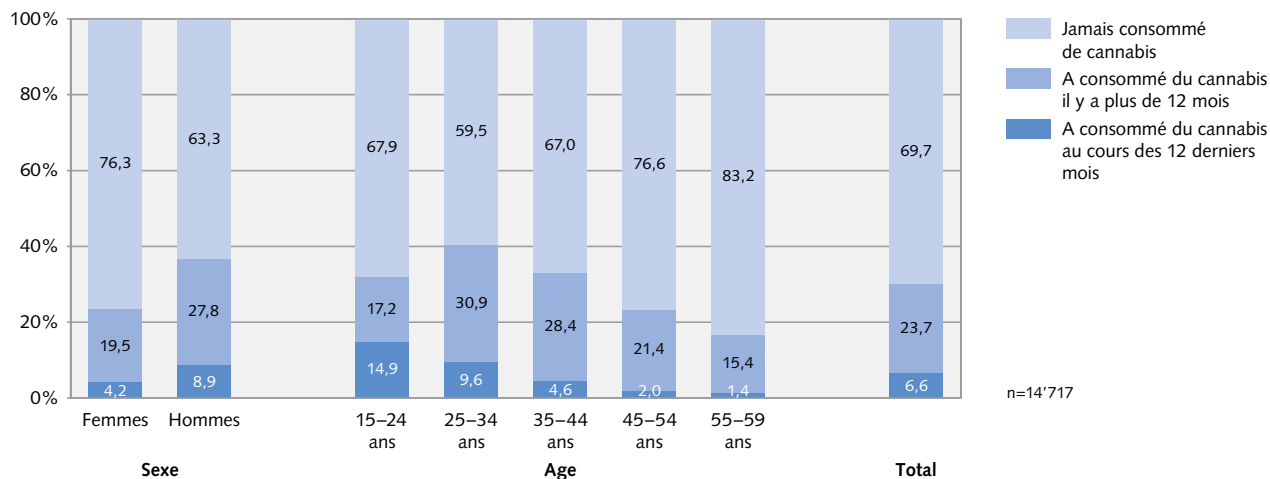
3.3.5 Consommation de médicaments

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

Les médicaments n'ont pas seulement des effets bénéfiques, ils peuvent aussi être consommés de manière abusive et provoquer des effets secondaires non négligeables. Certains médicaments peuvent être détournés de leur usage premier ou consommés sans raison médicale valable. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est parfois difficile à établir⁴⁵.

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

Fig. 3.26



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁴⁴ La prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois ne peut pas être comparée avec les données des années précédentes. En 2012 la question est la suivante: Avez-vous pris du cannabis (haschisch/marijuana) au cours des 12 derniers mois? Lors des enquêtes précédentes, la question était posée sous la forme: si vous prenez du haschisch/marijuana, en prenez-vous encore? De plus pour des raisons d'effectifs, les analyses ne peuvent pas être réalisées au niveau du canton de Fribourg.

⁴⁵ Les données analysées dans ce rapport ne permettent pas de répondre à la question de l'usage approprié des médicaments.

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

Il a été constaté que les femmes consomment plus de médicaments que les hommes (OFSP 2006). Des aspects spécifiques de la socialisation des femmes conduiraient à une plus grande médicalisation des phases de la vie féminine (maternité, accouchement, ménopause). Il y aurait aussi des inégalités sociales dans la consommation de médicaments: une plus grande consommation des personnes âgées et des personnes ayant des ressources économiques et culturelles moins importantes.

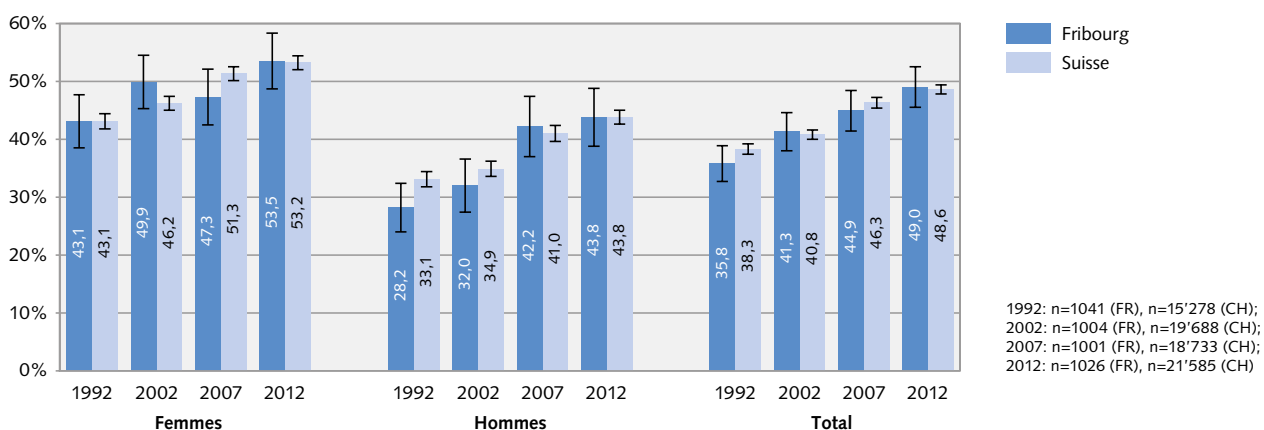
Dans l'ESS, la consommation générale de médicaments est examinée en demandant aux personnes si elles ont consommé au moins une fois au cours des sept derniers jours n'importe quel médicament. De plus, la consommation de quatre médicaments psychotropes est analysée: les analgésiques, les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs (A-3.8–9).

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

En 2012, presque la moitié de la population fribourgeoise (49,0%) a consommé au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête, un niveau de consommation identique à celui de l'ensemble des Suissesses et des Suisses (48,6%, Fig. 3.27). La proportion de consommateurs a beaucoup augmenté depuis 1992, où elle s'établissait à 35,8% pour le canton de Fribourg (CH: 38,3%). L'augmentation de la consommation entre 2007 et 2012 est significative au niveau suisse mais pas au niveau du canton de Fribourg. La proportion de femmes consommatrices de médicaments a toujours été plus élevée que celle des hommes: en 2012, 53,5% des femmes fribourgeoises ont consommé au moins un médicament, contre 43,8% des hommes fribourgeois. Toutefois l'augmentation de la consommation de médicaments depuis 1992 a été plus forte parmi les hommes fribourgeois (FR: hommes: +15,6%, femmes: +10,4%, CH: hommes: +10,7%, femmes: +10,1%). Pour les femmes fribourgeoises, seule la différence entre 1992 et 2012 est significative, pour les hommes fribourgeois, la différence entre 1992 et 2007 est déjà significative mais pas celle entre 2007 et 2012.

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

Fig. 3.27



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

© Obsan 2016

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

Dans le canton de Fribourg, la consommation hebdomadaire d'analgésiques a doublé depuis 1992, passant de 13,0% de la population à 26,1% en 2012 (CH: 12,4% à 23,4%, A-3.8). La consommation d'analgésiques de l'ensemble des Fribourgeoises et des Fribourgeois s'élevait à 21,5% en 2007 mais la différence avec 2012 n'est pas significative. La différence est toutefois significative au niveau suisse (2007: 20,1%, 2012: 23,4%). 4,3% de la population suisse consomme des tranquillisants (FR: 4,3%, A-3.9), 5,3% des somnifères (FR: 6,1%), et 4,1% des antidépresseurs (FR: 4,1%). La consommation de ces trois médicaments n'a pas augmenté depuis 1992 (données disponibles seulement depuis 2007 pour les antidépresseurs).

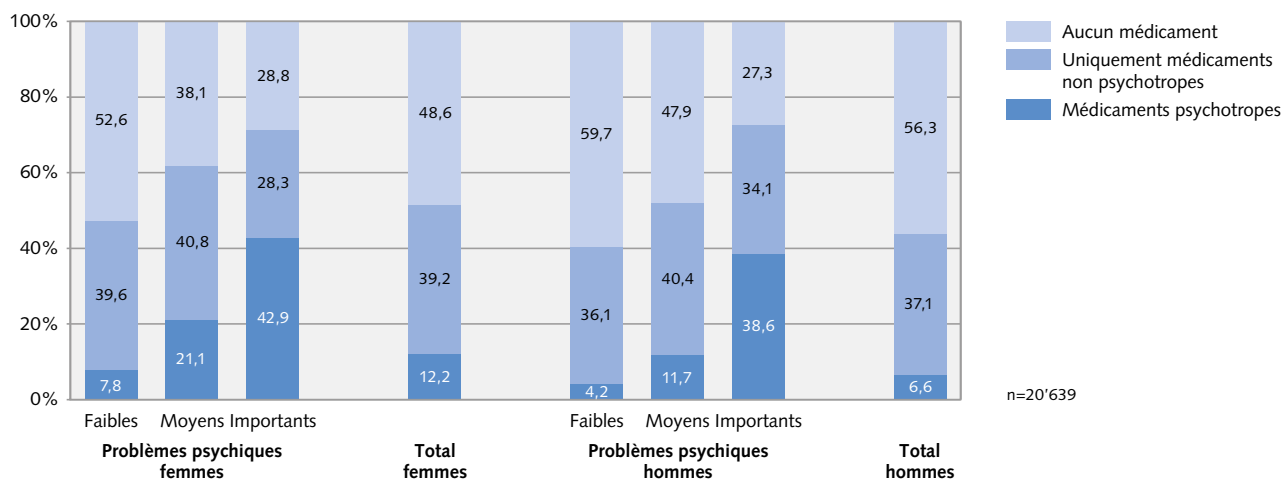
La consommation hebdomadaire d'analgésiques, de tranquillisants, de somnifères et d'antidépresseurs est plus importante chez les femmes: 32,4% des femmes fribourgeoises ont consommé des analgésiques dans les sept derniers jours contre 19,1% des hommes fribourgeois (CH: 28,4% vs 18,2%). Des différences s'observent aussi pour les tranquillisants (FR: 8,7% vs 3,2%), pour les somnifères (FR: 9,2% vs 2,5%) et pour les antidépresseurs (FR: 5,4% vs 2,6%, non significatif).

Pour tous les types de médicaments étudiés, la consommation augmente avec l'âge (A-3.8-9). Entre la classe des 15 à 34 ans et celle des 65 ans et plus, la consommation générale passe de 32,8% à 77,4% de la population fribourgeoise et pour la consommation d'analgésiques de 21,1% à 31,8%. Au niveau suisse, la consommation de médicaments diminue sensiblement à mesure que le niveau de formation augmente. La même tendance s'observe au niveau du canton de Fribourg.

La figure 3.28 montre le lien existant entre les problèmes psychiques et la prise de médicaments psychotropes, non psychotropes ou l'absence de prise de médicaments: les personnes souffrant de problèmes psychiques importants sont nettement plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes que celles qui ne souffrent pas d'un tel problème. En cas de problèmes psychiques moyens ou importants, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

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

Fig. 3.28



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

3.4 Résumé

Bien que l'on trouve dans la population fribourgeoise une part légèrement plus importante de personnes peu attentives à leur santé, on n'observe pas une nette augmentation de la proportion de personnes en surcharge pondérale (obésité incluse). Une plus grande part de la population fribourgeoise que de la population au niveau suisse déclare ne pas faire attention à son alimentation. Toutefois, les Fribourgeoises et les Fribourgeois respectent mieux que l'ensemble des Suisses la recommandation de manger cinq fruits et légumes. La population fribourgeoise mange plus fréquemment de la viande que la population suisse, mais elle consomme aussi plus fréquemment du poisson, qui est une source de protéines appréciable.

La proportion de personnes physiquement actives dans le canton de Fribourg n'a pas significativement augmenté depuis 2002. Par contre, la proportion de personnes totalement inactives a significativement diminué. Cela est dû principalement au changement de comportement des femmes: en 2012, la proportion de femmes physiquement inactives a baissé pour atteindre le niveau des hommes (environ 11%).

La consommation de tabac n'a pas varié de 2007 à 2012. Dans le canton de Fribourg, il y a 27% de fumeurs. Par contre, sur le plus long terme, la proportion d'hommes fribourgeois fumeurs a baissé de 10 points de pourcentage environ depuis 1992 pour atteindre 28,8% en 2012. On observe une légère augmentation de la consommation de tabac chez les femmes qui a passé de 22,5% en 1992 à 25,5% en 2012 (augmentation non significative).

Dans le canton de Fribourg, la consommation d'alcool n'a pas beaucoup changé entre 2007 et 2012. Par contre depuis 1992, on observe une diminution de la consommation journalière et une augmentation de la consommation hebdomadaire. Une très faible part de la population fribourgeoise présente une consommation d'alcool chronique excessive (5,8%), cette part étant légèrement supérieure parmi les 50 ans et plus (7,9%, moins de 50 ans: 4,6%, différence non significative). La consommation d'alcool ponctuelle excessive au moins une fois par mois concerne 12,7% de la population fribourgeoise.

Depuis 2002, la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis a augmenté dans la population fribourgeoise, mais il n'y a pas de différence significative entre 2007 et 2012. Par contre, si la prévalence sur la vie n'a pas augmenté de manière significative chez les hommes, elle a augmenté significativement chez les femmes passant de 15,3% en 2007 à 23,1% en 2012.

Environ la moitié de la population fribourgeoise a consommé au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête, ce qui est un niveau équivalent à celui de la Suisse. Depuis 20 ans la consommation générale de médicaments a augmenté de 15 points de pourcentage environ dans le canton de Fribourg. De même la consommation d'analgésiques a doublé en 20 ans, par contre celle de tranquillisants, somnifères, et d'antidépresseurs (seulement depuis 2007) n'a pas augmenté.

4 Santé, habitat et conditions de travail

La santé de la population est influencée par une multitude de facteurs. Des déterminants structurels (facteurs politiques, économiques et sociaux et position socioéconomique) et des déterminants intermédiaires (conditions de vie et de travail, facteurs comportementaux, facteurs psychosociaux) se conjuguent et contribuent à l'état de santé de chaque individu (point 1.4.1). Le présent chapitre examine, sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), les principales caractéristiques des conditions de logement et de travail et leurs effets sur la santé. Le premier point analyse les nuisances auxquelles sont exposés les Fribourgeoises et Fribourgeois à la maison, tandis que le second traite différents aspects des conditions de travail dans le canton de Fribourg.

Divers facteurs environnementaux favorisent l'apparition de problèmes de santé, tant à la maison qu'au travail. Selon des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entre 15% et 20% des décès en Europe sont imputables à des nuisances environnementales. Dans les pays d'Europe de l'Est, ces valeurs sont encore plus élevées (AEE 2010). En Suisse, les polluants atmosphériques, la fumée de cigarettes (point 3.3.1), le changement climatique et les rayonnements sont les quatre facteurs environnementaux ayant le plus d'impact sur la santé (Meyer 2009).

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

Le bruit à la maison et au travail a également une influence sur la santé. Un sixième de la population suisse est exposée à un bruit excessif qui peut engendrer des sentiments de gêne, du stress, des troubles du sommeil, de l'hypertension, des problèmes cardiovasculaires, un risque accru d'infarctus du myocarde et des perturbations des relations sociales (OFEV 2013). La principale source de pollution sonore est celle due au trafic routier, à laquelle est exposée une personne sur cinq pendant la journée et une personne sur six pendant la nuit (OFEV 2014). Le bruit causé par le trafic ferroviaire et le trafic aérien dérange beaucoup moins d'individus, puisqu'il touche entre 1% et 2% de la population, principalement dans les villes et les agglomérations (OFEV 2009). Il convient de noter que les valeurs limites de l'ordonnance sur la protection contre le bruit sur lesquelles s'appuient les études de l'Office fédéral de l'environnement sont nettement plus élevées que celles recommandées par l'OMS. Si les valeurs limites de l'OMS étaient appliquées en Suisse, deux fois plus de personnes seraient exposées à des nuisances sonores excessives. Une étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de l'environnement (Ecoplan 2013) a révélé que chaque année, la population suisse perd quelque 47'000 années de vie qui auraient pu être vécues en bonne santé sans le bruit du trafic. Ce sont les perturbations du sommeil liées au transport routier qui provoquent la perte du plus grand nombre d'années. Une autre étude (Brink 2011) suggère toutefois que la santé auto-évaluée dépend plus de variables sociodémographiques que de la pollution sonore.

Certains effets du changement climatique ont aussi des répercussions sur la santé de la population. Par exemple, les périodes de canicule menacent principalement les personnes âgées, les malades chroniques ainsi que les enfants en bas âge. De plus, la hausse des températures favorise la propagation de nouveaux agents pathogènes et la diffusion de plantes à haut potentiel allergène (OFEV 2013).

Enfin, les radiations peuvent influencer la santé de la population. Par exemple, les fortes concentrations de radon⁴⁶ en Suisse provoqueraient chaque année 230 décès par cancer des poumons (OMS 2011b). De plus, quelque 85'000 personnes actives principalement dans le diagnostic médical sont exposées à des radiations dans l'exercice de leur profession (OFSP 2013a). On peut encore mentionner les rayons UV qui augmentent le risque de cancer de la peau et peuvent occasionner des dommages oculaires. A ce jour, les effets à long terme sur la santé des champs électromagnétiques⁴⁷ n'ont pas été démontrés scientifiquement (Röösli et al. 2010).

Mais la santé de la population n'est pas seulement influencée par des nuisances environnementales présentes à la maison ou au travail. L'activité professionnelle elle-même joue un rôle considérable dans la santé de la population. Selon l'ESS 2012, les personnes actives occupées ont en général une meilleure santé que les non-actifs et les chômeurs (OFS 2014j). Cette réalité s'explique d'une part par l'effet appelé «Healthy Worker Effect»: les actifs occupés ont besoin d'avoir une santé relativement bonne pour exercer leur activité, les personnes à la santé fragile peuvent rencontrer des difficultés dans le monde du travail. En outre, en assurant subsistance, reconnaissance et bien-être, le travail peut jouer un rôle de pilier de l'existence et, partant, promouvoir une bonne santé, alors qu'une longue période de chômage représente un risque pour la santé.

Les conditions de travail peuvent toutefois aussi avoir des conséquences dommageables pour la santé. Chaque année, environ 3000 cas d'assurance découlant de l'activité professionnelle, comme la surdité et les maladies de peau, sont reconnus par la Suva (OFSP 2014d). Les problèmes de santé en lien avec le travail sont encore plus fréquents. Les troubles physiques et psychiques tels que maux de dos, maux de tête et stress ont fortement augmenté au cours de ces dernières années (Krieger et Graf 2009; L ubli et Müller 2009; Grebner et al. 2011; Krieger et al. 2012). Avec la mondialisation économique et l'émergence de nouvelles technologies de l'information et de la communication, les modèles de travail et les exigences professionnelles ont subi de profondes mutations, se manifestant sous la forme d'une accélération générale des rythmes de travail, d'un accroissement de l'intensité de travail, d'une contrainte de temps permanente et du «multitasking» (accomplissement de plusieurs tâches à la fois) (EU-OSHA 2014).

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

Des conditions de travail défavorables sont concomitantes de divers indicateurs d'une moins bonne santé (troubles physiques et psychiques). Plus les personnes interrogées sont exposées à des risques physiques et psychosociaux, plus elles s'estiment en mauvaise santé (OFS 2014j). Le Collège d'expertise (Collège d'expertise 2011) rappelle cependant que des conditions de travail pénibles ne représentent pas un risque en soi et qu'elles peuvent être fortement atténuées par des mesures visant à soulager et à protéger les travailleurs. Parmi ces mesures figurent notamment la participation de chacun aux décisions, le soutien des collègues de travail et de la direction, une bonne gestion de l'entreprise et un salaire adéquat (Grebner et al. 2011). Avoir une vie équilibrée conciliant vie personnelle, vie familiale et vie professionnelle est également d'une importance cruciale.

⁴⁶ Le radon est présent dans la chaîne de désintégration de l'uranium, qui est présent partout dans le sol. Plus le sol est perméable, plus le gaz radon peut monter à la surface. Lorsqu'il s'accumule dans des espaces clos, il peut pénétrer dans les poumons et irradier le tissu pulmonaire (site internet de l'OFSP: Le radon, c'est quoi?).

⁴⁷ Champs  lectromagn tiques (CEM) désigne la gamme des fréquences inférieures du spectre électromagnétique (0 Hz–300 GHz). Les CEM sont omniprésents dans notre environnement – du fait des sources d'origine naturelle et des sources d'origine artificielle de plus en plus fréquentes – que ce soit voulu en transmettant des signaux radioélectriques ou en tant que produit secondaire de l'alimentation des appareils électriques (site internet de l'OFSP: Champs  lectromagn tiques CEM).

4.1 Nuisances à la maison

Les individus peuvent être exposés à différentes nuisances à la maison qui les dérangent personnellement. La figure 4.1 présente pour l'année 2012 la proportion de personnes concernées par onze sources de nuisances à la maison dans le canton de Fribourg et en Suisse.

Le bruit du trafic routier est la source de nuisances à la maison la plus fréquente dans le canton de Fribourg (16,1%). Le bruit des personnes ou d'enfants est la deuxième source de nuisance avec 13,3% de personnes concernées. Les nuisances dues à l'agriculture sont deux fois plus répandues dans le canton de Fribourg (10,4%) qu'au niveau suisse (5,2%), le canton étant encore largement agricole. Toutefois en 2007, encore 16,6% de la population fribourgeoise s'en plaignait et elle occupait la deuxième place des nuisances les plus fréquentes. Les autres nuisances telles que le bruit des avions, des trains, les gaz d'échappement, etc. concernent moins de 10% de la population fribourgeoise.

Plus de la moitié de la population interrogée ne souffre pas de nuisance à la maison

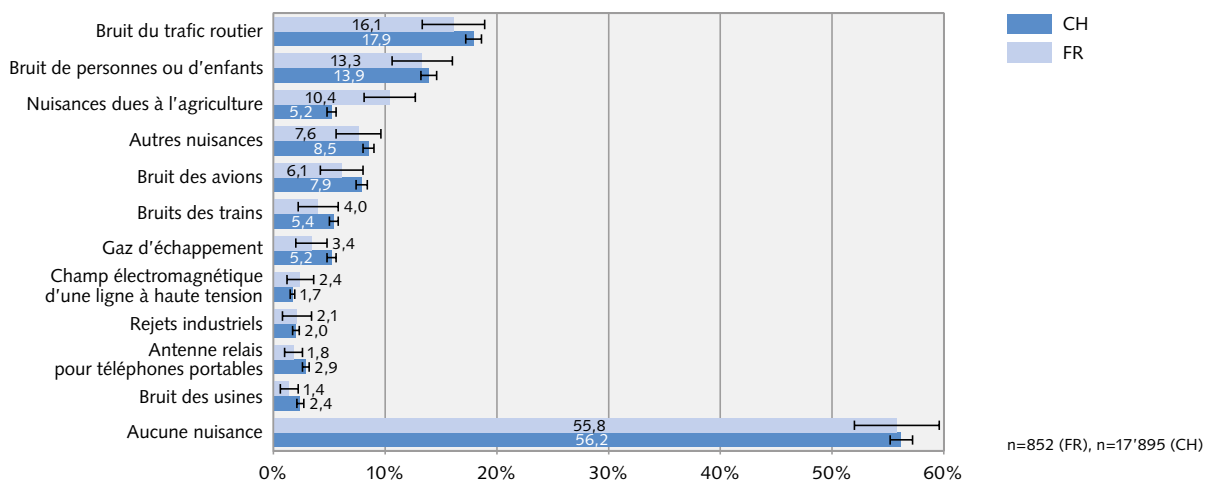
Si l'on analyse à combien de nuisances différentes une même personne est exposée, il se dégage pour le canton de Fribourg une image assez similaire à celle de la Suisse: une bonne moitié des personnes interrogées (55,8% FR, 56,2% CH) ne mentionnent aucune nuisance, un quart déclare une nuisance (26,8% FR, 25,1% CH) et moins d'un cinquième s'estime dérangé par deux nuisances ou

plus (17,4% FR, 18,7% CH). Au niveau suisse, la proportion de la population qui ne souffre pas de nuisance à la maison a significativement augmenté depuis 2007, passant de 46,8% à 56,2% en 2012 (augmentation non significative dans le canton de Fribourg de 49,1% à 55,8%). Tant au niveau suisse qu'à celui du canton de Fribourg, la proportion de personnes ayant subi deux nuisances et plus a diminué, sans être significative pour le canton de Fribourg (FR: de 22,2% à 17,4%; CH: de 27,0% à 18,7%). La proportion de personnes subissant une seule nuisance est restée stable (Annexes, Tab. A-4.1).

Quelques observations peuvent être faites concernant les liens entre le nombre de nuisances à la maison, l'âge, le degré d'urbanisation et le fait d'être propriétaire de son logement ou non (Fig. 4.2). En raison d'une meilleure représentativité des données, les résultats sont ici présentés en moyenne suisse. La proportion de personnes touchées par deux nuisances et plus augmente avec l'âge, de 15,1% parmi les personnes de 15 à 34 ans à 23,7% parmi celles de 65 ans et plus. D'une part, cela pourrait être attribué au fait que les personnes âgées seraient plus sensibles à des nuisances dans leur environnement. D'autre part, les personnes âgées passent plus de temps à leur domicile, ce qui pourrait les conduire à mentionner plus de nuisances. 61,4% des personnes vivant à la campagne ne se sentent pas dérangées par des nuisances (54,3% en ville), 23,1% ressentent une nuisance (25,8% en ville) et 15,5% sont dérangées par deux nuisances et plus (19,9% en ville). Les locataires se plaignent plus souvent de nuisances au domicile que les propriétaires, ce qui peut notamment s'expliquer par le

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

Fig. 4.1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

fait que la proportion de propriétaires est plus élevée à la campagne et que les locataires habitent souvent des logements moins bien situés. Les propriétaires ont aussi plus la possibilité que les locataires de faire des rénovations pour ne pas subir de nuisances sonores.

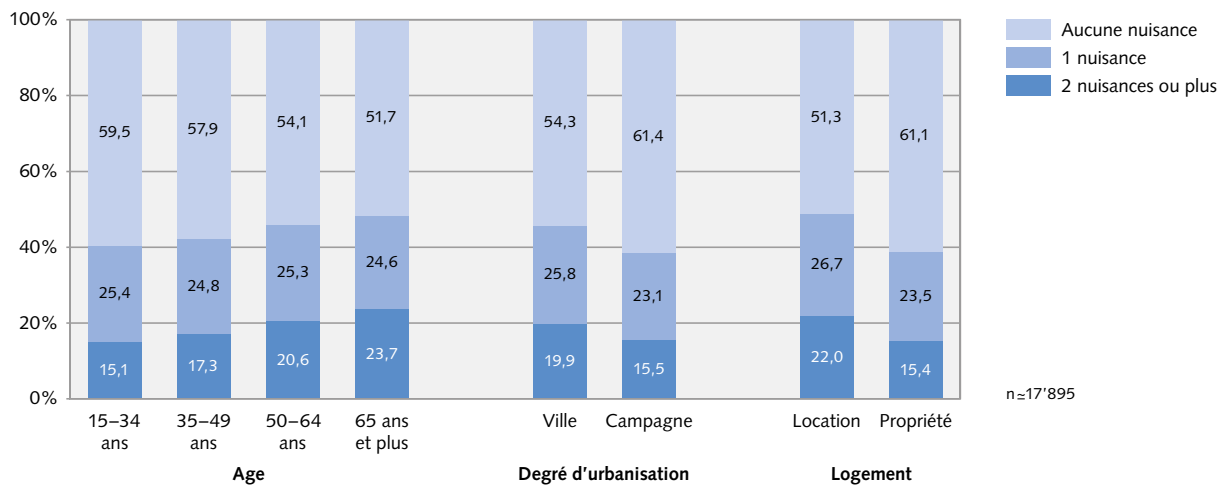
La figure 4.3 montre le lien entre le nombre de nuisances auto-reportées à la maison et divers aspects de la santé physique et psychique. Dans les colonnes sont représentées les proportions de personnes présentant les dimensions négatives des différents indicateurs de santé. La proportion pour les personnes «en bonne santé» donne par conséquent le complément à 100%. Par exemple, parmi les personnes qui ne sont concernées par aucune

nuisance à la maison au niveau suisse, 13,1% rapportent avoir un état de santé moyen à (très) mauvais et en conséquence 86,9% ont un bon à très bon état de santé.

En moyenne suisse, on observe un lien entre un mauvais état de santé et les nuisances au domicile et ceci à la fois pour un état de santé auto-évalué moyen à très mauvais, des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés. La proportion de personnes avec un mauvais état de santé augmente lorsqu'elles sont exposées à une nuisance à la maison et les personnes qui mentionnent deux nuisances et plus au domicile déclarent le plus mauvais état de santé: un quart d'entre elles mentionnent avoir un état de santé

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

Fig. 4.2

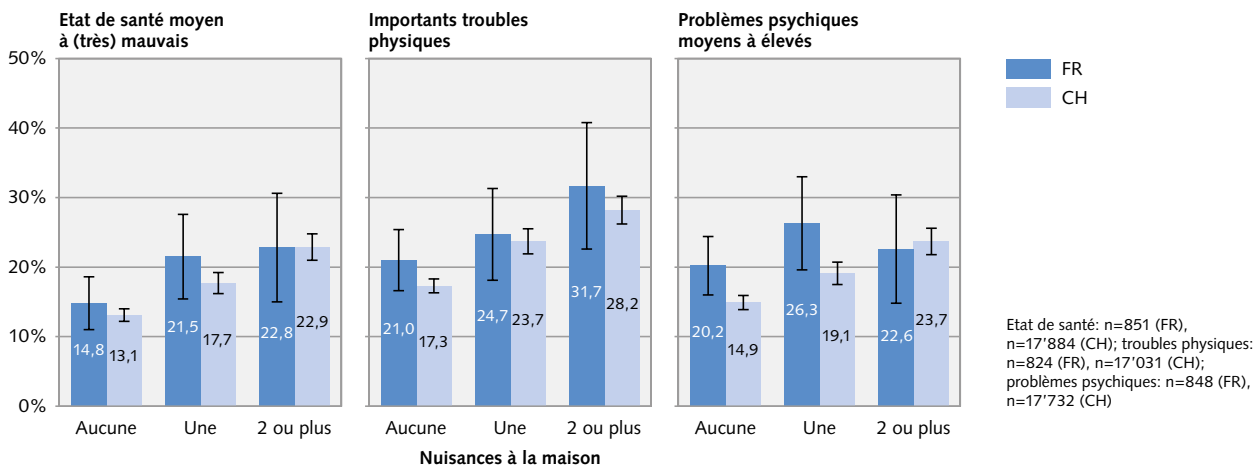


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2012

© Obsan 2016

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

Fig. 4.3



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants ou des problèmes psychiques moyens ou élevés. Ce lien entre les nuisances à la maison et des indicateurs de santé s'observe aussi dans le canton de Fribourg mais il n'est pas significatif.

Il est toutefois nécessaire de mentionner que ces relations entre nuisances et indicateurs de santé ne renseignent pas sur les liens de causalité existants entre ces variables. Il n'est pas possible de vérifier si les nuisances dans l'environnement rendent «malade» ou inversement, si le fait d'avoir certains problèmes de santé influence la perception des nuisances à la maison. Finalement, il n'est pas exclu que d'autres facteurs puissent expliquer ces différences. De mauvaises conditions de vie peuvent influencer de façon simultanée, par exemple, soit l'habitat, soit les conditions de santé, ceci de manière indépendante.

4.2 Travail et santé

Le travail est un domaine central de la vie et par là même constitue un déterminant important de la santé. C'est la raison pour laquelle de nombreux liens entre le travail et la santé seront présentés dans ce chapitre. Dans le premier point seront examinés différents aspects généraux du travail et de la santé. Le point 4.2.2 traitera des risques physiques au travail dans la population active de 15 à 64 ans, tandis que le point 4.2.3 concernera

les risques psychosociaux et le point 4.2.4, les horaires de travail. Dans le dernier point seront discutés les liens entre les différents risques au travail et la santé des 15 à 64 ans.

4.2.1 Aspects généraux du travail et de la santé

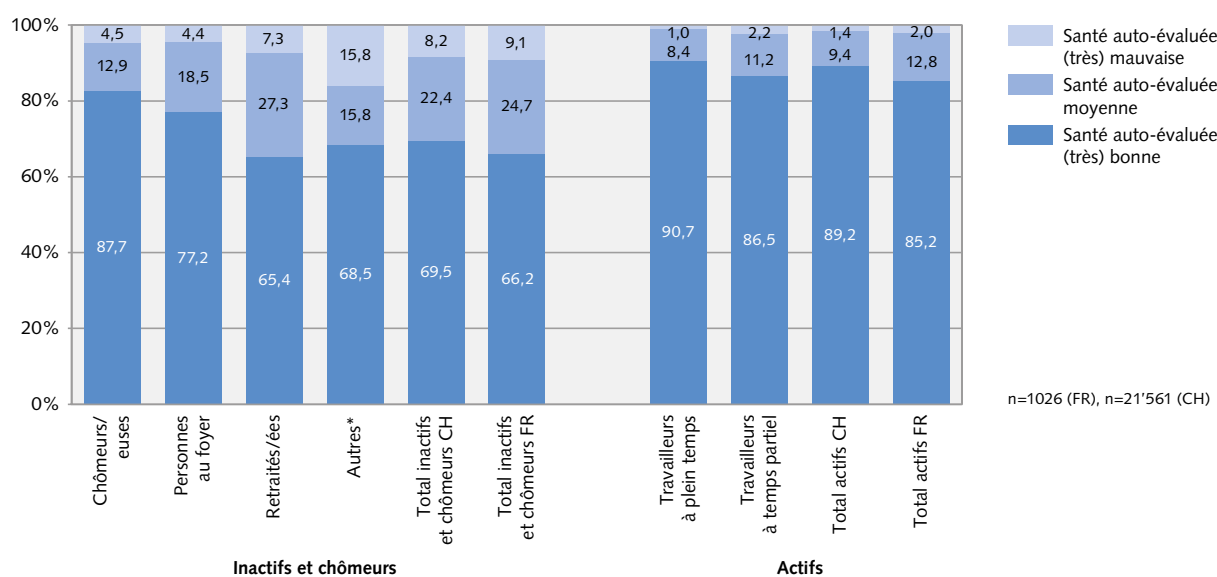
En général les personnes professionnellement actives se sentent en bonne santé

Les personnes professionnellement actives ont en général une meilleure santé que les personnes inactives ou au chômage. C'est ce que montre la figure 4.4 qui représente l'état de santé auto-évalué selon la situation sur le marché du travail. En Suisse, 89,2% des personnes professionnellement actives comparé à 69,5% des personnes inactives rapportent un état de santé bon à très bon. Dans le canton de Fribourg, ces pourcentages s'élèvent à 85,3% et à 66,2% (différence significative).

Au niveau suisse, ce sont les personnes travaillant à plein temps qui se sentent en meilleure santé. Les personnes qui montrent le plus mauvais état de santé sont les personnes inactives de la catégorie «autres», dont un sixième rapporte un état de santé auto-évalué (très) mauvais et un autre sixième un état de santé moyen. A noter que ce groupe comprend des personnes invalides. Les retraitées et retraités mentionnent aussi plus fréquemment un état de santé moyen à (très) mauvais (34,6%), ce qui peut être attribué à l'âge des personnes

Santé auto-évaluée selon le statut sur le marché du travail, canton de Fribourg (total) et Suisse, 2012

Fig. 4.4



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

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

interrogées. Par rapport aux retraitées et retraités, les personnes au foyer ainsi que les chômeurs se sentent en meilleure santé, toutefois en comparaison avec la population active, la proportion de personnes déclarant un état de santé bon à très bon est dans ces deux groupes significativement inférieure.

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

La question de l'impact du travail sur la santé a été posée pour la première fois dans l'ESS 2012 lors de l'interview téléphonique⁴⁸. Pour 39,5% des Fribourgeoises et des Fribourgeois, le travail agit principalement de manière positive sur la santé, pour 10,9%, le travail agit principalement de manière négative et pour 49,6%, le travail n'a pas d'effet sur la santé (Fig. 4.5). Au niveau suisse, les personnes interrogées sont significativement plus nombreuses que dans le canton de Fribourg à considérer que le travail a un effet positif sur la santé (46,2%).

On peut observer un effet lié à l'âge: plus l'âge augmente, plus la proportion de personnes qui estiment que le travail a un effet positif sur la santé augmente. Les personnes de 50 à 64 ans sont nettement plus convaincues de l'aspect positif du travail (46,7% FR, 51,6% CH) que celles de 15 à 34 ans (30,8% FR, 40,0% CH), les plus convaincues étant celles de 65 ans et plus. De 15 à 64 ans, une proportion relativement constante de 10% de personnes estiment que le travail agit sur la santé de manière principalement négative.

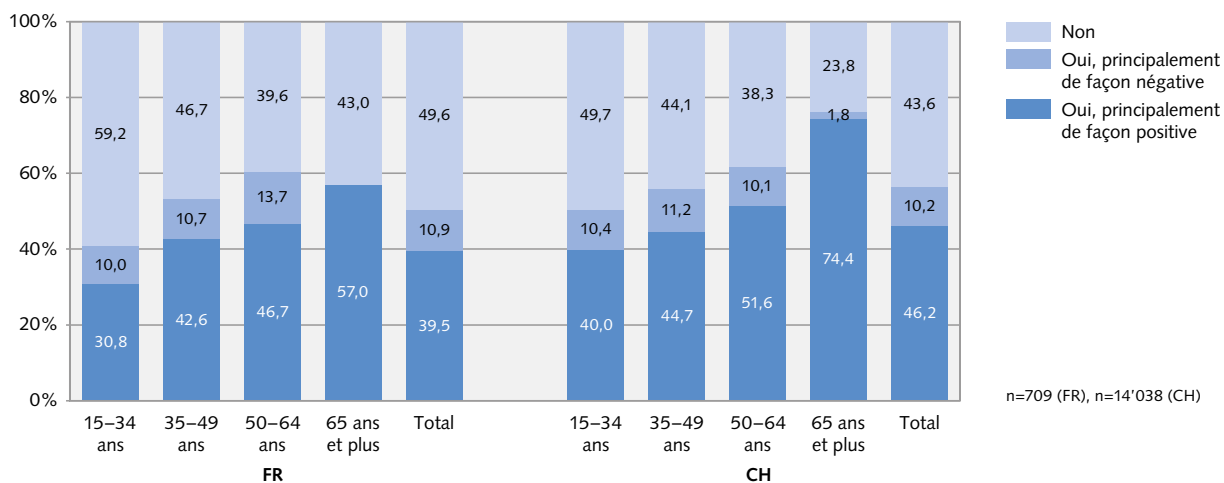
La satisfaction concernant la vie professionnelle a augmenté

Du fait de la place centrale du travail dans la vie des êtres humains, la satisfaction concernant la vie professionnelle est une question fondamentale. En 2012, le niveau de satisfaction au travail est très élevé, tant dans le canton de Fribourg (66,3% de très ou pleinement satisfaits) qu'au niveau suisse (68,1%). Environ un cinquième des personnes sont assez satisfaites (FR: 21,7; CH: 20,2), 8,5% (FR) et 7,1% (CH) sont moyennement satisfaites et 3,6% (FR) et 4,5% (CH) sont plutôt, très ou complètement insatisfaites de leur travail (Fig. 4.6).

La proportion de personnes très ou pleinement satisfaites de leur travail a fortement augmenté ces dernières années. En 2002, 49,5% des Suissesses et des Suisses indiquaient être très ou pleinement satisfaites de leur travail, cette proportion montant à 65,8% en 2007 et à 68,1% en 2012. Cette augmentation s'est plutôt faite au détriment des personnes assez satisfaites, la proportion de personnes moyennement à complètement insatisfaites ayant peu baissé. Les mêmes tendances s'observent dans le canton de Fribourg.

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

Fig. 4.5



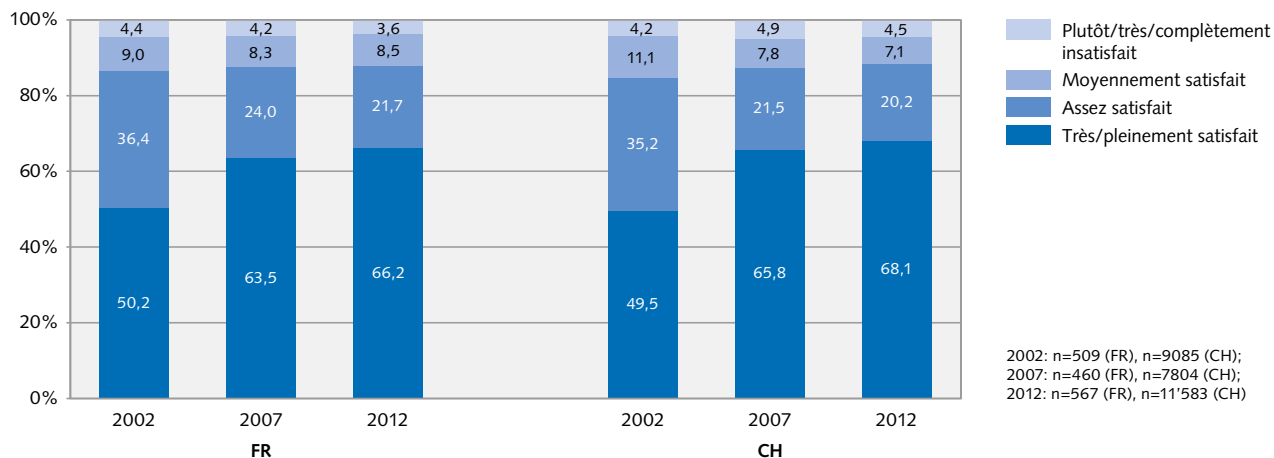
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁴⁸ A la question «Votre travail affecte-t-il votre santé ou pas», les répondants avaient trois choix de réponse: «oui, principalement de façon positive», «oui, principalement de façon négative» et «non».

Satisfaction au travail, canton de Fribourg et Suisse, 2002–2012
(personnes actives occupées)

Fig. 4.6



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

4.2.2 Risques physiques au travail

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

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

Dans l'ESS 2012 plusieurs types de risques physiques dans l'activité professionnelle ont été investigués. On peut notamment distinguer les risques ergonomiques (rester debout, effectuer des mouvements répétitifs, rester dans des positions douloureuses ou fatigantes) des risques liés à l'entourage et à l'environnement (bruit, température élevée et basse) ou des risques chimiques et biologiques (p. ex. produits toxiques). La figure 4.7 recense ces risques physiques pour la population fribourgeoise et suisse en fonction du sexe et montre quelle est

la proportion de personnes professionnellement actives qui est soumise à un risque physique pendant au moins un quart de son temps de travail.

88,1% de la population dit être exposée à des risques physiques au travail

Les risques ergonomiques sont les plus fréquemment déclarés par les Fribourgeois comme par la population suisse. 65,0% des Fribourgeoises et 71,7% des Fribourgeois restent debout pendant au moins un quart de leur temps de travail et 58,2% des femmes fribourgeoises et 63,1% des hommes fribourgeois effectuent des mouvements répétitifs de la main ou du bras. Pour les autres risques physiques, les différences en fonction du sexe sont importantes. Les hommes sont plus fréquemment exposés à des risques de température élevée ou basse, de bruits forts, de vibrations, de fumée passive ou de produits nocifs ou toxiques. Ceux-ci doivent aussi plus souvent soulever ou déplacer de lourdes charges. Par contre, le fait de soulever ou de déplacer des personnes est assez également partagé entre les hommes et les femmes (entre 12,8% et 15,9% des personnes interrogées dans le canton de Fribourg et en Suisse). Dans le canton de Fribourg, 50,9% les hommes doivent adopter des positions douloureuses ou fatigantes pour 42,5% des femmes (différence non significative), l'inverse s'observe au niveau suisse (différence significative). Sinon, les différences entre le canton de Fribourg et la Suisse sont minimes et non significatives, sauf pour la fumée passive, à laquelle les femmes fribourgeoises sont moins exposées que les femmes suisses.

Entre 2002 et 2007, l'exposition à des risques physiques a tendanciellement augmenté, tant en Suisse que dans le canton de Fribourg à l'exception de l'exposition à la fumée passive qui a diminué (données non présentées). Il n'est pas exclu qu'une part de cette hausse soit due à un changement dans l'attention publique donnée à ces questions, rendant les répondants plus enclins à déclarer ces risques physiques.

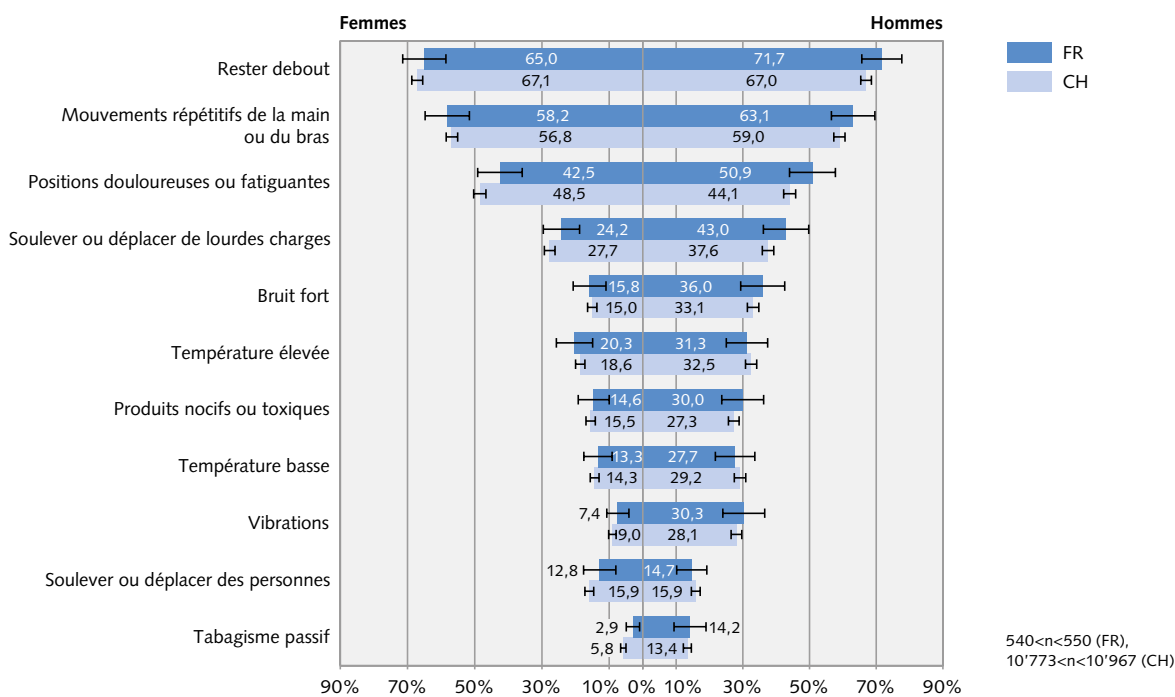
Il est ensuite possible d'analyser à combien de risques physiques une même personne est exposée pendant au moins un quart de son temps de travail. Dans la Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound 2012) ainsi que dans la publication sur le travail et la santé dans la population suisse (OFS 2014j), l'indicateur utilisé réunit neuf des onze risques physiques présentés⁴⁹. Dans le canton de Fribourg, on constate que

11,9% de la population dit n'être exposée à aucun risque physique pendant au moins un quart de leur temps de travail, 35,7% l'est à un ou deux risques physiques et 52,4% à trois risques physiques ou plus. Des chiffres comparables se retrouvent au niveau suisse (A-4.3).

Le fait d'être exposé à trois risques physiques ou plus est nettement plus fréquent pour les hommes (59,3%) que pour les femmes (44,7%, Fig. 4.8). Par contre, la proportion de personnes concernées par un ou deux risques est nettement plus basse parmi les hommes (29,8%) que parmi les femmes (42,3%). Au niveau de l'âge, aucune différence significative ne peut être mise en évidence pour le canton de Fribourg. Par contre, en moyenne suisse, les personnes de 15 à 34 ans sont plus exposées à trois risques physiques et plus (59,7%) que les plus âgées (46,3%) (A-4.3).

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

Fig. 4.7



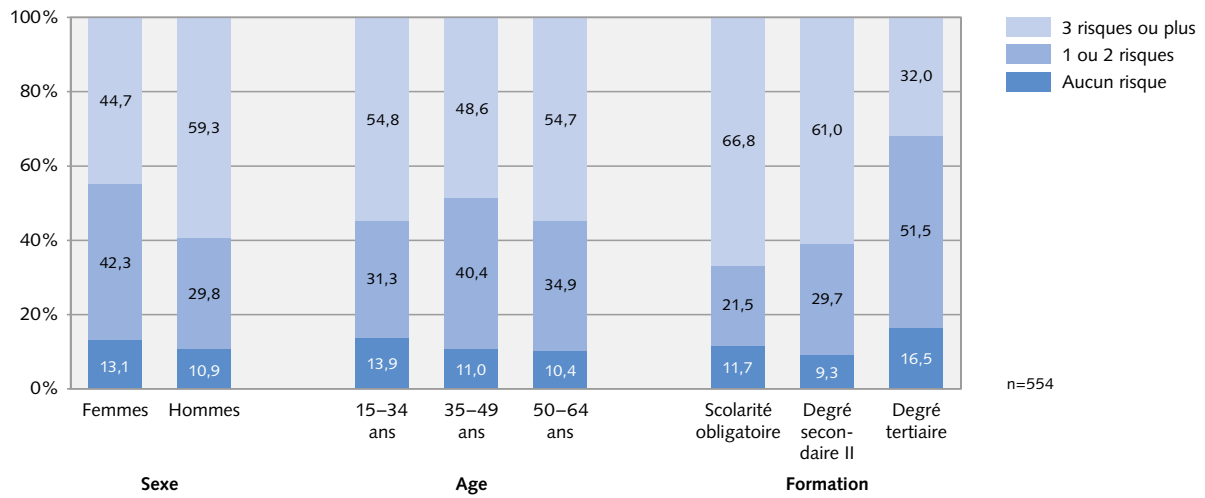
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁴⁹ Les variables «soulever ou de déplacer des personnes» et «fumée passive» n'ont pas été utilisées pour cet indicateur. Il faut aussi tenir compte du fait que la publication de l'OFS prenait en compte la population active de 15 à 64 ans avec un temps de travail d'au moins 20%, alors que dans la présente publication, ce sont tous les personnes professionnellement actives de 15 à 64 ans.

Risques physiques au travail, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Fribourg, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.8

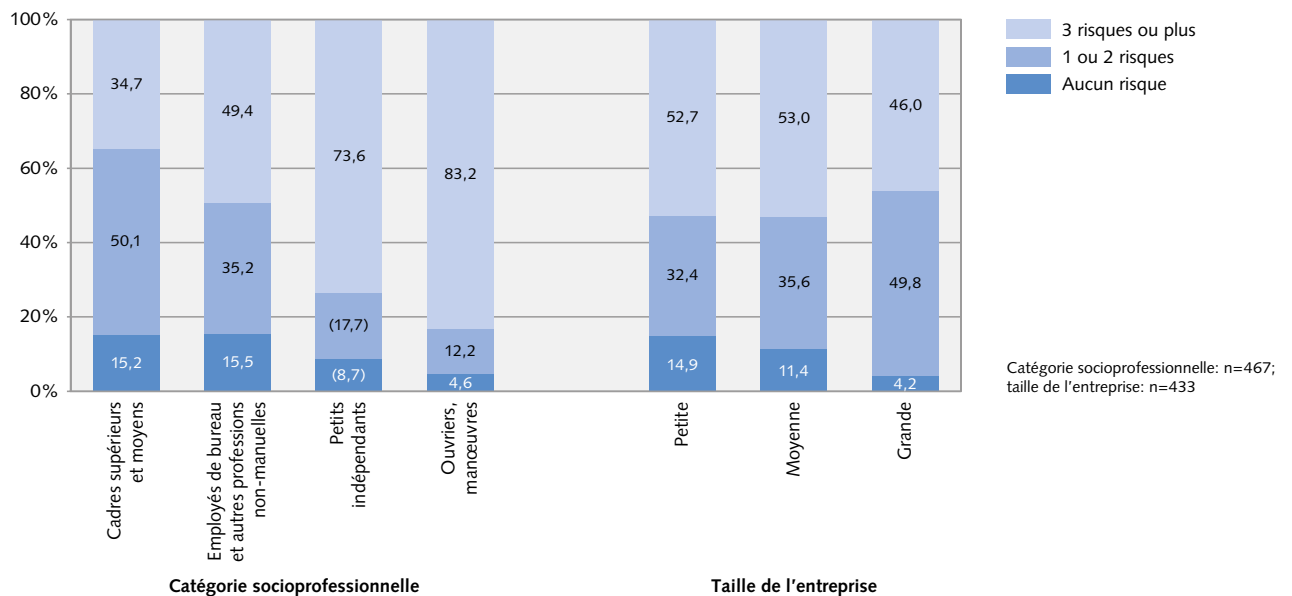


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Risques physiques au travail, selon la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise, canton de Fribourg, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Gradient social pour les risques physiques

L'effet de la formation sur l'exposition aux risques physiques est très net: dans le canton de Fribourg, les personnes sans formation post-obligatoire (66,8%), ainsi que les personnes détenant un diplôme de degré secondaire II (61,0%) sont environ deux fois plus nombreuses à être affectées par trois risques physiques ou plus que les personnes disposant d'une formation universitaire

(32,0%). La proportion de cadres supérieurs ou moyens et d'employés travaillant dans des professions non-manuelles qui ne ressentent aucun risque physique est d'environ 15% alors que les ouvriers ne sont que 4,6% à être dans cette situation (Fig. 4.9). Plus de quatre cinquièmes de ces derniers sont par contre exposés à trois risques physiques ou plus (83,2%). Cela confirme le fait que les risques physiques sont plus fréquents dans les secteurs commerciaux et industriels que dans le secteur

tertiaire. Dans le canton de Fribourg, la taille de l'entreprise joue aussi un rôle dans l'occurrence de risques physiques: ce sont dans les petites entreprises que la proportion de personnes professionnellement actives qui ne sont exposées à aucun risque physique est la plus élevée (14,9%, grande entreprise: 4,2%). Par contre, ce sont aussi dans les petites entreprises que la proportion de personnes touchées par trois risques ou plus est la plus importante (différence non significative avec les grandes entreprises).

Les risques physiques ont une influence négative sur la santé

Du fait de la petite taille de l'échantillon et de la largeur des intervalles de confiance qui en découle, les liens entre risques physiques au travail et indicateurs de santé sont difficiles à interpréter pour le canton de Fribourg. C'est pourquoi les différences à ce sujet ne seront interprétées qu'au niveau suisse, bien que dans le canton de Fribourg se dessine également la tendance à mentionner plus souvent un mauvais état de santé lorsque le nombre de risques physiques au travail s'accroît. Par ailleurs, il est à noter que de manière générale, les Fribourgeoises et Fribourgeois professionnellement actifs se sentent tendanciellement (la plupart des différences ne sont pas significatives) en moins bon état de santé que les Suissesses et Suisses, qu'ils subissent des risques physiques ou non (Fig. 4.10).

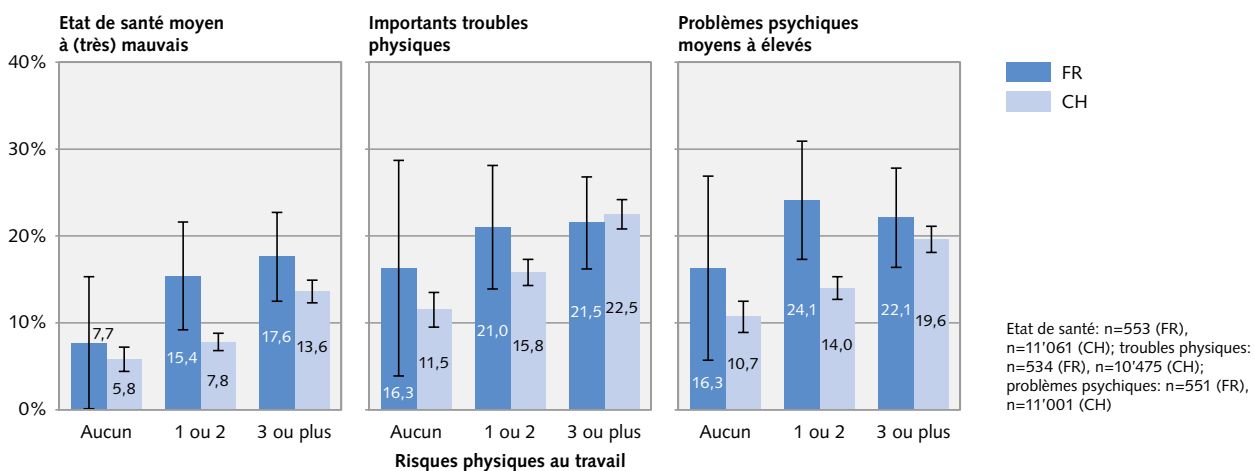
Les personnes professionnellement actives qui ont mentionné dans l'ESS 2012 au moins un risque physique au travail disposent, par rapport à celles qui n'en ont pas mentionné, d'un plus mauvais état de santé. Les plus négatives sont les personnes qui subissent trois charges physiques ou plus. Ces personnes sont 13,6% à indiquer un état de santé moyen à (très) mauvais, 22,5% à souffrir de troubles physiques importants et 19,6% à mentionner des problèmes psychiques moyens à élevés. Ces proportions sont, par rapport aux personnes qui ne sont pas exposées à des risques physiques, environ deux fois plus élevées (respectivement 5,8%, 11,5% et 10,7%) et les différences sont significatives.

4.2.3 Risques psychosociaux au travail

Parallèlement aux risques physiques, il existe également des risques psychosociaux au travail, qui concernent les interactions entre les êtres humains et le rapport que l'individu entretient avec son travail (conditions de travail et organisation du travail). Le point 4.2.3 s'appuie sur les travaux de Collège d'expertise (2011) ainsi que sur le rapport suisse sur le travail et la santé (OFS 2014j). Huit groupes de risques psychosociaux au travail sont distingués réunissant en tout 32 questions. A cela s'ajoute la question du stress au travail. Les questions sur les risques psychosociaux au travail ont été en grande partie modifiées dans l'ESS 2012, ce qui ne permet pas de réaliser une comparaison avec les enquêtes précédentes.

Risques physiques au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.10



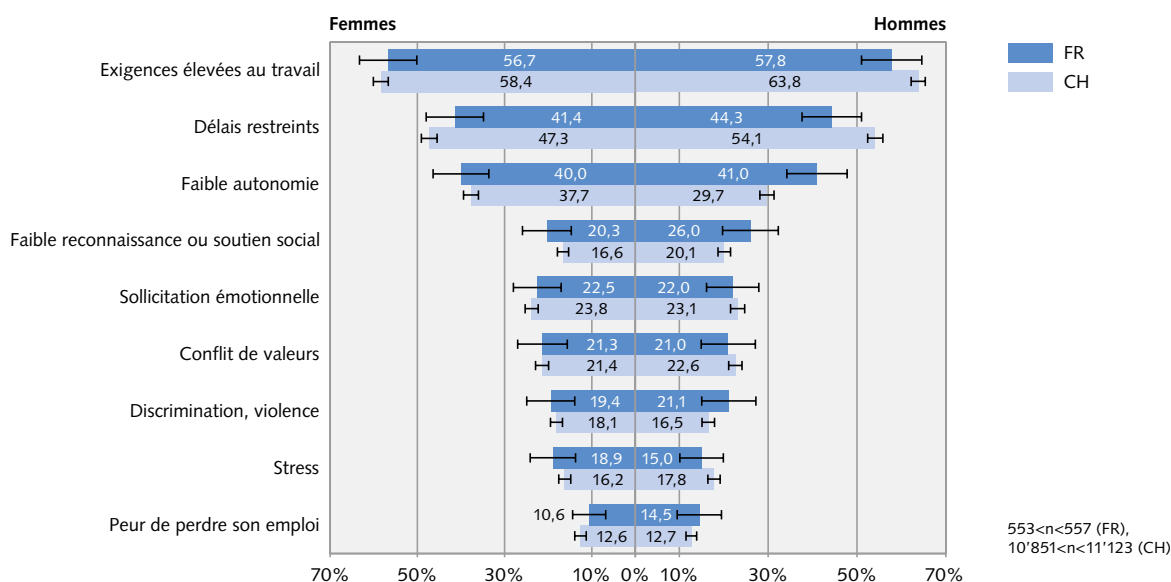
La figure 4.11 montre pour le canton de Fribourg et la Suisse et en distinguant les femmes des hommes, la proportion de personnes professionnellement actives qui est confrontée à au moins un des neuf indicateurs de risques psychosociaux⁵⁰. En 2012, 56,7% des Fribourgeoises et 57,8% des Fribourgeois ont été confrontés à au moins une exigence élevée au travail. Au niveau suisse, les hommes sont plus touchés que les femmes mais la différence n'est pas significative dans le canton de Fribourg. Le deuxième risque psychosocial concerne l'intensité du travail, impliquant de travailler avec des délais très stricts et à une cadence élevée. Les femmes suisses sont moins concernées (47,3%) que les hommes suisses (54,1%). Par contre les hommes fribourgeois le sont moins (44,3%) que les hommes suisses. Il n'y a pas de différence significative entre les femmes suisses et les femmes fribourgeoises (41,4%). Au niveau suisse, les femmes sont par contre plus exposées à une faible autonomie (37,7%) que les hommes (29,7%). Bien que la proportion de femmes fribourgeoises concernées soit tout aussi élevée (40,0%), elle ne se différencie pas de celle des hommes fribourgeois (41,0%). Par contre les hommes fribourgeois sont significativement plus nombreux que les hommes suisses à avoir une faible autonomie.

Les hommes suisses estiment un peu plus souvent (20,1%) que les femmes suisses (16,6%) recevoir une faible reconnaissance sociale. Il n'y a pas de différence significative entre femmes fribourgeoises (20,3%) et hommes fribourgeois (26,0%). Les autres risques psychosociaux ne présentent pas de différences significatives entre hommes et femmes, ni entre Fribourgeois et Suisses. De fortes exigences émotionnelles, les conflits de valeurs et la discrimination, la violence concernent environ un cinquième des personnes professionnellement actives et environ un sixième se plaint de stress. La peur de perdre son emploi inquiète 10,6% des femmes fribourgeoises et 14,5% des hommes fribourgeois (différence non significative); ces proportions sont similaires au niveau suisse.

Si l'on analyse à combien de risques psychosociaux différents sont exposés les individus du canton de Fribourg (à l'exception du stress), il apparaît que 9,8% de la population active ne sont concernés par aucun risque, 37,0% par un à deux risques, 23,9% par trois à quatre risques et 29,3% par cinq risques ou plus. Les proportions correspondantes au niveau suisse sont 12,1%, 31,7%, 26,0% et 30,2%. Concernant les risques psychosociaux au travail, on ne constate pas de différences significatives

Risques psychosociaux au travail, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁵⁰ Pour le classement et le contenu des indicateurs de risques psychosociaux au travail, voir la publication de l'OFS (OFS, 2014).

en fonction du sexe, de l'âge et de la formation dans le canton de Fribourg, ceci étant dû en partie à la taille de l'échantillon. Au niveau suisse, on distingue une tendance pour les personnes de 50 à 64 ans à être moins concernées par les risques psychosociaux que les classes d'âge inférieures (données non présentées).

L'analyse en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et de la taille de l'entreprise ne montre pas de différences significatives au niveau du canton de Fribourg (Fig. 4.12). Tendanciellement, ce sont les employés de bureau et autres professions non-manuelles ainsi que les cadres supérieurs et moyens qui mentionnent le plus fréquemment cinq risques psychosociaux et plus au travail, les petits entrepreneurs semblant moins concernés. Des tendances similaires s'observent au niveau suisse. Par contre, le lien entre la taille de l'entreprise et la prévalence des risques psychosociaux au travail est différent dans le canton de Fribourg et en Suisse. En Suisse, plus la taille de l'entreprise est grande, plus les risques psychosociaux au travail sont nombreux. Par contre dans le canton de Fribourg, c'est dans les entreprises de taille moyenne (51 à 249 employés) que l'on trouve la proportion d'employés concernés par des risques psychosociaux au travail la plus importante mais cette différence est non significative.

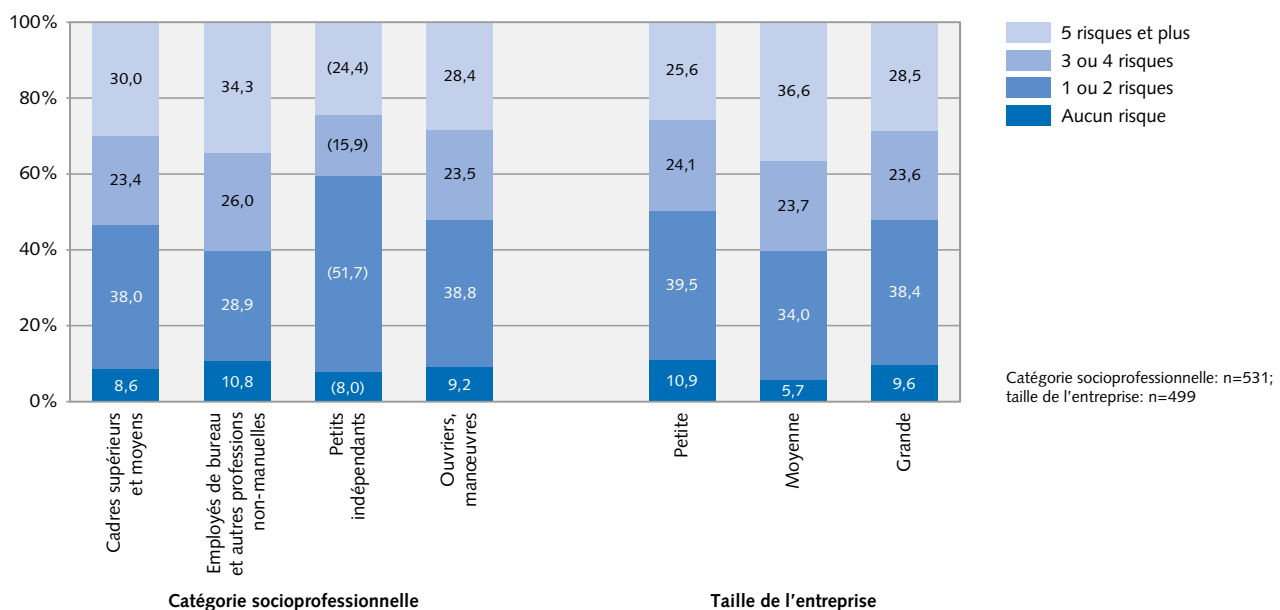
Effet négatif de nombreux risques psychosociaux sur la santé

Des risques psychosociaux au travail ne sont pas favorables à la santé (Fig. 4.13). Au niveau suisse, les personnes concernées par au moins cinq risques psychosociaux au travail mentionnent significativement plus fréquemment que celles concernées par moins de risques un mauvais état de santé auto-évalué, des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés. Par contre, pour les personnes qui ne sont pas concernées par les risques psychosociaux, ou par un à quatre de ces risques, la part de personnes présentant un état de santé moyen à (très) mauvais ou des troubles physiques importants ne varie pas de façon significative.

Dans le canton de Fribourg, on ne peut pas faire de lien entre le nombre de risques psychosociaux et l'état de santé auto-évalué. Par contre une tendance s'observe pour les troubles physiques: les personnes concernées par cinq risques psychosociaux montrent nettement plus souvent des troubles physiques importants (29,8%) que celles qui n'ont pas mentionné de risques psychosociaux (10,4%) ou en ont mentionné un à deux (13,0%). Les personnes avec cinq risques psychosociaux ne se différencient pas de celles sans risque concernant les problèmes psychiques.

Problèmes psychosociaux au travail, selon la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise, canton de Fribourg 2012
(personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.12

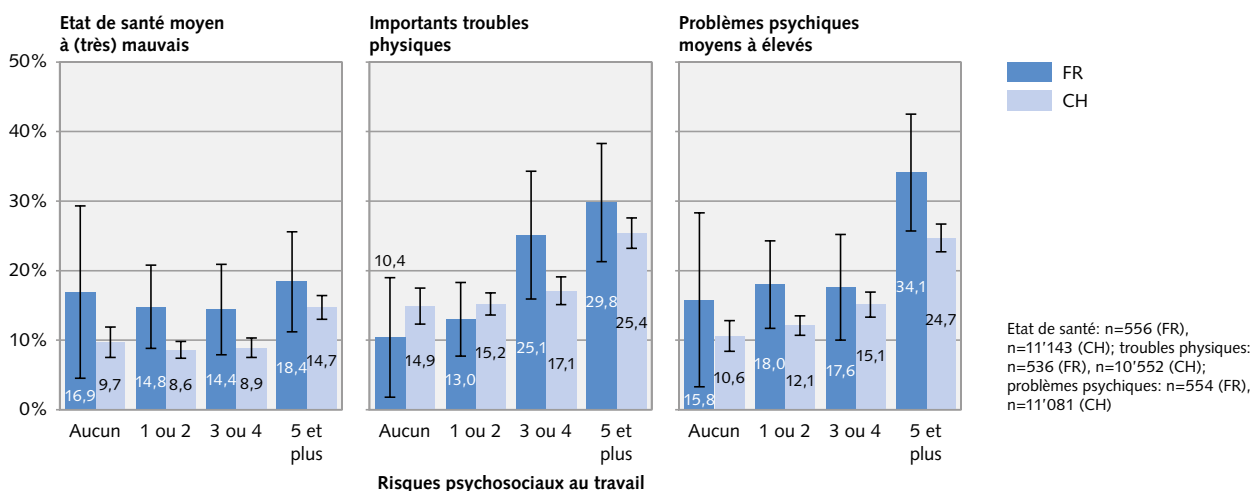


Source: OFS – Enquêtes suisses sur la santé 2012

© Obsan 2016

Problèmes psychosociaux au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.13



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

4.2.4 Horaires de travail

De longs horaires de travail et des formes de travail atypiques peuvent influencer négativement la santé des personnes. Une enquête menée en Allemagne et dans d'autres pays européens a montré un lien très net entre de longs horaires de travail hebdomadaires et des troubles du sommeil, des maux de dos et des douleurs au cœur (Wirtz et al. 2009). D'autres conditions telles que le travail de nuit ou le travail en équipe de rotation, des temps de travail variables ou le travail sur appel sont potentiellement défavorables pour la santé. Certains modèles et horaires de travail peuvent d'une part représenter un risque direct pour la santé, tel le travail de nuit qui perturbe le rythme veille-sommeil. D'autre part, ils recèlent aussi des risques indirects comme des répercussions négatives sur la vie familiale et sociale.

De longs horaires de travail avant tout pour les hommes

Une Suisseuse sur dix (idem pour les Fribourgeoises) et un tiers environ des Suisses (30,0% des Fribourgeois) indiquent au moins une forme d'horaire de travail de longue durée (longues semaines et/ou longues journées de travail) (Fig. 4.14). Les femmes sont donc nettement moins concernées par des horaires de travail de longue durée, ce qui peut notamment être expliqué par une activité professionnelle à temps partiel plus fréquente. Au niveau des horaires de travail, hommes et femmes sont les plus concernés par les «longues journées de travail»: 8,1% des Fribourgeoises (11,0% CH) et 27,4% des

Fribourgeois (28,6% CH) effectuent au moins cinq fois par mois plus de dix heures de travail par jour. Pour les longues semaines de travail, les valeurs pour la population fribourgeoise sont tendanciellement inférieures à la moyenne suisse. Ainsi 3,7% des femmes et 18,9% des hommes du canton de Fribourg travaillent plus de 48 heures par semaine (5,2% des Suissesses et 23,1% des Suisses).

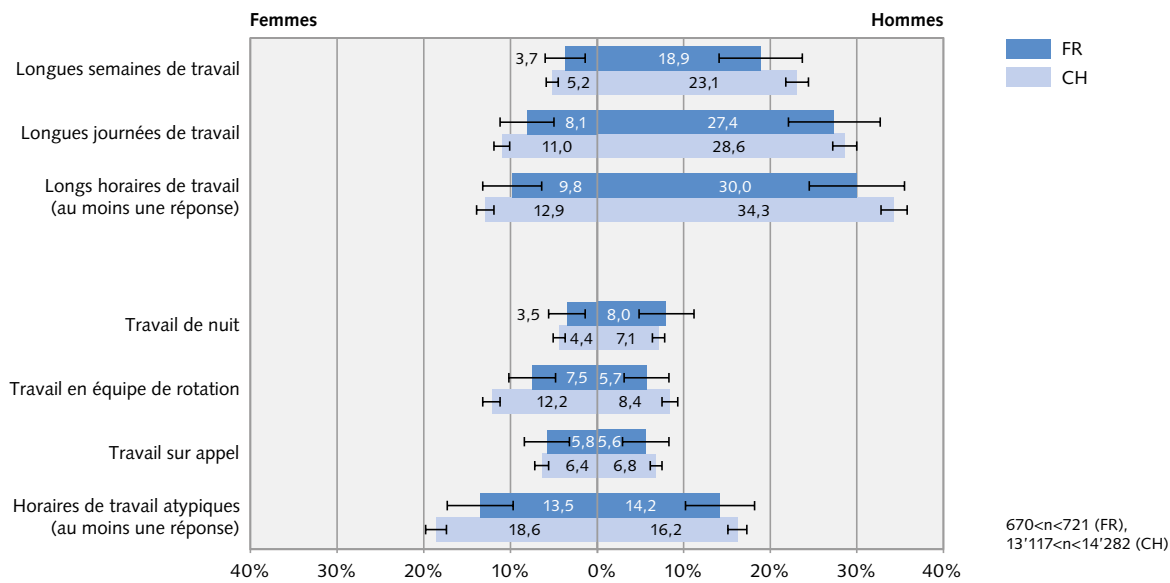
Tant au niveau du canton de Fribourg qu'à celui de la Suisse, environ un homme sur six travaille au moins selon une des formes atypiques de travail telles que le travail de nuit, en équipe de rotation ou sur appel. Ces formes de travail sont plus fréquentes chez les Suissesses (18,6%) que chez les Fribourgeoises (13,5%). Les hommes rapportent plus souvent travailler de nuit, par contre les femmes indiquent plus souvent travailler en équipe de rotation. Il n'y a pas de différences entre la Suisse et le canton de Fribourg, sauf pour le travail en équipe de rotation qui est significativement moins fréquent chez les femmes fribourgeoises que chez les femmes suisses.

Selon les données de l'ESS 2012, tant pour la Suisse que pour le canton de Fribourg, il n'y a pas de lien entre de longs horaires de travail et un plus mauvais état de santé (données non présentées). De la même manière, la proportion de personnes qui estiment que leur état de santé n'est pas bon parmi celles subissant des formes de travail atypiques n'est pas plus élevée que parmi les

autres (Fig. 4.15). Il existe toutefois des tendances au niveau du canton de Fribourg et des différences significatives au niveau suisse pour ce qui concerne la prévalence de troubles physiques importants ainsi que de problèmes psychiques moyens à élevés: les personnes avec au moins une forme de travail atypique font plus fréquemment état de tels problèmes de santé.

Horaires de travail, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.14

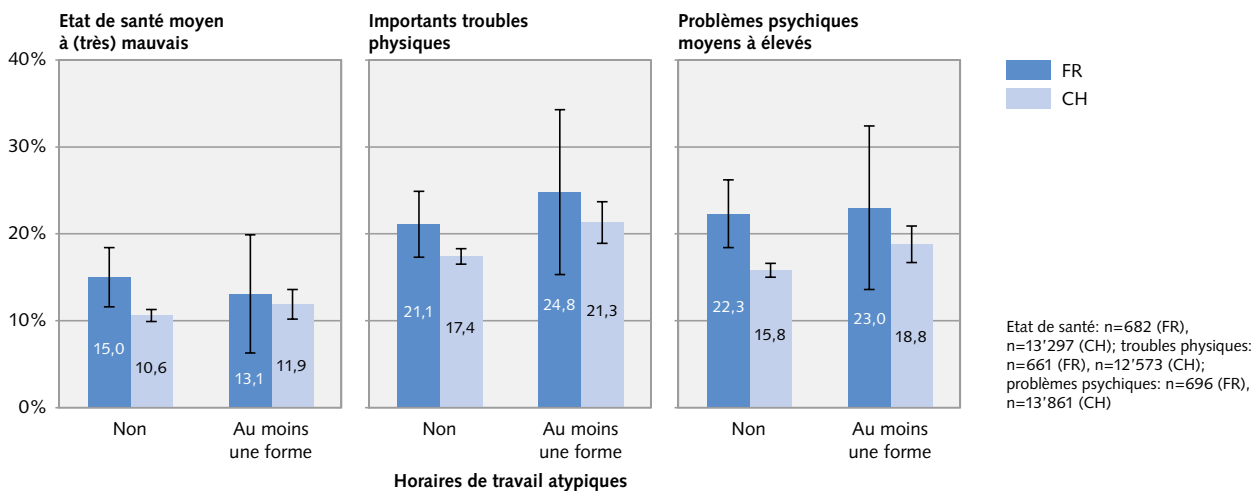


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Horaires de travail atypiques, selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.15



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

4.2.5 Risques multiples au travail

Il a été vu aux points précédents qu'au niveau suisse, l'exposition à des risques physiques et psychosociaux au travail augmente le risque de déclarer un état de santé moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants ainsi que des problèmes psychiques moyens à élevés. Aucun lien n'a pu être établi entre de longs horaires de travail et un plus mauvais état de santé. Par contre, une relation très nette a été observée entre les formes de travail atypiques et l'existence de troubles physiques importants ainsi que de problèmes psychiques.

Le point 4.2.5 présente la manière dont des risques multiples d'ordre physique et des risques d'ordre psychosocial ainsi que des horaires de travail longs ou atypiques agissent sur la santé. Ces trois types de risques sont dichotomisés en deux groupes (risque faible ou moyen et risque élevé). On considérera qu'une personne subit un risque élevé lorsqu'elle sera concernée par trois risques physiques ou plus ou trois risques psychosociaux ou plus et par au moins un horaire de travail long ou atypique.

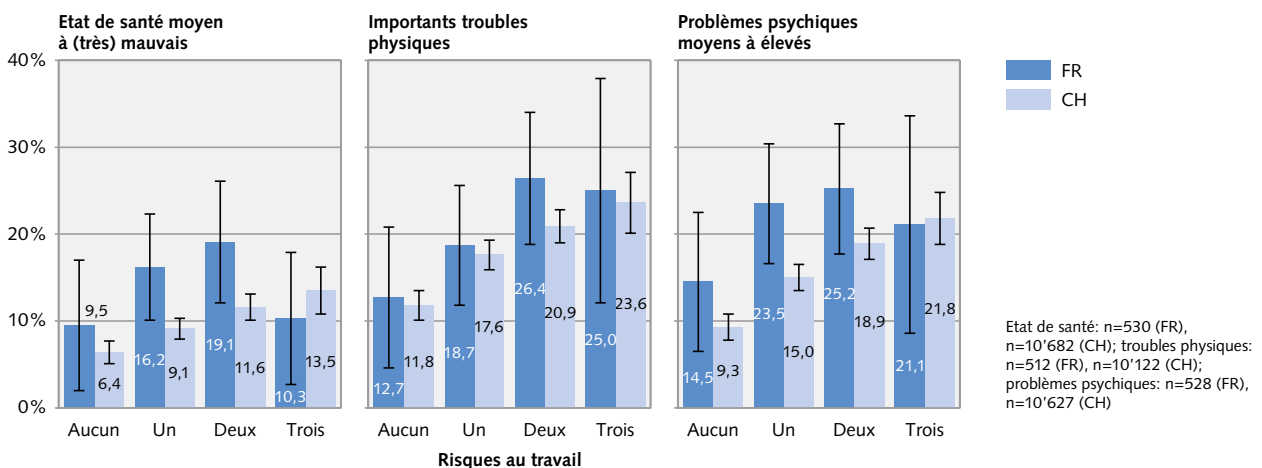
La répartition des risques multiples au travail est similaire dans le canton de Fribourg à celle observée au niveau suisse. Environ un cinquième des Fribourgeois professionnellement actifs ne subissent aucun des trois

risques analysés. Environ un tiers des personnes interrogées mentionnent un risque, un tiers en mentionne deux et un dixième en mentionne trois. Les femmes sont moins exposées à des risques au travail: 23,3% des Fribourgeoises et 15,3% des Fribourgeois et respectivement 24,6% des Suissesses et 14,6% des Suisses n'indiquent aucun risque au travail (différence significative seulement au niveau suisse). A l'inverse, significativement plus de Fribourgeois (15,1%) que de Fribourgeoises (6,0%) sont exposés à trois risques (17,5% et 11,4% CH) (données non présentées).

Comme la figure 4.16 le met en évidence, les Suissesses et les Suisses exposés à un nombre plus élevé de risques au travail sont plus affectés dans leur santé. Le fait d'être exposé à seulement un type de risque au travail augmente la probabilité de déclarer un état de santé moyen à (très) mauvais, des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens à élevés. Les personnes dont la santé est la plus affectée sont celles qui sont exposées à trois types de risque au travail, les différences par rapport à celles exposées à deux risques n'étant toutefois pas significatives. Au niveau du canton de Fribourg, les différences ne sont pas significatives. On peut observer certaines tendances similaires, en particulier pour les troubles physiques importants.

Risques multiples au travail, selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes actives occupées de 15–64 ans)

Fig. 4.16



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

4.3 Résumé

Le présent chapitre porte sur les effets potentiellement négatifs sur la santé de l'environnement à la maison et au travail. Concernant l'habitat, une image positive se dessine, étant donné que plus de la moitié des habitants du canton de Fribourg ne se plaignent d'aucune nuisance (55,8%). Seulement un peu plus d'un sixième d'entre eux se plaignent de deux ou trois nuisances. Les trois nuisances dont se plaignent le plus souvent les habitants du canton de Fribourg sont le bruit du trafic routier, celui de personnes ou d'enfants et les nuisances dues à l'agriculture. A noter que ces dernières concernent 10,4% de la population en 2012 et s'établissaient encore à 16,6% en 2007. Au niveau suisse, il y a un lien très net entre les nuisances au domicile et la santé des personnes interrogées: plus le nombre de nuisances est important, plus mauvais est l'état de santé auto-évalué et plus sont fréquents les troubles physiques importants et les problèmes psychiques moyens à importants.

Concernant la situation au travail, un résultat positif est à mentionner. Les personnes professionnellement actives se sentent en meilleure santé que celles qui ne le sont pas et seulement un dixième environ des personnes dans le canton de Fribourg font état d'un effet négatif du travail sur leur santé. De plus la satisfaction au travail au cours des douze derniers mois a augmenté, passant de 50,2% de très ou pleinement satisfaits en 2002 à 63,5% en 2007 pour atteindre 66,3% en 2012. La proportion de personnes insatisfaites s'établit à 3,6% en 2012, ce qui est très peu.

A côté des aspects positifs du travail, il a aussi été demandé aux personnes interrogées de se positionner quant à un certain nombre d'aspects négatifs. Ainsi 88,1% des personnes professionnellement actives dans le canton de Fribourg disent être concernées par au moins un risque physique au travail et 90,2% par au moins un risque psychosocial. Un cinquième des personnes actives occupées du canton de Fribourg nomment au moins une des formes de longs horaires de travail et 14%, une des formes de travail atypiques. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des risques physiques au travail.

Comme cela a été observé dans l'habitat, les risques au travail agissent aussi sur la santé. Les personnes qui subissent des risques au travail ont un moins bon état de santé auto-évalué et des troubles physiques plus fréquents que les personnes non exposées à des risques. Plus le nombre de risques est important, plus la santé est atteinte. Les longs horaires de travail constituent une exception: dans l'ESS 2012, un lien entre ceux-ci et l'état de santé n'a pas pu être mis en évidence.

5 Recours aux services de santé

Selon l'OCDE et l'OMS, le système suisse de santé est performant et répond à ses objectifs. Les deux organisations louent en particulier la large couverture des services médicaux et la possibilité de choisir librement le fournisseur de prestations. Elles relèvent toutefois aussi que cette excellence a un prix. Le système suisse de santé est en effet l'un des plus chers des pays de l'OCDE (OCDE/OMS 2011).

Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé par la population suisse et du canton de Fribourg. Certaines études ont montré que l'âge, le sexe et l'état de santé auto-évalué sont des facteurs liés à l'utilisation des services de santé. Les femmes, les personnes âgées et les personnes qui se considèrent en mauvaise santé recourent plus souvent à des prestations de santé (Jaccard Ruedin et al. 2007; Schleinig et Blöchliger 2012). Il a également été repéré que des facteurs comme la nationalité, la région de domicile ou le statut socio-économique influencent le recours aux services de santé (Bisig et Gutzwiller 2004). Comme le montre le modèle comportemental d'Anderson (voir encadré), de nombreux autres facteurs peuvent en fait entrer en ligne de compte.

Dans ce chapitre, l'utilisation des différents services de santé est examinée selon les principaux facteurs identifiés (sexe, âge, formation, etc.). Pour commencer, ce chapitre présente le recours aux consultations médicales dans le canton de Fribourg et en Suisse (5.1) ainsi que le recours à différents types d'exams préventifs, souvent effectués dans le cadre de ces consultations médicales (5.2). La question du recours à la médecine complémentaire est abordée dans le point 5.3. Le point 5.4 présente ensuite le recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux. La population peut également recourir à des services d'aide et de soins à domicile. Le recours à ce type de service de santé fait l'objet du point 5.5. L'aide informelle reçue au domicile par des proches y est également analysée. Finalement, le dernier point (5.6) de ce chapitre s'intéresse à la part de la population bénéficiant de soins de longue durée dans des établissements médico-sociaux (EMS). Les résultats sont présentés séparément pour chacun de

Le modèle comportemental d'Anderson

La modélisation de l'utilisation des services de santé repose souvent sur le modèle comportemental d'Anderson (Behavioral Model of Health Services Use) (Andersen 1995). Ce modèle recense un vaste éventail de facteurs visant à appréhender les déterminants individuels et sociaux susceptibles d'avoir une influence sur l'utilisation des services de santé (Guggisberg et Spycher 2005). Le modèle comporte trois composantes majeures (Babitsch et al. 2012):

Facteurs de prédisposition: il s'agit premièrement des facteurs individuels tels que les variables démographiques (sexe et âge), les caractéristiques sociales (p. ex. formation, profession, nationalité, état civil) et les attitudes concernant le système de santé (valeurs, connaissances ou croyances). Deuxièmement, les facteurs dits contextuels qui prédisposent les individus à utiliser les services de soins comprennent la composition démographique et sociale des communautés, les valeurs collectives ainsi que les normes culturelles.

Facteurs de capacité: cette catégorie englobe les facteurs financiers et organisationnels. Au niveau individuel, on recense des facteurs financiers tels que les revenus et la disposition à les utiliser pour payer des services de soins, le prix effectif de ces soins étant déterminé par le statut d'assurance des personnes. L'offre médicale (p. ex. la proximité d'un médecin de famille) constitue un facteur organisationnel de type individuel. Au niveau contextuel, les facteurs financiers ont notamment trait à la richesse et aux dépenses de santé dans la société et les facteurs organisationnels concernent, entre autres, l'offre et la structure du système de santé.

Facteurs de besoin: au niveau individuel, on distingue le besoin perçu de services de soins (comment la personne évalue son propre état de santé, ses symptômes de maladie) du besoin objectif en prestations médicales évalué par un professionnel de la santé. Le niveau contextuel comprend tous les facteurs environnementaux qui impliquent un besoin en prestations médicales (p. ex. atteintes à la santé dues à l'exercice d'une profession ou au trafic) ainsi que des indicateurs servant à mesurer l'état de santé de la population (indicateurs sur l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité, etc.).

ces services de santé. L'analyse n'aborde pas la question du recours simultané à plusieurs types de prestations médicales.

A l'exception des données sur les soins de longue durée en établissements médico-sociaux, l'utilisation des services de santé est étudiée à partir de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Dans la mesure où l'ESS se compose de données auto-rapportées, il est possible que la représentation du recours aux soins soit altérée par des biais de mémoire ou de désirabilité sociale (se présenter sous un bon jour face à soi-même et à autrui). Par exemple, les réponses indiquant si une personne a consulté un médecin pendant une période déterminée s'avèrent plus fiables que celles rapportant le nombre précis de consultations médicales (Jusot 2013). L'ESS mesure l'utilisation des services de santé au cours des douze mois précédant l'enquête. Les données se rapportent donc aux années 2011 et 2012, l'enquête s'étant déroulée sur toute l'année 2012.

Par ailleurs, en se plaçant uniquement du côté de la demande satisfaite en services de santé, ce chapitre n'examine pas directement la question de l'offre. Quelques chiffres-clés sur la couverture médicale dans le canton de Fribourg – densité de médecins, densité de lits d'hôpitaux ou taux d'hospitalisation – figurent néanmoins au point 1.6 et peuvent être mis en perspective avec les résultats de l'ESS.

Renoncement aux services de santé pour des raisons financières

Même si le niveau de prospérité est élevé en Suisse, il arrive aussi que pour des raisons financières, des personnes renoncent à des services de santé ou qu'elles les reportent. Il ressort d'une étude basée sur l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) menée en 2011 (OFS, 2013b), que 4,7% de la population résidante de 16 ans et plus avaient renoncé pour des raisons financières à une consultation chez le médecin (0,3%), chez le dentiste (4,0%) ou les deux (0,4%). Ce renoncement était plus élevé parmi les personnes sans formation post-obligatoire (8,5%) et parmi celles de nationalité étrangère, particulièrement en provenance d'Europe du Sud (9,8%).

L'enquête «International Health Policy Survey» du Commonwealth Fund, à laquelle participent onze pays de l'OCDE, parvient à des résultats similaires. En Suisse, 6,5% des personnes interrogées âgées de 18 ans et plus ont déclaré qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, elles n'ont pas consulté de médecin pour des raisons financières, malgré l'existence d'un problème médical. Il s'agit souvent de personnes avec un bas revenu. L'étude révèle en outre que 9,5% des personnes interrogées en Suisse ont de la peine à régler leurs factures de médecin (Petrini et Sturmy 2013).

5.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'ESS présente l'avantage d'être une source de données qui donne des informations tant sur le recours aux soins que sur la population n'utilisant pas les services de santé. Certaines personnes ne font pas appel aux services de santé parce qu'ils n'en ont pas besoin, d'autres peuvent ne pas y avoir accès. Dans le point 5.1, les personnes qui n'ont pas consulté de médecin au cours des douze mois précédant l'enquête sont donc également incluses dans l'analyse. La discussion porte d'abord sur les consultations médicales prises dans leur ensemble (5.1.1). Les résultats sont ensuite présentés par domaine de spécialisation (5.1.2).

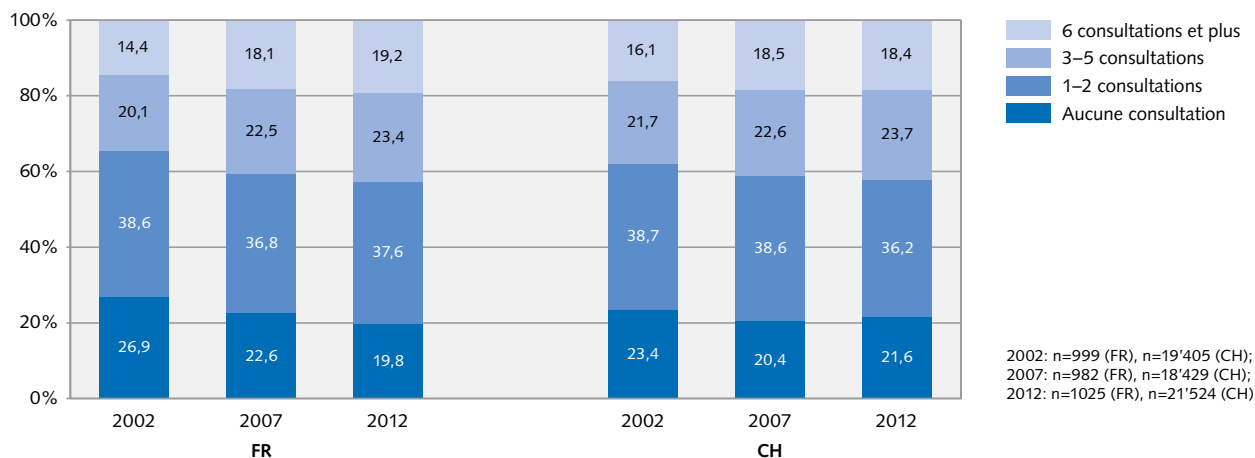
5.1.1 Consultations médicales en cabinet

Depuis 2002, baisse de la part de Fribourgeoises et Fribourgeois n'ayant effectué aucune consultation médicale au cours des douze derniers mois

Dans le canton de Fribourg, on observe une diminution de la proportion de personnes n'ayant pas consulté au cours des douze derniers mois, passant de 26,9% en 2002 à 19,8% en 2012 (diminution significative, celle entre 2007 et 2012 ne l'étant pas). En parallèle, une hausse non significative de la part de la population déclarant trois à cinq consultations et de celle consultant six fois et plus dans un cabinet médical au cours des douze derniers mois peut être relevée (l'augmentation de 2002 à 2012 de la part consultant trois fois et plus étant significative) (Fig. 5.1). En 2002, la population fribourgeoise consultait tendanciellement moins le médecin qu'en moyenne suisse, cette différence n'est plus observée en 2012⁵¹.

⁵¹ Du fait de modifications dans les questions sur l'utilisation des services de santé en 2012, les proportions de la variable «Recours aux consultations médicales en cabinet» pour les années 2002 et 2007 présentées dans ce rapport diffèrent légèrement de celles présentées dans les précédents rapports de santé.

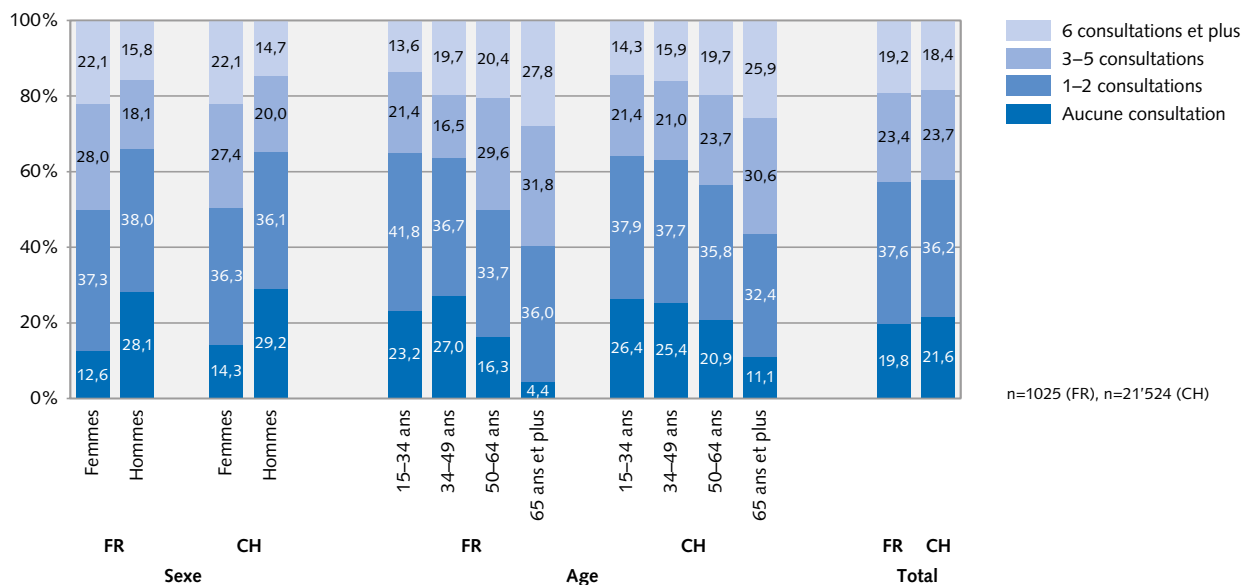
Evolution du recours aux consultations médicales en cabinet, canton de Fribourg 2002–2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.1



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

© Obsan 2016

Recours aux consultations médicales en cabinet, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Dans le canton de Fribourg comme en moyenne suisse, les hommes indiquent plus souvent que les femmes ne pas avoir effectué de consultation médicale au cours des douze derniers mois (FR: 28,1% vs. 12,6%; CH: 29,2 vs. 14,3%) (Fig. 5.2). Dans le canton de Fribourg, les différences entre femmes et hommes sont significatives pour les catégories de réponse «aucune consultation» et «trois à cinq consultations». Au niveau suisse, seul le choix de réponse «une à deux consultations» ne diffère pas de façon significative entre hommes et femmes. Comme on

le verra plus loin, le recours plus fréquent des femmes aux consultations médicales tient en fait en grande partie aux consultations gynécologiques.

Le nombre de consultations médicales par individu est fortement lié à la classe d'âge. Plus l'âge augmente, plus la proportion de personnes consultant trois fois ou plus dans l'année est élevée. Dans le canton de Fribourg, pour les personnes de 65 ans et plus, la probabilité de ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois est cinq fois moins élevée par rapport à celle

des personnes âgées de 15 à 34 ans (23,2% et 4,4% de la population). A l'inverse, plus d'un quart de la population fribourgeoise de 65 ans et plus (27,8%) annonce au moins six consultations médicales contre 13,6% des 15 à 34 ans. La diminution de la proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois en 2012 est due en partie à la diminution des personnes de 50 ans et plus n'ayant pas consulté (données non présentées). En 2012, les personnes fribourgeoises de 65 ans et plus sont nettement moins nombreuses que leur contrepartie au niveau suisse à n'avoir pas consulté.

Le recours aux consultations médicales en cabinet ne présente pas de différences significatives en fonction de la région linguistique. Les habitants du canton de Thurgovie (21,1%) et du canton du Valais (23,1%) sont un peu plus nombreux à n'avoir pas eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois, les Neuchâtelois présentant une proportion similaire (19,7%) aux Fribourgeois, mais aucune de ces différences n'est significative (Annexes, Tab. A-5.1).

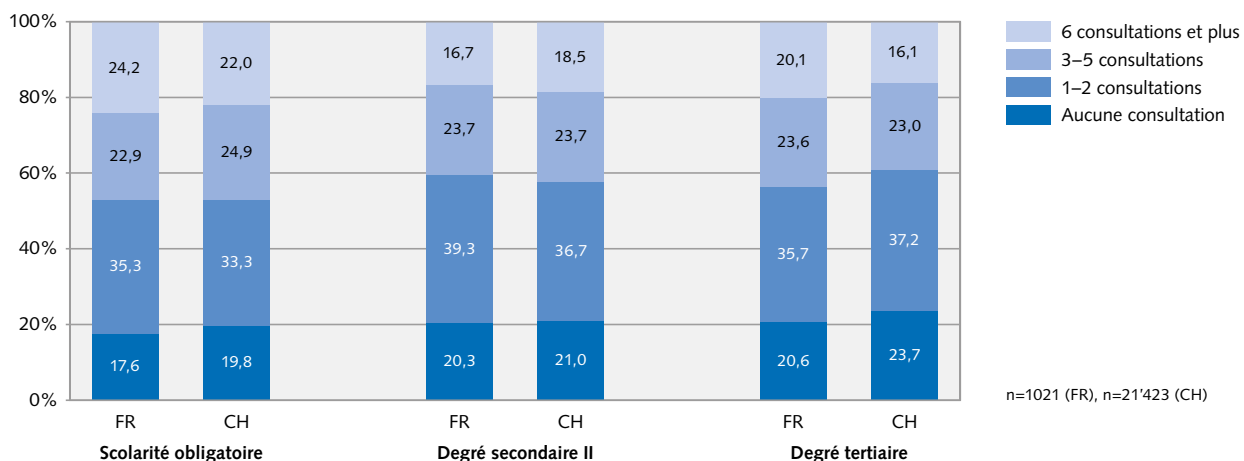
Des différences dans le recours aux consultations médicales en cabinet apparaissent également en fonction du niveau de formation. Les individus n'ayant pas de formation post-obligatoire sont significativement plus nombreux en Suisse à avoir effectué au moins six consultations médicales en cabinet au cours des douze mois précédant l'enquête (22,0%) que ceux ayant une formation du degré secondaire II (18,5%) ou du degré tertiaire (16,1%) (Fig. 5.3). Dans le canton de Fribourg, l'effet du niveau de formation sur le recours aux consultations médicales en cabinet n'est pas aussi clair et non significatif.

La fréquence des consultations médicales en cabinet est évidemment liée à l'état de santé d'un individu. Comme on peut s'y attendre, le nombre de ces consultations augmente fortement lorsque les personnes souffrent de troubles physiques ou si elles ont des problèmes de santé de longue durée. Plus des deux tiers des Fribourgeoises et Fribourgeois ayant des troubles physiques importants ont effectué au moins trois consultations médicales au cours des douze mois précédant l'enquête (67,9%) (Fig. 5.4). Une telle fréquence de consultation ne concerne que 31,1% des Fribourgeoises et Fribourgeois ne déclarant pas ou peu de troubles physiques. La relation est du même ordre en ce qui concerne l'existence de problèmes de santé de longue durée (respectivement 68,7% et 31,4%).

On peut encore relever que 8,3% de la population fribourgeoise ayant des troubles physiques importants et que 6,6% de celle souffrant de problèmes de santé de longue durée n'a effectué aucune visite médicale au cours des douze derniers mois. Il serait utile de savoir si ces personnes ont dû renoncer à consulter un médecin, par exemple pour des raisons financières.

Une corrélation apparaît également entre le nombre de consultations médicales et la force du soutien social. La variable du soutien social, présentée au point 2.6.2, est un indice établi à partir de trois questions de l'ESS (Oslo-3, social support scale) permettant de définir trois niveaux d'intensité du soutien social (faible, moyen ou fort).

Recours aux consultations médicales en cabinet, selon la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête) Fig. 5.3

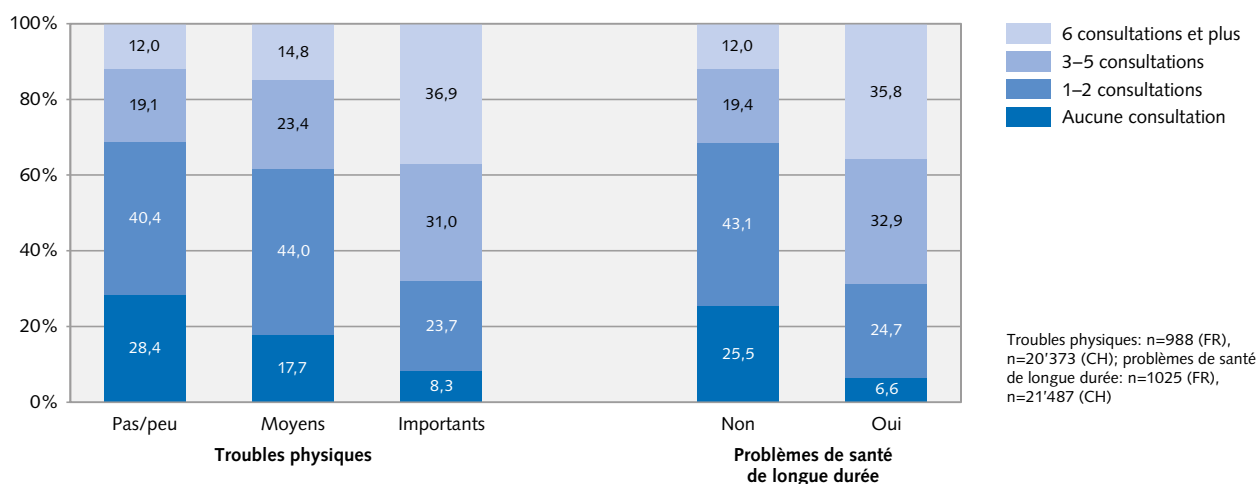


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Recours aux consultations médicales en cabinet, selon les troubles physiques et les problèmes de santé de longue durée, canton de Fribourg 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.4



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Un faible soutien social est associé à un nombre plus élevé de consultations médicales

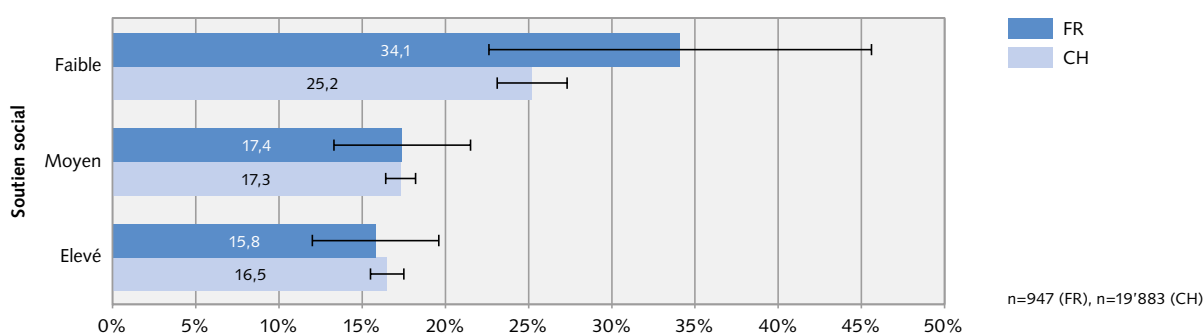
Les personnes qui ne bénéficient que d'un faible soutien social ont plus souvent consulté un médecin en cabinet au cours des douze mois précédant l'enquête que les personnes moyennement ou fortement soutenues socialement. En Suisse, la part des personnes qui déclarent six consultations médicales et plus atteint 25,2% chez les personnes qui ne peuvent compter que sur un faible soutien social (FR: 34,1%) (Fig. 5.5). Chez les personnes moyennement ou fortement soutenues socialement, cette part recule à respectivement 17,3% et 16,5% (FR: respectivement 17,4% et 15,8%). Le canton de Fribourg affiche des résultats très proches de ceux de la Suisse

pour un soutien moyen à élevé, mais tendanciellement un faible soutien semblerait corrélé avec une plus grande proportion de personnes se rendant au moins six fois par an chez le médecin dans le canton de Fribourg.

Cette analyse ne permet toutefois pas de tirer des conclusions quant aux relations de causalité reliant les variables. D'une part, il est possible que le degré de soutien social influence le cours d'une maladie (et donc, le nombre de consultations médicales). Par exemple, on peut envisager qu'un mauvais réseau social soit compensé par un nombre plus élevé de consultations. D'autre part, il est également envisageable que la maladie affecte les relations sociales d'un individu, ou la perception qu'il en a.

Six consultations médicales en cabinet et plus, selon le soutien social (échelle d'Oslo), canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.5



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Par ailleurs, il est aussi possible que le soutien social et le nombre de consultations médicales en cabinet soient simultanément influencés par un troisième facteur. Par exemple, il a été vu précédemment (voir 2.6), que les personnes plus âgées tendent à faire état d'un soutien social plus faible alors que ce sont également celles qui ont le moins bon état de santé.

5.1.2 Consultations médicales en cabinet par domaine de spécialisation

Ce point présente le nombre moyen de consultations médicales effectuées par les personnes interrogées au cours des douze mois précédant l'enquête. Le nombre moyen de consultations est calculé sur la base des réponses fournies par l'ensemble des participants à l'ESS. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin au cours des douze mois précédant l'enquête sont donc également incluses.

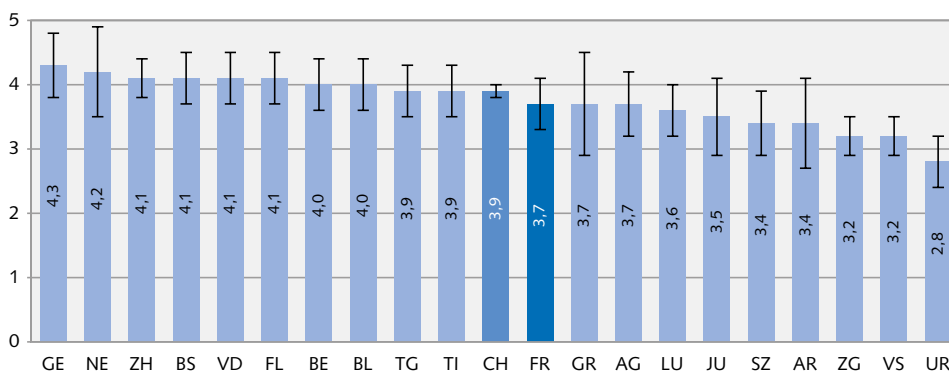
La figure 5.6 représente le nombre moyen de consultations médicales dans les 19 cantons qui ont augmenté la taille de leur échantillon lors de la réalisation de l'ESS. Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations médicales par personne au cours des douze mois précédant l'enquête atteint 3,9⁵². Le canton de

Fribourg affiche une valeur très proche (3,7) de la valeur suisse. Le plus petit nombre moyen de consultations est mesuré dans le canton d'Uri (2,8). Il est à noter que dans le canton de Fribourg comme en moyenne suisse, ce nombre moyen de consultations a augmenté de 2002 à 2007 puis il est resté relativement stable en 2012 (FR: 2002: 3,4; 2007: 3,7; CH: 2002: 3,7; 2007: 4,1; données non présentées). Il convient encore de noter que le nombre moyen de consultations dans le canton de Fribourg n'est statistiquement différent qu'avec le canton d'Uri.

L'analyse se poursuit par un examen du nombre moyen par habitant de consultations en cabinet médical par catégorie de spécialisation. La première catégorie comprend les médecins de premier recours et regroupe les médecins de famille ainsi que les médecins généralistes⁵³. La deuxième catégorie englobe tous les médecins spécialistes, à l'exception des médecins de la première catégorie et des gynécologues. Les dentistes sont également exclus. La troisième catégorie recense les consultations chez le gynécologue. A nouveau, les nombres moyens de consultations sont donnés pour l'ensemble des habitants, qu'ils se soient rendus ou non chez le médecin au cours des douze mois précédant l'enquête.

Nombre moyen de consultations par habitant, par canton, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.6



n=1025 (FR), n=21'524 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁵² Selon le pool de données de SASIS SA (données des assureurs-maladie, voir chap. 6), le nombre moyen de consultations médicales en Suisse s'élevait à 5,3 en 2012. Cette différence par rapport au résultat de l'ESS (3,9) s'explique en premier lieu par les définitions différentes utilisées lors de la saisie des données. Par exemple, le pool de données comptabilise aussi les consultations téléphoniques. Par ailleurs, il n'est pas possible d'exclure que le nombre exact de consultations médicales soit partiellement sous-estimé dans l'ESS.

⁵³ Les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS doivent indiquer si elles se sont rendues chez leur médecin de famille ou chez un autre médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Ces dénominations ne correspondent toutefois pas à la terminologie officielle, mais plutôt au langage courant. Il est par conséquent possible que la catégorie de la médecine de premier recours comprenne également des médecins spécialistes d'autres disciplines (p. ex. un médecin exerçant comme médecin de famille mais spécialisé (uniquement) en rhumatologie).

Les femmes se rendent plus souvent chez le médecin que les hommes, essentiellement en raison de la consultation additionnelle chez le gynécologue

En moyenne, les habitants du canton de Fribourg se sont rendus 2,2 fois chez un médecin de famille ou chez un médecin généraliste au cours des douze derniers mois (Fig. 5.7). Cette valeur est légèrement inférieure à celle observée en moyenne suisse (2,4) mais la différence n'est pas significative. On peut noter qu'en Suisse, neuf personnes sur dix (90,3%) déclarent avoir un médecin de famille qu'elles peuvent consulter en cas de problèmes de santé. Cette part est légèrement supérieure dans le canton de Fribourg où elle s'établit à 91,4% (différence non significative, données non présentées).

Le nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste est exactement identique dans le canton de Fribourg et en moyenne suisse (FR et CH: 1,3). Dans le canton de Fribourg comme en moyenne suisse, le nombre moyen de visites chez un gynécologue au cours des douze derniers mois se situe autour de un (FR: 1,0; CH: 0,9).

Une différence entre les sexes apparaît concernant le recours aux consultations médicales chez un médecin de famille: les femmes du canton de Fribourg mentionnent en moyenne 2,4 consultations contre 1,9 chez les hommes. Cette différence est significative en moyenne suisse (respectivement 2,7 et 2,2 consultations). En revanche, le nombre moyen de consultations dans les cabinets médicaux spécialisés est identique entre hommes et femmes (FR: 1,3, CH: 1,4). Pour les femmes, s'ajoutent encore les consultations chez le gynécologue (FR: 1,0), lesquelles

ont souvent lieu dans le cadre d'exams préventifs conduits de façon régulière. La fréquence plus élevée de consultations médicales observée précédemment chez les femmes (voir Fig. 5.2) est donc due en premier lieu aux consultations supplémentaires dans les cabinets de médecine gynécologique et dans une moindre mesure, au nombre plus élevé de consultations chez le médecin de famille.

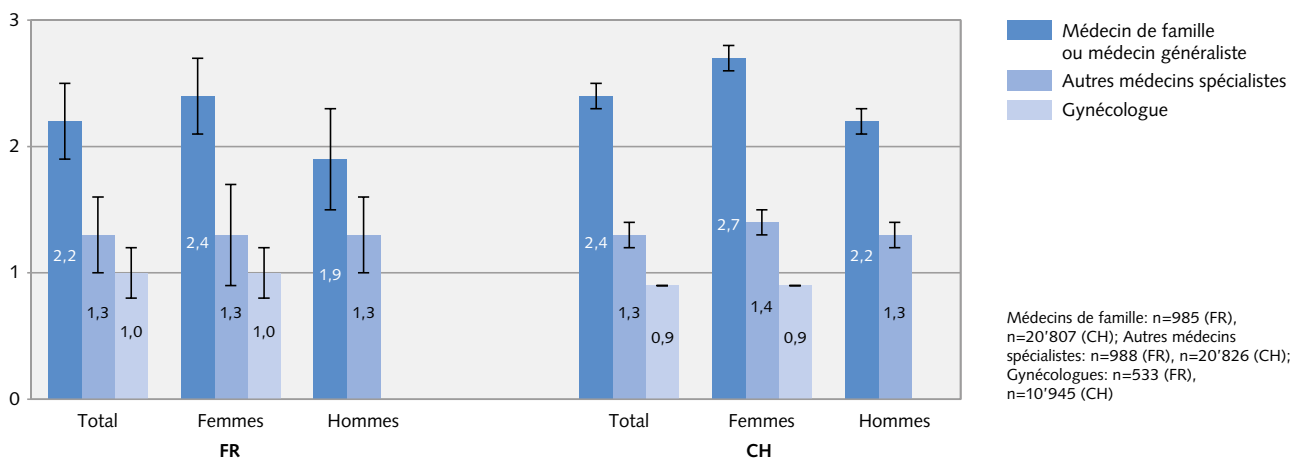
Les résultats par classe d'âge sont en premier lieu présentés pour la Suisse dans son ensemble. Le canton de Fribourg présente certains traits distincts qui sont également mentionnés mais qui ne sont pas nécessairement significatifs en raison de la taille de l'échantillon.

On observe une forte hausse du nombre moyen de consultations chez le médecin de famille ou chez le médecin généraliste en fonction de la classe d'âge (de 1,9 consultation chez les 15–34 ans à 3,5 chez les 65 ans et plus) (Fig. 5.8). La proportion des personnes déclarant avoir un médecin de famille qu'elles peuvent consulter en cas de problème augmente d'ailleurs légèrement avec l'âge: de 87,2% des 15–34 ans, elle passe à 95,5% des 65 ans et plus (de 91,7% à 95,9% dans le canton de Fribourg, données non présentées). Pour les autres médecins spécialistes, l'effet de l'âge est moins prononcé.

Le nombre moyen de consultations en cabinet gynécologique diminue en revanche sensiblement avec l'âge. Chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, il varie entre 1,1 et 1,3 fois par an alors que chez celles âgées de 50 à 64 ans et de 65 ans et plus, il recule à respectivement 0,7 et 0,4 consultation.

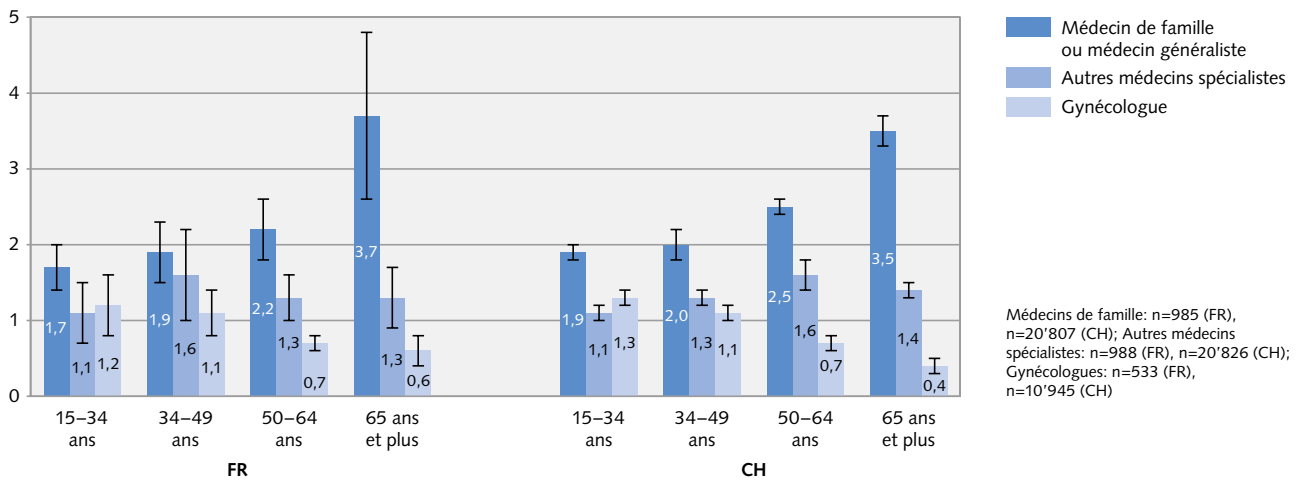
Nombre moyen de consultations par personne, en fonction du type de spécialisation et du sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.7



Nombre moyen de consultations par personne, selon le type de spécialisation et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.8



Médecins de famille: n=985 (FR), n=20'807 (CH); Autres médecins spécialistes: n=988 (FR), n=20'826 (CH); Gynécologues: n=533 (FR), n=10'945 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

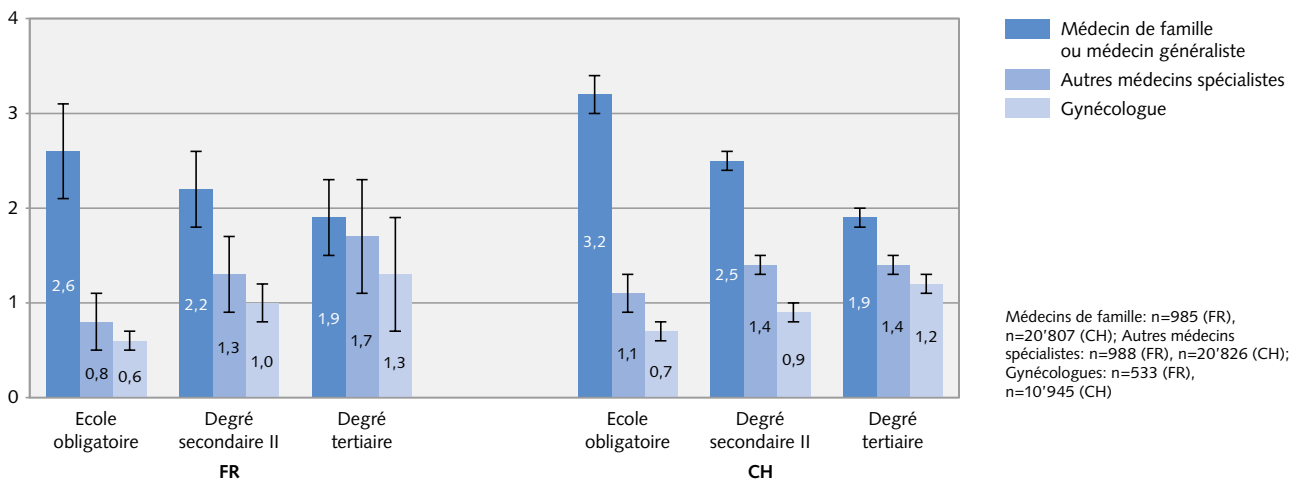
L'effet du niveau de formation diffère selon qu'il s'agit de consultations chez un médecin de famille d'une part ou chez un autre médecin spécialiste ou gynécologue d'autre part (Fig. 5.9). Dans le premier cas, les personnes sans formation post-obligatoire présentent un nombre moyen supérieur de consultations chez le médecin à celles ayant une formation du niveau secondaire ou tertiaire. A l'inverse, le nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste ou chez un gynécologue est inférieur au sein de ce groupe de population. Outre les

facteurs de besoins justifiant un recours différencié aux consultations médicales, il est possible que les personnes les mieux formées soient en général plus aptes à mieux utiliser le système de santé.

La prise en charge des maladies psychiques représente une composante importante de la couverture médicale. L'ESS comporte une question sur le recours aux services de santé pour problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête. Ici, non seulement les consultations médicales (p. ex. auprès d'un médecin psychiatre)

Nombre moyen de consultations par personne, selon le type de spécialisation et la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.9



Médecins de famille: n=985 (FR), n=20'807 (CH); Autres médecins spécialistes: n=988 (FR), n=20'826 (CH); Gynécologues: n=533 (FR), n=10'945 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

ont été mentionnées mais également celles effectuées auprès d'autres types de professionnels non médicaux (psychologues ou autres thérapeutes).

En Suisse, 5,4% des personnes interrogées déclarent avoir consulté un professionnel en raison de problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête, les Suissesses (6,6%) étant plus souvent concernées que les Suisses (4,2%) (Fig. 5.10). Les proportions pour le canton de Fribourg ne sont pas statistiquement différentes (total: 6,1%, femmes: 7,4%, hommes: 4,5%). Au niveau suisse, les psychiatres sont les professionnels les plus souvent consultés (43,4% des traitements pour problèmes psychiques), suivis des psychologues et psychothérapeutes (32,9%). Dans 18,3% des cas, les répondants ont été traités par des médecins généralistes ainsi que par des autres médecins spécialistes et seule une minorité de personnes (5,4%) mentionnent des thérapeutes de médecine complémentaire ou autre (données non présentées). L'analyse par classe d'âge de la population traitée en raison de maladies psychiques montre que la courbe commence par monter avant de redescendre: les plus touchées sont les personnes âgées de 35 à 64 ans. Dans les douze mois précédant l'enquête, 7,0% des représentants de cette classe d'âge ont été pris en charge pour cause de problèmes psychiques, contre 4,9% des 15-34 ans. Chez les 65 ans et plus, cette part recule à 2,1% (différence significative par rapport à toutes les autres classes d'âge). Les personnes âgées semblent donc faire beaucoup moins souvent l'objet d'une prise en charge pour cause de problèmes

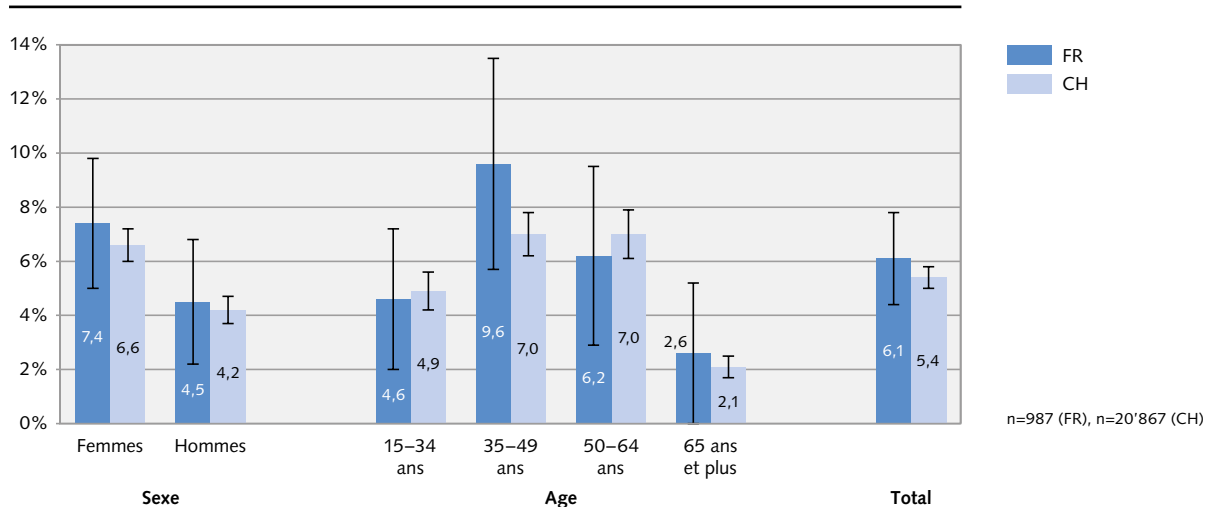
psychiques que les plus jeunes. Dans le canton de Fribourg, seules les personnes de 35 à 49 ans sont statistiquement plus souvent en traitement (9,6%) que celles de 65 ans et plus (2,6%). Ces différences peuvent être dues au fait que, comme il l'a été vu au point 2.5.3, la fréquence des symptômes dépressifs, qu'ils soient légers ou modérés à graves, diminue chez les personnes de 65 ans et plus. Il avait toutefois été rappelé que les données présentées ne comprenaient pas les personnes institutionnalisées, plus souvent affectées par des symptômes dépressifs. Il est également possible que l'attitude personnelle vis-à-vis des problèmes de santé psychique soit différente au sein de cette classe d'âge, prévenant le recours à une assistance professionnelle.

5.2 Recours aux examens préventifs

Le point 5.2 concerne la fréquence annuelle des services médicaux utilisés à des fins de prévention. Premièrement, la fréquence des examens de dépistage des maladies cardiovasculaires (pression artérielle, taux de cholestérol) et du diabète (taux de sucre) est présentée (5.2.1). Ensuite, ce sont les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein (mammographie) chez les femmes et les examens de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes qui font l'objet de l'analyse (5.2.2). Finalement, l'étendue dans la population de la vaccination contre la grippe est présentée (5.2.3).

Traitements en raison de maladies psychiques, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.10



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

5.2.1 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS d'indiquer si, au cours des douze mois précédant l'enquête, elles ont fait contrôler leur tension artérielle, leur cholestérolémie ou leur glycémie. L'hypertension artérielle et un taux de cholestérol trop élevé sont ici considérés comme des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires alors que l'hyperglycémie représente plutôt un facteur de risque du diabète. Le diabète constitue cependant lui-même un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (Emerging Risk Factors Collaboration 2010). Ces examens peuvent être menés sur des personnes en bonne santé à titre préventif (prévention primaire) ou sur des personnes déjà malades, dans le cadre d'un traitement médical (prévention secondaire). Dans la discussion qui suit, ces deux cas de figure ne sont toutefois pas distingués.

Un peu moins des trois quarts des habitants du canton de Fribourg ont vu leur tension artérielle mesurée dans les douze derniers mois

La question de la fréquence des trois examens de dépistage sous revue est posée depuis 2002. Dans le canton de Fribourg, les résultats affichent une grande stabilité pour les trois années d'enquête (2002, 2007 et 2012). Dans la moyenne suisse, au cours de cette période, la part de personnes contrôlées a diminué pour chacun

de ces examens, avec une baisse significative pour le contrôle du taux de cholestérol (de 49,8 à 44,5%) ainsi que de la glycémie (de 51,9% à 49,1%) mais pas pour la tension artérielle (de 76,2% à 74,9%) (A-5.2).

En 2012, pour chacun de ces trois examens, la part de la population examinée dans le canton de Fribourg n'est pas statistiquement différente de celle au niveau suisse (Tab. 5.1). Le contrôle de la tension artérielle est donc l'examen de dépistage le plus fréquemment réalisé.

Pour les trois types de contrôle, les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes avoir effectué un examen préventif au cours des douze derniers mois (seule la différence pour l'examen de la tension artérielle est significative dans le canton de Fribourg). De plus, on observe que la fréquence de ces examens augmente fortement avec l'âge. Dans le canton de Fribourg, la probabilité qu'un examen de contrôle pour la glycémie ait été effectué est deux fois plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (environ 75%) et que chez celles âgées de 15 à 34 ans (environ 35%), elle est même trois fois plus élevée pour la cholestérolémie.

En moyenne suisse, plus le niveau de formation est élevé, plus la fréquence des examens de dépistage diminue. Les différences sont partout significatives, sauf entre les personnes sans formation post-obligatoire et celles avec un titre du degré secondaire II à propos de la tension artérielle. Dans le canton de Fribourg, les différences en fonction du niveau de formation n'excèdent pas 1,5% et ne sont pas significatives.

Tab. 5.1 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Cholestérolémie		Glycémie	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		73,1	74,9	45,1	44,5	47,9	49,1
Sexe	Femmes	77,9	79,6	47,2	46,0	51,0	51,8
	Hommes	67,6	70,1	42,6	43,1	44,0	46,4
Age	15–34 ans	66,3	65,7	25,0	28,4	34,9	36,0
	34–49 ans	65,3	68,4	38,7	35,7	38,4	39,9
	50–64 ans	78,8	80,1	58,7	53,0	59,4	55,8
	65 ans et plus	93,2	90,7	76,2	68,3	75,4	71,9
Formation	Scolarité obligatoire	72,8	76,8	45,4	51,8	48,8	54,8
	Degré secondaire II	72,9	76,3	45,2	45,4	47,4	50,1
	Degré tertiaire	73,7	71,4	44,0	38,9	47,3	43,9

Tension artérielle: n=972 (FR), n=20'718 (CH); cholestérolémie: n=952 (FR), n=20'165 (CH); glycémie: n=936 (FR), n=20'135 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2016

On peut rappeler que dans l'ESS, les questions portant sur les examens de dépistage des maladies cardiovasculaires sont posées tant aux personnes bien portantes (prévention primaire) qu'aux personnes malades (prévention secondaire). La figure 5.11 montre qu'une maladie existante influence nettement la fréquence des examens de contrôle. Les personnes qui souffrent d'un problème de santé de longue durée déclarent plus souvent avoir subi un examen de contrôle dans les douze mois précédant l'enquête que les personnes ne souffrant pas de tels problèmes. La différence concernant la part de personnes contrôlées selon l'existence de problème de santé de longue durée atteint plus de 20 points de pourcentage pour la mesure du taux de cholestérol ainsi que pour celle de la glycémie. Les résultats pour le canton de Fribourg ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés en moyenne suisse.

5.2.2 Examens de dépistage du cancer

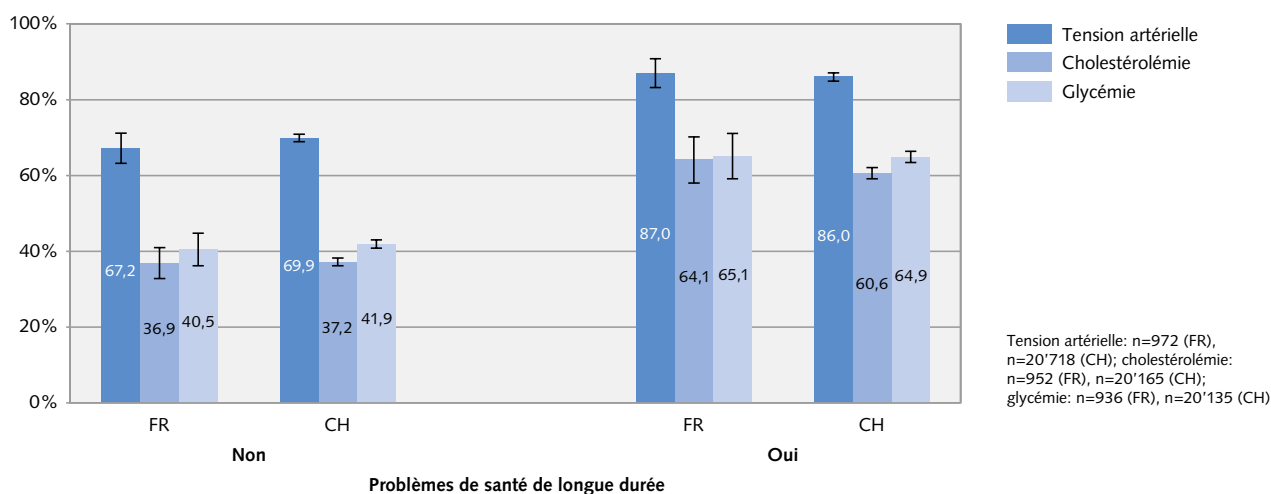
Les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein (mammographie) figurent parmi les examens de dépistage du cancer fréquemment pratiqués chez les femmes. Chez les hommes, les examens de dépistage du cancer de la prostate sont recommandés à partir d'un certain âge. L'ESS recense, dès l'âge de 20 ans pour les femmes et dès l'âge de 40 ans pour les hommes, la fréquence de ces examens de dépistage au cours des douze mois précédant l'enquête.

Les données de l'ESS pour les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer de la prostate sont disponibles pour les années 2002, 2007 et 2012. Dans le canton de Fribourg comme en moyenne suisse, aucun changement majeur ne transparait entre les résultats de ces différentes enquêtes. Disponibles dès 2007, les données concernant la mammographie ne diffèrent pas significativement de celles pour 2012 (A-5.3).

Les parts de femmes âgées de 20 à 49 ans ayant eu un examen de dépistage du col de l'utérus au cours des douze derniers mois sont très proches dans le canton de Fribourg et en moyenne suisse (46,7% et 49,5%). Théoriquement, un taux de dépistage de 50% au cours des douze derniers mois pourrait correspondre à un dépistage bisannuel de la totalité des femmes. Il est toutefois avéré que certaines femmes ont des frottis trop souvent, alors que d'autres pas assez ou pas du tout (Vassilakos 2012). Alors qu'en moyenne suisse, ce taux de dépistage baisse à 34,2% chez les femmes de 50 ans et plus, il se maintient à 41,1% dans le canton de Fribourg (différence non significative).

Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, en fonction des problèmes de santé de longue durée, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Fribourg est le quatrième canton suisse qui affiche la part la plus élevée de femmes de 50 ans et plus ayant effectué une mammographie au cours des douze derniers mois.

Dans le canton de Fribourg, 35,2% des femmes de 50 ans et plus ont effectué une mammographie au cours des douze derniers mois contre 21,6% en moyenne suisse. Le canton de Genève est celui où ce taux est le plus élevé, suivi des cantons du Valais et de Vaud, le canton de Fribourg occupant la quatrième place (Fig. 5.12). Les cantons d'Uri, de Schwyz et de Zurich ferment la marche avec des taux compris entre 9,7% et 13,0%, soit très au-dessous de la moyenne nationale (21,6%). Ces différents taux peuvent en partie s'expliquer par l'existence de programmes de dépistage systématique du cancer du sein. Le canton de Fribourg s'est doté d'un tel programme dès 2004. C'est également le cas du canton de Vaud et du canton du Valais en 1998 et de Genève en 1999.

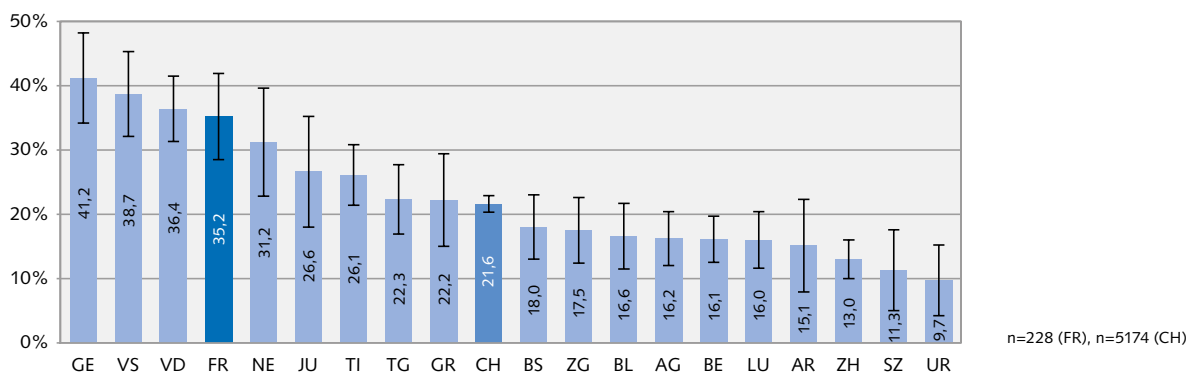
Chez les femmes de 20 à 49 ans, 8,5% des Fribourgeoises ont effectué une mammographie contre 7,2% des Suissesses.

Au niveau suisse, 25,1% des hommes de 40 ans et plus ont effectué un test de dépistage pour le cancer de la prostate en 2012 et 21,4% dans le canton de Fribourg (différence non significative). Entre 40 et 49 ans, seule une minorité d'hommes sont dépistés (FR: 4,9%; CH: 9,2%) mais dès l'âge de 50 ans, environ un tiers des hommes ont effectué un tel examen au cours des douze derniers mois (FR: 33,4%; CH: 32,9%). Il y a toutefois lieu de rappeler qu'il n'existe pas de recommandation de dépistage systématique pour le cancer de la prostate et que cet examen est plutôt conduit selon les facteurs de risques et symptômes observés.

A l'échelle nationale, quelques tendances se dessinent concernant la relation entre le niveau de formation et la fréquence des tests de dépistage du cancer. Ces résultats ne sont pas significatifs dans le canton de Fribourg,

Mammographie, femmes dès 50 ans, par canton, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.12



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Tab. 5.2 Examens de dépistage du cancer, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête, en %)

	Femmes (dès 20 ans)				Hommes (dès 40 ans)	
	Cancer du col de l'utérus		Cancer du sein		Cancer de la prostate	
	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total	44,3	42,1	19,9	14,1	21,4	25,1
Age						
Femmes 20–49 ans	46,7	49,5	8,5	7,2	–	–
Hommes 40–49 ans	–	–	–	–	4,9	9,2
50 ans et plus	41,1	34,2	35,2	21,6	33,4	32,9

Cancer du col de l'utérus: n = 470 (FR), n = 10'102 (CH); cancer du sein: n = 476 (FR), n = 10'189 (CH); cancer de la prostate: n = 283 (FR), n = 6410 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé, 2012

© Obsan 2016

probablement en raison de la petite taille de l'échantillon. Les femmes de 50 ans et plus au bénéfice d'un titre du degré tertiaire passent beaucoup plus souvent une mammographie (24,6%) que les femmes sans formation post-obligatoire (17,7%, données non présentées). La différence pour les examens de détection précoce du cancer du col de l'utérus est encore plus marquée: la moitié des femmes de 20 ans et plus qui disposent d'un titre du degré tertiaire (49,6%) affirment avoir effectué un tel examen au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette part est moins élevée chez les femmes ayant une formation de degré secondaire II (42,4%), et chute à 29,5% chez celles qui n'ont pas de formation post-obligatoire. Pour ce qui est des examens de détection précoce du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, aucune différence n'apparaît en fonction du niveau de formation.

5.2.3 Prévention de la grippe

Dans le canton de Fribourg, 12,8% de la population s'est fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours des douze derniers mois (Fig. 5.13). Ce taux de vaccination est plus bas qu'au niveau de la Suisse mais pas significativement différent (14,3%). En Suisse romande, le taux de vaccination est aussi plus élevé (16,6%) qu'en Suisse alémanique (13,6%) ou en Suisse italienne (14,0%). Aucune différence significative n'apparaît entre les sexes. Par contre, la probabilité qu'une personne ait été vaccinée contre la grippe est directement liée à l'âge: dans le canton de Fribourg, les personnes d'au moins 65 ans sont vingt fois plus souvent vaccinées que celles âgées de 15 à 49 ans (respectivement 43,3% et 2,1%). Dans le

canton de Fribourg comme en moyenne suisse, ce sont donc environ deux personnes de 65 ans et plus sur cinq qui suivent les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique concernant la vaccination contre la grippe saisonnière (OFSP 2014a).

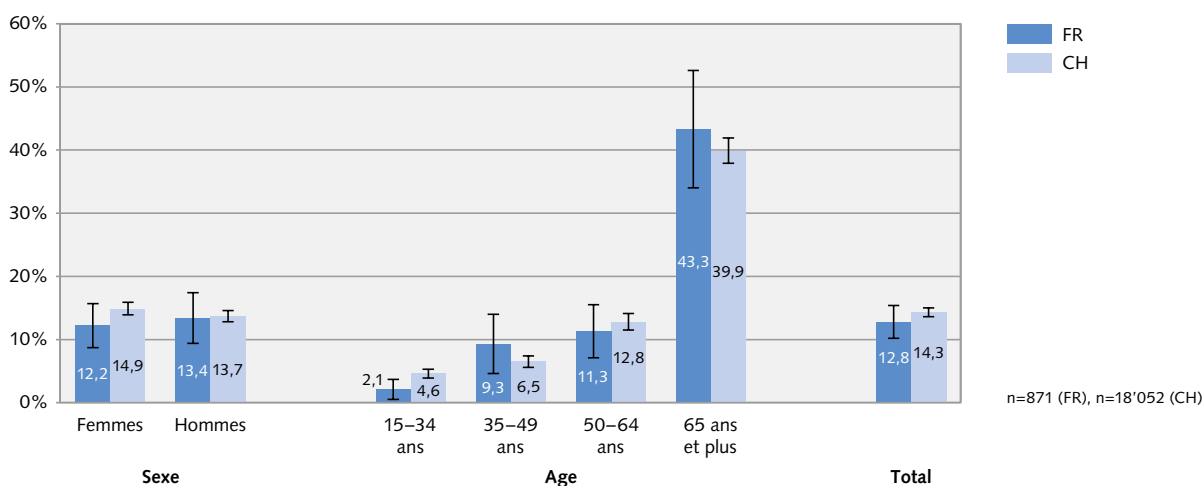
De manière générale, les personnes qui considèrent leur état de santé comme étant moyen ou (très) mauvais se font plus fréquemment vacciner contre la grippe saisonnière que celles qui le jugent bon ou très bon (données non présentées). En moyenne suisse, les taux de vaccination sont de respectivement 28,1% et 11,7% pour ces deux groupes de population. Des taux similaires s'observent dans le canton de Fribourg (24,5% et 10,0%).

5.3 Recours à la médecine complémentaire

Le 17 mai 2009, l'article constitutionnel pour une meilleure prise en compte des médecines complémentaires a été accepté en votation populaire. Pour y donner suite, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé à partir du 1^{er} janvier 2012, d'inscrire provisoirement la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Jusqu'à la fin 2017, la LAMal remboursera ces cinq prestations de médecine complémentaire à certaines conditions. Si celles-ci remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité définis dans la LAMal, elles seront maintenues dans le catalogue des prestations.

Vaccin contre la grippe, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.13



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS si elles avaient eu recours aux prestations suivantes de médecine complémentaire au cours des douze mois précédant l'enquête: acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, homéopathie, phytothérapie, médecine ayurvédique, réflexologie, shiatsu, ostéopathie ou autres thérapies (kinésiologie, thérapie neurale, médecine anthroposophique, etc.). Les réponses comprennent tous les traitements, que ceux-ci aient été réalisés par un médecin ou par un thérapeute non-médecin. Les prestations mentionnées à ce titre ne peuvent donc pas être attribuées à un agent payeur déterminé (assurance obligatoire des soins, assurance complémentaire facultative ou frais assumés directement par la personne).

En 2012, la population fribourgeoise (34,5%) a eu nettement plus recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois (1^{er} rang) qu'en moyenne suisse (24,0%) (Fig. 5.14). Cette proportion a significativement augmenté par rapport à 2007 dans le canton de Fribourg (26,5%), ce qui ne se vérifie pas au niveau suisse (23,0%, A-5.5). Dans la mesure où la période de consultation couverte par l'ESS précède en partie la décision du DFI de faire rembourser les cinq médecines complémentaires par la LAMal, il n'est pas possible de saisir pleinement les effets de cette décision politique sur le recours aux médecines complémentaires à travers les résultats de l'ESS 2012. Ceux de l'ESS 2017 devraient permettre de voir si celle-ci est effectivement liée à une hausse des consultations en médecine complémentaire.

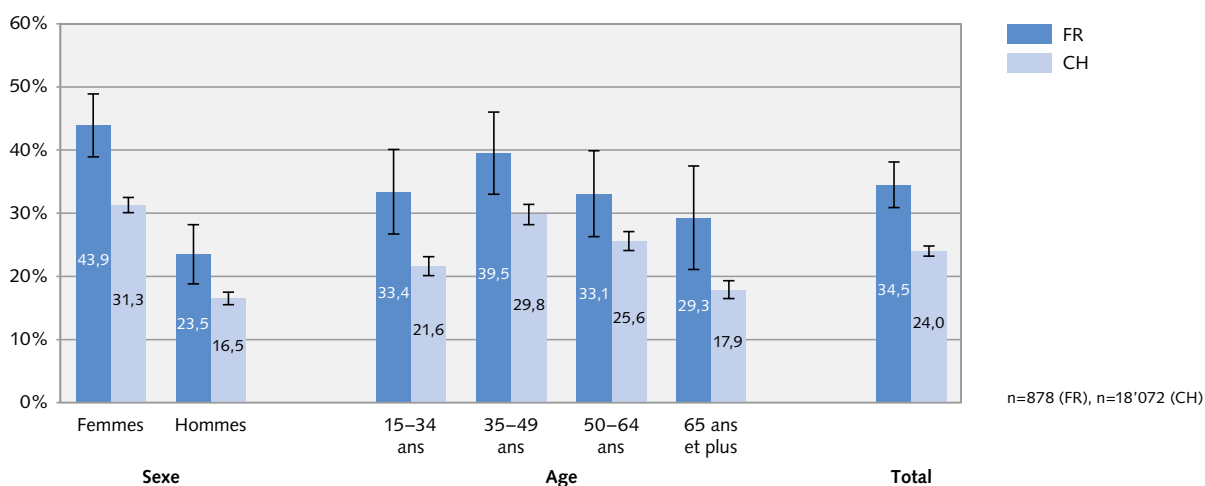
Les femmes déclarent presque deux fois plus souvent que les hommes avoir eu recours à la médecine complémentaire, tant dans le canton de Fribourg, (43,9% et 23,5%) qu'en Suisse (31,3% et 16,5%). C'est parmi les 35 à 49 ans que la proportion de personnes recourant aux médecines complémentaires est la plus élevée (FR: 39,5%, CH: 29,8%). Les habitants du canton de Fribourg font plus recours à la médecine complémentaire qu'en moyenne suisse dans toutes les classes d'âge, la différence n'étant toutefois pas significative pour les personnes de 50 à 64 ans.

Le niveau de formation apparaît comme un facteur fortement lié au recours à de telles prestations. Dans le canton de Fribourg, les personnes sans formation post-obligatoire (23,9%) recourent moins souvent que celles au bénéfice d'une formation du degré secondaire II (33,3%) et celles-ci y recourent moins souvent que celles avec une formation du degré tertiaire (44,5%) aux médecines complémentaires (seule la différence entre le niveau sans formation post-obligatoire et formation de niveau tertiaire étant significative) (Fig. 5.15). Dans le canton de Fribourg, pour chaque niveau de formation, le recours à ces prestations est plus fréquent qu'au niveau suisse.

Il existe finalement d'importantes différences en matière de recours à la médecine complémentaire entre les personnes de nationalité suisse (FR: 35,9%, CH: 25,9%) et étrangère (FR: 29,3%, CH: 17,8%). Dans le canton de Fribourg, cette tendance à un recours à la médecine complémentaire plus fréquent s'observe même chez les étrangers (à la limite de la significativité).

Recours à la médecine complémentaire, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.14

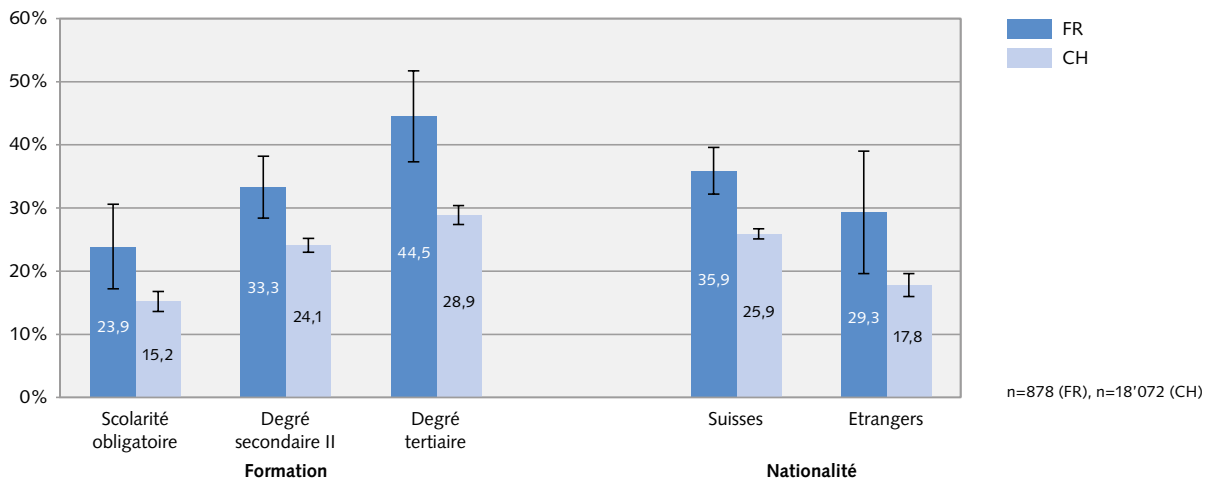


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Recours à la médecine complémentaire, selon la formation et la nationalité, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.15



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

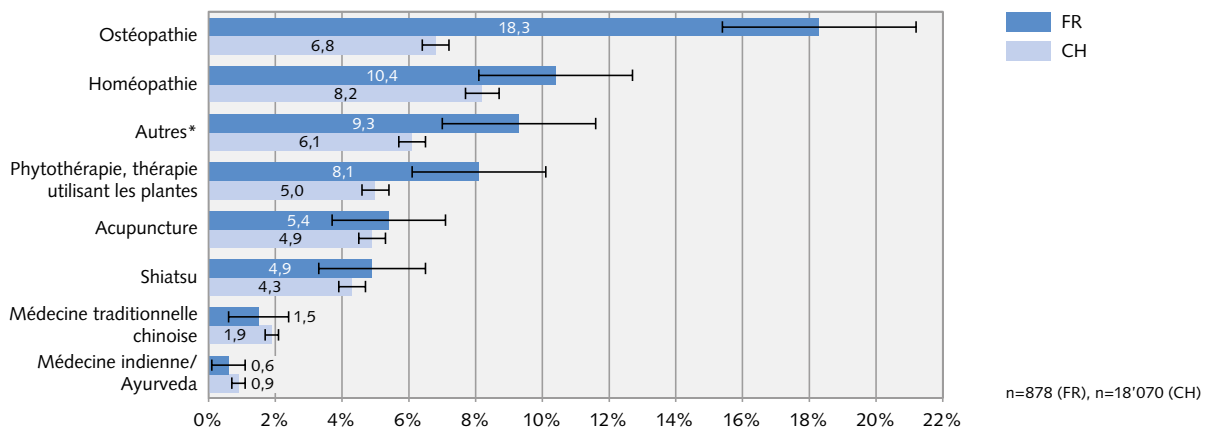
Trois fois plus d'habitants du canton de Fribourg font recours à l'ostéopathie qu'en moyenne suisse

Alors qu'en moyenne suisse, l'homéopathie est la médecine complémentaire la plus fréquemment citée par les répondants de l'ESS (8,2%), c'est l'ostéopathie qui est la médecine complémentaire la plus répandue dans le canton de Fribourg. Elle est mentionnée près de trois fois plus fréquemment (18,3%) qu'en moyenne suisse (6,8%) (Fig. 5.16). C'est ensuite l'homéopathie qui est

la plus souvent citée par les habitants du canton de Fribourg (10,4%), les autres formes de médecine complémentaire (9,3%), la phytothérapie ou toute autre forme de thérapie utilisant les plantes (8,1%), l'acupuncture (5,4%) et le shiatsu (4,9%). En plus de l'ostéopathie, la phytothérapie et les autres formes de médecine complémentaire sont significativement plus fréquentes dans le canton de Fribourg.

Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, canton de Fribourg et Suisse, 2012
(dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.16



* Les autres médecines complémentaires comprennent p. ex. la kinésiologie, Feldenkrais, training autogène, etc.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Le nombre moyen de consultations en médecine complémentaire effectuées au cours des douze derniers mois fournit une autre indication de l'intensité du recours à ce type de prestations. Entre les différents cantons suisses, ce nombre varie entre 1,2 consultation par répondant dans le canton de Schwyz et 2,1 dans le canton de Neuchâtel (données non présentées). Avec 2,0 consultations par personne (2^e rang), l'intérêt des Fribourgeois pour ce type de traitement se confirme.

5.4 Prestations hospitalières

Ce point analyse le recours aux prestations hospitalières. Habituellement, celles-ci sont subdivisées en prestations intramuros et en prestations ambulatoires. Dans le cadre du financement par l'assurance-maladie, ces deux types de traitement sont distingués de la manière suivante: sont considérés comme traitements hospitaliers intra-muros les séjours au cours desquels un lit est occupé durant au moins une nuit ou les séjours d'au moins 24 heures⁵⁴. Tous les autres traitements sont considérés comme des traitements ambulatoires. Selon cette définition, les traitements hospitaliers ambulatoires sont premièrement examinés, puis les traitements hospitaliers intra-muros.

5.4.1 Soins hospitaliers ambulatoires

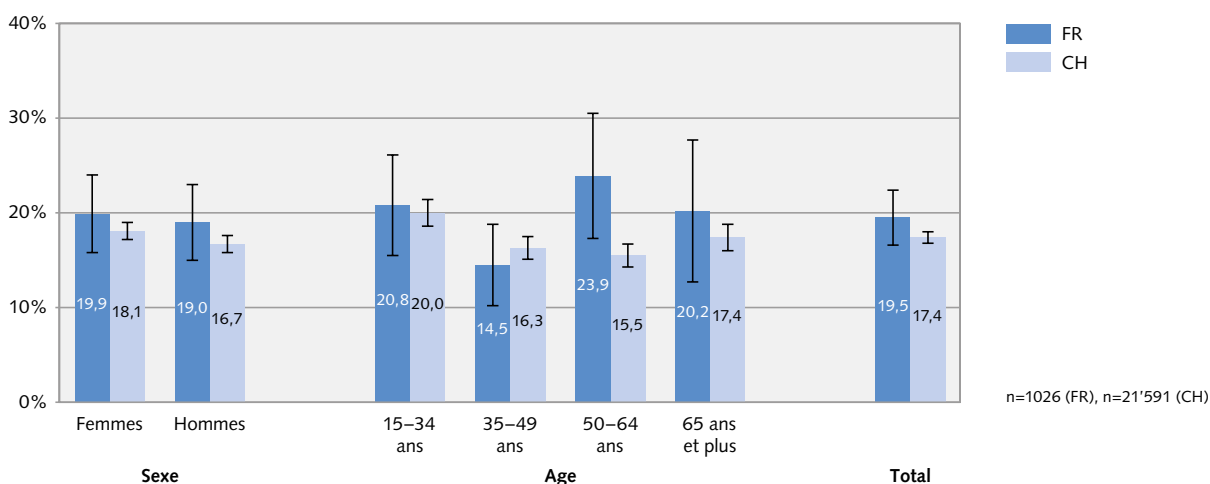
Le point 5.4.1 analyse la part de la population ayant eu recours au moins une fois à des prestations ambulatoires dans un hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête. Entrent dans ce cadre les traitements dans un service ambulatoire d'un hôpital ainsi que les traitements ambulatoires aux urgences d'un hôpital ou dans des cliniques de jour⁵⁵.

Environ un cinquième de la population fribourgeoise a eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux au cours des douze mois précédant l'enquête.

Dans le canton de Fribourg, 19,5% des répondants ont eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux au cours des douze mois précédant l'enquête (Fig. 5.17). Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui observé en moyenne suisse (17,4%, différence non significative). Par rapport aux données disponibles pour 2007, une hausse est enregistrée dans le canton de Fribourg mais elle n'est pas significative (2007: 16,8%). La légère hausse du recours à ces prestations pour la moyenne suisse est par contre significative (2007: 16,2%, A-5.6).

Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence), selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.17



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

⁵⁴ Voir art. 3 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

⁵⁵ Intitulé de la question de l'ESS: au cours des 12 derniers mois, avez-vous été admis(e) aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital, ou dans une polyclinique? Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé(e) dans un hôpital de jour ou une clinique de jour?

Aucune différence significative entre femmes et hommes ne peut être relevée concernant le recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux. Les données de la Suisse dans son ensemble permettent de mettre en évidence une différence significative en fonction de la classe d'âge: 20,0% des 15 à 34 ans ont eu recours à ces prestations alors que pour les autres classes d'âge, ce pourcentage est plus bas (entre 15,5% et 17,4%, différences significatives avec les 15–34 ans). Dans le canton de Fribourg, les différences entre classes d'âge ne sont pas significatives. La population fribourgeoise de 50 à 64 ans fait plus recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux que celle de la même classe d'âge en moyenne suisse.

On repère finalement qu'en moyenne suisse, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire recourent un peu plus souvent aux prestations ambulatoires des hôpitaux (19,7%) que celles ayant un titre du degré secondaire II (17,0%) ou une formation tertiaire (16,5%). Aucune tendance ne peut être dégagée à ce sujet dans le canton de Fribourg (A-5.6).

La fréquence du recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux est significativement plus élevée en Suisse romande (20,4%) et en Suisse italienne (21,8%) qu'en Suisse alémanique (16,1%). Parmi les 19 cantons ayant effectué un suréchantillonnage pour la réalisation de l'ESS en 2012, Fribourg arrive au sixième rang des cantons où la fréquence du recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux est la plus élevée, précédé des cantons de Neuchâtel et de Vaud (22,0%), du canton du Tessin (21,8%), de Genève (21,5%) et de Bâle-Ville (20,2%, A-5.6). Dans le canton de Thurgovie, la fréquence est de 16,0% et dans celui du Valais de 15,6%. Il a été vu qu'en Suisse, le recours au service d'urgence vient toujours davantage pallier à l'absence de médecin de premier recours (Güntensperger et al. 2010). Ce taux de recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux relativement élevé dans le canton de Fribourg pourrait s'expliquer par une densité de médecins de premier recours la plus basse de Suisse (voir 1.6).

5.4.2 Soins hospitaliers intra-muros

En analysant l'utilisation des prestations hospitalières intra-muros, le point 5.4.2 s'intéresse à la part de la population ayant séjourné pendant au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Les séjours dans les établissements de cure ne sont pas comptabilisés, ces derniers étant explicitement exclus dans la question de l'ESS⁵⁶. Les personnes qui indiquent au moins un séjour sont ensuite interrogées sur le nombre de jours passés à l'hôpital ou en clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Sur la base de cette question additionnelle, il est donc possible de calculer le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient.

Un peu plus d'une personne sur dix dans le canton de Fribourg a effectué un séjour hospitalier au cours des douze derniers mois

Dans le canton de Fribourg, un peu plus d'un habitant sur dix (10,9%) déclare avoir séjourné à l'hôpital au cours des douze derniers mois contre un peu moins d'un habitant sur neuf en moyenne suisse (11,7%, différence non significative) (Fig. 5.18). Ces fréquences ne sont pas statistiquement différentes par rapport à celles observées en 2007 (respectivement 9,5% et 11,5%, A-5.6).

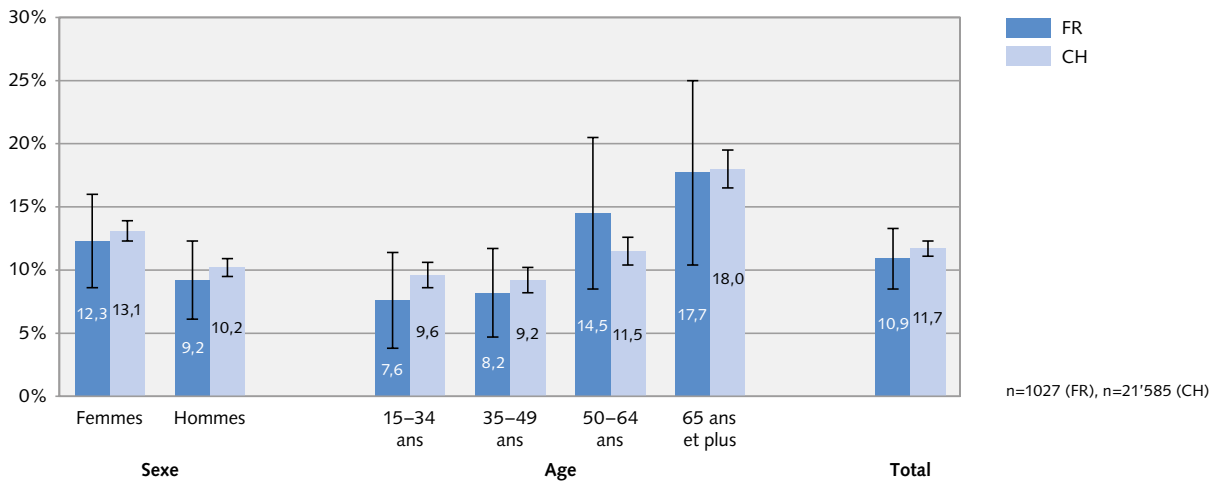
En moyenne suisse, le pourcentage de femmes mentionnant un séjour hospitalier est environ 30% supérieur à celui des hommes (respectivement 13,1% et 10,2%, différence significative). Une telle différence se retrouve également dans le canton de Fribourg (respectivement 12,3% et 9,2%, différence non significative).

Pour les séjours à l'hôpital, c'est ici la classe d'âge des 65 ans et plus qui est celle déclarant le plus fréquemment avoir effectué au moins un séjour hospitalier au cours des douze derniers mois. En moyenne suisse, ce pourcentage atteint 18,0% (FR: 17,7%) alors qu'il se situe entre 9,2% et 11,5% pour les classes d'âge inférieures (FR: entre 7,6% et 14,5%).

⁵⁶ Intitulé de la question: au cours des douze derniers mois, combien de séjours avez-vous fait à l'hôpital ou en clinique spécialisée, sans compter les séjours en établissement de cure? Comptez tous les séjours comprenant au moins une nuit.

Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.18

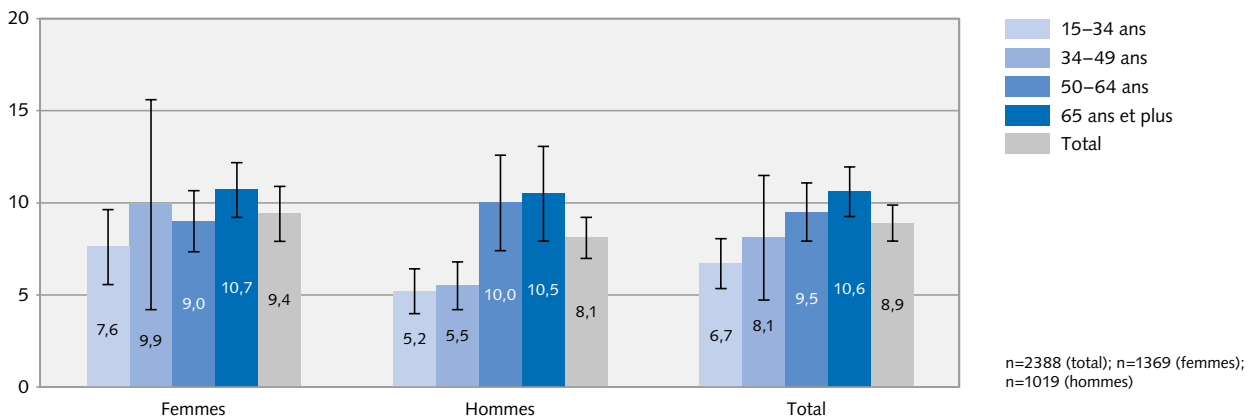


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Nombre moyen de journées d'hospitalisation, selon le sexe et l'âge, Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.19



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Les données concernant le recours aux prestations stationnaires des hôpitaux peuvent être mises en perspective avec le taux standardisé d'hospitalisation mesuré en Suisse et dans le canton de Fribourg au moyen de la Statistique médicale des hôpitaux (voir 1.6). Selon cette source, 14,2% de la population fribourgeoise et 14,4% de la population suisse ont passé au moins une nuit à l'hôpital en 2012⁵⁷. Comme mentionné plus haut, les données de l'ESS indiquent que 10,9% des habitants du canton de Fribourg et 11,7% de la population suisse auraient effectué au moins un séjour hospitalier au cours de cette

période. Les valeurs de ces deux bases de données ne diffèrent donc pas fortement, suggérant une bonne représentativité des données auto-rapportées de l'ESS.

Aucune différence significative en fonction de la région linguistique n'est observée pour le taux de recours aux prestations stationnaires des hôpitaux (A-5.6). Le canton de Fribourg présente un taux de recours aux prestations stationnaires des hôpitaux relativement bas (quatorzième rang des 19 cantons suisses ayant procédé à un suréchantillonnage pour l'ESS). C'est également le cas du canton du Valais (11,2%, treizième rang) par contre le canton de Neuchâtel occupe le premier rang (14,2%) et celui de Thurgovie le huitième rang (12,4%). Il n'est toutefois

⁵⁷ 141,7 (FR) et 144,0 (CH) cas pour 10'000 habitants.

pas possible de savoir si ces taux de recours reflètent des conditions d'hospitalisation plus restrictives ou s'ils sont liés à d'autres facteurs (p. ex. la condition médicale du patient ayant recours aux prestations des hôpitaux).

La figure 5.19 représente la moyenne des jours d'hospitalisation calculée pour les patients qui ont séjourné pendant au moins une nuit en hôpital au cours des 12 mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon pour le canton de Fribourg, seuls les résultats de toute la Suisse sont présentés.

Les différences concernant les durées moyennes d'hospitalisation tiennent surtout à la classe d'âge et s'observent de façon plus nette chez les hommes: entre les hommes âgés de 15 à 49 ans et ceux de 50 ans et plus, le nombre moyen de journées d'hospitalisation double presque, passant de 5,2 à 10,5 jours. Dans l'ensemble, la durée moyenne du séjour à l'hôpital est de 8,1 jours chez les hommes et de 9,4 jours chez les femmes (différence non significative).

Il y a ici lieu de rappeler que le nombre moyen de journées d'hospitalisation est calculé par personne hospitalisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Selon la Statistique médicale des hôpitaux, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus était en 2012 de 5,7 jours par cas hospitalisé dans le canton de Fribourg, identique à la moyenne suisse (voir 1.6). L'écart entre ces valeurs et celles, plus élevées, de l'ESS peut donc s'expliquer par le fait que dans la Statistique médicale des hôpitaux, chaque cas d'hospitalisation est recensé de façon distincte alors que dans l'ESS, la durée des différents séjours hospitaliers effectués par une même personne est cumulée.

5.5 Soutien à la maison, formel et informel

Par soutien formel à la maison, on entend les services d'aide et de soins qui sont fournis au domicile des patients par des professionnels de la santé publique. En Suisse, ces prestations sont proposées principalement par des organisations Spitex. Le terme «Spitex», formé à partir de l'expression «spitalexterne Hilfe und Pflege» («aide et soins extrahospitaliers»), est très répandu en Suisse. Il sera employé ci-après en référence au soutien formel à la maison. Le soutien informel à la maison désigne l'aide fournie par des proches, des amis ou des voisins. Dans un premier temps, les caractéristiques des personnes ayant recours à l'aide à domicile, formelle et informelle sont examinées. Ensuite, les personnes délivrant une aide et des soins de manière informelle sont identifiées.

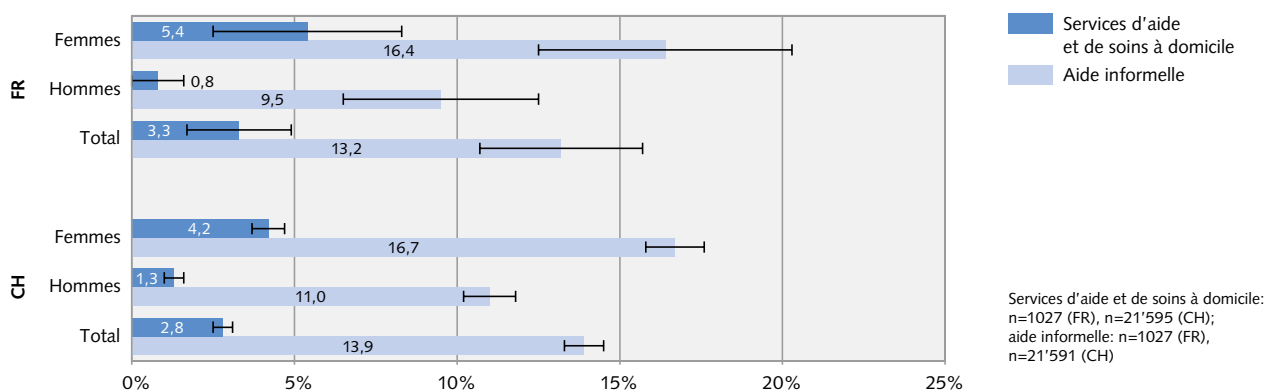
La population fribourgeoise ne recourt pas plus souvent aux services d'aide et de soins à domicile qu'en moyenne suisse

Dans le canton de Fribourg, 3,3% de la population a eu recours, au cours des douze derniers mois, à des prestataires de service Spitex; ce n'est pas significativement différent de la moyenne suisse (2,8%) (Fig. 5.20). Parallèlement, 13,2% de la population fribourgeoise bénéficie d'un soutien informel au domicile, un pourcentage proche de celui observé en moyenne suisse (13,9%).

Dans le canton de Fribourg, une femme sur vingt bénéficie d'un soutien formel à la maison, ce qui n'est le cas que de moins d'un homme sur cent (respectivement 5,4% et 0,8%, différence significative). En moyenne

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.20



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

suisse, les femmes recourent également beaucoup plus souvent que les hommes à ce type de prestations (4,2% et 1,3%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (OFS 2014i). De plus, dans les couples, les hommes sont souvent plus âgés que les femmes (OFS 2014c). A un âge avancé, les femmes ont donc plus souvent besoin d'une aide extérieure car le partenaire décède généralement avant. Quant à l'aide informelle, les femmes en bénéficient aussi plus souvent, tant dans le canton de Fribourg (16,4% et 9,5%, différence significative) qu'au niveau suisse (16,7% et 11,0%).

Afin de voir plus précisément lesquels, parmi les répondants de l'ESS, bénéficient régulièrement, et non seulement de façon ponctuelle, d'un soutien formel et informel à leur domicile, la fréquence du recours à ces aides a été mesurée pour les sept jours précédant l'enquête (en plus du recours dans les douze mois précédant l'enquête). En moyenne suisse, la part de la population ayant utilisé des services Spitex au cours des sept derniers jours passe à 1,0% par rapport à 2,8% au cours des douze derniers mois (FR: 0,8% et 3,3%, données non présentées). Pour ce qui concerne l'aide informelle, la part de la population suisse bénéficiaire passe de 13,9% sur une période de douze mois à 4,1% pour les sept jours précédant l'enquête (FR: 13,2% et 4,2%). Les écarts enregistrés entre les fréquences pour une période de douze mois ou pour une période de sept jours indiquent que dans la plupart des cas, le recours aux services Spitex ou à des aides informelles répond à des besoins temporaires.

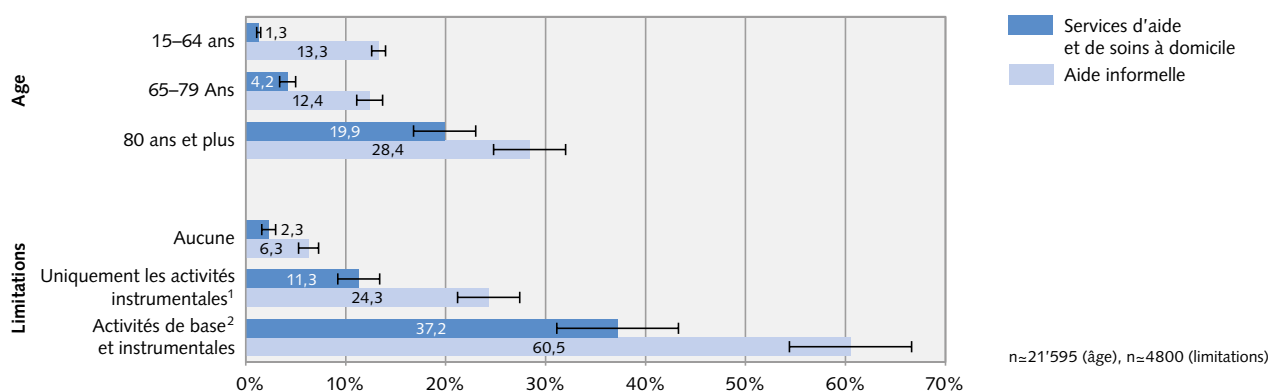
Le soutien à la maison est beaucoup plus fréquent chez les personnes d'un âge avancé et chez celles qui sont confrontées à des limitations dans les activités de la vie quotidienne

Dans la majorité des cas, les utilisateurs de services Spitex sont des personnes âgées de 65 ans et plus. En moyenne suisse, seul 1,3% des 14 à 64 ans ont recouru à ce type de service au cours des douze derniers mois, contre 4,2% des 65 à 79 ans (Fig. 5.21). Pour les personnes de 80 ans et plus, la part de bénéficiaires atteint 19,9% en moyenne suisse et 22,6% dans le canton de Fribourg (différence non significative). Pour ce qui concerne l'aide informelle, l'écart entre les classes d'âge est moins important. En moyenne suisse, environ 13% des 15 à 64 ans ainsi que des 65 à 79 ans mentionnent le soutien informel d'un proche à leur domicile au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage passe à 28,4% chez les 80 ans et plus. Le canton de Fribourg présente des valeurs très proches.

Chez les personnes de 65 ans et plus, des différences importantes apparaissent également dans le recours aux aides formelles et informelles selon que les individus éprouvent des limitations dans la conduite d'activités de la vie quotidienne ou non. Lorsqu'aucune forme de limitation n'est mentionnée, seule une minorité de répondants s'avère avoir reçu des services d'aide et de soins à domicile (2,3%) ou une aide informelle (6,3%). Pour les personnes entravées par des limitations dans des activités instrumentales telles que faire ses courses

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, selon l'âge et les limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes de 65 ans et plus, Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.21



¹ Se préparer à manger, téléphoner, faire des achats, faire la lessive, travaux ménagers légers, s'occuper de ses finances, utiliser des transports publics, etc.

² Manger soi-même, se lever d'une chaise, se mettre au lit ou en sortir, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre une douche ou un bain, etc.

ou se préparer à manger, le recours à des services Spitex passe à 11,3% et celui à des aides informelles, à 24,3%. Enfin, lorsque s'ajoutent des limitations dans les activités de base (p. ex. se nourrir ou se laver), 37,2% des personnes de 65 ans et plus déclarent bénéficier d'une aide formelle et 60,5%, d'une aide informelle.

On peut en effet rappeler que les personnes de 65 ans et plus éprouvant des difficultés dans la conduite d'activités de base sont presque toujours également confrontées à au moins une forme de limitation des activités instrumentales (voir 2.3.3). Pour les personnes nécessitant des soins de longue durée, le soutien apporté au domicile est souvent fourni par des services formels d'aide et de soins à domicile, en combinaison avec l'aide informelle procurée par des proches (Höpflinger et al. 2011).

Les données de l'ESS permettent également de distinguer les différents types d'aides procurées par les services d'aide et de soins à domicile ou par les proches aidants. On distingue principalement la délivrance de soins de l'aide fournie pour le ménage. La catégorie «autres» comprend notamment la préparation de repas et la possibilité d'être véhiculé.

En Suisse et dans le canton de Fribourg, les services d'aide et de soins à domicile fournissent presque aussi souvent des soins (FR: 2,2%; CH: 1,4%) qu'une aide pour le ménage (FR: 1,8%; CH: 1,6%, Fig. 5.22). La catégorie «autres» est mentionnée nettement moins souvent. Par contre, l'aide informelle a beaucoup plus souvent trait au ménage (FR: 5,4% de la population; CH: 6,3%) ou à d'autres types d'aide (FR: 4,9%; CH: 5,1%). L'aide informelle concerne moins souvent les

soins (FR et CH: 2,4%), mais en moyenne suisse, la part de la population recevant des soins dans un cadre informel s'avère significativement supérieure à celle de la population ayant reçu des soins de services Spitex.

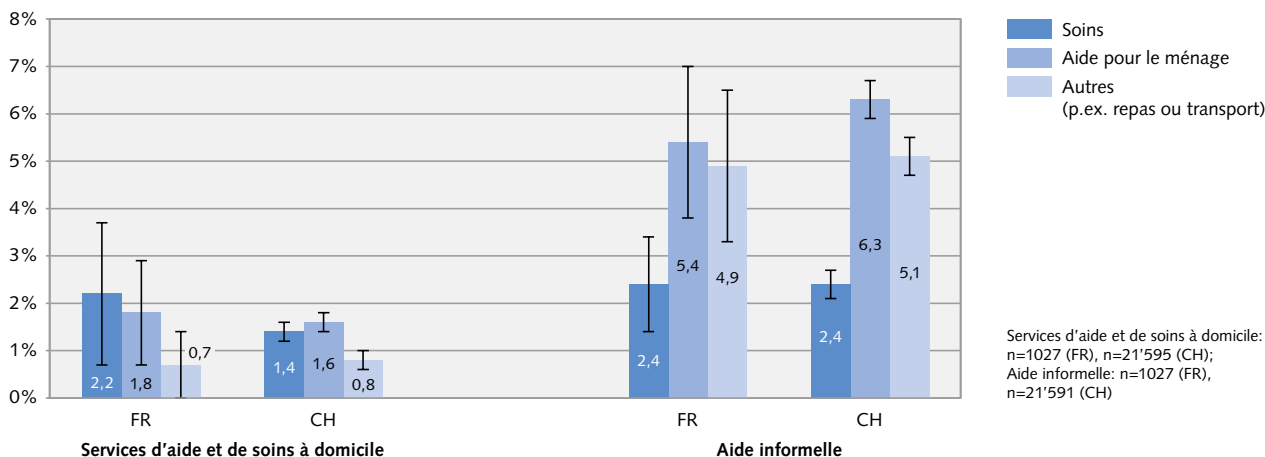
Concernant l'aide informelle, il est finalement d'intérêt d'identifier le type de personnes impliquées dans la délivrance de soins, d'aide pour le ménage ou autres. La figure 5.23 répertorie les différents types de personnes qui ont fourni de l'aide informelle au cours des douze mois précédant l'enquête. Etant donné que les répondants pouvaient mentionner plusieurs sources d'aide, le total des réponses dépasse les 100%. Les résultats sont présentés pour l'ensemble de la Suisse.

Dans plus de la moitié des cas, l'aide informelle est procurée par le/la partenaire

Les individus qui ne vivent pas tout seuls reçoivent souvent de l'aide des personnes avec lesquelles le foyer est partagé: plus de la moitié des personnes ayant reçu une aide informelle ont mentionné leur époux/se ou partenaire (52,4%). Tous les autres types de relation sont nettement moins souvent mentionnés. Les proches aidants entretiennent toutefois souvent un lien de parenté avec la personne soutenue: les filles et les fils sont mentionnés dans 21,6% et 15,5% des cas et la mère et le père, dans 17,5% et 7,7% des cas. Les frères et sœurs sont les moins fréquemment cités (6,9% et 3,6%) mais 13,2% des répondants ont mentionné d'autres membres de la famille. Dans 14,4% des cas, l'aide est fournie par des amis et 5,1% des répondants mentionnent avoir reçu une aide de leur(s) voisin(s).

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, selon le type d'aide, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.22

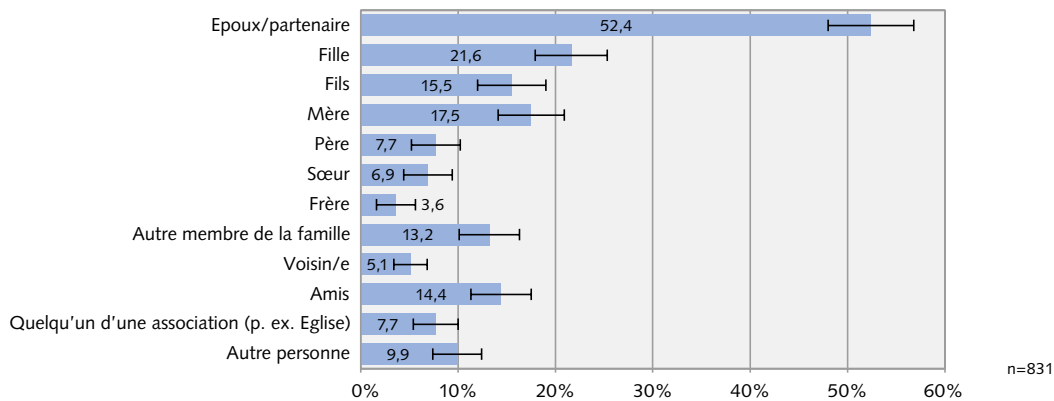


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

Personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2012

Fig. 5.23



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2016

5.6 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées

Le vieillissement de la population en Suisse entraîne une augmentation de l'offre et de la demande de prestations de santé s'adressant spécifiquement aux personnes âgées. Ce point s'intéresse aux personnes séjournant dans un établissement pour personnes âgées et bénéficiant de soins de longue durée. Pour cette analyse, les données proviennent de la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED). La SOMED est une enquête exhaustive qui est menée chaque année auprès des établissements médico-sociaux et des institutions pour invalides et pour personnes dépendantes. Cette source se distingue donc de l'ESS utilisée pour les autres composantes de ce chapitre, laquelle exclut les personnes vivant en EMS (voir 1.3.1).

L'analyse qui suit concerne les personnes de 65 ans et plus qui vivent en EMS. Les personnes admises pour des séjours de courte durée ne sont pas prises en considération. La ventilation géographique s'effectue selon le canton de domicile de la personne avant son admission en EMS (et non pas selon le canton dans lequel se trouve l'EMS). Il est donc possible que ces données comprennent des habitants du canton de Fribourg qui se sont installés en EMS dans un autre canton. A l'inverse, les personnes provenant d'un autre canton et prenant résidence dans un EMS du canton de Fribourg ne sont pas comptabilisées. La statistique de la population et des ménages (STATPOP) a également été utilisée afin de connaître la population de référence (nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus).

Entre 2006 et 2012, la part de personnes âgées de 65 ans et plus séjournant en établissement pour personnes âgées a légèrement baissé dans le canton de Fribourg passant de 6,8% à 6,1%. En moyenne suisse, elle a suivi une légère baisse de 6,4% à 5,9%. Le canton de Fribourg occupe le treizième rang suisse, le canton de Neuchâtel le dixième rang (6,5%), le canton de Thurgovie le quinzième rang (5,9%) et celui du Valais le vingt-troisième rang (4,8%). Les pourcentages les plus élevés correspondent aux cantons d'Argovie et de Glaris (8,8%) (données non présentées).

Il y a trois fois plus de femmes que d'hommes dans les établissements pour personnes âgées

En moyenne suisse comme dans le canton de Fribourg, la part de femmes vivant en EMS est plus de deux fois supérieure à celle des hommes (FR: 8,0% et 3,7%). Mais en nombre, elles sont trois fois plus nombreuses (FR: 1844 et 698, Tab. 5.3). Comme évoqué précédemment (voir 5.5), l'espérance de vie plus élevée des femmes ainsi que le fait que celles-ci soient souvent plus jeunes que leur conjoint joue certainement un rôle. En effet, au décès de leur partenaire, les femmes se retrouvent souvent dans un ménage d'une personne et perdent la possibilité d'un éventuel support de la part de leur conjoint.

Il apparaît également clairement que la résidence en EMS concerne essentiellement les personnes âgées de 80 ans et plus. En moyenne suisse et dans le canton de Fribourg, la part de personnes âgées de 65 à 79 ans séjournant en EMS est infime (1,6% et 1,8%). Chez les 80 ans et plus, ce pourcentage augmente à 18,4% dans le canton de Fribourg et à 17,0% en moyenne suisse.

Tab. 5.3 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées, selon le sexe, l'âge et les besoins de soins, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (personnes de 65 ans et plus)

Part en %		FR		CH	
		Part en %	Nombre de résidents/es	Part en %	Nombre de résidents/es
Total		6,1	2 542	5,9	82 733
Sexe	Femmes	8,0	1 844	7,8	61 443
	Hommes	3,7	698	3,5	21 290
Age	65–79 ans	1,8	569	1,6	16 231
	80 ans et plus	18,4	1 973	17,0	66 502
Besoins de soins	légers ^a	1,2	516	1,3	18 272
	modérés/élevés ^b	4,8	2 026	4,5	63 537

^a Besoin de soins jusqu'à 40 minutes par jour

^b Besoin de soins de plus de 40 minutes par jour

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales et STATPOP 2012

© Obsan 2016

Dans le canton de Fribourg, les quatre cinquièmes environ des résidents en EMS ont des besoins en soins pouvant être qualifiés de modérés ou d'élevés (plus de 40 minutes de soins par jour). Dans le canton de Thurgovie, cette proportion est moindre (70,4%), mais elle est plus élevée dans ceux du Valais (90,2%) et de Neuchâtel (98,6%). Par contre, dans les cantons d'Appenzel Rhodes-Intérieures ou de Glaris, la part de résidents ne nécessitant que des soins légers représente un peu moins de la moitié de l'ensemble des résidents (données non présentées).

5.7 Résumé

Ce chapitre a examiné l'ampleur du recours aux services de santé dans le canton de Fribourg et en Suisse. Dans le canton de Fribourg, on observe une baisse de la proportion de personnes n'ayant pas consulté le médecin au cours des douze derniers mois (de 26,9% en 2002 à 19,8% en 2012). Le nombre moyen de consultations médicales par habitant du canton de Fribourg est proche de celui de la Suisse ainsi que le nombre moyen de consultations auprès d'un médecin de famille ou d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste et d'un gynécologue.

Des différences dans le recours aux soins apparaissent notamment en fonction du sexe et de l'âge. Par exemple, seulement 12,6% des Fribourgeoises ont déclaré ne pas avoir effectué de consultation médicale au cours des douze derniers mois contre 28,1% des Fribourgeois. Cette différence s'explique en grande partie par le fait que les femmes se soumettent à une consultation additionnelle chez le gynécologue.

L'effet de l'âge est particulièrement manifeste pour ce qui concerne le recours au médecin de famille ou au généraliste: le nombre moyen de consultations en Suisse passe de 1,9 chez les 15 à 34 ans à 3,5 chez les 65 ans et plus (FR: 1,7 et 3,7). Par contre, les personnes âgées rapportent beaucoup moins souvent que les plus jeunes avoir été pris en charge médicalement pour cause de problèmes psychiques.

Dans le canton de Fribourg, le taux de cholestérol ainsi que la glycémie ont été contrôlés au cours des douze mois précédant l'enquête chez un peu moins de la moitié de la population (respectivement 45,1% et 47,9%). La tension artérielle d'un peu moins de trois habitants du canton sur quatre a été mesurée (73,1%). La part de la population testée dans le canton de Fribourg n'est pas significativement différente de celle au niveau suisse. La fréquence de ces trois examens de dépistage est restée stable depuis 2002 dans le canton de Fribourg. Les femmes sont plus fréquemment testées que les hommes, cette différence étant significative dans le canton de Fribourg seulement pour la tension artérielle. La fréquence de ces examens augmente également fortement avec l'âge.

Dans le canton de Fribourg la proportion de personnes ayant réalisé les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que du cancer de la prostate n'est pas différente de la moyenne suisse. Par contre, Fribourg est le quatrième canton où le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du sein est le plus élevé: 35,2% des femmes de 50 ans et plus (CH: 21,6%). Le canton de Fribourg s'est doté d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein

dès 2004. Les autres cantons suisses ayant mis en place de tels programmes présentent également des taux de dépistage élevés.

En 2012, un peu plus d'un tiers des Fribourgeoises et Fribourgeois (34,5%, CH: 24,0%) a eu recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois (1^{er} rang des cantons suisses) pour une moyenne de 2,0 consultations par habitant (2^e rang, CH: 1,6). L'ostéopathie est la médecine complémentaire à laquelle il est le plus souvent fait recours dans le canton de Fribourg (18,3% de la population), suivie de l'homéopathie (10,4%).

Dans le canton de Fribourg, 19,5% des répondants ont eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux et 10,9% ont déclaré avoir séjourné à l'hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête. Fribourg arrive au sixième rang des cantons où la fréquence du recours aux prestations ambulatoires est la plus élevée. Ces prestations sont aussi plus fréquentes en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique.

Dans le canton de Fribourg, 3,3% de la population a eu recours, au cours des douze derniers mois, à des services d'aide et de soins à domicile, ce qui n'est pas différent de la moyenne suisse (2,8%). Les femmes utilisent beaucoup plus souvent que les hommes ces services, notamment en raison de leur plus grande espérance de vie. De plus, 13,2% de la population fribourgeoise a bénéficié d'une aide informelle au cours des douze derniers mois, le plus souvent pour procurer un soutien à la réalisation des tâches ménagères.

Finalement, on estime à 6,1% la part de la population fribourgeoise âgée de 65 ans et plus résidant en EMS (CH: 5,9%). Il s'agit en fait principalement de personnes âgées de 80 ans et plus (18,4%), ce qui contribue à expliquer que les femmes soient trois fois plus nombreuses que les hommes au sein de ces établissements.

6 Evolution des coûts et des primes de l'Assurance obligatoire des soins (AOS)

La détermination des primes d'assurance-maladie génère chaque année des débats publics sur la hausse constante des coûts de la santé. En Suisse, 68 milliards de francs ont été dépensés au total en 2012 pour la santé, soit 11,5% du produit intérieur brut (PIB) du pays (OFS 2014b). Après les Etats-Unis et les Pays-Bas, la Suisse est ainsi le pays de l'OCDE qui consacre la part la plus importante de son PIB aux dépenses de santé (OCDE 2013a). L'ensemble des coûts a été financé à hauteur de 35,8% par l'assurance obligatoire des soins (AOS, coûts nets), à hauteur de 25,2% par les ménages privés (frais assumés directement par les personnes⁵⁸ et participation aux coûts) et à hauteur de 20,2% par l'Etat (principalement par le biais de subventions aux hôpitaux et aux soins). La part restante (18,8%) a été couverte par les assurances privées, par les autres assurances sociales œuvrant dans le domaine de la santé (AA, AM, AI, AVS⁵⁹) et par les autres régimes de prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI et aides aux soins et aux personnes âgées).

On observe depuis des années une hausse des coûts de la santé en Suisse. L'ensemble de ces coûts est passé de 42,8 milliards de francs en 2000 à 68 milliards en 2012, ce qui représente une hausse nominale annuelle moyenne de 3,9% (OFS 2014b). Pendant la même période, les coûts bruts de l'AOS sont passés de 15,7 milliards de francs à 26 milliards, soit une hausse annuelle moyenne de 4,3%. Diverses études montrent que les facteurs démographiques tels que l'augmentation de la population et le vieillissement démographique ne peuvent expliquer que partiellement cet accroissement des coûts de la santé et de l'AOS. D'après une étude de l'OFS, ces facteurs expliquent seulement 39% de l'augmentation des coûts de la santé entre 1985 et 2002 (OFS 2005) et selon une étude de l'Obsan, ils sont responsables d'un cinquième de la progression des coûts de l'AOS entre 1998 et 2010 (Roth et Roth 2012). La majeure partie de l'accroissement des coûts de l'assurance de base tient d'une part à

une augmentation du volume des prestations (Schleiniger et Blöchlinger 2012) et d'autre part, à une évolution tendancielle générale comprenant notamment le progrès des technologies médicales génératrices de coûts et l'évolution des besoins du côté de l'offre comme de la demande (OFS 2005; Wildi et al. 2005; OFS 2007; Camenzind et Sturny 2013).

Les coûts de la santé par habitant varient fortement selon les cantons, ce qui s'explique (suivant les catégories de prestations) par des différences dans l'offre de soins (p. ex.: densité et structure de l'offre, migrations des patients), dans la demande et la façon de recourir aux prestations de santé (p. ex.: densité et composition de la population, taux de morbidité), dans le financement de la santé (p. ex.: importance des subventions publiques), ainsi que dans la pratique politique et la tradition des cantons (Camenzind et Sturny 2013).

Le présent chapitre analyse les coûts bruts et les primes de l'AOS sur la base du pool de données de SASIS SA (2013); voir encadré). Les coûts bruts de l'AOS (soit les coûts nets de l'AOS payés par les assurances plus les participations aux dépenses enregistrées côté assurés) correspondent pour la Suisse à 38,2% du coût total de la santé indiqué plus haut. La présente analyse concerne le canton de Fribourg. Elle porte sur la population assurée domiciliée dans le canton, indépendamment du canton dans lequel les soins ont été fournis. Les possibilités de comparaisons directes avec les chapitres précédents sont limitées car ceux-ci se référaient au comportement général de la population en matière de santé, alors que le présent chapitre se limite aux prestations de santé financées par l'assurance de base obligatoire.

Dans la première partie du chapitre, les coûts de l'AOS sont analysés pour différents groupes de fournisseurs de prestations. Nous considérerons l'évolution des coûts entre 2008 et 2012 et leur répartition par catégorie de prestations en 2012. La deuxième partie du chapitre décrit le niveau et l'évolution des primes AOS ainsi que les modèles d'assurance choisis. Nous aborderons aussi brièvement la question de la réduction individuelle des primes de l'assurance-maladie.

⁵⁸ Ou «out-of-pocket payments».

⁵⁹ AA: Assurance-accident, AM: Assurance-militaire, AI: assurance-invalidité, AVS: Assurance-vieillesse et survivants.

Quels coûts sont saisis dans le pool de données ?

Le pool de données est une banque de données produite par santésuisse (l'association faîtière des assureurs-maladie) depuis 2001 et par SASIS SA (une filiale de santésuisse) depuis 2009, qui concerne l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données est avant tout un système d'information de la branche qui permet aux assureurs-maladie d'étudier les comportements des groupes d'assurés et des fournisseurs de prestations (notamment pour des contrôles de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS.

Entrent dans le pool de données les prestations brutes, soit toutes les factures saisies par les assureurs qui sont associées à l'AOS, y compris la participation aux coûts par les assurés (franchise, quote-part et participation aux frais de séjour hospitalier). Sont uniquement prises en compte les prestations pour lesquelles les assureurs maladie reçoivent une facture ou celles qui sont directement facturées aux assureurs par le fournisseur de prestations. Les factures conservées par les assurés (par exemple à cause d'une franchise trop élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'AOS (par exemple les prestations relevant des assurances complémentaires LCA) ne sont pas enregistrées dans le pool de données. Ce dernier ne contient pas non plus d'indications sur les subventions publiques (par exemple le cofinancement du secteur stationnaire, principalement par les cantons). Les données, collectées sur une base de volontariat, couvraient entre 97,6% des assurés en Suisse en 2008 et 99,7% en 2012. Pour le canton de Fribourg, le taux de couverture

était de 97,6% en 2008 et de 99,8% en 2012. Pour pouvoir estimer les coûts globaux et comparer entre elles les données annuelles, les chiffres sont extrapolés à 100% d'après l'effectif des assurés dans le système de la compensation des risques⁶⁰ de l'Institution commune LAMal. Les coûts du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les personnes en procédure d'asile ne sont plus comptées dans les effectifs d'assurés de la compensation des risques, mais continuent d'être enregistrées dans le pool de données de SASIS SA. C'est pourquoi, depuis 2007, pour l'extrapolation, la compensation des risques est complétée par les données de la statistique en matière d'asile de l'Office fédéral des migrations. L'extrapolation permet d'estimer les coûts qui seraient générés si tous les assureurs-maladie étaient connectés au pool de données. On fait l'hypothèse que les assurés manquants, qui ne figurent pas dans le pool de données, présentent une même structure de coûts que ceux enregistrés dans le pool.

Les données disponibles sont issues des années de production 2008 à 2012 de SASIS SA, en l'état au 23 mai 2013. Les données sont produites annuellement selon la date de comptabilisation des prestations de l'assurance-maladie et ne se réfèrent donc pas à la période de traitement. Les pratiques des assureurs-maladie en matière de facturation peuvent avoir une incidence sur la période à laquelle les coûts sont rapportés.

6.1 Coûts de l'AOS

Ce point présente l'évolution des coûts de l'AOS entre 2008 et 2012 pour la population du canton de Fribourg, par catégorie de prestations et en comparaison avec l'ensemble de la Suisse. La participation des assurés aux coûts fait également l'objet d'une brève analyse, qui précède l'examen des différences régionales en matière de coûts par habitant.

Deux cinquièmes des hausses de coûts sont imputables aux prestations ambulatoires des hôpitaux

En 2012, les coûts bruts de l'AOS s'élevaient au total à 850,9 millions de francs pour la population du canton de Fribourg (Tab. 6.1). Les hôpitaux constituent le poste de coûts le plus élevé (au total 39,0% dont 21,1% pour les prestations stationnaires et 17,9% pour les prestations ambulatoires); viennent ensuite les traitements ambulatoires des médecins (21,3%), suivis des médicaments et des «moyens et appareils» (au total 20,9% dont 2,2% dans les cabinets médicaux et 18,7% dans

les pharmacies et les centres de remise LiMA⁶¹). Dans le canton de Fribourg, ces cinq catégories de prestations couvrent plus des quatre cinquièmes des coûts totaux de l'AOS en 2012.

Entre 2008 et 2012, les coûts bruts de l'AOS ont augmenté en moyenne de 3,3% par an dans le canton. Pendant la même période, ils sont passés de 22,7 à 26 milliards de francs en Suisse, soit une hausse annuelle moyenne de 3,4%. Le taux d'augmentation dans le canton de Fribourg était donc similaire à la moyenne suisse sur l'ensemble de ces cinq années. Si l'on considère chaque année séparément, l'augmentation des coûts de l'AOS a été moins forte chaque année dans le canton de Fribourg, passant d'une augmentation de 5,5% en 2009 à une augmentation de 2,0% en 2012.

⁶⁰ La compensation des risques est un système de répartition dans l'AOS qui a pour but de parvenir à une compensation entre les assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de «mauvais risques» (assurés avec frais de maladie supérieurs à la moyenne) et les assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de «bons risques» (pour la plupart, des assurés jeunes et des personnes du sexe masculin qui présentent des frais de maladie inférieurs à la moyenne).

⁶¹ Listes des moyens et appareils, voir www.bag.admin.ch/migel: Page d'accueil → Thèmes → Assurance-maladie → Tarifs et prix → Liste des moyens et... (accès le 04.11.2014).

L'augmentation des coûts au cours de ces cinq années est essentiellement imputable à la croissance des coûts des prestations ambulatoires des hôpitaux (+42,9 millions de francs entre 2008 et 2012) ainsi que des traitements ambulatoires des médecins (+27,7 millions de francs entre 2008 et 2012).

Le taux d'augmentation annuel moyen le plus élevé dans le canton de Fribourg entre 2008 et 2012 concerne le domaine ambulatoire des hôpitaux, avec 8,6% d'augmentation. Cette croissance annuelle moyenne a connu un pic à 10,5% entre 2010 et 2011. Cette hausse se comprend en premier lieu comme le résultat d'une dynamique propre à ce domaine, notamment en raison de la densité de spécialistes dans ce secteur (Schleiniger et Blöchliger 2012). Par ailleurs, il n'est pas exclu que cette hausse reflète en partie un report du stationnaire vers l'ambulatoire, notamment en lien avec l'introduction des DRG.

Les frais de soins à domicile (organisations Spitex) sont les deuxièmes coûts à avoir le plus augmenté depuis 2008 dans le canton de Fribourg avec une moyenne annuelle de 8,0%. Ces coûts ne représentent que 1,9% du total des coûts. Cette augmentation correspond bien à la tendance actuelle de développer les soins à domicile par rapport à la prise en charge en EMS.

La troisième plus forte augmentation des coûts depuis 2008 s'observe pour les frais de laboratoires (6,4%), frais qui ne représentent que 2,7% du total des coûts de l'AOS.

Les coûts des médicaments prescrits par les médecins ont augmenté de 5,9% depuis 2008, augmentation supérieure à la hausse moyenne des coûts. Le taux de croissance annuel des coûts des traitements ambulatoires des médecins a été de 4,2%. Cette hausse s'est produite dans un contexte de levée de la clause du besoin, pour les médecins de premier recours (généralistes, internistes, pédiatres) en 2010 et pour tous les autres médecins (spécialistes) en 2012. L'augmentation des coûts concernant les physiothérapeutes et les pharmacie et centres de remise LiMA a été inférieure à l'augmentation moyenne des coûts (respectivement 2,6% et 1,9%).

Dans le domaine stationnaire, les frais des hôpitaux ont augmenté entre 2008 et 2012 de 0,8%. Ces coûts ont augmenté respectivement de 4,6%, 1,1% et 3,7% entre 2009 et 2011 puis ont baissé de 5,7% entre 2011 et 2012. Ces variations peuvent s'expliquer par des retards de facturation entraînant des reports des coûts d'une année à l'autre du fait de l'introduction en 2012 des forfaits par cas en fonction du diagnostic (Swiss-DRG), dans le cadre du nouveau système de financement hospitalier prévu par la LAMal. Les coûts présentés

pour 2012 reflètent donc également des changements liés au système de financement, par exemple dans la répartition des coûts entre les cantons et les assureurs ou l'intégration des investissements dans la rémunération des prestations. Dans ce contexte, il est difficile d'interpréter clairement cette diminution des coûts en 2012, et les comparaisons entre cantons ou la confrontation avec les données pour l'ensemble de la Suisse doivent être menées avec prudence. Au vu des données disponibles, il est peu probable que cette diminution des coûts s'explique par une baisse du recours aux prestations stationnaires (voir chapitre 5).

Sachant que de manière générale, l'AOS ne constitue qu'une source mineure de financement des EMS (environ 18% des coûts en 2012) (OFS 2014b), les coûts des EMS constituent dans le canton de Fribourg une part bien plus faible des coûts totaux de l'AOS par rapport à la moyenne suisse (FR: 7,5%, CH: 13,2%). Ces coûts n'ont que peu augmenté sur la période de 2008 à 2012 (0,2%). Cette stabilisation pourrait s'expliquer par un changement au niveau des échelles d'évaluation des soins dans le canton.

La répartition des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire du canton s'est légèrement modifiée avec 71,4% provenant du secteur ambulatoire en 2012 (respectivement 68,3% en 2008)⁶². Ces chiffres ne permettent toutefois pas de se prononcer quant à un possible transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire⁶³. Au total, pendant les cinq années étudiées, les coûts ont nettement plus augmenté dans le secteur ambulatoire (hausse moyenne annuelle de 4,5%) que dans le secteur stationnaire (0,7%). Pour l'ensemble de la Suisse, le taux d'augmentation était plus fort entre 2008 et 2012 dans le secteur ambulatoire (3,9%) que dans le secteur stationnaire (2,4%). Cela peut se justifier par les retards de facturation dans le secteur hospitalier, évoqués ci-dessus, rendant difficile la comparaison entre cantons.

⁶² Le terme «stationnaire» regroupe les prestations stationnaires dans les hôpitaux et les prestations des EMS, tandis que la catégorie «ambulatoire» couvre tous les autres fournisseurs de prestations et types de prestations.

⁶³ Voir la publication de l'Obsan: Roth S, Pellegrini S. (2015) Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? Obsan Rapport 68. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Tab. 6.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations,
canton de Fribourg et Suisse, 2008–2012 (en millions de francs)

	FR							CH	
	2008	2009	2010	2011	2012	2012, part en %	Evolution moyenne annuelle 2008–2012, en %	2012, part en %	Evolution moyenne annuelle 2008–2012, en %
Hôpitaux	173,4	181,3	183,3	190,0	179,2	21,1	0,8	22,7	2,8
Prestations stationnaires									
Prestations ambulatoires	109,5	118,9	127,4	140,8	152,4	17,9	8,6	18,2	7,4
Total des prestations	282,9	300,2	310,7	330,8	331,6	39,0	4,0	40,9	4,7
Médecins	153,6	164,2	172,2	172,5	181,3	21,3	4,2	20,8	3,8
Traitements									
Médicaments	14,8	17,1	18,1	18,0	18,6	2,2	5,9	6,3	1,5
Autres prestations	17,8	17,1	15,2	17,2	17,5	2,1	-0,4	2,0	-1,0
Total médecins	186,2	198,3	205,5	207,7	217,4	25,5	3,9	29,1	2,9
Etablissements médico-sociaux (EMS)	63,2	65,4	66,6	67,5	63,9	7,5	0,2	13,2	1,4
Pharmacie et centres de remise LIMA	147,0	153,6	154,8	154,0	158,7	18,7	1,9	2,4	2,0
Physiothérapeutes	14,8	15,3	16,3	15,7	16,4	1,9	2,6	2,4	3,3
Laboratoires	17,6	17,8	19,3	21,2	22,6	2,7	6,4	7,0	5,0
Soins à domicile (organisations Spitex)	11,9	13,0	14,0	14,8	16,2	1,9	8,0	2,3	6,3
Autres prestataires	22,7	23,8	25,6	22,1	24,2	2,8	1,5	2,7	-0,1
Total	746,4	787,6	812,7	833,8	850,9	100,0	3,3	100,0	3,4

Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012/Institution commune LAMal. Statistique de la compensation des risques/Analyse Obsan

© Obsan 2016

La participation aux coûts est la plus élevée pour les analyses de laboratoires et les traitements des médecins

Les personnes assurées participent aux coûts de l'assurance obligatoire des soins via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier⁶⁴. Dans le canton de Fribourg, en 2012, les participations aux coûts enregistrées dans le pool de données s'élevaient à 126,4 millions de francs: les habitants de ce canton ont payé 14,9% des coûts de l'AOS directement sous forme de participation aux coûts. Entre 2008 et 2012, dans le canton, la participation aux coûts s'est maintenue à un peu moins de 15% des coûts bruts de l'AOS (entre 14,5% et 14,9%). Pour l'ensemble de la Suisse, la proportion a varié entre 14,1% et 14,5% et est donc restée légèrement inférieure à celle observée dans le canton de Fribourg.

La répartition de la participation aux coûts enregistrée varie suivant les catégories de prestations. Ainsi, dans le canton de Fribourg, la participation aux coûts des personnes assurées est la plus élevée pour les examens de laboratoire (28,7%) et pour les traitements des médecins en cabinet (23,4%). Le pourcentage est nettement plus faible dans le secteur hospitalier stationnaire (6,3%), pour les prestations d'aide et de soins à domicile (5,6%) et surtout pour les prestations en EMS (3,8%). Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par le fait que les patientes et les patients sollicitant les prestations citées sont tendanciellement plus âgés et choisissent donc une franchise ordinaire de 300 francs. D'autre part, les frais moyens par traitement dans le secteur stationnaire et dans le secteur des soins à long terme sont généralement supérieurs aux frais des prestations liées à un traitement ambulatoire. La part relative de la participation aux coûts de ce groupe de prestations est donc inférieure.

Les coûts AOS sont inférieurs à la moyenne dans le canton de Fribourg

Par rapport à l'ensemble de la Suisse, les coûts bruts de l'AOS par habitant dans le canton de Fribourg sont inférieurs à la moyenne (Tab. 6.2): en 2012, dans le canton, 2951 francs par personne assurée ont été pris en charge par l'assurance de base pour les prestations médicales, soit 308 francs de moins (ou 9,5% de moins) que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Fribourg, un peu moins des trois-quarts des coûts de l'AOS (71,4%) correspondent au secteur ambulatoire, ce qui est assez proche de la moyenne suisse (70,2%). Entre les différents cantons suisses, les coûts par assuré présentent une plus grande variation dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. Dans le canton de Fribourg, les coûts par assuré dans le domaine ambulatoire sont légèrement plus faibles qu'au niveau suisse (FR: 2108 francs, CH: 2289 francs). Il en est de même pour les coûts dans le domaine stationnaire (FR: 843 francs, CH: 970 francs).

En moyenne suisse, les coûts bruts de l'AOS par assuré sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes. Cette différence est essentiellement due à leur plus longue espérance de vie et aux coûts liés à la grossesse et à l'accouchement (Camenzind et Meier 2004). Dans la moyenne suisse, on trouve une différence d'environ 600 francs par assuré d'écart entre les deux sexes dans le domaine ambulatoire. Dans le canton de Fribourg, cette différence est légèrement inférieure (540 francs). Les données de l'ESS montrent que dans le canton de Fribourg, 72,0% des hommes ont consulté un médecin en 2012 (71,3% en 2007) et 87,4% des femmes (83,9% en 2007, voir chapitre 5, recours aux soins). Un écart entre les sexes apparaît également dans le domaine stationnaire mais il y a très peu de différence (136 francs) entre le canton de Fribourg et la moyenne suisse.

⁶⁴ Les frais éventuellement réglés en sus par les personnes assurées, sur leurs propres deniers (prestations «out of pocket») ne sont pas comptés dans les coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici. En font par exemple partie les contributions aux coûts des séjours en EMS. La participation aux coûts peut varier de façon aléatoire suivant les fournisseurs de prestations, étant donné qu'elle est déduite des premières factures transmises dans l'année. De plus, les personnes assurées peuvent influencer sur leur participation aux coûts, par exemple en baissant leur franchise si elles prévoient un traitement médical plus important l'année suivante.

Tab. 6.2 Coûts bruts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et stationnaire, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (en francs)

		Ambulatoire		Stationnaire		Total	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		2108	2289	843	970	2951	3260
Sexe	Femmes	2378	2589	986	1122	3364	3711
	Hommes	1838	1982	699	815	2537	2797
Age	0–15 ans	794	850	114	154	908	1004
	16–35 ans	1161	1240	356	398	1518	1638
	36–50 ans	1782	1864	404	471	2186	2334
	51–65 ans	3060	2923	810	891	3870	3814
	66 ans et plus	4931	5080	3522	3383	8453	8463

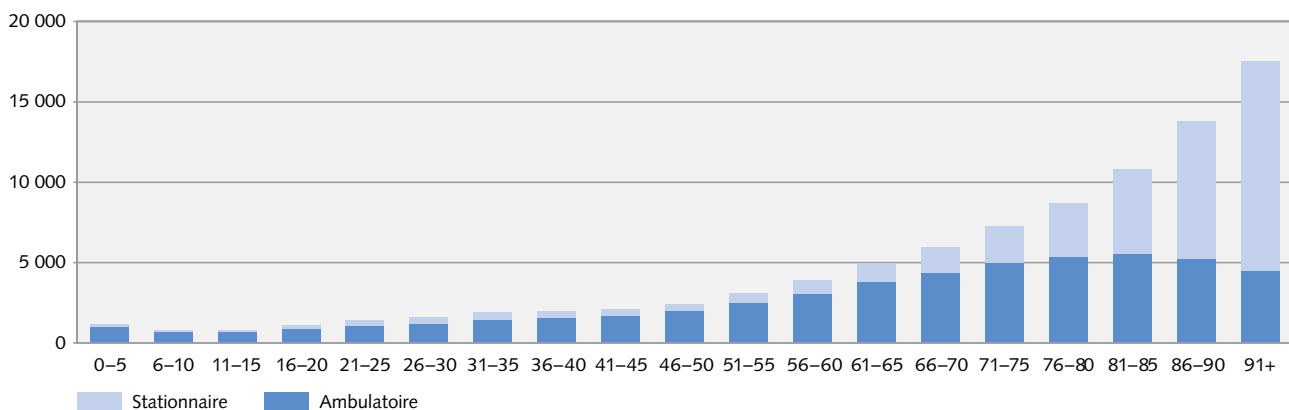
Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012/Analyse Obsan

© Obsan 2016

Les prestations de l'AOS sont aussi plus sollicitées et plus nécessaires au fur et à mesure que l'âge augmente. Ainsi, en 2012, une personne de moins de 15 ans coûtait en moyenne, dans le canton de Fribourg, neuf fois moins (908 francs) qu'une personne de plus de 66 ans (8453 francs). Ce rapport est plus bas en moyenne suisse (1:8,4). Dans le domaine stationnaire, les coûts pour le canton de Fribourg ventilés par tranche d'âge sont tous légèrement plus bas que la moyenne suisse, excepté pour les personnes âgées de 66 ans et plus pour lesquelles les coûts sont supérieurs d'environ 140 francs par rapport à la moyenne suisse.

En considérant les coûts AOS par tranche d'âge de cinq ans (Fig. 6.1), l'impact du principe de solidarité entre les générations, tel qu'inscrit dans la LAMal, peut être évalué. En effet, la LAMal prévoit que pour

les assurés de plus de 25 ans révolus, les primes ne peuvent être différenciées selon l'âge alors que dans le même temps, on constate une nette augmentation des coûts AOS au fur et à mesure que l'âge augmente. La tranche d'âge allant de 0 à 5 ans fait exception, étant donné les coûts liés aux naissances. Les coûts des prestations ambulatoires s'accroissent jusqu'à la tranche d'âge de 81 à 85 ans, pour ensuite présenter une légère baisse. Dans le secteur stationnaire, on constate une hausse des coûts presque exponentielle à travers les tranches d'âge. Les prestations stationnaires sont notamment plus sollicitées par les tranches d'âge élevées. Ainsi, dans le canton de Fribourg, la part des prestations stationnaires dans l'ensemble des coûts par habitant passe de 11,6% pour la tranche d'âge des 6 à 10 ans à 74,4% pour les plus de 91 ans.

Coûts bruts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et stationnaire, par groupe d'âge de 5 ans, canton de Fribourg, 2012 (en francs)**Fig. 6.1**

Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2016

Les coûts AOS par habitant dans le canton de Fribourg affichent le quinzième rang au niveau suisse (2951 francs) (Fig. 6.2). Les coûts annuels les plus élevés sont enregistrés dans les cantons de Genève (4179 francs) et de Bâle-Ville (4353 francs). Pour le canton de Fribourg, le montant des coûts AOS est moins élevé de 308 francs par rapport à la moyenne suisse et plus élevé de près de 570 francs par rapport au canton présentant les coûts les plus faibles (AI: 2380 francs par assuré).

Cette position relativement basse dans le classement est notamment due au fait que le canton de Fribourg présente les coûts de l'AOS pour toutes les catégories inférieurs à la moyenne suisse. La densité médicale dans le secteur ambulatoire n'est pas particulièrement élevée au sein du canton. En 2012, on comptait en effet 7,1 médecins spécialistes exerçant en cabinet privé pour 10'000 habitants dans le canton de Fribourg, contre 11,5 en moyenne suisse et 6,1 médecins de premier recours (CH: 9,3, Tab. 1.5, (FMH 2012)). Les coûts dans le secteur stationnaire se situent au vingt-quatrième rang, ce qui pourrait provenir, comme nous l'avons déjà mentionné, d'un retard dans la prise en compte des factures pour l'année 2012. Ils se situent en dix-neuvième place pour les prestations ambulatoires à l'hôpital.

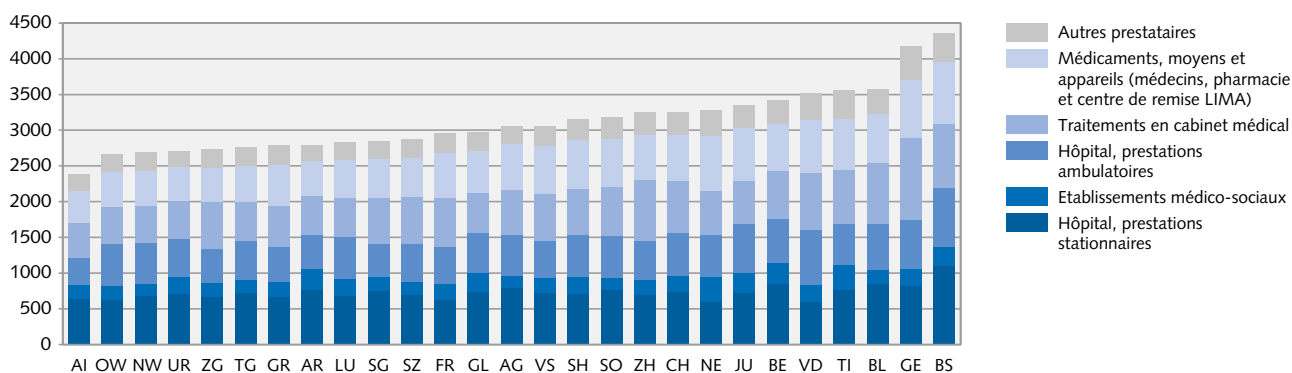
Dans la catégorie des autres fournisseurs de prestations ambulatoires, en comparaison transversale, le canton de Fribourg affiche le quinzième rang pour les coûts cantonaux par personne assurée (275 francs). Environ 70% de ces coûts sont liés aux organismes d'aide et de soins à domicile, aux physiothérapeutes et aux laboratoires.

6.2 Primes AOS et modèles d'assurance

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont essentiellement financées par les primes des personnes assurées, auxquelles s'ajoute la participation aux coûts. Dans cette partie, les différences cantonales en matière de primes sont analysées et les dépenses que représentent ces dernières dans le canton de Fribourg en fonction des modèles d'assurance choisis sont examinées. Les réductions cantonales de primes sont aussi brièvement abordées. Les valeurs mentionnées concernent toujours des personnes assurées adultes (de 26 ans et plus) habitant le canton de Fribourg. La présentation suivante s'appuie sur le volume des primes calculé à partir du pool de données de SASIS SA. Sont considérées les primes conformes au tarif de l'offre, à savoir les primes avant déduction de la réduction de prime individuelle, mais après les déductions liées à la franchise à option, au modèle d'assurance alternatif et à l'exclusion du risque accident. Les présentes valeurs ne peuvent donc pas être directement comparées avec celles des primes moyennes publiées en automne par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la procédure annuelle d'approbation des primes.

Répartition des coûts de l'AOS, par assuré, par catégorie de prestation et par canton, 2012 (en francs)

Fig. 6.2



Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2016

Les primes d'assurance-maladie dans le canton de Fribourg sont légèrement plus basses qu'en moyenne suisse

Dans le canton de Fribourg, les primes annuelles pour adultes de l'AOS sont passées de 2894 francs en 2008 à 3488 francs en 2012 (Fig. 6.3), ce qui correspond à une hausse moyenne annuelle de 4,8%. Pendant la même période, en Suisse, les primes ont augmenté en moyenne de 4% chaque année, passant de 3116 à 3648 francs. Dans le canton de Fribourg, on observe donc un niveau moyen de primes légèrement inférieur à la moyenne, mais une augmentation relative des primes au cours de ces cinq dernières années supérieure à l'accroissement moyen en Suisse. Avec le canton du Valais, le canton de Fribourg présente le niveau de primes le plus bas en Suisse romande. Le canton de Bâle-Ville affiche le niveau de primes le plus élevé en Suisse avec 4911 francs par assuré, soit une hausse annuelle moyenne de 4,4% depuis 2008. Les primes les plus basses se trouvent dans les cantons de Suisse centrale et orientale (Appenzell Rhodes-Intérieures, Nidwald, Obwald Appenzell Rhodes-Extérieures) avec des montants annuels oscillant entre 2691 et 2894 francs.

Le 12 septembre 2014, le Conseil fédéral a adopté l'Ordonnance sur la correction des primes qui doit permettre de compenser partiellement les primes d'assurance-maladie payées en trop par rapport aux coûts des prestations médicales dans certains cantons depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Afin de connaître l'excédent ou le manque de primes par canton, le rapport entre les prestations nettes (sans la participation aux frais) et les primes est calculé pour l'ensemble des assurés, par année et par personne assurée. Les primes payées en trop ou en insuffisance sont calculées sur la

Description des modèles d'assurance LAMal pour adultes

- **Modèle standard avec franchise ordinaire:** assurance de base avec une contribution annuelle aux coûts (franchise) de 300 francs pour la personne assurée.
- **Modèle standard avec franchise à option:** modèle d'assurance permettant de réduire les primes si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs).
- **Modèles de médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles:** modèles de médecin de famille, dans lesquels la facturation à la personne assurée ou à l'assureur est établie pour chacune des prestations fournies, suivant les tarifs en vigueur.
- **Modèles avec capitation:** modèles HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.
- **Télé-médecine:** modèle d'assurance dans lequel les patientes et les patients se font systématiquement conseiller d'abord par téléphone quand ils ont un problème de santé (sauf urgences).
- **Assurance avec bonus:** une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.

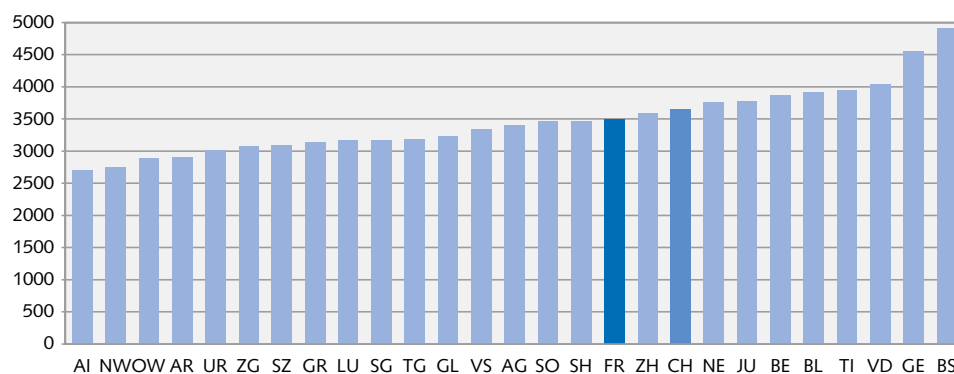
base des écarts affichés avec le quotient de la Suisse pour chaque année (OFSP 2014c).

Selon ces calculs, le canton de Fribourg aurait payé 42,8 millions de francs en trop entre 1996 et 2013. Il est prévu que ces primes payées en trop soient redistribuées aux assurés du canton de Fribourg au cours des années 2015 à 2017.

Au total, neuf cantons recevront une bonification pour un total de 800 millions de francs. Ces remboursements seront financés à hauteur d'un tiers par la Confédération, d'un tiers par les assureurs et d'un tiers par les assurés des treize cantons devant s'acquitter d'un supplément.

Primes annuelles AOS par assuré, selon le canton, 2012
(assurés de 26 ans et plus en francs)

Fig. 6.3



Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2016

L'écart entre les primes peut atteindre 2400 francs par année selon le modèle d'assurance, le niveau de prime et la région de prime

Pour un canton donné, le montant des primes dépend principalement du modèle d'assurance choisi (ex.: modèle standard ou modèle d'assurance alternatif) et du niveau de la franchise annuelle, avec des primes plus basses lorsque cette franchise est plus élevée. Le tableau 6.3 présente les primes moyennes annuelles par personne assurée, en fonction du modèle d'assurance, du niveau de franchise et de la région de prime. Il y a deux régions de primes dans le canton de Fribourg: la région 1 couvre les communes du district de la Sarine, la région 2 toutes les autres communes⁶⁵. Il convient de noter que les primes

peuvent passablement varier suivant l'assureur choisi et qu'il s'agit ici d'une moyenne intégrant tous les assureurs-maladie actifs dans le canton.

Pour tous les modèles d'assurance et niveaux de franchise, le canton de Fribourg affiche des primes moyennes inférieures à celles observées pour l'ensemble de la Suisse. En 2012, dans le canton de Fribourg, la prime moyenne pour les adultes oscillait entre 2115 et 4511 francs selon la région de prime, le modèle d'assurance et le niveau de prime. C'est avec le modèle standard avec franchise ordinaire que les primes moyennes sont les plus élevées alors que les modèles de médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles et franchises à 2000 ou 2500 francs offrent les primes les

Tab. 6.3 Primes annuelles AOS par assuré selon les modèles d'assurance AOS, les régions de prime et le niveau de prime, canton de Fribourg et Suisse, 2012 (assurés de 26 ans et plus en francs)

		FR				CH	
		Région de prime 1 en CHF	Région de prime 2 en CHF	Prime moyenne en CHF	Part des assurés en %	Prime moyenne en CHF	Part des assurés en %
Modèle standard LAMal	Franchise ordinaire (300 CHF)	4511	4088	4243	22,7	4493	23,8
	Franchise basse (500 CHF)	4367	3966	4089	14,5	4448	9,7
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3586	3198	3314	6,9	3585	6,1
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2773	2410	2538	5,0	2808	5,9
Modèle de médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles	Franchise ordinaire (300 CHF)	3895	3551	3671	13,4	3821	13,8
	Franchise basse (500 CHF)	3735	3367	3509	8,4	3740	5,6
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3060	2754	2844	10,9	2989	7,5
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2356	2115	2203	7,3	2417	8,5
Modèle avec capitation (HMO, médecin de famille avec capitation)	Franchise ordinaire (300 CHF)	3688	3341	3467	0,8	3715	4,0
	Franchise basse (500 CHF)	3520	3224	3314	0,9	3526	1,5
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	2908	2584	2678	1,5	2710	3,3
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2438	2147	2249	0,7	2452	2,3
Modèle d'assurance avec télé-médecine	Franchise ordinaire (300 CHF)	3835	3547	3669	1,7	3842	2,2
	Franchise basse (500 CHF)	3093	3081	3084	0,1	3131	0,1
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3076	2766	2871	1,5	3008	1,9
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2301	2161	2229	2,1	2455	2,7
Assurance avec bonus	Franchise ordinaire (300 CHF)	3685	3443	3529	1,0	3713	1,0
Total		3721	3366	3488	100	3648	100

Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012/Analyse Obsan

© Obsan 2016

⁶⁵ La répartition exacte des régions de primes au niveau communal peut être consultée sur le site: www.priminfo.ch (consulté le 4.11.2014)

plus basses dans le canton. Sans tenir compte de la participation des assurés aux frais, il existe donc un potentiel d'économie considérable pour les individus payant les primes les plus élevées. Les modèles avec capitation proposent des primes proches des modèles de médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles.

Plus les franchises choisies sont élevées, plus les primes moyennes sont faibles. Ainsi, dans le canton de Fribourg, une réduction moyenne des primes comprise entre 35,1% (modèles avec capitation) et 40,2% (modèles standard LAMal) peut être réalisée, en choisissant une franchise de 2000 ou 2500 francs au lieu d'une franchise ordinaire. Pour tous les modèles, le potentiel d'économie est plus important qu'en moyenne suisse.

La moitié de la population fribourgeoise choisit des modèles d'assurance alternatifs

Comme le montre la figure 6.4, entre 2008 et 2012, la souscription au modèle d'assurance standard LAMal a chuté en Suisse, passant de 76,6% à 45,6%, soit un transfert de plus d'un tiers des personnes initialement assurées au modèle standard vers des modèles d'assurance alternatifs. Une partie de ce recul s'explique par le fait que le modèle d'assurance avec la télémédecine n'est enregistré comme catégorie dans le pool de données que depuis 2010. En 2012, 7,8% de la population suisse avait adopté un tel modèle.

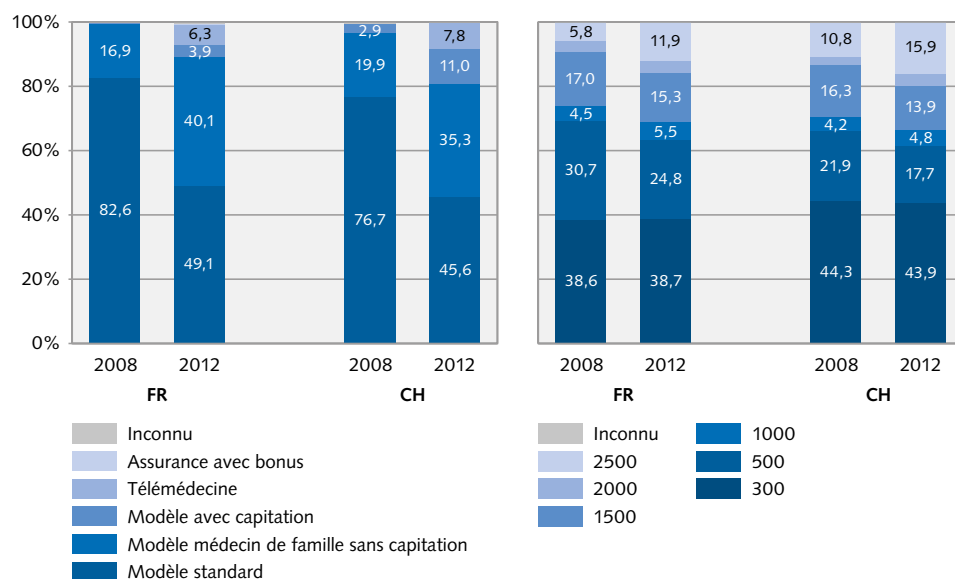
Dans le canton de Fribourg où le modèle standard LAMal dominait encore plus en 2008, le recul a aussi été très important, passant de 82,5% à 49,1% des assurés en 2012.

Parmi les modèles alternatifs, celui du médecin de famille avec facturation selon les prestations individuelles est, comme dans la moyenne suisse, celui dont le nombre d'adhésions a le plus fortement augmenté depuis 2008. En 2012, plus de 40% des habitants du canton de Fribourg avaient souscrit à ce modèle (CH: 35,3%). Le modèle avec capitation comprend 3,9% des assurés du canton en 2012, ce qui est nettement plus bas que la moyenne suisse (11,0%). Une proportion de 6,3% des habitants du canton de Fribourg ont souscrit à un modèle avec télémédecine (contre 7,8% en moyenne suisse). L'assurance avec bonus est quant à elle très peu répandue, que ce soit dans le canton de Fribourg ou dans toute la Suisse (FR: 0,1%, CH: 0,1%).

Dans le canton de Fribourg, comme dans l'ensemble de la Suisse, la franchise ordinaire de 300 francs pour les adultes est la plus répandue. Entre 2008 et 2012, dans le canton de Fribourg, sa proportion, tous modèles d'assurance confondus, est restée identique (de 38,6% à 38,7%) alors que dans le même temps, la moyenne suisse passait de 44,3% à 43,8%.

Part des personnes assurées, selon le modèle d'assurance et le niveau de franchise, canton de Fribourg et Suisse, 2008 et 2012 (assurés de 26 ans et plus, en %)

Fig. 6.4



Source: SASIS SA – Pool de données annuel 2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2016

De manière générale, les habitants du canton de Fribourg tendent à adopter des modèles d'assurance avec des niveaux de franchise plus élevés. En 2012, un peu moins des deux tiers (63,5%) des assurés ont opté pour un modèle avec une franchise annuelle de 500 francs ou moins contre 69,3% en 2008. A l'autre extrême, on observe un doublement du choix de la franchise la plus élevée, de 2500 francs (2008: 5,8%, 2012: 11,9%). Au niveau suisse, ces pourcentages respectifs sont passés de 10,8% à 15,9%.

Que ce soit dans le canton de Fribourg ou pour la Suisse entière, les personnes assurées changent rarement d'assureur. Ainsi, un quart environ de la population interrogée dans le cadre de l'enquête ESS a reconnu avoir changé d'assurance-maladie ces trois dernières années (FR: 23,4%; CH: 26,5%). La raison invoquée dans la plupart des changements était le niveau trop élevé des primes. Que ce soit dans ce canton ou dans l'ensemble de la Suisse, les personnes interrogées ont rarement justifié ce changement par un mauvais service ou par d'autres raisons.

Près de 30% des Fribourgeois obtiennent une réduction de prime

Les personnes de condition économique modeste sont soutenues par la Confédération et par les cantons par le biais d'une réduction de prime individuelle. Depuis la Réforme de la péréquation financière (RPT) en 2008, la participation de la Confédération ne dépend plus de la capacité financière des cantons mais correspond à un pourcentage fixe des coûts de l'AOS (7,5%), réparti entre les cantons en fonction de la population (Kägi et al. 2012; OFSP 2014b). Les cantons complètent cette part de la Confédération avec leurs propres moyens, ce qui explique que les systèmes de réduction de prime cantonaux soient très différents les uns des autres.

29,1 % des habitantes et habitants du canton de Fribourg ont pu bénéficier en 2012 d'une réduction de prime conforme à la LAMal (Tab. 6.4). La moyenne pour l'ensemble de la Suisse (29,0% des personnes assurées) est identique. Dans le canton de Fribourg, en 2012, au total 159,8 millions de francs ont été consacrés aux prestations de réduction de prime, financés à hauteur de 52,9% par le canton et à hauteur de 47,1% par la Confédération. Par rapport à 2008, la contribution du canton a augmenté de 3 points de pourcentage. Dans la moyenne suisse, cette proportion moyenne des contributions cantonales s'élevait en 2012 à 45,8% et augmentait de 0,5 point de pourcentage par rapport à 2008. Avec un montant moyen de 1905 francs par bénéficiaire, le canton de Fribourg se situait en 2012 au-dessus de la moyenne suisse (1719 francs). Si l'on ramène ces contributions au total des primes brutes de tous les assurés, cela revient à une contribution moyenne de 554 francs par personne dans le canton de Fribourg, soit 19,2% du volume total des primes, un pourcentage supérieur à la moyenne suisse (16,1%).

6.3 Résumé

Ce chapitre a premièrement abordé la question des coûts de la santé pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), mettant en parallèle les résultats pour le canton de Fribourg avec ceux de la population suisse dans sa globalité. Avec 2951 francs par assuré, le canton de Fribourg présente des coûts de l'AOS par assuré inférieurs de 308 francs à la moyenne suisse. Les coûts ont augmenté de manière similaire à la moyenne suisse (FR: 3,3% de croissance annuelle moyenne depuis 2008, CH: 3,4%). Pour la période 2003–2007, l'augmentation était nettement plus importante (FR: 5,7%, CH: 4,5%) (Obsan 2010).

Tab. 6.4 Réduction des primes AOS, canton de Fribourg et Suisse, 2008 et 2012

		Proportion de bénéficiaires, en %	Total des contributions à l'AOS en millions de francs	Contribution du canton, en %	Contribution moyenne par bénéficiaire en francs	Contribution moyenne par personne assurée en francs	En % des primes brutes de tous les assurés
FR	2008	28,1%	119,8	49,0%	1595	446	18,9%
	2012	29,1%	159,8	52,9%	1905	554	19,2%
CH	2008	28,6%	3253,9	45,3%	1498	426	16,4%
	2012	29,0%	3967,7	45,8%	1719	497	16,1%

Les données sur les réductions de primes AOS ne comprennent pas les paiements des cantons pour les cessations de paiement en souffrance dans l'AOS.

Source: OFSP, Statistique de l'assurance-maladie, SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2016

Environ deux cinquièmes des coûts (39,0%) de l'AOS correspondent à des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux. Il est toutefois difficile d'interpréter l'évolution de ces coûts au cours des dernières années, notamment en raison de l'introduction du nouveau système de financement hospitalier en 2012. Les coûts de traitement des médecins, qui constituent un autre poste budgétaire important de l'AOS (21,3%), ont connu une augmentation supérieure à la moyenne entre 2008 et 2012. Dans le canton de Fribourg, les coûts AOS des EMS ne représentent que 7,5% des frais de l'AOS, contre 13,2% en moyenne suisse.

Dans un deuxième temps, les modèles d'assurance auxquels souscrivent les habitants du canton de Fribourg, ainsi que le montant des primes qui y sont associées ont été présentés. A nouveau, le canton de Fribourg affiche des primes annuelles légèrement plus basses que la moyenne suisse. Elles s'élèvent à 3488 francs par assuré de 26 ans et plus en 2012. Plus de 80% des assurés dans le canton de Fribourg choisissaient le modèle d'assurance standard suivant la LAMal en 2008. Ils ne sont plus que 49,1% en 2012. Le modèle du médecin de famille a gagné du terrain en rassemblant 40,1% des assurés fribourgeois en 2012 contre 16,9% en 2008. La proportion de la population fribourgeoise qui opte pour des franchises à 300 francs (environ 39%) n'a pas évolué depuis 2008, par contre celle qui a choisi une franchise de 2500 francs a doublé (de 5,8% à 11,9%).

La proportion de bénéficiaires d'une réduction de prime est restée similaire dans le canton de Fribourg entre 2008 et 2012 (28,8% à 29,1%), mais la contribution moyenne par bénéficiaire a augmenté de 328 francs. En pourcentage des primes brutes de tous les assurés, la contribution dans le canton de Fribourg (19,2%) est légèrement plus importante qu'en moyenne suisse (16,1%).

Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne (AFVQ)

Activités dont l'accomplissement est important pour une vie indépendante telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc. (basic activities of daily living en anglais).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Activités qui impliquent des aspects du fonctionnement cognitif et social telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics (IADL, instrumental activities of daily living en anglais).

Aide informelle

Aide et soins au domicile par des proches, amis ou voisins. Parallèlement à l'aide informelle, il existe aussi une aide formelle, qui est fournie par les services de l'aide et des soins professionnels (voir Spitex).

Capitation

La capitation désigne un forfait par personne assurée préétabli pour les prestations médicales. Les fournisseurs de prestations sont indemnisés indépendamment du fait que la personne assurée ait eu ou non recours aux soins.

Comorbidité

La présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Echantillon

Sous-ensemble de l'univers de référence sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

Espérance de vie

Nombre moyen d'années restant à vivre à un âge déterminé, dans les conditions actuelles de mortalité par âge de l'année considérée.

Examens de dépistage

Examen dans un but de détection précoce d'une maladie (éventuellement déjà présente).

Facteur de risque

Caractéristique individuelle ou liée à son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

Franchise

La franchise est une participation aux coûts de la personne assurée qui est définie en Suisse dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La franchise minimale pour un adulte se monte à 300 francs par année civile. Une franchise plus élevée, jusqu'à 2500 francs, peut aussi être choisie. La personne assurée doit prendre en charge elle-même les coûts pour les prestations médicales jusqu'au montant annuel prévu.

Incidence (épidémiologie)

Nombre de nouveaux cas observés d'une maladie donnée dans une population donnée pendant une durée donnée. L'incidence est souvent exprimée par un taux pour 100'000 habitantes et habitants par an.

Indice de masse corporelle

Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit: $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$

Intervalle de confiance

Comme les enquêtes par échantillonnage ne comprennent qu'une part de la population étudiée (univers de référence), les résultats sont toujours entachés d'une certaine incertitude. Pour quantifier cette incertitude, un intervalle de confiance peut être calculé. C'est une plage de valeurs qui comprend la vraie valeur des résultats (p. ex. la moyenne ou la fréquence) avec une probabilité définie à l'avance. Une probabilité de 95% est souvent choisie. Cela signifie que par le tirage d'un nombre infini d'échantillons de la population de base, la vraie valeur a une probabilité de 95% de se trouver dans l'intervalle de confiance calculé.

Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

Mammographie

La mammographie est un examen radiographique particulier de la poitrine féminine, qui est souvent employé pour la détection précoce du cancer du sein.

Multimorbidité

La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus. Contrairement à la comorbidité, il n'y a pas de maladie associée à un trouble ou une maladie primaire.

Obésité

Forte surcharge pondérale ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Prévalence

Fréquence de tous les cas d'une maladie considérée dans une population à un moment précis.

Prévalence sur la vie

Proportion de personnes à un jour donné qui ont déjà été concernées par un certain événement ou une maladie (p. ex. proportion de personnes dans une population donnée qui ont déjà consommé une certaine drogue).

Prévention

Ensemble des mesures visant à empêcher l'apparition ou la propagation de maladies ou d'accidents. Les mesures préventives peuvent s'adresser à toute une population, à certains groupes ou aux individus. Au niveau de la prévention des maladies, la détection précoce et la réduction des facteurs de risque de certaines maladies sont prioritaires.

Quote-part

Dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la quote-part consiste en une participation aux coûts de la part des personnes assurées. Quand la personne assurée a atteint la limite de sa franchise (voir franchise), une personne adulte prend elle-même en charge 10% des coûts des prestations médicales jusqu'à un maximum de 700 francs par année civile.

Représentativité

Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de référence pour les principales variables considérées (p. ex. sexe, âge, formation).

Ressources de santé

Ressources d'une personne qui peuvent atténuer ou prévenir les problèmes de santé. Les ressources de santé sont d'une part les caractéristiques personnelles d'un individu (satisfaction, sentiment de maîtrise, etc.) et d'autre part les caractéristiques de son environnement (disposition d'une personne de confiance, soutien social, etc.).

Revenu d'équivalence du ménage

Revenu de chacun des membres d'un ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et de l'âge de ses membres.

Sentiment de maîtrise

Impression subjective de pouvoir, dans certaines situations, piloter et organiser sa vie de manière autonome ou au contraire d'être déterminé par des influences extérieures comme le hasard, le destin ou la société.

Significativité

Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon (voir aussi intervalle de confiance).

Soins hospitaliers ambulatoires

Traitement à l'hôpital qui dure moins de 24 heures et durant lequel un lit n'est pas occupé.

Soutien social

Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

Spitex

Le terme de Spitex (abréviation de «spitalexterne Hilfe und Pflege», aide et soins extrahospitaliers) est très répandu en Suisse et comprend les organisations Spitex qui fournissent de l'aide et des soins au domicile des patientes et des patients (voir aussi aide informelle).

Taux de morbidité

Fréquence d'une maladie ou d'un symptôme dans une population à un moment précis rapporté à cette population.

Taux de mortalité

Nombre de décès rapporté à une population à un moment précis.

Taux standardisés par âge

Les comparaisons de taux de mortalité et de morbidité entre différentes régions et dans le temps sont possibles mais de manière limitée pour des raisons de structures d'âge différentes. C'est pourquoi les comparaisons régionales et temporelles sont souvent standardisées en fonction de l'âge. La population d'une région est considérée comme population de référence. Elle est appelée population standard (p. ex. la population standard européenne). Les taux spécifiques par âge sont donc pondérés par la structure d'âge correspondante de la population standard.

Traitement hospitalier

Traitement à l'hôpital qui dure au moins 24 heures ou durant lequel un lit est occupé pour la nuit.

Univers de référence

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex. «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence et seul un échantillon de données est collecté.

Bibliographie

- Addiction suisse (2013–2014). «Monitoring suisse des addictions. Cannabis.» Consulté le 30.09.2014, de www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html?cannabis.
- AEE (2010). L'environnement en Europe: état et perspectives 2010 – synthèse. Copenhague, Agence européenne pour l'environnement.
- Åkesson A., Larsson S. C., et al. (2014). «Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men. A Population-Based Prospective Cohort Study.» *Journal of the American College of Cardiology* 64(13): 1299–1306.
- Alzheimer Europe (2009). «Prevalence of dementia in Europe. Online im Internet: www.alzheimer-europe.org/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia2/Prevalence-of-dementia-in-Europe (accédé le 30.07.2014)».
- Andersen R. M. (1995). «Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?» *Journal of Health and Social Behaviour* Vol. 36, No. 1.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress, and coping*, Jossey-Bass.
- Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005). «Santé et vieillissement des immigrants.» *Retraite et société* 3(46): p. 89–129.
- Ayis S., Gooberman-Hill R., et al. (2003). «Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors.» *Age and ageing* 32(3): 265–272.
- Babitsch B., Gohl D., et al. (2012). «Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011.» *GMS Psycho-Social-Medicine* 2012 Vol. 9.
- Babor T., Caetano R., et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Bachmann N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé*. Obsan, Bulletin 1/2014, Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Baer N., Schuler D., et al. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. Obsan Rapport 56. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Becker C. et Rapp K. (2011). «Stürze in der Geriatrie.» *Der Internist* 52(8): 939–945.
- Benyamini Y. (2011). «Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists.» *Psychology & Health* 26(11): 1407–1413.
- Berchet C. et Jusot F. (2012). «État de santé et recours aux soins des immigrants: une synthèse des travaux français.» *Questions d'économie de la santé*(172): 1–7.
- Bisig B. et Gutzwiller F. (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überverworgung?* (Ruegger Eds)
- Bjartveit K. et Tverdal A. (2005). «Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day.» *Tobacco Control* 14(5): 315–320.
- Boes S., Marti J., et al. (2014). «The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland.» *Health Econ.*
- Bopp M. et Holzer B. M. (2012). «[Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources].» *Praxis (Bern 1994)* 101(25): 1609–1613.
- BPA (2014). *STATUS 2014. Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse*. Berne, Bureau de prévention des accidents.
- Brevik J. et Dalgard O. (1996). «The health profile inventory.» University of Oslo, Oslo.

- Brink M. (2011). «Parameters of well-being and subjective health and their relationship with residential traffic noise exposure – a representative evaluation in Switzerland.» *Environ Int* 37(4): 723–733.
- Brook R. D., Rajagopalan S., et al. (2010). «Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association.» *Circulation* 121(21): 2331–2378.
- Bullinger M., Kirchberger I., et al. (1995). «Der deutsche SF-36 health survey.» *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 3: 21–36.
- Bürli C., Amstad F., et al. (2015). *Santé psychique en Suisse. État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé.* Berne, Office fédéral de la santé publique.
- Burton-Jeangros C. (2009). *Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités.* M. Oris, E. Widmer, A. de Ribeaupierre et al. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes: 273–295.
- Cabrero-Garcia J. et Julia-Sanchis R. (2014). «The Global Activity Limitation Index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity.» *J Clin Epidemiol* 67(4): 468–476.
- Camenzind P. et Meier C. (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz.* Bern, Hans Huber.
- Camenzind P. et Sturny I. (2013). *Coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et recours à ses prestations en Suisse. Analyse des disparités cantonales et facteurs d'explication possibles.* Obsan Rapport 59. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Canguilhem G. (2009). *Le normal et le pathologique,* Presses universitaires de France.
- Cantoreggi N. (2010). *Pondération des déterminants de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse: étape 1: rapport final.* Genève: Université de Genève. Institut de l'environnement. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES): 58.
- CFHA (2013). *Les poussières fines en Suisse 2013.* Berne, Commission fédérale de l'hygiène de l'air.
- Collège d'expertise (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser.* Paris, Collège d'expertise.
- Dautzenberg B. (2001). *Le tabagisme passif. Rapport du groupe de travail DGS.*
- Deandrea S., Lucenteforte E., et al. (2010). «Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis.» *Epidemiology* 21(5): 658–668.
- Department of Health and Social Security (1980). *Inequalities in Health: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black.* London, DHSS.
- Department of Health P. A., Health Improvement and Protection (2011). *Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers.* URL: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf. London, UK. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection
- Desbaillet Y. E. (2010). «Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées.» *Gérontologie* 270(40): 2130–2134.
- Devaux M., Jusot F., et al. (2008). «Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé.» *Revue Française des Affaires Sociales*, 1: 29–47.
- DHHS U. (2006). *The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General.* Atlanta U.S. Department of Health and Human Services.
- Dourgnon P. et Lardjane S. (2007). «Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons.» *Economie et statistique*: 165–177.
- Ecoplan (2013). *Auswirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit – Berechnung von DALY für die Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Umwelt.* Altdorf und Bern, Ecoplan.
- Efionayi D. et Piguet E. (2011). *Partir ou rester? La migration dans le projet de vie des étudiants universitaires d'Afrique de l'ouest. Rapport de synthèse.* Neuchâtel, Institut de géographie et Forum Suisse des Migrations.
- Elena S., Kean Y. M., et al. (1998). «Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai, China.» *American Journal of Epidemiology* 147(9): 880–890.

- Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*. 375: 2215–2222.
- EU-OSHA (2014). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Luxembourg, European Agency for Safety and Health at Work.
- Eurofound (2012). Fifth European Working Condition Survey. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2011). Task Force on the revision of the Standard Population – State of the art. eurostat Technical Group. Causes of Death Statistics (TG COD), p. 12, eurostat.
- Eurostat European Commission (2013). Methodologies and Working papers: Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat's task force. eurostat, p. 121.
- Faeh D., Braun J., et al. (2009). «Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report.» *Swiss Med Wkly* 139(51–52): 752–756.
- Faeh D., Braun J., et al. (2011). «Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk.» *Eur J Epidemiol* 26(8): 647–655.
- Faeh D., Marques-Vidal P., et al. (2008). «Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed?» *Swiss medical weekly* 138(13–14): 204–210.
- Finucane M. M., Stevens G. A., et al. (2011). «National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants.» *Lancet* 377(9765): 557–567.
- Fischer B., Telser H., et al. (2014). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Berne, Polynomics.
- FMH (2012). Statistique médicale, Fédération des médecins suisses.
- Fondation Suisse de Cardiologie (2014a). «Diabète.» Consulté le 12.01.2015, de www.swissheart.ch/index.php?id=173&L=1.
- Fondation Suisse de Cardiologie (2014b). «Hypertension artérielle.» Consulté le 12.01.2015, de www.swissheart.ch/index.php?id=171&L=1.
- Fueglistler-Dousse S., Jeanrenaud C., et al. (2009). Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool. Neuchâtel, Université de Neuchâtel.
- Gardner J. W. et Sanborn J. S. (1990). «Years of potential life lost (YPLL)-what does it measure?» *Epidemiology* 1(4): 322–329.
- Gaumé C. (2009). Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltes au cours des années 1990, Presses universitaires de Louvain.
- Gmel G., Kuendig H., et al. (2013). Monitoring suisse des addictions. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. L'essentiel en bref. Lausanne, Suisse, Addiction Suisse.
- Grebner S., Berlowitz I., et al. (2011). Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse. Liens entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé. Résumé de l'étude sur le stress 2010. Berne, SECO.
- Grotenhermen F. (2007). «The toxicology of cannabis and cannabis prohibition.» *Chem Biodivers* 4(8): 1744–1769.
- Guggisberg J., Gardiol L., et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Office fédéral de la santé publique. Berne.
- Guggisberg J. et Spycher S. (2005). Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Güntensperger U., Pinzello-Hürliemann R., et al. (2010). «Primary care emergency services utilisation in German speaking Switzerland.» *Swiss Med Wkly* 140: 13111.
- Hall W. (2009). «The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy?» *Int J Drug Policy* 20(6): 458–466.
- Hall W. et Degenhardt L. (2009). «Adverse health effects of non-medical cannabis use.» *Lancet* 374(9698): 1383–1391.
- Hämmig O. et Bauer G. F. (2013). «The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities.» *BMC Public Health* 13: 1170.

- Hauri D., Lieb C., et al. (2009). Gesundheitskosten des Passivrauchens in der Schweiz. Bâle, Institut Tropical et de Santé Publique Suisse.
- Henchoz K., Cavalli S., et al. (2008). «Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association.» *Journal of Aging Studies* 22(3): 282–290.
- hepa.ch, OFSP, et al. (2013). Activité physique et santé des adultes. Recommandations pour la Suisse. Macolin, Office fédéral du sport
- Hess-Klein D. (2014). «Un «petit verre pour le plaisir» lourd de conséquences.» *Spectra* 106 (Qualité de vie et vieillesse): 3.
- Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., et al. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Huber.
- Hosmer D. W. et Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York, John Wiley & Sons.
- Humair J. P., Garin N., et al. (2014). «Acute respiratory and cardiovascular admissions after a public smoking ban in Geneva, Switzerland.» *PLoS One* 9(3): e90417.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables. Handbook of Cancer Prevention*. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer 8.
- Idler E. L. et Kasl S. (1991). «Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality?» *Journal of gerontology* 46(2): S55–S65.
- Institut suisse de la santé publique (ISP) L. (1996). *La santé dans le Canton de Fribourg*, Institut suisse de la santé publique (ISP), Lausanne.
- IUMSP (2000). *L'État de santé de la population Valaisanne. Etat du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie*.
- Jaccard Ruedin H., Roth M., et al. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Jagger C., Gillies C., et al. (2010). «The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries.» *Journal of clinical epidemiology* 63(8): 892–899.
- Jusot F. (2013). *Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution*. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 61S: 163–169.
- Jylhä M. (2009). «What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.» *Social science & medicine* 69(3): 307–316.
- Kaesler M. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. *Statistique de la Suisse*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Kägi W., Frey M., et al. (2012). *Monitoring 2010 – Wirksamkeit der Prämienverbilligung*. Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Katz S. (1983). «Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living.» *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Keller R., Radtke T., et al. (2011). *La consommation de tabac de la population suisse entre 2001 et 2010. Monitoring sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme*. Zurich, Institut de psychologie de l'Université de Zurich, Hans Krebs, Kommunikation und Publikumsforschung
- Keller U., Battaglia Richi E., et al. (2012). *Sixième rapport sur la nutrition en Suisse*. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- Kickbusch I. et Buckett K., Eds. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia.
- Kickbusch I. et Engelhardt K. (2009). *Le concept des déterminants de la santé. La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. K. Meyer. Genève, Éditions Médecine et Hygiène: 17–29.
- Kleiner S. (1999). «Water: an essential but overlooked nutrient.» *J Am Diet Assoc* 99(2): 200–206.
- Knol M., Twisk J., et al. (2006). «Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis.» *Diabetologia* 49(5): 837–845.
- Krieger R. et Graf M. (2009). *Travail et santé. Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Zürich, SECO.
- Krieger R., Pekruhl U., et al. (2012). *Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail 2010 – Résultats choisis selon la perspective suisse*. Berne, Secrétariat d'Etat à l'économie SECO.

- Kroenke K. et Spitzer R. L. (2002). «The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure.» *Psychiatric Annals* 32(9): 509–515.
- Kroenke K., Spitzer R. L., et al. (1994). «Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment.» *Archives of family medicine* 3(9): 774.
- Kuendig H. (2010). Estimation du nombre de personnes alcool-dépendantes dans la population helvétique. (Rapport de recherche No 56). Lausanne, Addiction Info Suisse.
- Kuendig H., Notari L., et al. (2013). *Monitoring suisse des addictions – Le tabagisme passif en Suisse en 2012 (questionnaire court)*. Lausanne, Addiction Suisse.
- Laaksonen M., Talala K., et al. (2008). «Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60,000 men and women over 23 years.» *The European Journal of Public Health* 18(1): 38–43.
- Lader M. (2011). «Benzodiazepines revisited-will we ever learn?» *Addiction* 106(12): 2086–2109.
- Lamprecht M., Fischer A., et al. (2014). *Sport Suisse 2014: Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin, Office fédéral du sport OFSPO.
- Läubli T. et Müller C. (2009). *Conditions de travail et maladies de l'appareil locomoteur – Estimation du nombre de cas et des coûts macroéconomiques pour la Suisse*. Berne, SECO.
- Lavikainen J., Fryers T., et al. (2006). *Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project*. Helsinki.
- Lawton M. P. et Brody E. M. (1970). «Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living.» *Nursing Research* 19(3): 278.
- Lert F., Melchior M., et al. (2007). «Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study.» *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 55(6): 391–400.
- Lüthy J., Hayer A., et al. (2012). *Recommandations alimentaires actuelles. Sixième rapport sur la nutrition en Suisse*. Berne, Office fédéral de la santé publique: 15–51.
- Malatesta D. (2013). Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique. Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne Faculté de biologie de médecine – Département de physiologie (Promotion Santé Suisse Document de travail 8). Berne, Promotion santé suisse.
- Manor O., Matthews S., et al. (2001). «Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood.» *International Journal of Epidemiology* 30(3): 600–607.
- Marmet S., Gmel G., et al. (2013). *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Addiction Suisse. Lausanne.
- Marques-Vidal P., Bovet P., et al. (2010). «Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007.» *BMC Public Health* 10:87.
- Mattli R., Hess S., et al. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie/ZHAW.
- McMahon E. M., Buszewicz M., et al. (2012). «Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs.» *International Journal of Family Medicine* 2012.
- Meyer K., Ed. (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Berne, Hans Huber.
- Mielck A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern, Hans Huber.
- Moreau-Gruet F. (2013a). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus*. *Obsan Bulletin* 4/2013. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.
- Moreau-Gruet F. (2013b). *Recours aux soins de la population migrante. Une comparaison des données du Monitoring de la santé des migrants (GMM II) et de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2007)*. Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie fédérale «Migration et santé 2008–2013». Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Moreau-Gruet F. (2014). *Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail. Actualisation 2014*. Document de travail 2. Berne et Lausanne, Promotion Santé Suisse.
- Moussa J. et Pecoraro M. (2013). *Ecart de genre dans l'état de santé des migrants et des migrantes en Suisse*. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

- Nemeroff C. B. et Goldschmidt-Clermont P. J. (2012). «Heartache and heartbreak – the link between depression and cardiovascular disease.» *Nature Reviews Cardiology* 9(9): 526–539.
- Nicoletti J.-M. (2013). Note explicative sur les pondérations. Enquête Suisse sur la Santé 2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Notari L. et Jordan M. D. (2012). La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Lausanne, Addiction Suisse. Rapport de recherche No 59.
- Obsan (2005). Troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Données statistiques et évaluation des résultats, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- 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 valaisan de la santé.
- Obsan (2010). La santé dans le canton de Fribourg – Analyses des données de l'ESS 2007, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Obsan (2014). «Indicateurs de santé – Années potentielles de vie perdues.» Consulté le 20.10.2015. www.obsan.ch.
- Obsan et CLASS (2011). La santé en Suisse latine. Rapport Obsan 48. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, Conférence latine des affaires sanitaires et sociales.
- OCDE (2013a). «Panorama de la santé 2013.» Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- OCDE (2013b). Surpoids et obésité chez les adultes. Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-21-fr.
- OCDE (2014a). Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE (2014b). Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014. Paris, OCDE.
- OCDE/OMS (2011). Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011. OECD Publishing. Paris.
- OFEV (2009). Pollution sonore en Suisse. Résultats du monitoring national SonBase. Berne, Office fédéral de l'environnement.
- OFEV (2013). Environnement Suisse 2013. Berne, Office fédéral de l'environnement.
- OFEV (2014). Exposition au bruit de la circulation routière en Suisse. Deuxième calcul du bruit à l'échelle nationale, état 2012. Berne, Office fédéral de l'environnement.
- OFS (2005). Coûts du système de santé et démographie – Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution sur la période 1985–2020. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS).
- OFS (2007). Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2005 et évolution récente. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009). Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Actualités OFS. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013a). Enquête suisse sur la santé 2012. Documentation indices ESS12. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013b). Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011. Actualités OFS. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013c). L'enquête suisse sur la santé 2012 en bref. Conception, méthode, réalisation. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013d). Perspectives de la formation. Scénarios 2013–2022 pour le système de formation. Statistique de la Suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014a). Annuaire statistique de la Suisse 2014. Zurich, Editions Neue Zürcher Zeitung.
- OFS (2014b). Coûts et financement du système de santé en 2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS).
- OFS (2014c). Démos. Informations démographiques. Thème traité: Couples. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. 1. Mai 2014.

- OFS (2014d). «Intégration – Indicateurs, Sentiment de solitude.» Consulté le 12.01.2015, de www.statistique.ch → Thèmes → 01 – Population → Migration et intégration → Indicateurs de l'intégration → Santé – Sentiment de solitude.
- OFS (2014e). La pauvreté en Suisse. Résultats des années 2007 à 2012. Actualités OFS. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014f). «Mouvement de la population – Indicateurs, Espérance de vie.» Consulté le 15.07.2014, de www.statistique.ch → Thèmes → 01 – Population → Mouvement de la population → Indicateurs → Décès, mortalité et espérance de vie → Espérance de vie.
- OFS (2014g) Salaires et revenus du travail – Indicateurs. Niveau des salaires – selon la formation. www.statistique.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération → Salaires et revenus du travail → Indicateurs → Niveau des salaires → selon la formation (accédé le 10 octobre 2014).
- OFS (2014h). SRPH. FAQ cadre de sondage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages SRPH. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014i). Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2013: chiffres et tendances. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014j). Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012. Actualités OFS. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. 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 (2013a). Dosimétrie des personnes exposées aux radiations dans l'exercice de leur profession en Suisse. Rapport annuel 2012. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013b). Programme national alcool 2013–2016. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013c). Programme national Alimentation et activité physique Rapport 2008–2012. Programmes nationaux de prévention. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2014a). «Recommandations actuelles pour la vaccination contre la grippe.» Consulté le 28.01.2015.
- OFSP (2014b). Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2012. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2014c). Tableaux avec détail des calculs des primes payées en trop ou en insuffisance (1996–2013), Office fédéral de la santé publique, division Surveillance de l'assurance.
- OFSP (2014d). Travail et santé. spectra 105. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, OFSP, et al. (2007). 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.
- OMS (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Genève, OMS.
- OMS (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ageing and Health Technical Report. 5. Kobe, Japon.
- OMS (2008). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève, OMS.
- OMS (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2010). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2011a). Global recommendations on physical activity for health. Organisation mondiale de la santé. Genève.
- OMS (2011b). La charge environnementale de la morbidité associée à un logement inadéquat. Méthodes de quantification des impacts sanitaires de plusieurs risques liés au logement dans la Région européenne de l'OMS. Rapport de synthèse. Copenhague, OMS Siège régional pour l'Europe.

- OMS (2013). Air pollution and Cancer. IARC Scientific Publications 161. Lyon, International Agency for Research on Cancer.
- OMS (2014a). Aide-mémoire – Santé mentale. Comité régional de l'OMS pour l'Europe – soixante-troisième session.
- OMS (2014b). «La santé mentale: renforcer notre action» Aide-mémoire N° 220 2014.
- Paasche-Orlow M. et Wolf M. (2007). «The causal pathways linking health literacy to health outcomes.» *Am J Health Behav* 31(Suppl 1): 19–26.
- Panczak R., Woitek U., et al. (2013). Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index (BMI) von Schweizer Stellungspflichtigen 2004–2012. Zurich, Zentrum für Evolutionäre Medizin (ZEM), Anatomisches Institut, Universität Zürich, Department of Economics, Universität Zürich.
- Perrig-Chiello P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In: A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello et al. (Eds.) Glück, (p. 241–254) Bern, Haupt.
- Petrini L. et Sturny I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Plossu B. (2011). Définitions et outils de la multimorbidité (Revue systématique de littérature). Brest, Université de Bretagne occidentale. Thèse de médecine.
- Radoslaw P., Woitek U., et al. (2013). «Différences régionales et socio-économiques de l'IMC des conscrits suisses 2004–2012.» *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 47: 858–860.
- Rehm J., Baliunas D., et al. (2010). «The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview.» *Addiction* 105(5): 817–843.
- Rochat S., Büla C., et al. (2006). «Chutes et personnes âgées.» *Primary Care* 6: 200–203.
- Rösli M., Frei P., et al. (2010). «Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations.» *Bull World Health Organ* 88(12): 887–896.
- Roth M. et Roth S. (2012). Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010. *Obsan Rapport 53*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Rotter J. B. (1990). «Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable.» *American psychologist* 45(4): 489.
- Roy J.-P. (2004). «Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective.» *Medical Hypotheses*(62): 222–227.
- Rywalski A. et Vallat P. (2011). Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011–2015. Fribourg, Direction de la santé et des affaires sociales.
- Rywalski A. et Vuitel C. (2009). Programme cantonal fribourgeois «Poids corporel sain» 2010–2013, Service de la santé publique, Fribourg.
- Rywalski A., Vuitel C., et al. (2013). Programme cantonal fribourgeois «Je mange bien, je bouge bien» 2014–2017, Direction de la santé et des affaires sociales DSAS.
- SAP (2010). Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne – Inégalité des chances en santé, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.
- SASIS (2013). Datenpool SASIS AG – Jahresdaten 2008–2012. Solothurn, SASIS AG.
- Schaub A. et Palladino C. (2010). NANUSS Pilot: Ernährungsverhalten. Zurich, gfs-zürich, Markt- und Sozialforschung.
- Schleiniger R. et Blöchliger J. (2012). Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.
- Schmid A., Schneider H., et al. (2005). «Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland.» *Soz Präventivmed* 50(2): 87–94.
- Schmidhauser S., Wieser S., et al. (2009). Les déterminants économiques de l'obésité: Revue de littérature internationale étendue. Zurich, Institut d'économie de la santé de Winterthur (WIG), Haute école des sciences appliquées de Zurich à Winterthur (ZHAW).
- Schneider H. et Venetz W. (2014). Cost of Obesity in Switzerland 2012. Berne, Etude menée sous mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

- Schneider H., Venetz W., et al. (2009). Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Berne, OFSP.
- Schuler D. et Burla L. (2012). La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012. Obsan Rapport 52. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Schulz R., Beach S. R., et al. (2000). «Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study.» *Archives of internal medicine* 160(12): 1761–1768.
- Shiri R., Karppinen J., et al. (2010). «The association between obesity and low back pain: a meta-analysis.» *American Journal of Epidemiology* 171(2): 135–154.
- Smala A., Beeler I., et al. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Studie im Auftrag des Sportwissenschaftlichen Instituts Magglingen des Bundesamtes für Sport, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA und der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu.
- Solar O. et Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Solé-Auró A. et Crimmins E. (2008). «Health of Immigrants in European Countries.» *International Migration Review* 42(4): 861–876.
- Staub K., Ruhli F. J., et al. (2010). «BMI distribution/ social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present.» *Eur J Clin Nutr* 64(4): 335–340.
- Subramanian S., Huijts T., et al. (2010). «Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?» *Bulletin of the World Health Organization* 88(2): 131–138.
- SUVA (2014). *Statistique des accidents LAA 2014*. Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSAA). Lucerne.
- United Nations (2014). *World Population Prospects – The 2012 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections*. Population Division United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN/DESA). New York. Working Paper No. ESA/PWP. 23.5.
- US Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. U.S.G.P. Office. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Van Oyen H., Van der Heyden J., et al. (2006). «Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI).» *Sozial-und Präventivmedizin* 51(3): 153–161.
- Vassilakos P. (2012). «Prévention du cancer du col utérin en Suisse: les défis de l'ère vaccinale.» *Gynécologie-obstétrique* 359(37): 2015–2020.
- von Greyerz S., Gurtner F., et al. (2004). *Ostéoporose et chutes des personnes âgées: une approche de santé publique*, Office fédéral de la santé publique.
- Wanner P., Lerch M., et al. (2012). *La géographie de la mortalité en Suisse depuis 1970*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Wanner P., Peng F., et al. (1997). «Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93.» *Revue européenne de démographie* 4(381–399).
- Ware J. E. et Sherbourne C. D. (1992). «The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection.» *Medical care* 30: 473–483.
- Wiegand D., Stamm H., et al. (2012). *Analyse von Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik*. Zurich, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S).
- Wildi M., Unternährer T., et al. (2005). *Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenversicherung (OKP)*. Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wirtz A., Nachreiner F., et al. (2009). *Lange Arbeitszeiten und Gesundheit*. Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Wolff J. L., Starfield B., et al. (2002). «Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly.» *Archives of internal medicine* 162(20): 2269–2276.
- Zimmermann D., Moreau-Gruet F., et al. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution et à domicile*. Obsan Rapport 54. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Annexes

Tableau A-2.1 Etat de santé auto-évalué, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	(Très) bon						Assez bon						(Très) mauvais						Echantillon	
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH		
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n		
Comparaison temporelle	84,1	81,7	86,5	84,6	83,9	85,2	13,3	11,0	15,5	11,8	11,2	12,3	2,6	1,6	3,6	3,7	3,3	4,0	1 042	15 288
2002	86,7	84,5	89,0	85,8	85,2	86,4	11,0	8,9	13,2	10,7	10,2	11,3	2,2	1,3	3,1	3,4	3,1	3,7	1 005	19 701
2007	86,9	84,4	89,3	86,7	86,1	87,3	9,8	7,7	11,9	9,8	9,3	10,4	3,3	1,9	4,7	3,4	3,1	3,7	1 003	18 750
Total	79,8	76,9	82,7	82,8	82,2	83,4	16,2	13,5	18,9	13,6	13,0	14,2	4,0	2,5	5,5	3,6	3,3	3,9	1 026	21 571
Sexe	80,4	76,4	84,5	81,3	80,4	82,2	15,7	12,0	19,3	15,0	14,2	15,9	3,9	1,8	6,0	3,7	3,2	4,1	546	11 297
Femmes	79,1	74,8	83,4	84,3	83,5	85,2	16,8	12,9	20,7	12,1	11,4	12,9	4,1	1,9	6,3	3,5	3,1	4,0	480	10 274
15-34 ans	91,4	87,3	95,5	92,8	91,9	93,7	8,3	4,2	12,4	6,4	5,6	7,3	0,2	0,0	0,7	0,7	0,5	1,0	299	5 609
35-49 ans	81,2	76,3	86,1	87,3	86,3	88,4	13,9	9,6	18,3	9,8	8,9	10,8	4,8	2,1	7,6	2,8	2,3	3,4	312	5 900
50-64 ans	73,1	66,5	79,7	78,3	76,8	79,7	21,2	15,0	27,4	16,0	14,7	17,3	5,7	2,2	9,2	5,8	5,0	6,6	249	5 266
65 ans et plus	62,7	54,1	68,0	66,4	66,4	69,7	29,5	21,6	37,4	25,8	24,3	27,4	7,8	1,6	14,0	6,2	5,3	7,1	166	4 796
Formation	70,3	63,1	77,6	71,4	69,5	73,3	23,2	16,2	30,1	21,3	19,6	23,0	6,5	3,0	10,0	7,3	6,2	8,4	228	3 854
Scolarité obligatoire	80,7	76,8	84,6	82,6	81,8	83,5	15,5	12,1	18,9	14,0	13,2	14,8	3,8	1,6	6,0	3,3	2,9	3,7	533	11 561
Degré secondaire II	86,6	81,6	91,6	90,5	89,6	91,4	11,9	7,1	16,7	7,8	7,1	8,6	1,5	0,0	3,3	1,7	1,3	2,0	261	6 047
Nationalité	80,1	77,1	83,2	83,7	83,1	84,4	16,2	13,4	18,9	13,2	12,6	13,8	3,7	2,0	5,4	3,1	2,8	3,4	880	17 919
Suisses	78,6	70,8	86,3	79,7	78,0	81,3	16,2	9,0	23,5	15,1	13,6	16,6	5,2	1,5	8,4	5,2	4,3	6,1	146	3 652
Etrangers	75,0	69,7	80,3	75,3	73,8	76,9	19,3	14,4	24,1	18,8	17,4	20,2	5,7	3,1	8,4	5,9	5,1	6,7	304	5 092
Jusqu'à 2999 CHF	80,8	75,1	86,6	83,2	82,1	84,3	15,2	10,0	20,4	13,6	12,6	14,6	4,0	0,6	7,3	3,2	2,7	3,8	328	6 761
Revenu d'équivalence	82,1	75,8	88,4	87,4	86,2	88,6	14,1	8,5	19,7	10,6	9,4	11,7	3,8	0,4	7,3	2,0	1,6	2,5	186	4 214
De 3000 à 4499 CHF	87,6	81,7	93,6	90,7	89,6	91,8	12,1	6,1	18,1	7,8	6,8	8,9	0,3	0,0	0,8	1,4	1,0	1,8	152	4 210
De 4500 à 5999 CHF	78,4	74,4	82,5	82,5	81,8	83,3	17,3	13,7	21,0	13,8	13,2	14,5	4,3	2,0	6,5	3,6	3,3	4,0	576	15 399
6000 CHF et plus	81,6	77,4	85,8	83,5	82,3	84,7	14,7	10,8	18,6	13,0	11,9	14,1	3,7	1,8	5,6	3,5	2,9	4,1	450	6 172
Degré d'urbanisation	81,6	77,4	85,8	83,5	82,3	84,7	14,7	10,8	18,6	13,0	11,9	14,1	3,7	1,8	5,6	3,5	2,9	4,1	450	6 172
Comparaison régionale	(Très) bon		Assez bon		(Très) mauvais		Intervalle de confiance (95%)		Part en %		Intervalle de confiance (95%)		Part en %		Intervalle de confiance (95%)		Part en %		Echantillon	
Région	85,0	84,3	85,8	84,3	85,8	84,3	12,0	11,3	12,7	11,3	12,7	11,3	3,0	2,6	3,4	2,6	2,6	3,4	13 919	6 104
Suisse allemande	78,0	76,8	79,3	76,8	79,3	76,8	16,8	15,7	17,9	15,7	17,9	15,7	5,2	4,5	5,9	4,5	4,5	5,9	6 104	15 448
Suisse romande	74,0	71,5	76,4	71,5	76,4	71,5	22,0	19,6	24,3	19,6	24,3	19,6	4,1	3,0	5,2	3,0	3,0	5,2	2 226	2 226
Tessin	84,7	83,0	86,5	83,0	86,5	83,0	12,7	11,1	14,3	11,1	14,3	11,1	2,6	2,6	3,3	2,6	2,6	3,3	1 715	1 715
Cantons 2)	83,5	81,6	85,5	81,6	85,5	81,6	13,4	11,6	15,2	11,6	15,2	11,6	3,1	2,2	4,0	2,2	2,2	4,0	1 280	1 280
BE	88,0	86,1	89,9	86,1	89,9	86,1	9,2	7,6	10,9	7,6	10,9	7,6	2,8	1,8	3,7	1,8	1,8	3,7	513	513
LU	89,6	86,9	92,2	86,9	92,2	86,9	8,3	6,0	10,7	6,0	10,7	6,0	2,1	0,8	3,4	0,8	0,8	3,4	598	598
UR	90,5	88,0	93,0	88,0	93,0	88,0	7,2	4,9	9,4	4,9	9,4	4,9	2,3	1,1	3,5	1,1	1,1	3,5	40	40
SZ	88,4	86,3	90,6	86,3	90,6	86,3	8,8	6,9	10,7	6,9	10,7	6,9	2,7	1,5	4,0	1,5	1,5	4,0	995	995
ZG	79,8	76,9	82,7	76,9	82,7	76,9	16,2	13,5	18,9	13,5	18,9	13,5	4,0	2,5	5,5	2,5	2,5	5,5	1 026	1 026
FR	82,4	79,7	85,0	79,7	85,0	79,7	14,3	11,8	16,8	11,8	16,8	11,8	3,3	2,3	4,4	2,3	2,3	4,4	1 011	1 011
BS	81,1	78,1	84,0	78,1	84,0	78,1	14,4	11,7	17,0	11,7	17,0	11,7	4,6	3,0	6,2	3,0	3,0	6,2	846	846
BL	88,7	85,8	91,5	85,8	91,5	85,8	9,2	6,5	11,8	6,5	11,8	6,5	2,2	1,0	3,3	1,0	1,0	3,3	509	509
AR	86,1	83,2	89,0	83,2	89,0	83,2	11,3	9,3	14,0	9,3	14,0	9,3	2,6	1,3	3,8	1,3	1,3	3,8	666	666
AG	86,5	84,4	88,5	84,4	88,5	84,4	10,8	8,9	12,6	8,9	12,6	8,9	2,7	1,7	3,7	1,7	1,7	3,7	1 270	1 270
TG	84,5	82,2	86,8	82,2	86,8	82,2	12,2	10,2	14,3	10,2	14,3	10,2	3,3	2,1	4,4	2,1	2,1	4,4	1 125	1 125
TI	74,0	71,5	76,4	71,5	76,4	71,5	22,0	19,6	24,3	19,6	24,3	19,6	4,1	3,0	5,2	3,0	3,0	5,2	1 548	1 548
VD	77,3	73,3	79,4	73,3	79,4	73,3	16,5	14,6	18,4	14,6	18,4	14,6	6,2	4,9	7,5	4,9	4,9	7,5	1 738	1 738
VS	80,9	78,3	83,6	78,3	83,6	78,3	14,8	12,4	17,2	12,4	17,2	12,4	4,3	2,9	5,6	2,9	2,9	5,6	1 063	1 063
NE	75,1	71,3	79,0	71,3	79,0	71,3	18,5	15,1	21,8	15,1	21,8	15,1	6,4	4,1	8,7	4,1	4,1	8,7	621	621
GE	77,4	74,4	80,3	74,4	80,3	74,4	17,9	15,2	20,6	15,2	20,6	15,2	4,7	3,2	6,2	3,2	3,2	6,2	1 147	1 147
JU	77,1	73,1	81,1	73,1	81,1	73,1	19,0	15,3	22,8	15,3	22,8	15,3	3,9	2,3	5,5	2,3	2,3	5,5	509	509

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.2 Problèmes de santé de longue durée, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Problèmes de santé de longue durée										Echantillon	
	FR					CH					FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	27,8	24,6	27,3	26,5	28,1	27,2	69,0	75,4	72,7	71,9	1 003	18 742
2007	30,1	26,9	31,9	31,1	32,6	69,9	66,7	73,1	68,1	67,4	1 027	21 560
Total	31,5	27,0	33,8	32,7	35,0	68,5	64,1	73,0	66,2	65,0	547	11 292
Sexe	28,5	23,9	29,8	28,7	30,9	71,5	67,0	76,1	70,2	69,1	480	10 268
Femmes	12,2	8,1	16,3	16,8	19,4	87,8	83,7	91,9	81,9	80,6	299	5 604
Hommes	27,8	22,4	26,3	24,9	27,7	72,2	66,8	77,6	73,7	72,3	312	5 891
Classes d'âge	46,2	39,1	53,3	40,0	41,7	53,8	46,7	60,9	60,0	58,3	250	5 272
15-34 ans	48,7	40,1	57,2	47,4	50,9	51,3	42,8	59,9	50,9	49,1	166	4 793
35-49 ans	31,7	24,7	38,8	30,7	34,5	68,3	61,2	75,3	67,4	65,5	228	3 864
50-64 ans	30,3	25,9	34,7	33,1	32,0	69,7	65,3	74,1	66,9	65,9	533	11 548
65 ans et plus	27,7	21,8	33,7	27,7	30,5	72,3	66,3	78,2	70,9	69,5	262	6 040
Formation	31,3	27,9	34,8	34,1	33,2	68,7	65,2	72,1	65,9	65,0	881	17 909
Scolarité obligatoire	25,5	17,5	33,4	24,4	26,1	74,5	66,6	82,5	75,6	73,9	146	3 651
Degré secondaire I	30,0	24,3	35,7	34,7	36,4	70,0	64,3	75,7	65,3	63,6	304	5 088
Degré secondaire II	31,2	25,2	37,1	31,1	29,7	68,8	62,9	74,8	68,9	67,6	328	6 761
Degré tertiaire	32,1	24,6	39,7	29,2	32,6	67,9	60,3	75,4	69,1	67,4	186	4 209
Nationalité	26,6	19,0	34,1	28,9	30,6	73,4	65,9	81,0	71,1	69,4	153	4 208
Etrangers	31,4	27,1	35,7	31,1	33,0	68,6	64,3	72,9	67,9	67,0	577	15 390
Revenu d'équivalence du ménage	28,4	23,7	33,1	29,8	32,9	71,6	66,9	76,3	68,7	67,1	450	6 170
Degré d'urbanisation												
Ville												
Campagne												
Comparaison régionale												
Région linguistique ¹⁾												
Suisse alémanique	33,1	33,1	32,1	34,1	34,1	66,9	66,9	72,1	65,9	67,9	13 903	67,9
Suisse romande	29,2	27,4	24,9	29,8	30,5	70,8	72,6	75,1	69,5	72,1	6107	72,1
Tessin	33,2	36,6	34,0	39,1	35,4	66,8	63,4	66,0	70,2	75,1	1 550	75,1
Cantons 2)	30,3	21,8	18,2	25,4	33,1	69,7	63,4	66,0	64,6	69,1	2 222	69,1
UR	21,8	18,2	27,6	33,1	33,1	69,7	63,4	66,0	66,9	72,4	1 276	66,0
UR	21,8	18,2	27,6	33,1	33,1	69,7	63,4	66,0	66,9	72,4	1 276	66,0
SZ	27,1	23,3	23,3	30,9	30,9	72,9	71,2	74,3	69,1	76,7	598	76,7
ZG	28,8	25,7	25,7	31,8	31,8	71,2	71,2	74,3	68,2	74,3	994	74,3
FR	30,1	26,9	26,9	33,3	33,3	69,9	69,9	73,1	66,7	73,1	1 027	73,1
BS	36,9	30,1	33,6	40,3	40,3	63,1	63,1	66,4	59,7	66,4	1 010	66,4
BL	37,5	34,0	34,0	41,0	41,0	62,5	62,5	66,0	59,0	66,0	845	66,0
AR	27,4	22,9	22,9	32,0	32,0	72,6	72,6	77,1	68,0	77,1	509	77,1
GR	30,0	26,2	26,2	33,9	33,9	70,0	70,0	73,8	66,1	73,8	665	73,8
AG	31,1	28,3	28,3	33,9	33,9	68,9	68,9	71,7	66,1	71,7	1 269	71,7
TC	32,3	29,3	29,3	35,3	35,3	67,7	67,7	70,7	64,7	70,7	1 127	70,7
TI	27,4	24,9	24,9	30,9	30,9	72,6	72,6	75,1	70,2	75,1	1 550	75,1
VD	28,5	26,1	26,1	30,9	30,9	71,5	71,5	73,9	69,1	73,9	1 739	73,9
VS	27,5	24,5	24,5	30,5	30,5	72,5	72,5	75,5	69,5	75,5	1 064	75,5
NE	33,0	30,0	29,0	37,0	37,0	67,0	67,0	71,0	63,0	71,0	621	71,0
GE	29,1	26,1	26,1	32,1	32,1	70,9	70,9	73,9	67,9	73,9	1 148	73,9
JU	32,1	27,1	27,1	37,2	37,2	67,9	67,9	72,9	62,8	72,9	508	72,9

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.3 Limitations dans les activités que les gens font habituellement en raison de problèmes de santé, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Fortement limité			Limité, mais pas fortement			Pas limité			Echantillon		
	FR			CH			FR			CH		
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comparaison temporelle	5,9	4,2	7,6	7,7	15,4	12,7	18,1	19,5	78,7	75,7	81,8	74,8
2002	4,9	3,4	6,5	4,4	18,7	16,0	21,4	20,3	76,4	73,4	79,3	74,8
2012	5,7	3,4	8,0	5,5	20,1	16,2	23,9	23,2	74,2	70,0	78,5	76,3
Total	4,1	2,1	6,0	4,0	17,1	13,3	21,0	17,9	78,8	74,7	83,0	77,5
Sexe	1,5	0,1	2,9	1,7	11,1	7,0	15,2	14,5	87,4	83,1	91,6	86,1
Hommes	3,7	1,5	5,9	3,4	17,0	12,2	21,8	17,2	79,2	74,2	84,3	79,2
Femmes	7,0	3,8	10,2	6,9	24,3	18,0	30,7	22,3	68,7	62,0	75,3	70,7
Classes d'âge	11,3	4,7	18,0	8,4	29,5	21,8	37,1	31,7	59,2	50,6	67,7	61,6
15-34 ans	9,7	5,5	13,9	8,4	21,7	15,2	28,2	23,3	68,6	61,5	75,6	66,6
35-49 ans	4,9	2,6	7,2	8,4	17,0	13,5	20,5	20,8	78,0	74,1	82,0	75,5
50-64 ans	1,3	0,0	2,6	8,4	18,2	13,0	23,5	15,4	80,5	75,1	85,9	82,1
65 ans et plus	5,1	3,3	6,8	4,4	19,5	16,6	22,3	20,4	75,5	72,3	78,7	73,9
Formation	4,6	1,2	7,9	8,4	15,9	8,7	23,3	17,1	79,6	71,9	87,2	76,6
Scolarité obligatoire	6,7	3,9	9,5	8,4	18,5	13,6	23,1	21,6	74,8	69,5	80,1	71,6
Degré secondaire I	4,2	1,1	7,3	8,4	18,2	13,0	23,3	19,7	77,7	72,1	83,3	77,3
Degré secondaire II	2,9	0,4	5,5	8,4	20,6	14,2	27,0	18,8	76,4	69,7	83,2	76,4
Nationalité	1,4	0,0	3,1	8,4	19,1	12,3	25,9	15,1	79,5	72,5	86,4	83,1
Suisses	5,7	3,4	8,0	8,4	19,7	16,1	23,4	19,8	74,6	70,5	78,6	74,7
Etrangers	4,0	2,2	5,8	8,4	17,3	13,2	21,4	19,4	78,7	74,4	83,0	76,9
Revenu	4,7	2,2	7,2	8,4	18,1	13,1	20,7	20,7	75,5	71,1	81,8	74,1
Jusqu'à 2999 CHF	6,7	3,9	9,5	8,4	18,5	13,6	23,1	21,6	74,8	69,5	80,1	71,6
De 3000 à 4499 CHF	4,2	1,1	7,3	8,4	18,2	13,0	23,3	19,7	77,7	72,1	83,3	77,3
De 4500 à 5999 CHF	2,9	0,4	5,5	8,4	20,6	14,2	27,0	18,8	76,4	69,7	83,2	76,4
De 6000 CHF et plus	1,4	0,0	3,1	8,4	19,1	12,3	25,9	15,1	79,5	72,5	86,4	83,1
Degré d'urbanisation	5,7	3,4	8,0	8,4	19,7	16,1	23,4	19,8	74,6	70,5	78,6	74,7
Campagne	4,0	2,2	5,8	8,4	17,3	13,2	21,4	19,4	78,7	74,4	83,0	76,9
Comparaison régionale	4,7	2,2	7,2	8,4	18,1	13,1	20,7	20,7	75,5	71,1	81,8	74,1
Région linguistique1)	4,7	2,2	7,2	8,4	18,1	13,1	20,7	20,7	75,5	71,1	81,8	74,1
Suisse alémanique	5,2	4,6	5,9	5,1	20,4	19,6	21,3	21,3	74,9	74,9	74,0	75,8
Suisse romande	3,7	2,7	4,7	4,7	17,9	16,8	19,0	19,0	76,9	75,7	78,1	78,1
Tessin	4,2	3,3	5,1	5,1	18,2	18,2	20,3	20,3	78,2	78,2	75,9	80,4
ZH	4,2	3,1	5,2	5,2	20,5	20,5	22,3	22,3	75,3	75,3	73,3	77,3
Cantons 2)	3,9	2,8	5,0	5,0	22,9	22,9	25,0	25,0	73,0	73,0	70,7	75,3
LU	4,5	2,6	6,4	6,4	20,3	20,3	22,7	22,7	75,8	75,8	73,3	78,4
UR	3,1	1,7	4,4	4,4	16,1	16,1	19,4	19,4	79,4	79,4	75,8	83,1
SZ	3,3	1,9	4,6	4,6	18,8	18,8	22,3	22,3	78,1	78,1	74,5	81,8
ZG	4,9	3,4	6,5	6,5	16,1	16,1	18,5	18,5	80,7	80,7	78,1	83,3
FR	5,5	4,0	7,0	7,0	23,4	23,4	26,4	26,4	76,4	76,4	73,4	79,3
BS	6,0	4,3	7,6	7,6	24,0	24,0	27,1	27,1	71,1	71,1	67,9	74,3
BL	3,9	2,0	5,7	5,7	18,8	18,8	22,9	22,9	77,3	77,3	73,0	73,3
AR	4,2	2,7	5,2	5,2	18,5	18,5	21,9	21,9	77,2	77,2	73,7	81,6
GR	4,9	3,5	6,2	6,2	17,6	17,6	19,8	19,8	77,5	77,5	75,0	80,0
AG	4,6	3,3	5,9	5,9	19,1	19,1	21,7	21,7	76,2	76,2	73,5	79,0
TC	3,7	2,7	4,7	4,7	18,2	18,2	20,3	20,3	78,2	78,2	75,9	80,4
TI	5,2	4,3	6,7	6,7	18,3	18,3	20,4	20,4	76,2	76,2	73,9	80,4
VD	6,9	4,3	9,5	9,5	14,3	14,3	16,5	16,5	80,5	80,5	77,9	83,0
VS	6,9	4,3	9,5	9,5	18,5	18,5	21,7	21,7	74,7	74,7	70,9	78,5
NE	4,3	3,0	5,6	5,6	18,7	18,7	21,4	21,4	77,0	77,0	74,1	79,9
GE	5,1	3,0	7,2	7,2	20,1	20,1	24,1	24,1	74,8	74,8	70,5	79,2
JU	5,1	3,0	7,2	7,2	20,1	20,1	24,1	24,1	74,8	74,8	70,5	79,2

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.4 Difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités de base				Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités instrumentales				Echantillon			
	FR		CH		FR		CH		FR	CH		
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n		
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	9,0	2,9	9,3	8,2	41,0	32,2	49,7	36,9	35,1	38,7	166	
Sexe	12,1	2,7	11,3	9,6	49,1	37,5	60,7	43,9	41,4	46,5	95	
Femmes	4,3	0,0	6,8	5,5	28,4	17,3	39,5	27,8	25,6	30,1	71	
Hommes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Classes d'âge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
15-34 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35-49 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50-64 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 ans et plus	9,0	2,9	9,3	8,2	41,0	32,2	49,7	36,9	35,1	38,7	166	
Formation	9,3	1,4	17,3	16,1	12,9	19,2	10,4	10,4	10,4	10,4	166	
Scolarité obligatoire	10,7	0,1	21,2	7,8	6,5	9,0	8,2	55,5	40,9	70,1	51	
Degré secondaire II	(3,8)	0,0	11,0	6,4	4,4	8,3	2,6	35,0	22,4	47,7	87	
Degré tertiaire	10,0	3,3	16,7	8,7	7,6	9,8	15,4	(30,7)	11,8	49,6	26	
Suisses	(0,0)	-	-	14,8	10,1	19,4	12	38,9	29,9	47,9	154	
Etrangers	7,6	1,1	14,1	12,7	10,5	14,8	69	(60,1)	29,3	90,9	37,8	
Jusqu'à 2999 CHF	14,4	0,0	35,3	7,7	5,7	9,7	36	40,3	28,1	52,5	45,7	
De 3000 à 4499 CHF	(6,1)	0,0	17,6	6,7	4,6	8,8	22	41,6	20,2	63,0	31,4	
De 4500 à 5999 CHF	(0,0)	-	-	4,1	2,3	5,8	16	(36,0)	15,6	56,5	26,0	
6000 CHF et plus	10,2	1,0	19,3	9,2	8,0	10,5	95	(12,0)	0,0	27,8	25,6	
Ville	7,3	1,0	13,6	9,6	7,1	12,0	71	43,8	32,2	55,4	36,2	
Campagne	-	-	-	-	-	-	-	36,7	23,6	49,7	39,0	
											71	
											1 251	
Comparaison régionale	Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités de base				Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des difficultés dans l'accomplissement des activités instrumentales				Echantillon			
Région linguistique ¹⁾	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance	Echantillon	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance	Echantillon	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance	Echantillon	n
Suisse alémanique	8,3	7,0	3 100	9,6	33,7	31,4	3 100	35,9	33,7	31,4	3 100	3100
Suisse romande	11,8	9,5	1 322	14,0	43,1	39,9	1 322	46,3	43,1	39,9	1 322	1322
Tessin	11,6	7,9	379	15,2	53,2	47,7	379	58,7	53,2	47,7	379	379
ZH	8,0	5,1	543	10,8	32,3	27,0	543	37,6	32,3	27,0	543	543
BE	9,7	6,4	411	12,9	34,3	29,2	411	39,3	34,3	29,2	411	411
LU	10,1	6,0	261	14,2	37,3	30,8	261	43,7	37,3	30,8	261	261
UR	7,2	1,4	100	13,0	33,5	22,8	100	44,2	33,5	22,8	100	100
SZ	7,5	2,7	113	12,3	33,3	23,8	113	42,8	33,3	23,8	113	113
ZG	5,2	1,8	188	8,6	28,3	21,4	188	35,1	28,3	21,4	188	188
FR	9,0	2,9	166	15,2	41,0	32,2	166	49,7	41,0	32,2	166	166
BS	10,1	6,1	266	14,2	41,3	35,0	266	47,6	41,3	35,0	266	266
BL	8,0	4,3	238	11,7	31,1	24,9	238	37,2	31,1	24,9	238	238
AR	10,4	3,7	113	17,2	33,5	24,0	113	43,1	33,5	24,0	113	113
GR	6,7	1,8	137	11,7	33,3	24,9	137	41,7	33,3	24,9	137	137
AG	3,6	1,4	280	5,8	32,9	26,2	280	39,7	32,9	26,2	280	280
TG	7,2	3,6	220	10,8	26,1	19,9	220	32,3	26,1	19,9	220	220
TI	11,6	7,9	379	15,2	53,2	47,7	379	58,7	53,2	47,7	379	379
VD	10,2	6,9	411	13,6	42,7	37,4	411	48,0	42,7	37,4	411	411
VS	9,3	4,9	219	13,6	36,6	29,4	219	43,9	36,6	29,4	219	219
NE	17,7	9,1	145	26,4	42,4	33,2	145	51,6	42,4	33,2	145	145
GE	14,6	9,0	267	20,1	47,6	40,1	267	55,2	47,6	40,1	267	267
JU	10,1	3,9	114	16,3	48,1	36,1	114	60,1	48,1	36,1	114	114

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.5 Troubles physiques (sans la fièvre), canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Aucun/peu de troubles			Quelques troubles			Troubles importants			Echantillon												
	FR	CH		FR	CH		FR	CH		FR	CH											
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)			Part en %	Intervalle de confiance (95%)									
Comparaison temporelle	39,9	36,5	43,3	42,4	41,4	43,3	34,0	30,7	37,2	34,1	33,2	35,0	26,1	23,1	29,1	23,6	22,8	24,4	955	14 163		
2002	38,2	34,8	41,6	41,2	40,3	42,2	37,6	34,3	41,0	35,7	34,8	36,6	24,1	21,1	27,2	23,1	22,3	23,8	950	18 458		
2007	39,4	35,8	43,1	40,3	39,4	41,3	38,0	34,4	41,5	35,5	34,6	36,4	22,6	19,6	25,6	24,2	23,4	25,0	931	17 421		
2012	43,7	40,2	47,2	46,0	45,2	46,9	32,7	29,4	35,9	33,2	32,4	34,0	23,7	20,6	26,8	20,8	20,0	21,5	989	20 426		
Sexe	35,1	30,4	39,8	36,2	35,0	37,3	32,8	28,3	37,2	36,2	35,0	37,3	32,2	27,4	36,9	27,7	26,6	28,8	519	10 722		
Hommes	53,3	48,2	58,4	56,4	55,1	57,7	32,5	27,7	37,4	30,1	28,9	31,3	14,2	10,6	17,7	13,5	12,6	14,4	470	9 704		
Femmes	43,0	36,2	49,7	45,3	43,5	44,8	34,0	27,6	40,3	34,5	32,9	36,1	23,1	17,1	29,0	20,2	18,7	21,7	284	5 168		
Classes d'âge	45,0	38,9	51,1	46,5	44,8	48,1	30,5	25,0	36,1	33,8	32,3	35,4	24,5	19,1	29,9	19,7	18,4	21,0	303	5 577		
15-34 ans	41,2	34,5	47,9	47,8	46,1	49,6	38,1	31,1	45,0	30,4	28,8	31,9	20,7	15,4	26,0	21,8	20,4	23,2	244	5 041		
35-49 ans	46,1	37,5	54,8	44,5	42,7	46,3	26,6	19,1	34,1	33,7	32,0	35,4	27,3	18,9	35,7	21,8	20,2	23,3	158	4 640		
50-64 ans	44,3	36,9	51,7	42,3	40,2	44,4	29,9	23,0	36,8	33,1	31,1	35,1	25,8	19,2	32,5	24,6	22,8	26,5	214	3 588		
65 ans et plus	42,8	38,0	47,6	44,4	43,2	45,6	33,0	28,5	37,6	33,4	32,2	34,5	24,2	19,9	28,4	22,2	21,2	23,2	515	11 005		
Formation	44,9	38,0	51,8	49,7	49,7	52,9	33,5	26,9	40,0	33,0	31,5	34,5	21,6	15,4	27,8	15,7	14,5	16,8	256	5 733		
Scolarité obligatoire	44,9	41,2	48,6	45,5	44,5	46,4	33,3	29,8	36,7	34,4	33,5	35,3	21,9	18,7	25,0	20,1	19,4	20,9	848	17 033		
Degré secondaire I	39,2	30,3	48,1	47,9	45,8	50,1	30,4	21,7	39,1	29,1	27,2	31,0	30,4	21,8	38,9	22,9	21,0	24,8	141	3 393		
Degré secondaire II	40,8	34,4	47,2	41,7	39,8	43,5	31,4	25,4	37,3	32,9	31,2	34,6	27,8	22,3	33,4	25,5	23,8	27,2	292	4 772		
Suisses	42,1	36,1	48,2	44,3	42,8	45,8	34,4	28,7	40,2	35,1	33,6	36,6	23,4	17,7	29,2	20,6	19,3	21,8	315	6 428		
Etrangers	44,7	36,5	53,0	48,1	46,1	50,0	31,2	23,4	39,1	32,1	30,3	33,9	24,0	16,5	31,6	19,8	18,2	21,4	179	4 015		
Jusqu'à 2999 CHF	49,2	40,0	58,4	53,0	51,1	55,0	35,7	26,8	44,6	31,9	30,1	33,7	15,1	8,7	21,5	15,1	13,7	16,4	148	3 997		
De 3000 à 4999 CHF	43,2	38,5	47,9	46,0	45,0	47,0	33,1	28,7	37,5	32,6	31,7	33,6	23,7	19,4	28,0	21,4	20,5	22,2	556	14 559		
De 5000 à 5999 CHF	44,3	39,1	49,6	46,1	44,4	47,8	32,1	27,1	37,0	34,8	33,2	36,4	23,6	19,3	28,0	19,1	17,7	20,5	433	5 867		
6000 CHF et plus																						
Degré d'urbanisation																						
Ville																						
Campagne																						
Comparaison régionale																						
Région linguistique1)																						
Suisse alémanique	46,6	44,8	48,1	45,5	44,5	47,7	33,3	33,3	47,7	32,3	34,3	34,3	20,1	20,1	23,6	19,2	21,0	23,2	21,0	13 180		
Suisse romande	44,8	43,6	46,4	40,7	42,7	47,6	32,0	32,0	46,4	29,3	34,7	34,6	22,0	24,5	22,0	20,8	23,2	26,9	5 787			
Tessin	45,1	45,1	47,8	42,7	47,8	47,8	32,8	32,8	47,8	30,5	35,0	35,0	22,1	24,1	19,9	22,0	24,3	26,9	1 459			
ZH	45,1	45,1	47,8	42,7	47,8	47,8	32,8	32,8	47,8	30,5	35,0	35,0	22,1	24,1	19,9	22,0	24,3	26,9	2 101			
Cantons 2)	45,1	45,1	47,8	42,7	47,8	47,8	32,8	32,8	47,8	30,5	35,0	35,0	22,1	24,1	19,9	22,0	24,3	26,9	1 635			
BE	47,4	47,4	44,3	44,3	44,3	50,5	32,6	32,6	50,5	29,7	35,5	40,0	17,5	19,9	17,5	15,5	19,5	22,3	1 218			
LU	49,4	49,4	44,5	44,5	44,5	54,2	35,1	35,1	54,2	30,5	39,7	39,7	15,5	15,5	12,3	12,3	18,7	18,7	498			
UR	54,6	54,6	50,1	50,1	50,1	59,2	27,8	27,8	59,2	23,8	31,8	31,8	17,5	17,5	13,9	13,9	21,2	21,2	565			
SZ	49,9	49,9	46,4	46,4	46,4	53,4	33,9	33,9	53,4	30,6	37,3	37,3	16,2	16,2	13,7	13,7	18,7	18,7	939			
ZG	43,7	43,7	40,2	40,2	40,2	47,2	32,7	32,7	47,2	29,4	35,9	35,9	23,7	23,7	20,6	20,6	26,8	26,8	989			
FR	46,2	46,2	42,7	42,7	42,7	49,8	30,2	30,2	49,8	27,0	33,4	33,4	23,6	23,6	20,5	20,5	26,6	26,6	952			
BS	44,9	44,9	41,1	41,1	41,1	48,7	31,3	31,3	48,7	27,8	34,7	34,7	23,8	23,8	20,5	20,5	27,1	27,1	801			
BL	49,5	49,5	44,5	44,5	44,5	54,5	33,3	33,3	54,5	28,7	37,8	37,8	17,2	17,2	12,8	12,8	21,6	21,6	480			
AR	48,1	48,1	43,8	43,8	43,8	52,4	33,2	33,2	52,4	28,8	34,9	34,9	18,6	18,6	15,2	15,2	22,1	22,1	640			
GR	48,9	48,9	45,7	45,7	45,7	52,1	31,9	31,9	52,1	28,8	37,3	37,3	17,2	17,2	12,8	12,8	21,6	21,6	1 193			
AG	45,4	45,4	42,1	42,1	42,1	48,7	37,6	37,6	48,7	34,4	40,8	40,8	17,0	17,0	14,6	14,6	19,4	19,4	1 061			
TI	43,6	43,6	40,7	40,7	40,7	46,4	32,0	32,0	46,4	29,3	34,6	34,6	24,5	24,5	22,0	22,0	26,9	26,9	1 459			
VD	43,7	43,7	41,0	41,0	41,0	46,5	33,5	33,5	46,5	30,9	36,1	36,1	22,8	22,8	20,5	20,5	25,1	25,1	1 629			
VS	47,8	47,8	44,3	44,3	44,3	51,3	32,3	32,3	51,3	29,1	35,6	35,6	19,8	19,8	17,2	17,2	22,5	22,5	1 013			
NE	43,2	43,2	38,8	38,8	38,8	47,7	33,4	33,4	47,7	29,3	37,6	37,6	23,3	23,3	19,5	19,5	27,2	27,2	595			
GE	45,9	45,9	42,4	42,4	42,4	49,4	34,1	34,1	49,4	30,7	37,4	37,4	20,1	20,1	17,4	17,4	22,7	22,7	1 076			
JU	42,0	42,0	37,0	37,0	37,0	47,1	31,6	31,6	47,1	26,9	36,4	36,4	26,3	26,3	21,3	21,3	31,4	31,4	485			

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsaan 2015

Tableau A-2.6 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires: hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Hypertension artérielle				Taux de cholestérol trop élevé				Diabète				Echantillon				
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH			
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n			
1992	13.6	11.2	16.0	14.8	14.1	15.4	9.6	8.3	7.8	8.8	8.8	7.7	5.7	9.6	870	16 990	
2002	17.0	12.7	17.9	17.0	16.3	17.7	11.7	10.2	9.7	10.8	10.8	9.6	5.6	11.7	855	16 377	
2012	16.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
Total	17.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
Sexe	17.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
Femmes	17.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
Hommes	17.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
Classes d'âge	17.8	12.4	19.5	18.6	18.1	19.5	12.3	10.5	11.4	14.5	14.5	10.2	3.2	14.5	498	10 395	
15-24 ans	2.7	0.0	5.3	2.8	2.7	3.0	3.9	1.5	1.1	1.9	1.9	0.6	0.0	1.9	273	4 976	
25-34 ans	7.4	4.3	10.6	7.2	6.4	7.1	11.8	5.2	4.4	5.9	5.9	3.5	1.1	5.8	274	5 184	
35-44 ans	27.0	20.5	33.5	23.6	22.1	25.1	20.8	16.0	14.2	16.6	16.6	10.5	2.6	11.1	619	11 511	
45-54 ans	47.2	36.6	55.8	49.2	47.4	51.0	32.4	29.5	27.9	31.1	31.1	16.1	4.7	15.9	1 661	4 629	
55 ans et plus	19.8	13.3	26.3	22.7	20.9	24.6	21.4	16.6	14.9	17.9	17.9	10.5	3.1	15.9	2 009	5 326	
Formation	15.6	12.1	19.1	15.6	14.8	17.7	15.9	12.6	11.9	13.4	13.4	8.7	2.3	11.9	4 866	10 601	
Scolarité obligatoire	16.8	11.8	21.8	14.8	13.7	15.9	13.4	12.6	11.2	12.2	12.2	8.7	2.3	11.9	4 866	10 601	
Degré tertiaire	18.0	15.1	20.9	16.2	15.2	17.4	18.4	12.9	12.3	13.6	13.6	10.6	3.5	15.9	2 009	5 326	
Suisse	12.2	5.6	18.8	13.0	11.6	14.2	13.4	9.6	8.5	7.4	9.6	6.3	2.7	5.8	806	16 395	
Etrangers	15.5	11.1	19.9	17.4	16.3	18.5	23.2	28.6	4.885	9.1	5.7	12.5	11.3	10.2	12.4	271	4 644
Jusqu'à 2'999 CHF	17.4	12.2	22.6	17.4	16.3	18.5	23.2	28.6	4.885	9.1	5.7	12.5	11.3	10.2	12.4	271	4 644
De 3'000 à 4'499 CHF	14.6	9.0	20.2	17.0	15.6	18.3	17.4	4 103	6.9	3.2	10.5	10.6	9.5	11.7	1 666	3 861	
De 4'500 à 5'999 CHF	12.2	7.0	17.5	16.1	14.7	17.4	15.0	4 083	16.1	9.9	22.3	13.3	12.0	14.6	142	3 786	
6'000 CHF et plus	18.7	14.4	23.0	18.3	16.9	19.7	553	14 894	11.3	8.4	14.2	12.6	12.0	13.3	528	14 040	
Degré d'urbanisation	15.4	12.1	18.7	15.4	14.4	16.9	19.7	426	5 965	10.4	7.5	13.2	10.0	9.0	408	5 579	
Campagne	18.7	14.4	23.0	18.3	16.9	19.7	426	5 965	10.4	7.5	13.2	10.0	9.0	408	5 579		
Comparaison régionale	18.7	14.4	23.0	18.3	16.9	19.7	426	5 965	10.4	7.5	13.2	10.0	9.0	408	5 579		
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Intervalle de confiance (95%)	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Part de "oui" en %	18.8	18.8	18.8	18.0	17.6	17.6	14.4	14.4	10.9	10.9	10.2	13.4	13.4	15.6	13 613	4.1	
Interv																	

Tableau A-2.7 Accidents et chutes, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Personnes victimes d'un accident (au cours des 12 derniers mois)				Personnes victimes d'une chute (au cours des 12 derniers mois)								
	FR		CH		FR		CH						
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)					
Comparaison temporelle	20,1	16,9	23,4	17,9	17,0	18,8	716	10 443	-	-	-	-	
2002	17,3	14,3	20,3	17,2	16,4	18,0	810	15 779	23,2	15,7	30,6	20,9	
2007	19,1	15,5	22,7	17,7	16,8	18,7	759	14 034	21,1	14,4	27,8	24,8	
2012	19,7	16,7	22,7	18,9	18,1	19,6	872	18 052	23,9	16,6	31,2	25,2	
Total	17,2	13,3	21,1	15,1	14,2	16,1	478	9 524	29,2	19,1	39,3	28,0	
Sexe	22,6	17,9	27,3	22,7	21,5	23,9	394	8 528	15,7	5,5	25,8	21,5	
Hommes	27,4	20,9	33,9	25,6	23,9	27,3	244	4 504	-	-	-	-	
Classes d'âge	16,2	11,6	20,7	17,5	16,1	18,9	273	5 055	-	-	-	-	
15-34 ans	20,3	14,0	26,6	16,5	15,0	18,0	215	4 555	-	-	-	-	
35-49 ans	9,3	4,2	14,3	13,7	12,3	15,1	140	3 938	23,9	16,6	31,2	25,2	
50-64 ans	20,6	14,0	27,1	20,7	18,6	22,9	168	2 682	18,7	6,8	30,7	24,7	
65 ans et plus	18,4	14,3	22,5	17,7	16,7	18,7	455	9 861	26,0	15,8	36,1	24,6	
Formation	20,5	14,6	26,4	19,9	18,5	21,3	246	5 470	(29,7)	8,4	51,0	27,7	
Scolarité obligatoire	20,9	17,6	24,1	18,8	18,0	19,6	772	15 436	25,4	17,7	33,2	25,6	
Degré secondaire II	15,2	7,4	22,9	19,0	16,9	21,1	100	2 616	(9,9)	0,0	28,4	21,4	
Degré tertiaire	19,7	14,0	25,4	17,2	15,7	18,8	243	3 946	27,6	15,8	39,3	26,3	
Suisses	18,2	13,3	23,0	19,1	17,8	20,5	285	5 750	9,6	0,0	19,2	25,4	
Etrangers	22,2	14,5	29,9	18,8	17,1	20,6	166	3 679	(32,8)	11,5	54,1	21,2	
Jusqu'à 2999 CHF	22,4	14,0	30,7	20,9	19,1	22,6	146	3 809	(19,9)	1,1	38,7	26,4	
De 3000 à 4499 CHF	20,7	16,6	24,8	18,5	17,7	19,4	492	12 876	27,4	17,3	37,6	24,8	
De 4500 à 5999 CHF	18,4	13,9	22,8	19,8	18,2	21,3	380	5 176	18,5	8,6	28,5	22,2	
De 6000 CHF et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ville	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Revenu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
d'équivalence	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
du ménage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Degré d'urbanisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comparaison régionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Région	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse alémanique	18,8	18,8	17,8	17,8	19,8	19,8	11 681	24,9	22,8	24,9	26,9	22,8	
Suisse romande	19,6	15,7	23,5	18,2	20,9	20,9	5 096	25,8	22,9	25,8	28,8	22,9	
Tessin	15,7	13,4	17,7	13,4	18,0	18,0	1 275	26,1	20,9	27,8	31,2	20,9	
Cantons 2)	20,2	18,9	21,6	16,6	21,2	21,2	1 894	27,8	22,6	27,8	33,0	22,6	
BE	18,6	20,2	17,7	17,7	22,6	22,6	1 434	24,9	20,3	24,9	29,4	20,3	
LU	19,7	18,6	15,9	15,9	21,3	21,3	1 065	24,3	18,7	24,3	29,8	18,7	
UR	18,6	19,7	15,7	15,7	23,7	23,7	438	23,3	14,8	23,3	31,7	14,8	
SZ	22,4	18,6	14,7	14,7	22,4	22,4	502	21,6	12,9	21,6	30,2	12,9	
ZG	19,7	22,4	19,1	19,1	25,7	25,7	832	23,6	17,4	23,6	29,7	17,4	
FR	16,7	19,7	16,7	16,7	22,7	22,7	872	23,9	16,6	23,9	31,2	16,6	
BS	19,4	16,7	13,7	13,7	19,7	19,7	827	21,6	16,4	21,6	26,9	16,4	
BL	21,8	19,4	16,2	16,2	22,7	22,7	711	26,6	20,8	26,6	32,3	20,8	
AR	19,4	21,8	17,3	17,3	26,2	26,2	436	26,7	17,7	26,7	35,7	17,7	
GR	18,5	19,4	15,7	15,7	23,1	23,1	569	23,4	15,8	23,4	31,0	15,8	
AG	15,7	17,8	15,1	15,1	20,6	20,6	1 060	22,8	17,7	22,8	27,9	17,7	
TC	18,5	15,7	15,6	15,6	21,3	21,3	954	23,6	17,1	23,6	30,0	17,1	
TI	15,7	20,4	13,4	13,4	18,0	18,0	1 275	26,1	20,9	26,1	37,7	20,9	
VD	18,1	20,5	15,1	15,1	22,9	22,9	1 468	26,3	21,5	26,3	31,1	21,5	
VS	20,7	18,1	16,4	16,4	21,0	21,0	877	24,0	17,9	24,0	30,2	17,9	
NE	18,8	20,5	15,8	15,8	24,6	24,6	523	29,1	19,5	29,1	37,3	19,5	
GE	19,7	18,8	15,3	15,3	21,8	21,8	918	26,7	19,5	26,7	33,9	19,5	
JU	18,4	19,7	15,3	15,3	24,1	24,1	438	19,8	11,7	19,8	27,9	11,7	

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.8 Energie et vitalité (dans les 4 dernières semaines), canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison temporelle	Faible						Moyenne						Forte						Echantillon		
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR		CH		
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	24,4	21,3	27,6	22,2	23,7	16,7	16,9	18,2	16,9	18,2	16,9	18,2	16,9	18,2	55,9	52,4	59,5	58,7	60,4	976	20 645
Sexe	27,3	23,0	31,7	25,9	28,1	22,6	18,6	17,7	19,5	19,5	18,6	17,7	19,5	50,1	45,2	54,9	53,2	55,6	526	10 850	
Femmes	21,0	16,6	25,4	18,7	17,7	16,1	12,3	20,0	16,4	15,5	17,4	15,5	17,4	62,9	57,8	68,0	63,7	66,1	450	9 795	
Hommes	23,6	18,0	29,3	25,6	24,0	20,6	14,8	26,5	19,8	18,5	19,8	18,5	21,1	55,7	49,0	62,5	52,9	56,4	286	5 404	
Classes d'âge	28,3	22,7	34,0	23,6	22,2	25,0	21,8	16,8	26,9	19,0	17,6	20,3	14,0	43,7	36,0	57,4	55,8	59,0	300	5 081	
35-49 ans	23,8	17,7	30,0	21,2	19,7	25,2	15,2	20,3	20,3	15,2	14,0	16,5	60,9	54,0	67,8	61,9	65,2	235	5 083		
50-64 ans	19,7	11,5	27,8	20,2	18,6	19,2	12,7	25,7	15,0	13,7	16,3	16,3	16,3	61,1	52,3	70,0	63,0	66,6	155	4 477	
65 ans et plus	28,7	21,4	36,0	29,3	27,3	31,3	18,1	22,6	23,7	19,3	17,6	21,0	53,2	45,5	60,9	51,4	49,2	53,5	204	3 458	
Formation	22,4	18,3	26,5	23,5	22,4	24,5	20,3	16,3	24,3	17,4	16,5	18,3	52,5	42,2	59,1	57,9	60,3	510	11 182		
Degré obligatoire	25,2	19,0	31,3	18,3	17,0	19,5	18,9	13,2	24,6	16,8	15,6	18,0	55,9	49,0	62,9	64,9	63,4	66,5	258	5 930	
Degré tertiaire	23,0	19,8	26,2	22,1	21,3	22,9	19,4	16,4	22,4	17,1	16,4	17,8	57,7	53,9	61,4	60,8	59,9	61,7	855	17 410	
Nationalité	31,0	21,9	40,1	26,1	24,1	28,0	20,7	12,6	28,7	19,3	17,6	21,0	48,3	38,4	58,3	54,7	52,4	56,9	121	3 235	
Etrangers	23,9	18,5	29,3	28,3	26,6	30,1	21,6	16,0	27,2	19,6	18,1	21,0	54,5	48,0	61,0	52,1	50,2	54,0	283	4 750	
Jusqu'à 2999 CHF	27,0	21,1	32,8	23,8	22,5	25,1	19,8	15,0	24,6	17,4	16,3	18,6	53,2	47,0	59,4	58,8	57,3	60,3	316	6 526	
De 3000 à 4999 CHF	26,8	19,2	34,4	20,0	18,4	21,6	19,0	12,1	25,8	17,5	16,0	18,9	54,2	45,8	62,6	62,6	60,7	64,4	181	4 101	
D'équivalence	19,0	11,7	26,2	16,7	15,2	18,1	14,7	8,8	20,7	15,0	13,6	16,4	66,3	57,9	74,7	68,4	66,6	70,2	149	4 128	
De 4500 à 5999 CHF	23,7	19,5	28,0	23,8	23,0	24,7	19,8	15,8	23,9	17,1	16,4	17,9	56,4	51,6	61,2	59,0	58,0	60,0	544	14 711	
6000 CHF et plus	25,3	20,8	29,9	20,4	19,0	21,9	19,3	15,3	23,4	18,7	17,4	20,0	50,1	40,5	60,5	60,9	59,2	62,5	432	5 934	
Ville																					
D'urbanisation																					
Campagne																					
Comparaison régionale																					
Région																					
Suisse alémanique	21,6	20,7	22,6	16,2	16,2	15,4	17,0	17,0	15,4	15,4	15,4	17,0	62,2	62,2	61,1	61,1	63,3	63,3	61,1	13 358	
Suisse romande	25,5	24,2	26,8	21,0	21,0	19,8	22,2	22,2	19,8	19,8	19,8	22,2	53,6	53,6	52,0	52,0	55,1	55,1	52,0	5 822	
Tessin	29,3	26,7	32,0	20,0	20,0	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	50,7	50,7	47,8	47,8	53,6	53,6	47,8	1 465	
ZH	23,1	20,9	25,3	16,4	16,4	14,5	18,3	18,3	14,5	14,5	14,5	18,3	60,5	60,5	58,0	58,0	63,0	63,0	58,0	2 135	
BE	21,9	19,7	24,1	18,5	18,5	16,3	20,6	20,6	16,3	16,3	16,3	20,6	59,6	59,6	57,0	57,0	62,3	62,3	57,0	1 653	
LU	18,8	16,4	21,2	14,5	14,5	12,3	16,6	16,6	12,3	12,3	12,3	16,6	66,7	66,7	63,8	63,8	69,6	69,6	63,8	1 226	
UR	12,4	9,4	15,4	16,3	16,3	12,4	20,2	20,2	12,4	12,4	12,4	20,2	71,3	71,3	66,9	66,9	75,8	75,8	66,9	499	
SZ	17,8	14,2	21,4	16,5	16,5	13,0	19,9	19,9	13,0	13,0	13,0	19,9	65,7	65,7	61,4	61,4	70,1	70,1	61,4	573	
ZG	19,9	17,1	22,7	15,5	15,5	13,0	18,1	18,1	13,0	13,0	13,0	18,1	64,6	64,6	61,2	61,2	67,9	67,9	61,2	952	
FR	24,4	21,3	27,6	19,6	19,6	16,7	22,5	22,5	16,7	16,7	16,7	22,5	55,9	55,9	52,4	52,4	59,5	59,5	52,4	976	
BS	26,2	23,0	29,4	18,0	18,0	15,2	20,8	20,8	15,2	15,2	15,2	20,8	55,8	55,8	52,2	52,2	59,4	59,4	52,2	960	
BL	23,0	19,7	26,3	17,4	17,4	14,6	20,2	20,2	14,6	14,6	14,6	20,2	59,6	59,6	55,8	55,8	63,3	63,3	55,8	812	
AR	17,9	13,7	22,1	14,5	14,5	11,1	17,9	17,9	11,1	11,1	11,1	17,9	67,6	67,6	62,8	62,8	72,4	72,4	62,8	487	
GR	18,8	15,5	22,2	14,1	14,1	11,1	17,2	17,2	11,1	11,1	11,1	17,2	67,0	67,0	63,0	63,0	71,1	71,1	63,0	510	
AG	19,5	17,1	22,0	14,4	14,4	12,2	16,5	16,5	12,2	12,2	12,2	16,5	66,1	66,1	63,1	63,1	69,0	69,0	63,1	1 230	
TC	20,3	17,7	23,0	16,2	16,2	13,7	18,6	18,6	13,7	13,7	13,7	18,6	63,5	63,5	60,3	60,3	66,7	66,7	60,3	1 086	
TI	29,3	26,7	32,0	20,0	20,0	17,7	22,2	22,2	17,7	17,7	17,7	22,2	50,7	50,7	47,8	47,8	53,6	53,6	47,8	1 465	
VD	27,4	25,0	29,8	20,0	20,0	18,0	22,4	22,4	18,0	18,0	18,0	22,4	52,4	52,4	49,7	49,7	55,1	55,1	49,7	1 660	
VN	20,5	17,7	23,2	22,9	22,9	20,0	25,9	25,9	20,0	20,0	20,0	25,9	56,6	56,6	53,2	53,2	60,0	60,0	53,2	1 020	
NE	26,4	22,4	30,4	25,3	25,3	21,3	29,3	29,3	21,3	21,3	21,3	29,3	48,3	48,3	43,8	43,8	52,7	52,7	43,8	587	
GE	26,0	23,1	29,0	20,4	20,4	17,6	23,1	23,1	17,6	17,6	17,6	23,1	53,6	53,6	50,2	50,2	57,1	57,1	50,2	1 084	
JU	27,2	22,3	32,1	18,9	18,9	15,1	22,6	22,6	15,1	15,1	15,1	22,6	54,0	54,0	48,8	48,8	59,1	59,1	48,8	495	

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.9 Problèmes psychiques et symptômes dépressifs, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Problèmes psychiques moyens à impritants				Symptômes dépressifs modérés à graves				Echantillon		
	FR		CH		FR		CH		FR	CH	
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	
Comparaison temporelle											
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	19,2	16,4	22,1	17,0	16,3	17,7	933	17 634	-	-	-
2012	23,1	20,0	26,2	18,0	17,3	18,7	980	20 652	6,5	5,9	7,0
Total	23,1	20,0	26,2	18,0	17,3	18,7	980	20 652	7,2	6,5	7,9
Sexe	29,2	24,7	33,7	20,8	19,8	21,7	530	10 845	6,3	3,2	9,3
Femmes	15,7	11,7	19,7	15,1	14,2	16,0	450	9 807	8,5	4,4	10,7
Hommes	22,2	16,4	27,9	18,0	16,6	19,3	286	5 413	10,5	6,1	14,9
Classes d'âge	23,2	17,9	28,6	18,5	17,3	19,8	302	5 676	4,8	2,0	7,7
35-49 ans	22,4	16,5	28,3	16,1	14,6	17,5	156	4 497	3,6	0,0	7,8
50-64 ans	25,3	16,9	33,8	19,1	17,8	20,5	236	5 066	7,2	4,4	10,1
65 ans et plus	26,8	19,7	33,9	25,1	23,2	26,9	206	3 463	7,3	2,8	11,8
Scolarité obligatoire	23,8	19,5	28,1	18,2	17,2	19,1	511	11 185	6,6	5,9	7,4
Degré secondaire II	18,6	13,0	24,1	13,6	12,5	14,6	259	5 927	9,1	4,6	13,7
Degré tertiaire	21,7	18,5	24,8	16,5	15,8	17,2	856	17 429	6,6	4,6	8,6
Suisses	29,2	20,1	38,2	23,6	21,7	25,4	124	3 223	12,6	5,2	19,9
Etrangers	25,8	20,1	31,6	24,6	22,9	26,2	284	4 760	6,1	2,9	9,3
Jusqu'à 2999 CHF	24,5	18,6	30,4	18,2	17,0	19,4	317	6 515	8,4	4,3	12,5
De 3000 à 4999 CHF	20,1	13,4	26,7	15,4	14,0	16,9	179	4 102	10,5	4,5	16,4
De 5000 à 5999 CHF	19,0	11,7	26,2	11,4	10,2	12,6	150	4 131	7,6	2,1	13,2
6000 CHF et plus	25,1	20,7	29,5	18,7	17,9	19,4	548	14 703	9,0	5,7	12,3
Degré d'urbanisation	20,4	16,2	24,7	16,2	14,8	17,5	432	5 949	6,1	3,6	8,7
Campagne											
Comparaison régionale											
Région linguistique1)											
Suisse alémanique	15,7	15,7	15,7	14,9	16,6	16,6	13 389		5,5	4,9	6,2
Suisse romande	23,0	23,0	23,0	21,7	24,3	24,3	5 802		8,7	7,7	9,8
Tessin	25,7	25,7	25,7	23,2	28,3	28,3	1 461		9,4	7,5	11,3
Cantons 2)	17,9	17,9	17,9	15,9	20,0	20,0	2 138		6,2	4,9	7,4
BE	15,7	15,7	15,7	13,8	17,7	17,7	1 653		5,0	3,5	6,6
LU	13,5	13,5	13,5	11,4	15,6	15,6	1 232		4,6	3,1	6,1
UR	11,7	11,7	11,7	8,7	14,7	14,7	500		1,6	0,5	2,7
SZ	14,9	14,9	14,9	11,4	18,4	18,4	573		6,1	2,7	9,4
ZG	14,4	14,4	14,4	11,9	16,8	16,8	951		5,2	3,3	7,0
FR	23,1	23,1	23,1	20,0	26,2	26,2	980		7,8	5,6	10,0
BS	19,5	19,5	19,5	16,7	22,3	22,3	966		5,7	4,1	7,3
BL	17,0	17,0	17,0	14,1	20,0	20,0	817		5,7	3,8	7,6
AR	13,1	13,1	13,1	9,9	16,2	16,2	490		2,4	1,0	3,8
GR	13,8	13,8	13,8	10,7	16,8	16,8	641		4,4	2,3	6,5
AG	13,6	13,6	13,6	11,5	15,7	15,7	1 227		5,8	4,1	7,5
TG	16,4	16,4	16,4	14,0	18,7	18,7	1 090		4,8	3,3	6,4
TI	25,7	25,7	25,7	23,2	28,3	28,3	1 461		9,4	7,5	11,3
VD	24,0	24,0	24,0	21,7	26,4	26,4	1 653		10,1	8,2	12,0
VS	20,0	20,0	20,0	17,3	22,8	22,8	1 011		7,3	5,2	9,3
NE	24,9	24,9	24,9	21,0	28,8	28,8	583		7,6	4,9	10,3
GE	23,0	23,0	23,0	20,1	25,9	25,9	1 083		8,9	6,4	11,4
JU	21,7	21,7	21,7	17,6	25,8	25,8	492		7,1	4,5	9,8
Problèmes psychiques moyens à impritants											
Part de "oui" en %											
Intervalle de confiance (95%)											
Symptômes dépressifs modérés à graves											
Part de "oui" en %											
Intervalle de confiance (95%)											
Echantillon											
n											

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-2.10 Sentiment de maîtrise de la vie bas, soutien social faible et sentiments de solitude, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Sentiment de maîtrise de la vie bas				Soutien social faible				Sentiments de solitude: parfois à très souvent				Echantillon	
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
1992	21,8	18,2	25,4	21,7	20,7	22,2	609	8 947	-	-	-	-	-	-
2002	24,8	21,3	28,4	21,7	20,5	22,2	744	14 359	-	-	-	-	-	-
2007	22,3	18,7	25,9	20,4	19,5	21,4	711	12 992	-	-	-	-	-	-
Total	28,5	24,9	32,1	20,6	19,8	21,4	882	17 267	12,0	9,5	14,4	12,4	11,8	13,0
Sexe	33,1	28,1	38,1	22,1	21,0	23,3	451	9 009	13,2	9,8	16,7	12,9	11,1	13,7
Hommes	23,3	18,2	28,4	19,1	17,9	20,2	381	8 258	10,5	7,0	14,0	11,9	11,1	12,7
Femmes	26,3	19,6	33,0	21,9	20,3	23,5	243	4 469	5,7	2,4	9,1	7,5	6,6	8,5
15-34 ans	32,1	25,7	38,5	21,0	19,5	22,5	268	4 938	14,3	9,9	18,7	13,2	10,2	12,3
35-49 ans	30,5	23,5	37,6	21,6	20,0	23,2	205	4 357	11,6	6,7	16,6	13,2	12,0	14,4
50-64 ans	23,0	14,5	31,4	16,7	15,1	18,4	116	3 503	18,4	11,8	24,9	18,7	16,9	20,4
65 ans et plus	26,9	18,8	35,0	26,3	23,8	28,8	155	2 388	11,6	8,3	14,9	12,4	11,7	13,2
Formation	27,9	23,2	32,7	20,6	19,5	21,7	482	9 438	8,4	4,2	12,6	8,7	7,8	9,6
Scolarité obligatoire	30,5	23,4	37,6	19,2	16,5	19,1	242	5 408	10,5	8,0	13,0	11,3	10,8	11,9
Degré tertiaire	26,7	23,1	30,2	25,5	23,2	27,8	737	14 831	18,0	10,7	25,4	16,4	14,7	16,0
Suisse	35,7	25,0	46,3	26,3	24,4	28,3	95	2 436	12,7	9,8	16,5	16,6	15,3	17,9
Etrangers	27,6	19,2	32,0	21,2	19,8	22,6	220	5 647	15,5	9,2	21,8	12,5	11,5	13,9
Nationalité	31,0	24,9	33,4	18,8	17,1	20,5	196	3 779	15,5	9,2	21,8	12,5	11,5	13,9
Revenu	27,5	18,6	36,3	15,0	13,5	16,4	177	3 731	4,9	2,8	11,1	8,3	7,1	11,6
Jusqu'à 3999 CHF	24,9	16,6	34,8	11,2	10,3	12,2	473	12 733	13,3	9,8	17,1	13,4	12,7	15,1
De 4000 à 4999 CHF	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
De 5000 à 5999 CHF	26,6	21,3	31,9	17,4	16,6	18,6	11 218	11 218	11,8	11,8	11,8	11,1	11,1	12,6
De 6000 CHF et plus	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
D'âge	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
Ville	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
Campagne	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
Urbanisation	22,9	15,1	31,9	18,9	17,4	20,4	359	4 974	10,1	7,0	13,2	9,8	8,8	10,8
Comparaison régionale	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Echantillon
Région	17,6	16,6	18,6	11,8	11,8	12,6	12 987	12 987	32,7	32,7	32,7	32,7	31,7	31,7
Suisse allemandique	27,3	25,8	28,9	4,852	4,852	5,585	5 585	5 585	11,4	11,4	11,4	11,4	44,0	44,0
Suisse romande	32,0	28,9	35,1	1 197	1 197	1 349	1 349	1 349	19,8	19,8	19,8	19,8	45,6	45,6
Tessin	18,2	16,1	19,3	1 813	1 813	1 370	1 370	1 370	2,082	2,082	2,082	2,082	34,3	34,3
ZH	17,0	14,7	19,3	1 370	1 370	1 111	1 111	1 111	6,222	6,222	6,222	6,222	32,0	32,0
BE	16,8	14,1	19,5	1 023	1 023	9,6	7,4	7,4	7,7	7,7	7,7	7,7	29,0	29,0
LU	17,2	13,1	21,3	420	420	7,4	7,4	7,4	1,999	1,999	1,999	1,999	26,2	26,2
UR	13,0	9,5	16,5	481	481	10,5	10,5	10,5	563	563	563	563	30,3	30,3
SZ	13,0	9,5	16,5	481	481	10,5	10,5	10,5	563	563	563	563	25,3	25,3
VS	28,5	24,9	32,1	805	805	9,2	9,2	9,2	919	919	919	919	38,6	38,6
ZG	21,9	18,5	25,3	783	783	15,0	15,0	15,0	923	923	923	923	42,1	42,1
BS	19,8	16,3	23,3	682	682	12,4	12,4	12,4	787	787	787	787	37,9	37,9
BL	12,0	8,8	15,2	427	427	10,1	10,1	10,1	474	474	474	474	30,5	30,5
AR	14,1	10,8	17,4	547	547	12,6	12,6	12,6	623	623	623	623	26,7	26,7
GR	16,8	14,1	19,5	1 029	1 029	12,8	12,8	12,8	1 176	1 176	1 176	1 176	30,7	30,7
AG	14,7	12,0	17,4	918	918	10,7	10,7	10,7	1 064	1 064	1 064	1 064	27,4	27,4
TC	32,0	28,9	35,1	1 197	1 197	22,3	22,3	22,3	1 349	1 349	1 349	1 349	32,5	32,5
TI	27,0	24,3	29,6	1 394	1 394	12,3	12,3	12,3	1 598	1 598	1 598	1 598	42,8	42,8
VD	26,2	22,6	29,8	842	842	11,4	11,4	11,4	977	977	977	977	41,8	41,8
VS	27,5	23,1	32,0	486	486	13,1	13,1	13,1	565	565	565	565	38,1	38,1
NE	27,5	23,1	32,0	486	486	13,1	13,1	13,1	565	565	565	565	36,6	36,6
GE	27,9	24,3	31,5	877	877	13,0	13,0	13,0	1 015	1 015	1 015	1 015	46,5	46,5
JU	27,3	22,4	32,3	421	421	13,6	13,6	13,6	481	481	481	481	43,9	43,9

1) Suisse allemandique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tesin: TI
 2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.
 Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.
 Sources: OFS - Enquêtes suisses sur la santé 1992, 2002, 2007, 2012

Tableau A-3.1 Attention portée à la santé, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison	Insouciant			Atentif			Très attentif			Echantillon						
	FR	CH		FR	CH		FR	CH		FR	CH					
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)			Part en %	Intervalle de confiance (95%)			
Comparaison temporelle	1992	16,6	13,6	19,6	12,8	12,0	13,5	66,3	67,1	21,0	17,7	24,2	20,3	22,1	721	10,420
	2002	17,9	14,7	21,0	11,8	11,2	12,5	58,6	65,0	19,8	16,8	22,8	20,6	22,2	803	15,652
	2007	13,1	10,1	16,0	12,3	11,5	13,0	62,3	65,9	19,2	15,9	22,5	18,5	20,2	750	13,923
Total	2012	18,5	15,5	21,4	14,4	13,7	15,1	60,8	67,3	20,7	17,6	23,9	18,6	17,9	875	18,061
Sexe	Femmes	16,0	12,2	19,8	12,1	11,2	13,0	60,7	66,1	20,7	18,9	27,8	20,5	19,5	480	9,542
	Hommes	21,5	16,9	26,0	16,8	15,7	17,9	60,8	66,5	17,7	13,3	22,2	16,7	17,8	395	8,519
Classes d'âge	15-34 ans	27,3	21,1	33,6	22,5	20,9	24,2	57,6	62,7	15,1	9,3	20,8	12,9	11,4	245	4,488
	35-49 ans	14,0	9,4	18,7	12,1	10,9	13,3	66,1	70,0	19,8	14,6	25,1	16,2	14,9	273	5,022
	50-64 ans	19,1	12,9	25,3	10,4	9,3	11,5	61,7	68,0	19,1	13,2	25,1	19,9	18,3	214	4,556
	65 ans et plus	7,3	2,8	11,8	10,4	9,1	11,6	56,0	59,0	36,7	27,6	45,8	26,8	30,4	140	3,995
Formation	Scolarité obligatoire	27,6	19,9	35,3	23,3	21,0	25,5	48,5	49,4	52,0	31,6	24,7	22,3	27,1	167	2,685
	Degré secondaire II	17,2	13,3	21,1	14,7	13,7	15,7	63,0	68,0	19,8	15,6	24,0	18,3	20,3	458	9,847
	Degré tertiaire	14,9	9,8	20,0	8,9	8,0	9,9	66,2	73,1	18,9	13,0	24,7	14,1	13,0	247	5,489
Nationalité	Suisses	16,9	14,0	19,7	13,6	12,9	14,3	62,5	67,7	20,7	17,4	23,9	17,8	17,0	777	15,450
	Etrangers	24,8	15,8	33,8	17,1	15,1	19,0	54,1	58,8	21,1	11,9	30,3	21,7	19,5	98	2,611
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 2999 CHF	22,9	16,9	28,9	18,4	16,6	20,1	52,8	57,1	24,3	18,1	30,5	22,4	20,7	243	3,945
	De 3000 à 4499 CHF	17,1	12,0	22,1	14,2	13,0	15,4	62,6	69,0	20,1	14,9	25,8	18,9	17,5	285	5,739
	De 4500 à 5999 CHF	15,3	9,1	21,6	13,8	12,4	15,3	68,1	67,4	16,6	10,4	22,8	16,7	15,0	285	5,739
	6000 CHF et plus	18,4	11,5	25,4	10,6	9,3	12,0	65,9	73,6	15,6	8,9	22,3	14,0	12,6	147	3,814
Degré d'urbanisation	Ville	20,1	16,0	24,2	14,1	13,3	14,9	59,1	66,0	20,9	16,5	25,2	18,8	17,9	493	12,877
	Campagne	16,4	12,3	20,4	15,2	13,9	16,6	63,0	64,8	20,6	16,1	25,2	18,2	16,8	382	5,184
Comparaison régionale																
	Région linguistique ¹⁾	11,6	10,8	12,5	10,8	12,5	12,5	69,8	70,9	18,6	18,6	17,7	17,7	19,6	11 649	
	Suisse romande	22,3	20,8	23,7	20,8	23,7	23,7	58,7	60,4	19,0	17,0	17,0	17,0	20,3	5 117	
	Tessin	13,5	11,3	15,7	11,3	12,0	15,7	69,5	72,4	17,0	17,0	14,6	14,6	19,4	1 295	
	ZH	10,3	10,3	12,0	8,5	12,0	14,3	71,2	73,8	18,5	18,5	16,3	16,3	20,7	1 884	
	BE	12,3	10,4	14,3	10,4	14,3	14,3	69,8	72,5	17,9	17,9	15,6	15,6	20,2	1 435	
	LU	10,8	8,6	13,0	8,6	13,0	13,0	70,1	73,3	19,1	19,1	16,4	16,4	21,9	1 059	
	UR	11,9	8,3	11,7	8,3	11,7	11,7	69,0	73,9	19,1	19,1	15,1	15,1	23,2	437	
	SZ	15,5	11,2	19,3	11,2	19,3	19,3	68,2	72,9	16,3	16,3	12,6	12,6	20,0	499	
	ZG	11,2	8,6	13,9	8,6	13,9	13,9	71,5	75,1	17,3	17,3	14,3	14,3	20,3	802	
	FR	18,5	15,5	21,4	15,5	21,4	21,4	60,8	64,5	20,7	20,7	17,6	17,6	23,9	875	
	BS	11,3	8,5	14,1	8,5	14,1	14,1	67,3	71,1	21,4	21,4	18,2	18,2	24,6	832	
	BL	10,0	10,0	12,5	7,6	12,5	15,4	72,1	75,8	17,9	17,9	14,7	14,7	21,1	712	
	AR	13,2	8,7	17,6	8,7	17,6	17,6	65,2	70,6	17,2	17,2	17,1	17,1	26,3	438	
	GR	12,9	9,7	16,0	9,7	16,0	16,0	70,0	74,2	17,2	17,2	13,8	13,8	20,5	570	
	AG	12,5	9,8	15,2	9,8	15,2	15,2	68,0	71,5	19,5	19,5	16,6	16,6	22,3	1 055	
	TG	11,2	9,0	13,4	9,0	13,4	13,4	71,0	74,2	17,8	17,8	15,2	15,2	20,5	950	
	TI	13,5	11,3	15,7	11,3	15,7	15,7	69,5	72,4	17,0	17,0	14,6	14,6	19,4	1 295	
	VD	22,2	20,2	25,3	20,2	25,3	25,3	58,0	60,9	19,3	19,3	17,0	17,0	21,6	1 469	
	VS	22,2	18,8	25,5	18,8	25,5	25,5	59,9	63,7	18,0	18,0	15,1	15,1	20,9	892	
	NE	22,2	17,8	26,6	17,8	26,6	26,6	58,8	63,8	18,9	18,9	15,1	15,1	22,7	520	
	GE	23,3	19,9	26,7	19,9	26,7	26,7	58,2	62,1	18,5	18,5	15,6	15,6	21,4	922	
	JU	27,0	21,4	32,6	21,4	32,6	32,6	56,5	62,1	16,5	16,5	12,6	12,6	20,5	439	

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-3.3 Attention à l'alimentation, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Fait attention à l'alimentation				Respect de la recommandation <5 par jour>				Consommation quotéenne de liquide non-alcoolisé de un litre ou moins							
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR		CH	
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Echantillon
1992	59,4	56,1	62,7	67,8	66,9	68,7	991	14 711	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	54,4	50,9	57,8	69,1	68,2	69,9	1 004	19 690	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	59,9	56,4	63,5	70,5	69,7	71,4	1 003	18 742	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	56,3	52,9	59,8	67,9	67,1	68,7	1 027	21 577	23,4	26,5	19,8	18,5	29,7	34,2	26,5	27,5
Sexe	61,9	57,2	66,7	74,9	73,9	75,9	547	11 304	31,7	36,2	19,2	18,5	30,7	34,2	24,7	25,3
Femmes	49,8	44,8	54,8	60,6	59,4	61,8	480	10 273	13,7	10,1	17,2	12,1	35,0	39,8	29,1	28,4
Hommes	42,7	36,1	49,3	58,3	56,6	60,0	299	5 606	24,3	18,2	30,4	18,4	31,4	31,6	30,4	32,7
Classes d'âge	59,9	53,9	65,8	71,0	69,5	72,4	312	5 898	25,9	20,6	31,1	19,0	31,4	31,7	26,6	25,5
15-34 ans	64,0	57,4	70,5	77,2	70,7	73,7	250	4 274	21,3	15,8	26,8	17,2	32,4	38,1	25,2	24,5
35-49 ans	64,0	57,4	70,5	77,2	70,7	73,7	250	4 274	21,3	15,8	26,8	17,2	32,4	38,1	25,2	24,5
50-64 ans	64,0	57,4	70,5	77,2	70,7	73,7	250	4 274	21,3	15,8	26,8	17,2	32,4	38,1	25,2	24,5
65 ans et plus	64,0	57,4	70,5	77,2	70,7	73,7	250	4 274	21,3	15,8	26,8	17,2	32,4	38,1	25,2	24,5
Formation	54,2	46,9	61,6	56,5	54,5	58,5	228	4 799	20,0	13,2	26,9	18,6	42,3	49,2	28,4	31,5
Scolarité obligatoire	59,5	50,9	60,4	68,2	67,1	69,3	533	11 562	23,7	19,4	28,1	18,1	37,8	42,3	28,4	31,5
Degré secondaire I	59,5	50,9	60,4	68,2	67,1	69,3	533	11 562	23,7	19,4	28,1	18,1	37,8	42,3	28,4	31,5
Degré secondaire II	59,5	50,9	60,4	68,2	67,1	69,3	533	11 562	23,7	19,4	28,1	18,1	37,8	42,3	28,4	31,5
Suisse	56,8	53,2	60,5	64,7	62,7	66,7	881	17 924	24,2	21,0	27,4	18,0	34,1	39,9	28,0	28,1
Nationalité	54,4	45,3	63,5	63,9	62,2	65,6	304	5 092	25,8	19,8	31,7	17,0	32,1	37,2	30,0	32,0
Etrangers	55,2	49,0	61,5	66,0	64,6	67,4	328	6 765	24,7	19,3	30,1	18,8	31,7	37,2	28,1	26,8
Jusqu'à 2999 CHF	58,3	52,4	64,3	69,0	67,2	70,7	186	4 213	17,3	11,4	23,3	20,5	43,0	34,7	27,2	25,5
De 3000 à 4999 CHF	61,6	53,6	69,5	74,4	72,8	76,0	153	4 213	21,7	14,5	28,9	20,5	45,4	36,4	24,7	27,9
De 5000 à 5999 CHF	48,3	39,3	57,3	68,9	68,0	69,8	577	15 400	24,8	20,5	29,0	19,6	38,3	33,7	28,7	27,9
6000 CHF et plus	55,3	50,6	59,9	65,3	63,7	66,8	460	6 177	21,8	17,5	26,0	18,0	32,9	28,0	26,2	29,3
Ville	57,7	52,6	62,8	65,3	63,7	66,8	460	6 177	21,8	17,5	26,0	18,0	32,9	28,0	26,2	29,3
Campagne	57,7	52,6	62,8	65,3	63,7	66,8	460	6 177	21,8	17,5	26,0	18,0	32,9	28,0	26,2	29,3
Comparaison régionale	Fait attention à l'alimentation	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Respect de la recommandation <5 par jour>	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Consommation quotéenne de liquide non-alcoolisé de un litre ou moins	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	
Région	Suisse allemande	72,3	72,3	73,3	71,4	71,4	13 917	18 710	17,8	17,8	18,7	13 453	24,1	24,1	25,1	13 456
Suisse romande	54,6	54,6	56,0	61,12	53,1	56,0	6 112	22,8	22,8	24,1	5 832	41,8	41,8	43,2	5 869	
Tessin	73,6	73,6	76,1	78,6	71,2	76,1	1 548	19,9	19,9	22,2	1 486	37,8	37,8	40,5	1 486	
Cantons 2)	76,6	76,6	74,6	78,6	74,6	78,6	2 221	18,0	18,0	20,0	2 152	25,1	25,1	27,3	2 150	
BE	71,9	71,9	69,5	74,2	69,5	74,2	1 716	18,2	18,2	20,3	1 658	26,0	26,0	28,4	1 661	
LU	70,1	70,1	73,0	73,0	67,3	73,0	1 280	16,6	16,6	18,8	1 234	22,4	22,4	24,9	1 235	
UR	60,0	60,0	64,7	64,7	51,4	51,4	514	12,4	12,4	15,4	500	23,0	23,0	24,9	500	
SZ	66,2	66,2	70,5	70,5	62,0	70,5	599	18,6	18,6	22,1	579	21,0	21,0	24,7	580	
ZG	73,0	73,0	76,1	76,1	69,9	76,1	994	18,9	18,9	20,4	956	23,2	23,2	26,3	954	
FR	56,3	56,3	59,8	59,8	52,9	59,8	1 027	23,4	23,4	26,5	984	36,0	36,0	39,3	984	
BS	74,2	74,2	77,4	77,4	71,0	77,4	1 010	15,7	15,7	18,2	970	23,7	23,7	26,6	969	
BL	73,9	73,9	77,2	77,2	70,5	77,2	847	13,1	13,1	15,4	822	23,7	23,7	26,6	822	
AR	71,7	71,7	76,3	76,3	67,1	76,3	508	21,0	21,0	24,9	493	26,9	26,9	30,2	492	
GR	67,5	67,5	71,5	71,5	63,5	71,5	665	16,1	16,1	19,4	640	22,4	22,4	24,7	642	
AG	73,6	73,6	76,3	76,3	70,8	76,3	1 271	19,8	19,8	22,4	1 235	21,5	21,5	24,5	1 236	
TC	72,5	72,5	75,4	75,4	69,6	75,4	1 126	17,1	17,1	22,3	1 096	21,8	21,8	24,5	1 095	
TI	73,6	73,6	76,1	76,1	71,2	76,1	1 548	19,9	19,9	22,2	1 484	37,8	37,8	40,5	1 486	
VD	54,1	54,1	56,7	56,7	51,4	56,7	1 743	22,5	22,5	24,7	1 667	43,1	43,1	45,7	1 675	
VS	54,2	54,2	57,6	57,6	50,8	57,6	1 065	21,1	21,1	23,8	1 018	36,5	36,5	39,8	1 018	
NE	52,4	52,4	56,8	56,8	48,0	56,8	622	24,7	24,7	28,5	587	43,8	43,8	48,2	595	
GE	55,6	55,6	59,0	59,0	52,2	59,0	1 148	23,7	23,7	26,5	1 082	46,4	46,4	49,9	1 097	
JU	52,0	52,0	57,0	57,0	46,9	57,0	507	21,9	21,9	25,9	494	39,5	39,5	44,4	500	

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-3.4 Activité physique, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison	Inactif						Partiellement actif						Suffisamment actif						Echantillon		
	FR		CH		Intervalle de confiance (95%)		FR		CH		Intervalle de confiance (95%)		FR		CH		Intervalle de confiance (95%)		FR	CH	
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	
1992																					
temporelle	20,6	17,7	23,5	18,4	17,7	19,1	18,8	16,1	21,5	19,1	18,4	19,8	60,6	57,2	64,1	62,5	61,6	63,4	930	18 241	
2007	14,1	11,5	16,6	14,8	14,1	15,5	23,1	20,0	26,2	18,6	17,9	19,3	62,9	59,3	66,4	66,6	65,7	67,5	926	17 387	
2012	11,5	9,1	13,9	10,7	10,2	11,3	23,8	20,7	26,8	16,8	16,2	17,4	64,7	61,3	68,2	72,5	71,7	73,2	974	20 625	
Sexe																					
Femmes	11,3	8,2	14,4	12,7	11,9	13,5	24,9	20,6	29,2	18,2	17,3	19,0	63,8	59,1	68,5	69,1	68,0	70,2	530	10 814	
Hommes	11,8	8,0	15,6	8,7	7,9	9,4	22,4	18,1	26,7	18,4	14,5	16,3	65,8	60,8	70,9	75,9	74,8	77,0	444	9 811	
Classes d'âge																					
15-34 ans	7,0	3,5	10,4	6,9	5,9	7,8	21,4	15,6	27,1	14,6	13,4	15,7	71,7	65,4	78,0	78,6	77,1	80,0	285	5 391	
35-49 ans	11,3	6,9	15,7	9,2	8,2	10,1	26,5	19,1	31,9	19,5	18,2	20,8	62,2	56,1	68,2	71,3	69,8	72,8	301	5 664	
50-64 ans	14,2	8,9	19,5	10,8	9,7	11,9	25,0	19,1	31,0	18,5	17,2	19,8	60,7	53,9	67,6	70,7	69,2	72,2	233	5 081	
65 ans et plus	17,7	10,1	25,3	18,2	16,7	19,6	21,9	13,9	29,8	14,5	13,2	15,8	60,4	51,4	69,5	67,3	65,6	69,1	155	4 489	
Formation																					
Scolarité obligatoire	15,9	9,7	22,1	19,0	17,3	20,7	19,7	13,7	25,8	13,9	12,5	15,3	64,4	56,9	71,9	67,1	65,1	69,1	207	3 481	
Degré secondaire II	10,7	7,5	13,8	10,9	10,1	11,7	24,7	20,4	29,0	16,2	15,3	17,0	64,6	59,9	69,4	72,9	71,9	74,0	507	11 163	
Degré tertiaire	10,0	5,4	14,6	5,8	5,1	6,5	24,4	18,3	30,5	19,6	18,3	20,8	65,6	58,8	72,4	74,6	73,3	76,0	257	5 907	
Nationalité																					
Suisses	10,2	7,8	12,7	9,4	8,9	10,0	23,1	19,9	26,2	17,0	16,4	17,7	66,7	63,2	70,3	73,5	72,7	74,3	848	17 356	
Etrangers	16,9	9,5	24,4	15,6	14,0	17,2	26,7	17,8	35,7	15,9	14,3	17,4	56,3	46,5	66,1	68,5	66,5	70,5	126	3 269	
Revenu																					
Jusqu'à 2999 CHF	14,0	9,6	18,4	16,0	14,6	17,4	18,9	14,0	23,7	15,5	14,2	16,8	67,1	61,2	73,1	68,5	66,8	70,2	283	4 768	
De 3000 à 4499 CHF	11,6	7,0	16,3	10,4	9,4	11,3	27,9	22,3	33,6	16,8	15,7	17,9	60,4	54,2	66,6	72,8	71,5	74,2	314	6 503	
d'équivalence	9,9	4,7	15,1	7,9	6,9	9,0	24,3	17,2	31,4	17,5	16,1	19,0	65,8	57,8	73,7	74,5	72,9	76,2	180	4 092	
De 4500 à 5999 CHF	8,0	2,0	14,1	5,7	4,8	6,5	22,7	14,8	30,6	18,3	16,8	19,9	69,3	60,4	78,2	76,0	74,3	77,7	147	4 113	
du ménage																					
6000 CHF et plus	12,8	9,4	16,2	11,3	10,6	12,0	26,1	21,9	30,4	17,0	16,3	17,8	61,1	56,3	65,8	71,7	70,8	72,6	542	14 704	
Degré d'urbanisation																					
Ville	9,9	6,4	13,3	9,2	8,2	10,2	20,8	16,4	25,1	16,2	15,0	17,4	69,3	64,3	74,3	74,6	73,1	76,0	432	5 921	
Campagne																					
Comparaison régionale																					
Région linguistique ¹⁾																					
Suisse alémanique	8,7	8,1	9,4	8,1	8,7	9,4	15,0	15,0	14,3	14,3	14,3	15,8	76,2	76,2	75,3	75,3	77,2	77,2	13 331	13 331	
Suisse romande	14,5	13,4	15,6	13,4	14,5	15,6	21,6	20,4	22,8	20,4	20,4	22,8	63,9	63,9	62,4	62,4	65,3	65,3	5 818	5 818	
Tessin	21,5	19,1	23,9	19,1	17,7	23,9	17,7	17,7	15,6	15,6	19,9	19,9	60,8	60,8	58,0	58,0	63,6	63,6	1 476	1 476	
Cantons 2)																					
ZH	8,8	7,4	10,3	7,4	8,8	10,3	16,4	16,4	14,5	14,5	18,2	18,2	74,8	74,8	72,7	72,7	77,0	77,0	2 129	2 129	
BE	8,5	6,9	9,2	6,9	8,5	9,2	15,4	15,4	13,5	13,5	17,4	17,4	76,1	76,1	73,8	73,8	78,4	78,4	1 648	1 648	
LU	7,6	5,9	9,2	5,9	7,6	9,2	14,9	14,9	12,8	12,8	17,0	17,0	77,5	77,5	75,0	75,0	80,1	80,1	1 217	1 217	
UR	7,4	4,5	10,3	4,5	7,4	10,3	12,7	12,7	9,7	9,7	15,8	15,8	79,9	79,9	75,9	75,9	83,8	83,8	497	497	
SZ	7,8	5,2	9,9	5,2	7,8	9,9	17,2	17,2	13,6	13,6	20,7	20,7	75,1	75,1	71,0	71,0	79,1	79,1	578	578	
ZG	7,8	5,9	9,1	5,9	7,8	9,1	17,1	17,1	14,5	14,5	19,7	19,7	75,2	75,2	72,1	72,1	78,2	78,2	948	948	
FR	11,5	9,1	13,9	9,1	11,5	13,9	23,8	23,8	20,7	20,7	26,8	26,8	64,7	64,7	61,3	61,3	68,2	68,2	974	974	
BS	11,3	9,1	13,4	9,1	11,3	13,4	15,5	15,5	12,8	12,8	18,3	18,3	73,2	73,2	70,0	70,0	76,4	76,4	963	963	
BL	9,5	7,2	11,9	7,2	9,5	11,9	13,9	13,9	11,3	11,3	16,5	16,5	76,6	76,6	73,3	73,3	79,8	79,8	814	814	
AR	9,1	6,2	12,1	6,2	9,1	12,1	14,4	14,4	11,2	11,2	17,7	17,7	76,4	76,4	72,3	72,3	80,5	80,5	491	491	
GR	8,2	5,8	10,6	5,8	8,2	10,6	15,1	15,1	12,0	12,0	18,2	18,2	78,2	78,2	73,0	73,0	80,4	80,4	638	638	
AG	7,7	5,9	9,5	5,9	7,7	9,5	14,1	14,1	11,9	11,9	16,3	16,3	79,9	79,9	75,5	75,5	80,8	80,8	1 220	1 220	
TC	8,1	6,2	9,9	6,2	8,1	9,9	14,9	14,9	12,5	12,5	17,2	17,2	77,1	77,1	74,3	74,3	79,9	79,9	1 081	1 081	
TI	21,5	19,1	23,9	19,1	17,7	23,9	17,7	17,7	15,6	15,6	19,9	19,9	60,8	60,8	58,0	58,0	63,6	63,6	1 476	1 476	
VD	15,4	13,5	17,4	13,5	15,4	17,4	21,2	21,2	19,1	19,1	23,4	23,4	63,3	63,3	60,8	60,8	65,9	65,9	1 664	1 664	
VS	10,3	8,3	12,3	8,3	10,3	12,3	22,6	22,6	19,7	19,7	25,5	25,5	67,1	67,1	70,3	70,3	70,3	70,3	1 011	1 011	
NE	16,8	13,2	20,4	13,2	16,8	20,4	22,7	22,7	19,0	19,0	26,4	26,4	60,5	60,5	56,1	56,1	64,9	64,9	588	588	
GE	17,0	14,2	19,7	14,2	17,0	19,7	19,4	19,4	16,6	16,6	22,2	22,2	63,6	63,6	60,2	60,2	67,0	67,0	1 087	1 087	
JU	15,3	11,6	19,0	11,6	15,3	19,0	23,3	23,3	18,6	18,6	28,1	28,1	61,4	61,4	56,2	56,2	66,5	66,5	494	494	

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-3.6 Exposition à la fumée passive au travail, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Exposition à la fumée passive au travail (au moins un quart du temps)										Echantillon	
	FR					CH					FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	17,7	12,9	22,5	14,4	16,7	82,3	77,5	87,1	84,5	83,3	441	7 715
2012	8,7	6,0	11,4	9,1	10,6	91,3	88,6	94,0	90,1	89,4	561	11 475
Total	2,8	0,9	4,8	5,1	6,8	97,2	95,2	99,1	94,1	93,2	273	5 596
Sexe	13,9	9,2	18,6	13,2	14,4	86,1	81,4	90,8	86,8	85,6	288	5 879
Classes d'âge	13,4	7,6	19,1	14,5	16,1	86,6	80,9	92,4	85,5	83,9	175	3 329
35-49 ans	7,5	3,7	11,3	8,5	9,6	92,5	88,7	96,3	91,5	90,4	224	4 284
50-64 ans	3,9	0,4	7,3	5,9	4,8	96,1	92,7	99,6	94,1	93,1	149	3 344
65 ans et plus	(0,0)	-	-	8,8	5,4	(100,0)	-	-	91,2	87,8	13	518
Formation	17,4	7,6	27,3	18,9	21,7	82,6	72,7	92,4	81,1	78,3	71	1 263
Scolarité obligatoire	9,9	5,8	14,0	11,5	10,4	90,1	86,0	94,2	88,5	87,3	308	6 009
Degré secondaire II	2,8	0,5	5,2	4,2	4,9	97,2	94,8	99,5	95,8	95,1	180	4 178
Degré tertiaire	7,4	4,8	9,9	9,1	8,3	92,6	90,1	95,2	90,9	90,1	490	9 708
Nationalité	13,5	5,2	21,9	12,1	10,2	86,5	78,1	94,8	87,9	85,9	71	1 767
Etrangers	13,0	5,8	20,2	14,0	11,9	87,0	79,8	94,2	86,0	83,8	123	1 990
Revenu d'équivalence	10,0	5,3	14,7	11,2	9,8	90,0	85,3	94,7	88,8	87,4	200	3 671
De 3000 à 4499 CHF	5,7	1,0	10,3	8,9	7,5	10,4	89,7	99,0	91,1	89,6	114	2 630
De 4500 à 5999 CHF	4,8	0,8	8,8	5,0	4,0	95,2	91,2	99,2	95,0	93,9	119	2 999
6000 CHF et plus	10,9	6,9	15,0	9,8	8,9	89,1	85,0	93,1	90,2	89,4	311	8 018
Degré Ville	5,9	2,6	9,3	10,1	8,6	94,1	90,7	97,4	89,9	88,4	250	3 457
Campagne												
Comparaison régionale												
Région linguistique 1)												
Suisse allemande	9,3	11,6	8,4	10,2	10,2	90,7	88,4	91,6	89,8	91,6	n	7 685
Suisse romande	9,9	7,3	12,5	10,2	13,0	88,4	87,0	89,8	87,0	89,8	n	3 064
Tessin	10,5	8,3	12,7	8,3	12,5	90,1	89,5	92,7	87,3	92,7	n	726
Cantons 2)	8,8	6,5	11,1	6,5	11,1	89,9	88,9	91,7	88,9	91,7	n	1 219
BE	9,4	6,7	12,1	6,7	12,1	90,6	89,9	93,3	87,9	93,5	n	930
LU	8,0	4,4	11,7	4,4	11,7	92,0	90,6	95,6	88,3	95,6	n	735
UR	9,8	5,9	13,7	5,9	13,7	90,2	86,3	94,1	86,3	94,1	n	295
SZ	8,6	5,6	11,7	5,6	11,7	91,4	91,4	94,4	88,3	94,4	n	345
ZG	8,7	6,0	11,4	6,0	11,4	91,3	91,3	94,0	88,6	94,0	n	560
FR	8,0	5,1	11,3	5,1	11,3	92,0	92,0	95,0	89,0	95,0	n	561
BS	8,2	4,5	12,2	4,5	12,2	91,8	91,8	94,9	88,7	94,9	n	414
BL	8,3	4,5	12,2	4,5	12,2	91,7	91,7	95,5	87,8	95,5	n	288
AR	9,2	5,7	12,6	5,7	12,6	90,8	90,8	94,3	87,4	94,3	n	374
GR	7,3	5,0	9,5	5,0	9,5	92,7	92,7	95,0	90,5	95,0	n	720
AG	11,8	9,0	14,6	9,0	14,6	88,2	88,2	91,0	85,4	91,0	n	652
TG	9,9	7,3	12,5	7,3	12,5	90,1	90,1	92,7	87,5	92,7	n	726
TI	11,2	8,7	13,7	8,7	13,7	88,8	88,8	91,3	86,3	91,3	n	868
VD	14,3	10,9	17,7	10,9	17,7	85,7	85,7	89,1	82,3	89,1	n	557
VS	12,3	8,2	16,4	8,2	16,4	87,7	87,7	91,8	83,6	91,8	n	313
NE	11,9	8,4	15,3	8,4	15,3	88,1	88,1	91,6	84,7	91,6	n	502
GE	11,6	7,3	16,0	7,3	16,0	88,4	88,4	92,7	84,0	92,7	n	263
JU												

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-3.7 Risque concernant la consommation d'alcool chronique excessive, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Aucun risque			Risque faible			Risque moyen à élevé			Echantillon	
	FR			FR			FR			FR	CH
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	CH Part en %	Intervalle de confiance (95%)	n
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comparaison temporelle	24,9	21,8	28,0	23,8	22,3	25,4	27,0	25,4	27,0	27,0	19 214
2002	24,7	21,4	28,0	26,2	25,4	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	17 888
2012	26,3	23,1	29,5	26,8	26,0	27,6	27,6	27,6	27,6	27,6	20 848
Total	36,0	31,3	40,7	35,0	33,8	36,1	36,1	36,1	36,1	36,1	10 950
Sexe	14,9	11,1	18,7	18,2	17,2	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	9 898
Hommes	30,9	24,6	37,3	28,2	26,6	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	5 430
Classes 15-34 ans	21,5	16,5	26,6	23,9	23,9	26,8	26,8	26,8	26,8	26,8	5 712
35-49 ans	16,9	11,8	22,0	22,5	21,1	23,9	23,9	23,9	23,9	23,9	5 132
50-64 ans	38,4	29,7	47,1	31,4	29,6	33,2	33,2	33,2	33,2	33,2	4 574
65 ans et plus	42,3	34,7	50,0	42,3	40,2	44,4	44,4	44,4	44,4	44,4	3 537
Formation	25,3	21,0	29,7	28,1	27,0	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	11 267
Scolarité obligatoire	16,8	11,6	22,1	15,3	14,2	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	5 964
Degré tertiaire	23,0	19,9	26,1	24,3	23,5	25,1	25,1	25,1	25,1	25,1	17 533
Suisses	40,5	30,9	50,1	35,8	33,7	37,9	37,9	37,9	37,9	37,9	128
Etrangers	34,6	28,5	40,8	39,6	37,7	41,4	41,4	41,4	41,4	41,4	287
Jusqu'à 2999 CHF	25,3	19,6	31,0	27,5	26,2	28,9	28,9	28,9	28,9	28,9	6 568
De 3000 à 4999 CHF	18,1	12,1	24,2	19,1	17,6	20,6	20,6	20,6	20,6	20,6	4 125
De 4500 à 5999 CHF	10,7	5,4	16,0	12,5	11,3	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	1 418
6000 CHF et plus	25,5	21,2	29,8	27,0	26,0	27,9	27,9	27,9	27,9	27,9	14 861
Degré d'urbanisation	27,4	22,6	32,2	26,3	24,8	27,9	27,9	27,9	27,9	27,9	5 987
Comparaison régionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Région linguistique ¹⁾	25,9	24,9	27,4	26,9	26,2	28,9	28,9	28,9	28,9	28,9	13 471
Suisse allemande	28,8	27,2	30,4	30,2	30,2	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	5 887
Suisse romande	29,8	27,2	32,4	28,6	28,6	30,2	30,2	30,2	30,2	30,2	1 490
ZH	26,3	24,0	28,6	24,0	24,0	26,3	26,3	26,3	26,3	26,3	2 152
Cantons 2)	23,3	21,0	25,6	21,0	21,0	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	1 663
BE	24,0	21,3	26,7	21,3	21,3	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	1 235
LU	28,0	23,4	32,5	23,4	23,4	26,7	26,7	26,7	26,7	26,7	501
UR	26,2	22,1	30,3	30,3	30,3	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	579
SZ	24,5	21,5	27,5	27,5	27,5	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	956
ZG	26,3	23,1	29,5	29,5	29,5	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	989
FR	26,5	23,4	29,6	29,6	29,6	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	974
BS	24,8	21,6	28,1	28,1	28,1	30,3	30,3	30,3	30,3	30,3	822
BL	27,3	24,4	30,3	30,3	30,3	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	494
AR	30,3	26,5	34,2	34,2	34,2	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	644
GR	27,3	24,4	30,3	30,3	30,3	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	1 233
AG	27,2	24,4	30,1	30,1	30,1	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	1 098
TG	29,8	26,0	32,4	32,4	32,4	34,7	34,7	34,7	34,7	34,7	1 490
TI	28,5	25,0	30,8	30,8	30,8	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	1 680
VD	27,6	24,1	30,3	30,3	30,3	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	1 024
VS	28,2	24,1	32,3	32,3	32,3	34,7	34,7	34,7	34,7	34,7	593
NE	32,6	29,3	35,9	35,9	35,9	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	9,7
GE	24,2	19,4	29,0	29,0	29,0	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	1 102
JU	24,2	19,4	29,0	29,0	29,0	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	499

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsam 2015

Tableau A-3.9 Consommation de tranquillisants, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Tranquillisants (dans les 7 derniers jours)				Sommifères (dans les 7 derniers jours)				Antidépresseurs (dans les 7 derniers jours)				Echantillon		
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH	
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n
1992	4,4	3,1	5,7	4,5	3,8	4,5	10,41	15,272	5,3	4,6	5,3	10,41	15,272	-	-
2002	4,6	3,2	6,1	4,1	3,8	4,4	10,04	19,673	4,1	3,8	4,4	10,04	19,673	-	-
2007	4,3	3,0	5,7	4,0	3,9	4,6	9,99	18,706	5,8	4,9	5,6	9,99	18,714	3,6	3,3
2012	6,1	4,5	7,7	4,3	3,9	4,6	10,07	21,354	6,1	4,4	7,7	10,07	21,367	4,1	3,7
Total	8,7	6,0	11,3	4,8	3,9	4,6	5,28	11,090	9,2	6,4	12,1	5,28	11,095	5,4	4,9
Sexe	3,2	1,5	5,0	3,1	2,7	3,5	4,79	10,264	2,5	1,0	4,0	4,79	10,272	2,6	2,3
Femmes	3,2	1,5	5,0	3,1	2,7	3,5	4,79	10,264	2,5	1,0	4,0	4,79	10,272	2,6	2,3
Hommes	1,7	0,0	3,7	1,7	1,3	2,2	2,86	5,446	1,0	0,0	2,2	2,86	5,446	0,6	0,0
Classes d'âge	6,5	3,3	9,7	4,1	3,5	4,8	3,05	5,848	5,2	2,2	3,3	3,05	5,850	5,5	3,8
15-34 ans	10,7	5,7	15,8	6,9	6,0	7,7	1,66	4,785	18,2	11,0	25,4	1,66	4,798	4,7	2,3
35-49 ans	11,8	7,5	16,1	6,6	5,6	7,7	2,23	3,825	9,5	4,9	14,0	2,23	3,829	7,5	2,5
50-64 ans	11,8	7,5	16,1	6,6	5,6	7,7	2,23	3,825	9,5	4,9	14,0	2,23	3,829	7,5	2,5
65 ans et plus	4,9	2,9	6,9	4,2	3,7	4,6	3,7	4,6	3,7	4,6	3,7	3,7	4,6	4,0	2,2
Formation	3,8	0,7	7,0	2,9	2,4	3,4	2,58	5,987	5,6	3,3	8,0	2,58	5,987	3,1	0,4
Degré secondaire I	6,1	4,3	7,8	4,2	3,9	4,6	8,68	17,741	6,1	4,4	7,9	8,68	17,752	4,3	2,9
Degré secondaire II	6,1	4,3	7,8	4,2	3,9	4,6	8,68	17,741	6,1	4,4	7,9	8,68	17,752	4,3	2,9
Suisses	6,1	4,3	7,8	4,2	3,9	4,6	8,68	17,741	6,1	4,4	7,9	8,68	17,752	4,3	2,9
Nationalité	6,1	4,3	7,8	4,2	3,9	4,6	8,68	17,741	6,1	4,4	7,9	8,68	17,752	4,3	2,9
Etrangers	4,7	2,4	7,1	4,1	3,5	4,7	3,19	6,688	5,2	4,0	5,2	3,19	6,690	6,2	3,4
Revenu	7,7	2,7	12,8	4,0	3,1	4,8	1,84	4,179	3,8	0,7	7,0	1,84	4,179	3,3	1,8
Jusqu'à 2999 CHF	6,4	3,7	9,1	4,1	3,5	4,7	3,19	6,688	5,2	4,0	5,2	3,19	6,690	6,2	3,4
De 3000 à 4499 CHF	7,7	2,7	12,8	4,0	3,1	4,8	1,84	4,179	3,8	0,7	7,0	1,84	4,179	3,3	1,8
d'équivalence	2,5	0,0	5,4	2,3	1,9	2,8	1,50	4,166	3,1	0,5	5,7	1,50	4,167	1,8	0,0
De 4500 à 5999 CHF	5,9	3,7	8,0	4,3	3,9	4,7	5,67	15,242	5,7	4,0	5,4	5,67	15,252	3,1	1,6
6000 CHF et plus	6,4	4,0	8,9	4,1	3,4	4,8	4,40	6,112	6,5	3,9	9,0	4,40	6,115	5,4	3,1
Degré d'urbanisation	6,4	4,0	8,9	4,1	3,4	4,8	4,40	6,112	6,5	3,9	9,0	4,40	6,115	5,4	3,1
Ville	6,4	4,0	8,9	4,1	3,4	4,8	4,40	6,112	6,5	3,9	9,0	4,40	6,115	5,4	3,1
Campagne	6,4	4,0	8,9	4,1	3,4	4,8	4,40	6,112	6,5	3,9	9,0	4,40	6,115	5,4	3,1
Comparaison régionale	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon
Région	3,3	2,9	3,7	3,7	4,7	4,7	13,794	4,2	4,2	5,1	13,799	4,2	4,2	5,1	13,800
Suisse allemande	6,6	5,9	7,3	7,4	6,8	6,1	6,032	6,1	6,1	7,6	6,032	6,1	6,1	7,6	6,031
Suisse romande	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Tessin	6,3	4,8	7,4	7,4	6,9	5,5	1,534	5,8	5,5	8,3	1,534	5,8	5,5	8,3	1,533
ZH	3,2	2,3	4,2	4,2	5,1	4,0	2,209	4,0	4,0	6,2	2,209	4,0	4,0	6,2	2,210
BE	2,6	1,7	3,6	3,6	4,4	3,3	1,701	3,3	3,3	5,4	1,701	3,3	3,3	5,4	1,702
LU	2,6	1,7	3,6	3,6	4,4	3,3	1,265	3,1	3,1	5,6	1,266	3,1	3,1	5,6	1,265
UR	3,2	1,6	4,8	4,8	3,3	1,7	509	3,3	3,3	4,9	509	3,3	3,3	4,9	508
SZ	2,2	1,0	3,4	3,4	2,5	1,3	589	2,3	2,3	3,7	589	2,3	2,3	3,7	589
ZG	2,2	1,0	3,4	3,4	2,5	1,3	589	2,3	2,3	3,7	589	2,3	2,3	3,7	589
FR	6,1	4,5	7,7	7,7	3,9	2,6	986	4,4	4,4	7,7	986	4,4	4,4	7,7	986
BS	4,1	2,8	5,3	5,3	5,8	4,2	1,002	4,4	4,4	7,7	1,002	4,4	4,4	7,7	1,007
VS	4,1	2,8	5,3	5,3	5,8	4,2	1,002	4,4	4,4	7,7	1,002	4,4	4,4	7,7	1,007
BL	3,8	2,5	5,1	5,1	5,8	4,2	834	4,3	4,3	7,3	835	4,3	4,3	7,3	837
AR	3,6	1,7	5,4	5,4	3,9	2,0	506	3,9	3,9	5,5	507	3,9	3,9	5,5	508
CR	3,4	2,0	5,0	5,0	5,9	3,9	658	3,9	3,9	5,9	658	3,9	3,9	5,9	659
AG	2,5	1,7	3,4	3,4	4,6	3,3	1,259	3,3	3,3	5,9	1,260	3,3	3,3	5,9	1,260
TC	2,5	1,7	3,4	3,4	4,6	3,3	1,116	3,3	3,3	5,9	1,117	3,3	3,3	5,9	1,117
TI	2,8	1,9	3,8	3,8	4,5	3,2	1,116	3,3	3,3	5,9	1,117	3,3	3,3	5,9	1,117
VD	6,1	4,8	7,4	7,4	6,9	5,5	1,534	5,5	5,5	8,3	1,536	5,5	5,5	8,3	1,533
VN	6,7	5,4	8,0	8,0	7,5	6,1	1,719	6,1	6,1	8,8	1,720	6,1	6,1	8,8	1,719
VS	5,9	4,4	7,5	7,5	6,6	5,3	1,046	5,3	5,3	8,9	1,049	5,3	5,3	8,9	1,049
NE	7,6	5,2	10,0	10,0	6,6	4,3	613	4,3	4,3	6,6	612	4,3	4,3	6,6	613
CE	5,4	5,4	8,7	8,7	7,2	5,4	1,137	5,4	5,4	9,0	1,139	5,4	5,4	9,0	1,139
JU	6,2	4,1	8,3	8,3	8,6	4,8	504	4,8	4,8	12,4	505	4,8	4,8	12,4	504

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-4.1 Nuisances à la maison, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Aucune nuisance			1 nuisance			2 nuisances et plus			Echantillon										
	FR	CH		FR	CH		FR	CH		FR	CH									
		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)		Part en %	Intervalle de confiance (95%)			n	n							
Comparaison temporelle	1992																			
2002	49,1	44,6	53,7	46,8	45,6	47,9	32,7	26,2	25,2	27,3	25,9	28,0	700	13 337						
2007	55,8	52,0	59,7	56,2	55,3	57,2	30,1	25,1	24,2	25,9	17,4	18,0	19,5	852	17 895					
2012	57,7	52,7	62,8	55,6	54,3	56,9	29,9	25,6	24,4	26,8	16,7	17,8	19,8	467	9 450					
Sexe																				
Femmes	53,7	47,9	59,4	56,8	55,5	58,2	33,4	24,5	23,3	25,7	18,2	17,6	19,7	385	8 445					
Hommes	55,7	48,3	63,1	59,5	57,6	61,4	35,7	25,4	23,7	27,2	15,3	13,7	16,4	239	4 478					
Classes 15-34 ans	58,8	52,2	65,3	57,9	56,1	59,6	29,0	24,8	23,2	26,4	17,8	16,0	18,7	268	4 989					
35-49 ans	52,3	44,8	59,8	54,1	52,2	56,0	35,9	25,3	23,6	27,0	18,5	19,1	22,1	210	4 524					
50-64 ans	55,2	46,0	64,5	51,7	49,6	53,7	25,1	17,2	22,9	26,4	19,7	22,0	25,4	135	3 904					
65 ans et plus	53,6	44,7	62,4	54,5	51,9	57,1	26,4	23,7	22,8	27,5	20,0	18,1	22,5	161	2 671					
Formation																				
Scolarité obligatoire	57,0	51,8	62,3	56,4	55,1	57,7	33,4	24,7	23,5	25,8	14,4	10,7	18,1	18,9	442	9 760				
Degré secondaire II	55,6	48,4	62,8	56,9	55,3	58,6	29,4	25,6	24,2	27,1	20,7	16,2	18,7	24,7	5 426					
Degré tertiaire	56,8	52,9	60,6	56,6	55,7	57,6	30,6	24,7	23,9	25,6	16,0	17,8	19,4	756	15 292					
Suisses	52,1	40,9	63,4	54,8	52,3	57,3	34,9	26,1	23,8	28,4	22,7	13,2	32,1	19,1	17,2	21,0	96	2 603		
Etrangers	54,0	46,8	61,3	53,7	51,6	55,9	27,1	20,4	23,1	26,9	18,9	13,1	24,6	21,3	19,6	23,0	234	3 924		
Jusqu'à 2999 CHF	52,6	46,1	59,1	56,4	54,7	58,1	31,2	25,2	23,3	26,3	16,2	11,5	20,9	18,8	17,5	20,1	278	5 696		
De 3000 à 4999 CHF	58,0	49,2	66,8	56,2	54,1	58,3	22,8	15,7	23,7	27,5	19,2	12,1	26,2	18,2	16,7	19,7	164	3 650		
De 4500 à 5999 CHF	61,0	51,5	70,6	59,4	57,4	61,4	14,2	28,8	24,9	33,1	17,5	8,5	26,4	15,7	14,2	17,2	143	3 779		
De 6000 CHF et plus	56,8	51,7	61,8	54,4	53,2	55,5	29,9	25,8	24,8	26,8	17,6	13,6	21,6	19,9	19,0	20,8	480	12 779		
Degré Ville	54,6	48,8	60,4	61,4	59,5	63,2	33,5	23,1	21,5	24,7	17,1	12,5	21,7	15,5	14,2	16,8	372	5 116		
Degré Campagne																				
Comparaison régionale																				
Région linguistique1)																				
Suisse alémanique	57,4	57,4	56,2	56,2	58,6	58,6	24,4	23,4	24,4	25,5	18,2	17,3	19,1	11 622						
Suisse romande	53,8	53,8	52,1	52,1	55,4	55,4	26,7	25,2	28,2	28,2	19,5	18,2	20,9	4 988						
Tessin	51,3	51,3	48,1	48,1	54,4	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	23,1	20,5	25,7	1 285						
Cantons 2)	52,7	52,7	50,0	50,0	55,4	55,4	27,6	25,1	30,0	30,0	19,8	17,7	21,8	1 881						
ZH	60,5	60,5	57,7	57,7	63,3	63,3	22,8	20,3	25,2	25,2	16,7	14,7	18,8	1 429						
BE	57,0	57,0	53,6	53,6	60,3	60,3	23,9	21,1	26,7	26,7	19,1	16,4	21,8	1 052						
LU	58,7	58,7	53,5	53,5	63,8	63,8	23,9	19,5	28,4	28,4	17,4	13,4	21,3	431						
UR	62,3	62,3	57,6	57,6	67,0	67,0	21,1	17,1	25,1	25,1	16,6	13,1	20,0	499						
SZ	60,2	60,2	56,4	56,4	63,9	63,9	22,9	19,7	26,0	26,0	17,0	14,1	19,9	828						
FR	55,8	55,8	52,0	52,0	59,7	59,7	26,8	23,4	30,1	30,1	17,4	14,4	20,4	852						
GR	52,2	52,2	48,2	48,2	56,1	56,1	22,9	19,6	26,2	26,2	24,9	21,6	28,3	824						
BS	57,0	57,0	52,9	52,9	61,1	61,1	24,4	20,9	27,9	27,9	18,6	15,3	21,8	714						
BL	66,5	66,5	61,2	61,2	71,8	71,8	21,9	16,9	26,9	26,9	11,6	8,5	14,6	438						
AR	63,6	63,6	59,0	59,0	68,1	68,1	23,1	19,1	27,1	27,1	13,3	10,1	16,6	563						
AG	60,6	60,6	57,1	57,1	64,1	64,1	21,8	18,7	24,8	24,8	17,5	15,0	20,2	1 062						
TG	61,9	61,9	58,4	58,4	65,4	65,4	22,7	19,6	25,7	25,7	15,4	12,8	18,0	951						
TI	51,3	51,3	48,1	48,1	54,4	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	23,1	20,5	25,7	1 285						
VD	55,8	55,8	52,8	52,8	58,8	58,8	26,5	23,9	29,2	29,2	17,7	15,4	20,0	1 440						
VS	57,7	57,7	53,8	53,8	61,5	61,5	22,5	19,3	25,7	25,7	19,8	16,7	22,9	869						
NE	54,6	54,6	49,5	49,5	59,6	59,6	26,8	22,2	31,3	31,3	18,7	14,7	22,7	511						
GE	45,0	45,0	41,1	41,1	50,8	50,8	30,8	27,2	34,3	34,3	24,2	20,8	27,6	898						
JU	62,3	62,3	56,8	56,8	67,8	67,8	21,0	16,5	25,4	25,4	16,7	12,5	21,0	418						

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-4.3 Risques physiques au travail (min. 1/4 du temps de travail), canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Aucun risque			1-2 risques			3 risques et plus			Echantillon										
	FR		CH	FR		CH	FR		CH	FR	CH									
	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	n										
Comparaison temporelle																				
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
2012	11,9	8,8	15,1	11,8	13,4	10,7	32,4	24,0	20,7	27,3	66,6	80,1	70,1	66,6	73,5	71	1 227			
Femmes	13,1	8,0	18,1	11,8	10,8	12,9	42,2	35,6	48,9	40,7	36,2	52,4	44,7	38,1	51,2	55,4	554	11 065		
Hommes	10,9	7,1	14,7	12,1	14,4	29,8	23,4	36,1	32,2	30,7	33,8	59,3	52,6	66,0	47,4	49,2	272	5 457		
15-34 ans	13,9	7,6	20,1	9,7	8,5	10,9	31,3	23,2	39,5	30,6	28,6	54,8	46,1	63,5	59,7	61,8	175	3 345		
35-49 ans	11,0	6,6	15,4	13,8	12,4	15,1	40,4	33,2	47,7	39,3	37,4	48,6	41,3	55,8	46,9	48,9	226	4 319		
50-64 ans	10,4	5,5	15,3	14,7	13,2	16,2	34,9	26,6	43,1	39,0	36,9	54,8	46,1	63,4	46,3	48,5	153	3 401		
65 ans et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Formation																				
Scolarité obligatoire	11,7	0,9	22,4	5,9	4,4	7,5	21,5	10,7	32,4	24,0	20,7	27,3	66,6	80,1	70,1	66,6	73,5	71	1 227	
Degré secondaire II	9,3	5,7	12,8	8,9	7,9	9,8	29,7	24,1	35,3	32,0	30,5	33,6	61,0	54,9	59,1	57,4	60,7	305	5 800	
Degré tertiaire	16,5	10,3	22,6	20,5	19,0	22,1	51,5	42,9	60,1	46,5	44,5	48,4	32,0	24,4	33,0	31,2	34,9	176	4 014	
Nationalité																				
Suisses	12,3	9,0	15,6	13,1	12,3	13,9	37,7	32,9	42,5	37,8	36,6	39,0	50,0	45,1	54,9	47,8	50,4	482	9 298	
Etrangers	10,7	2,5	18,9	11,2	9,4	13,0	28,6	16,5	40,7	31,5	28,8	34,2	60,7	47,8	73,5	54,3	60,3	72	1 767	
Jusqu'à 2999 CHF	9,7	2,6	16,8	7,3	5,9	8,8	21,7	13,5	29,8	25,5	22,9	28,1	68,6	58,9	78,3	67,2	70,0	119	1 918	
De 3000 à 4499 CHF	9,4	5,1	13,8	9,5	8,3	10,7	35,2	28,0	42,4	33,8	31,8	35,8	55,4	47,8	63,0	56,7	54,6	202	3 549	
De 4500 à 5999 CHF	16,1	7,9	24,3	14,1	12,4	15,7	39,1	27,7	50,6	40,1	37,7	42,6	44,8	34,1	55,4	45,8	43,3	114	2 542	
De 6000 CHF et plus	15,5	8,5	22,5	20,1	18,2	22,0	48,4	37,8	59,0	44,7	42,4	47,0	36,1	25,6	35,2	32,9	37,5	115	2 893	
Degré d'urbanisation																				
Ville	12,9	8,6	17,2	14,0	13,0	14,9	35,7	29,4	42,0	36,1	36,1	38,8	51,4	45,0	57,9	47,1	50,1	309	7 707	
Campagne	10,7	6,2	15,3	9,1	7,9	10,3	35,6	28,8	42,4	32,9	30,8	34,9	53,6	46,5	60,8	55,8	60,2	245	3 358	
Comparaison régionale																				
Aucun risque																				
Part en %																				
Intervalle de confiance (95%)																				
1-2 risques																				
Part en %																				
Intervalle de confiance (95%)																				
3 risques et plus																				
Part en %																				
Intervalle de confiance (95%)																				
Echantillon																				
n																				
Région linguistique1)																				
Suisse alémanique	12,0	11,1	13,0	37,1	35,6	38,5	50,9	49,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	7 375
Suisse romande	14,5	13,0	15,9	33,0	31,0	35,0	49,4	49,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	2 995
Tessin	11,8	9,3	14,5	38,8	34,6	43,0	49,4	49,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	52,4	695
ZH	17,0	14,5	19,6	38,8	35,6	42,0	53,7	53,7	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	57,4	1 166
Cantons 2)																				
BE	9,0	7,0	10,9	37,4	33,7	41,0	54,6	54,6	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	58,7	894
LU	10,5	8,0	13,1	34,9	31,0	38,7	54,6	54,6	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	713
UR	10,7	6,3	15,1	35,6	29,6	41,7	53,6	53,6	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	286
SZ	15,0	10,7	19,4	39,0	27,5	38,5	52,0	52,0	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	58,1	332
ZG	19,4	15,6	23,2	39,0	34,3	43,6	41,6	41,6	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	534
FR	11,9	8,8	17,6	35,7	31,0	40,3	52,4	52,4	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	57,2	554
BS	14,0	10,4	18,9	41,5	36,3	46,7	44,5	44,5	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	479
BL	14,6	10,3	18,9	39,7	34,2	45,2	45,7	45,7	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	51,4	383
AR	10,9	7,0	14,7	35,5	29,1	41,8	53,7	53,7	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	60,6	277
GR	8,7	5,7	11,7	32,0	26,4	37,5	59,3	59,3	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	65,2	360
AG	10,0	7,7	12,2	35,8	31,7	39,9	54,2	54,2	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	58,5	694
TG	9,9	7,3	12,5	34,4	30,3	38,5	55,7	55,7	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	60,1	633
TI	11,8	9,3	14,4	38,8	34,6	43,0	49,4	49,4	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	53,6	695
VD	16,0	13,2	18,8	34,6	30,9	38,3	49,4	49,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	53,4	836
VS	9,6	7,0	12,2	28,3	24,1	32,6	62,0	62,0	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	548
NE	12,2	8,4	15,9	30,6	24,7	36,5	57,2	57,2	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	302
GE	19,5	15,5	23,5	33,5	28,7	38,3	47,0	47,0	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	52,1	492
JU	10,3	6,2	14,3	30,8	24,5	37,2	58,9	58,9	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7	263

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'à certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-4.4 Risques psychosociaux au travail, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison temporelle	Aucun risque			1-2 risques			3-4 risques			5 risques et plus			Echantillon												
	FR	CH	Intervalle de confiance (95%)	FR	CH	Intervalle de confiance (95%)	FR	CH	Intervalle de confiance (95%)	FR	CH	Intervalle de confiance (95%)	FR	CH											
	Part en %	Part en %		Part en %	Part en %		Part en %	Part en %		Part en %	Part en %		n	n											
Total	9,8	7,1	12,9	32,4	41,7	31,7	30,6	32,8	19,8	28,1	34,9	37,0	29,3	34,9	28,4	22,5	34,9	33,6	30,3	29,1	31,4	657	11 147		
Sexe	11,5	7,2	15,8	13,4	12,3	11,1	11,1	13,1	25,0	19,0	19,0	23,5	26,6	28,4	22,5	34,3	22,5	34,3	30,3	29,1	31,4	577	5 609		
Femmes	8,2	4,9	11,6	11,0	10,0	12,3	11,1	13,1	23,0	17,3	18,6	23,2	28,3	30,0	22,5	36,4	22,5	34,3	30,3	29,1	31,4	284	5 638		
Hommes	8,1	3,7	12,5	9,4	8,2	10,6	37,6	29,2	28,1	20,1	36,1	28,6	26,5	30,7	16,8	33,7	16,8	33,7	31,8	29,6	33,5	176	3 370		
Classes d'âge	9,8	5,8	13,7	11,3	10,2	12,5	37,6	29,7	20,2	14,7	25,7	24,8	23,1	33,3	26,2	40,5	26,2	40,5	31,7	29,9	33,5	226	4 331		
15-34 ans	12,4	6,3	18,6	16,7	15,1	18,3	36,6	28,0	23,3	15,8	30,7	22,3	26,0	27,7	20,1	35,2	24,4	24,4	26,4	24,4	24,4	155	3 446		
35-44 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45-54 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55-64 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 ans et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Formation	11,7	2,3	21,0	12,8	10,4	15,3	39,1	26,2	19,1	8,0	30,2	24,6	21,2	30,2	17,9	42,4	29,4	42,4	33,2	29,4	36,9	72	1 256		
Scolarité obligatoire	9,8	6,1	13,6	12,1	11,1	13,1	33,6	27,7	27,4	21,6	33,3	26,1	24,6	27,4	29,2	34,9	29,9	28,3	31,5	30,7	31,5	30,7	5 839		
Degré secondaire I	9,1	5,1	13,0	11,9	10,6	12,1	40,9	32,3	34,1	21,1	14,2	28,0	24,5	27,9	29,0	21,1	37,0	27,9	27,9	31,5	27,9	31,5	176	4 027	
Degré tertiaire	9,3	6,6	12,1	12,9	12,1	13,7	38,8	34,0	32,1	34,5	25,0	20,8	22,2	27,5	26,8	22,5	31,2	27,4	27,4	28,5	28,5	28,5	483	9 354	
Suisses	11,2	3,9	18,5	9,9	8,2	11,6	31,1	19,2	42,9	27,0	24,4	29,6	20,4	9,1	31,7	24,9	22,2	27,5	37,3	25,3	38,3	35,3	41,3	74	1 793
Etrangers	7,4	1,4	13,4	11,5	9,6	13,3	40,5	30,6	33,1	23,3	17,2	35,4	20,9	26,1	25,8	16,9	34,7	31,9	29,0	34,9	34,9	34,9	121	1 944	
Jusqu'à 2999 CHF	11,2	6,4	16,0	12,4	11,1	13,7	38,2	30,8	35,1	29,1	23,3	16,8	20,9	26,1	27,3	20,3	34,2	30,4	28,4	32,4	32,4	32,4	202	3 574	
De 3000 à 4499 CHF	7,5	3,0	12,0	11,1	9,7	12,6	35,1	24,2	46,1	34,1	21,7	36,4	24,1	28,0	27,2	25,4	34,2	34,2	29,8	27,4	27,4	32,1	115	2 856	
De 4500 à 5999 CHF	12,4	6,3	18,5	12,8	11,4	14,3	32,8	22,9	42,7	28,8	26,7	30,8	24,8	15,3	34,2	29,0	26,8	31,2	30,0	20,1	39,9	29,4	115	2 896	
6000 CHF et plus	8,5	5,3	11,8	12,5	11,6	13,5	37,5	31,2	43,8	30,1	28,8	31,5	22,6	17,2	28,0	24,6	27,3	31,4	30,0	37,4	31,4	30,0	310	7 771	
Ville	11,3	6,8	15,8	11,1	9,8	12,3	36,5	29,6	43,3	35,6	19,2	32,0	24,0	27,9	26,6	20,2	33,0	24,0	27,9	25,3	25,3	25,3	247	3 376	
Campagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Aucun risque	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	Part en %	Intervalle de confiance (95%)	
1-2 risques	11,6	10,7	12,5	14,9	13,7	15,5	32,2	30,8	26,7	24,3	25,3	28,0	26,7	24,3	29,5	31,6	28,1	28,1	28,1	28,1	28,1	28,1	28,1	31,0	7 430
3-4 risques	13,4	12,0	14,9	16,5	15,7	17,7	27,7	28,7	23,1	23,1	22,4	26,1	26,1	23,1	31,6	31,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	31,0	3 012
5 risques et plus	11,7	9,6	14,8	13,8	14,1	15,8	33,6	32,4	25,7	25,7	19,5	26,7	26,7	25,7	35,5	35,5	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	31,4	30,5	708
Suisse allemandique	10,7	8,2	15,9	15,6	12,5	15,9	34,2	34,0	28,5	28,5	22,3	28,9	28,9	28,5	34,2	34,2	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	31,0	900
Suisse romande	13,7	11,9	17,5	16,2	14,5	17,5	29,6	28,8	22,1	22,1	17,7	26,4	26,4	22,1	34,4	34,4	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	31,4	719
Tessin	11,7	9,8	15,6	15,6	12,5	15,9	34,2	34,0	28,5	28,5	22,3	28,9	28,9	28,5	34,2	34,2	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	31,0	289
ZH	12,3	9,8	17,0	16,7	14,9	17,0	30,4	29,0	25,9	25,9	19,2	23,2	23,2	25,9	29,5	29,5	26,8	26,8	26,8	26,8	26,8	26,8	26,8	33,4	334
BL	13,9	10,4	19,9	19,9	17,1	19,9	37,0	34,4	22,1	22,1	17,7	26,4	26,4	22,1	34,4	34,4	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	31,4	541
GR	12,1	8,5	16,2	16,2	14,5	16,2	32,3	31,6	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
LU	11,9	8,8	16,4	16,4	14,5	16,4	33,5	32,3	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
UR	11,7	9,2	16,5	16,5	14,5	16,5	31,5	30,1	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
SZ	12,1	8,2	15,9	15,6	12,5	15,9	34,2	34,0	28,5	28,5	22,3	28,9	28,9	28,5	34,2	34,2	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	31,0	289
VS	13,9	10,4	19,9	19,9	17,1	19,9	37,0	34,4	22,1	22,1	17,7	26,4	26,4	22,1	34,4	34,4	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	31,4	541
VD	12,1	8,5	16,2	16,2	14,5	16,2	32,3	31,6	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
VE	11,9	8,8	16,4	16,4	14,5	16,4	33,5	32,3	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
VN	11,7	9,2	16,5	16,5	14,5	16,5	31,5	30,1	22,0	22,0	18,5	28,0	28,0	22,0	33,6	33,6	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	24,9	33,4	557
VS	13,9	10,4	19,9	19,9	17,1	19,9	37,0	34,4	22,1	22,1	17,7	26,4	26,4	22,1	34,4	34,4	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	29,3	31,4	541
NE	12,9	10,0	15,8	15,8	14,5	15,8	34,0	33,8	23,6	23,6	20,1	28,6	28,6	23,6	32,3	32,3	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	31,0	839
GE	14,9	11,1	18,8	18,8	16,5	18,8	33,4	33,4	22,7	22,7	18,4	27,1	27,1	22,7	33,3	33,3	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	31,0	590
JU	14,6	9,9	19,3	19,3	17,1	19,3	36,4	36,4	25,5	25,5	19,3	31,7	31,7	25,5	29,9	29,9	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	31,0	497

1) Suisse allemandique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI.

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-259) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

© Obsah 2015

Tableau A-5.2 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

Comparaison temporelle	Tension artérielle (dans les 12 derniers mois)						Taux de cholestérol (dans les 12 derniers mois)						Echantillon								
	FR			CH			FR			CH			FR	CH							
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n						
1992	71.7	68.4	74.9	76.2	75.4	77.0	46.0	42.4	49.7	49.8	48.8	50.8	46.3	42.6	49.9	51.9	52.9	877	16 927		
2007	70.5	67.0	73.9	75.8	75.0	76.6	42.0	38.3	45.7	46.1	45.1	47.0	46.3	42.6	48.4	50.9	50.0	51.9	892	16 817	
2012	73.1	70.0	76.2	74.9	74.2	75.7	45.1	41.5	48.6	44.5	43.7	45.4	47.9	44.2	51.5	51.8	48.3	51.9	936	20 135	
Sexe	77.9	73.8	81.9	79.6	78.6	80.5	47.2	42.3	52.1	46.0	44.8	47.2	51.0	46.1	55.9	51.8	50.6	53.0	511	10 579	
Femmes	67.6	62.8	72.3	70.1	68.9	71.2	46.0	43.1	47.7	43.1	41.8	44.3	43.9	40.0	49.2	46.4	45.1	47.6	425	9 556	
Hommes	66.3	59.9	72.7	65.7	64.1	67.3	25.0	19.1	30.9	28.4	26.8	30.0	26.5	28.1	36.0	34.3	37.7	267	5 146		
Classes d'âge	65-49 ans	65.3	59.5	71.1	68.4	66.8	38.7	32.6	44.8	35.9	34.1	37.3	32.9	34.6	41.7	39.9	38.3	41.5	290	5 015	
35-49 ans	78.8	73.1	84.4	80.1	78.8	81.5	58.7	52.0	65.5	53.0	51.3	54.7	52.4	52.5	66.3	55.8	54.0	57.5	224	5 054	
50-64 ans	93.2	89.2	97.1	90.7	89.5	91.8	76.2	68.9	83.5	68.3	66.6	70.0	68.3	68.3	82.5	71.9	70.3	73.6	195	4 370	
65 ans et plus	72.8	66.1	79.5	76.8	75.0	78.6	45.4	37.7	53.2	51.8	49.7	54.0	48.8	40.9	56.7	54.8	52.7	57.0	155	3 390	
Formation	72.9	68.5	77.3	76.7	75.3	77.3	50.8	44.0	50.9	45.4	44.2	46.6	50.0	47.4	52.4	50.1	48.9	51.3	248	5 771	
Degré secondaire I	73.7	67.9	79.6	71.4	69.9	72.8	44.0	37.0	50.9	38.9	37.4	40.4	43.9	47.2	43.4	51.0	48.9	47.9	49.8	819	16 942
Degré secondaire II	74.2	69.5	76.1	74.8	74.0	77.2	45.0	35.1	48.9	46.1	44.1	48.5	46.1	40.6	60.9	50.0	47.8	52.3	117	3 193	
Suisses	72.9	65.6	83.0	75.3	73.4	77.2	120	32.7	45.0	44.3	44.1	48.5	119	32.4	50.7	40.6	49.8	272	4 661		
Etrangers	68.4	62.1	74.6	70.0	74.4	77.6	282	47.8	43.6	51.0	47.9	46.0	49.8	43.8	37.2	50.3	47.1	49.8	53.6	272	4 661
Nationalité	72.8	67.5	78.0	75.2	73.9	76.5	180	40.8	53.4	43.9	42.4	45.4	306	63.2	50.3	43.9	56.6	44.8	48.7	169	4 002
Revenu d'équivalence	73.8	66.9	80.8	74.7	73.0	76.4	180	41.1	42.6	52.1	42.6	40.7	44.5	44.3	35.9	52.6	46.8	44.8	144	4 039	
De 3000 à 4499 CHF	79.8	72.3	87.3	73.3	71.5	75.0	46.1	37.2	55.0	42.5	40.6	44.4	174	40.5	52.1	42.9	46.1	44.2	144	4 039	
De 4500 à 5999 CHF	72.1	67.9	76.4	75.8	74.9	76.6	46.9	42.1	51.7	46.1	45.0	47.1	532	14 395	49.8	50.4	49.3	51.4	526	14 373	
De 6000 CHF et plus	74.4	69.8	78.9	72.7	71.1	74.2	42.8	37.6	48.0	40.4	38.7	42.1	420	5 770	45.3	39.9	50.6	44.1	410	5 762	
Ville	74.4	69.8	78.9	72.7	71.1	74.2	42.8	37.6	48.0	40.4	38.7	42.1	420	5 770	45.3	39.9	50.6	44.1	410	5 762	
Degré d'urbanisation	74.4	69.8	78.9	72.7	71.1	74.2	42.8	37.6	48.0	40.4	38.7	42.1	420	5 770	45.3	39.9	50.6	44.1	410	5 762	
Campagne	74.4	69.8	78.9	72.7	71.1	74.2	42.8	37.6	48.0	40.4	38.7	42.1	420	5 770	45.3	39.9	50.6	44.1	410	5 762	
Comparaison régionale	Tension artérielle (dans les 12 derniers mois)						Taux de cholestérol (dans les 12 derniers mois)						Echantillon								
Région	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n						
Suisse allemande	75.0	74.0	13 414	75.9	75.0	42.5	41.4	43.6	12 980	48.2	48.2	47.1	47.1	49.3	49.3	47.1	49.3	13 048			
Suisse romande	73.8	72.0	5 819	75.2	75.0	47.9	46.4	49.4	5 717	49.4	49.4	48.1	48.1	51.2	51.2	48.1	51.2	5 622			
Tessin	80.5	78.2	1 486	82.8	82.8	57.8	54.9	60.6	1 486	61.4	61.4	60.3	60.3	64.2	64.2	60.3	64.2	1 464			
Cantons 2)	74.7	72.6	2 142	76.9	76.9	43.8	41.3	46.6	2 084	48.7	48.7	48.7	48.7	51.2	51.2	48.7	51.2	2 077			
BE	76.1	73.8	1 658	78.5	78.5	43.9	41.2	46.6	1 600	46.6	46.6	46.6	46.6	50.4	50.4	46.6	50.4	1 619			
LU	74.5	71.8	1 229	77.3	77.3	41.1	38.0	44.2	1 178	44.2	44.2	44.2	44.2	44.2	44.2	44.2	44.2	1 195			
UR	66.1	61.4	499	70.8	70.8	35.8	31.2	38.0	478	38.0	38.0	38.0	38.0	42.8	42.8	38.0	42.8	482			
SZ	71.3	67.2	577	75.4	75.4	38.9	34.5	43.4	560	43.4	43.4	43.4	43.4	46.5	46.5	43.4	46.5	559			
ZG	72.0	68.9	752	75.2	75.2	38.3	34.8	41.7	917	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7	41.7	921			
BS	73.1	70.0	972	76.2	76.2	45.1	42.0	48.6	952	48.6	48.6	48.6	48.6	50.1	50.1	48.6	50.1	959			
VS	73.7	70.4	972	77.0	77.0	45.5	42.0	49.1	946	49.1	49.1	49.1	49.1	51.2	51.2	49.1	51.2	996			
GR	73.1	70.0	967	77.0	77.0	45.5	42.0	49.1	946	49.1	49.1	49.1	49.1	51.2	51.2	49.1	51.2	996			
BL	78.2	75.1	819	81.4	81.4	48.1	44.3	52.0	783	52.0	52.0	52.0	52.0	54.8	54.8	52.0	54.8	947			
AR	69.4	64.9	740	74.0	74.0	40.9	35.9	46.0	475	46.0	46.0	46.0	46.0	46.5	46.5	46.0	46.5	799			
CR	73.1	69.2	644	77.0	77.0	43.1	38.8	47.4	626	47.4	47.4	47.4	47.4	42.4	42.4	47.4	42.4	623			
AG	75.8	73.1	1 233	78.5	78.5	43.6	40.5	46.8	1 193	46.8	46.8	46.8	46.8	51.1	51.1	46.8	51.1	1 201			
TC	72.8	69.8	1 088	75.9	75.9	39.2	35.9	42.4	1 065	42.4	42.4	42.4	42.4	45.0	45.0	42.4	45.0	1 066			
TI	80.5	78.2	1 485	82.8	82.8	57.8	54.9	60.6	1 468	60.6	60.6	60.6	60.6	64.2	64.2	60.6	64.2	1 464			
VD	71.7	69.2	1 665	74.2	74.2	46.6	43.9	49.3	1 624	49.3	49.3	49.3	49.3	51.7	51.7	49.3	51.7	1 613			
VS	73.9	70.8	1 006	77.1	77.1	47.2	43.8	50.7	995	50.7	50.7	50.7	50.7	54.2	54.2	50.7	54.2	970			
NE	75.3	71.5	591	79.1	79.1	50.6	46.1	51.9	580	51.9	51.9	51.9	51.9	56.5	56.5	51.9	56.5	572			
CE	77.4	74.4	1 089	80.5	80.5	51.6	48.1	55.2	1 075	55.2	55.2	55.2	55.2	57.4	57.4	55.2	57.4	1 048			
JU	70.3	65.5	496	75.0	75.0	44.2	39.1	49.3	491	49.3	49.3	49.3	49.3	51.1	51.1	49.3	51.1	483			

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-5.3 Examens de dépistage du cancer, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Cancer du col de l'utérus (dans les 12 derniers mois, femmes de 20 ans et plus)				Cancer du sein (dans les 12 derniers mois, femmes de 50 ans et plus)				Cancer de la prostate (dans les 12 derniers mois, hommes de 40 ans et plus)				Echantillon									
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH								
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n							
Comparaison temporelle	1992																					
2002	45,4	40,6	50,2	45,2	44,0	46,4	50,2	48,8	9 838	38,2	30,8	45,5	18,1	12,7	23,4	23,4	21,9	24,8	215	5 075		
2007	39,0	34,1	43,9	42,7	41,4	43,9	48,3	9 364	35,2	28,5	42,0	21,3	19,9	22,8	19,8	14,6	25,0	24,1	27,1	253	5 152	
2012	44,3	39,2	49,4	42,1	40,9	43,3	47,0	10 102	35,2	28,5	42,0	21,6	20,3	22,9	21,4	16,1	26,8	23,8	26,4	283	6 410	
Sexe																						
Femmes	44,3	39,2	49,4	42,1	40,9	43,3	47,0	10 102	35,2	28,5	42,0	21,6	20,3	22,9	21,4	16,1	26,8	23,8	26,4	283	6 410	
Hommes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,4	16,1	26,8	25,1	23,8	26,4	283	6 410
Classes d'âge																						
15-34 ans	40,5	29,3	51,8	47,1	44,3	49,9	96	1 992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35-49 ans	52,6	44,0	61,2	51,4	49,2	53,6	147	2 974	-	-	-	-	-	-	4,9	1,4	8,3	9,2	7,7	10,7	116	1 931
50-64 ans	45,4	36,5	54,4	44,3	42,0	46,6	135	2 687	35,3	27,0	43,7	26,6	24,6	28,6	30,1	19,9	40,4	25,8	23,6	27,9	101	2 386
65 ans et plus	36,1	25,1	47,2	24,6	22,5	26,6	92	1 449	35,1	24,2	45,9	16,8	15,1	18,5	38,5	25,7	51,4	41,6	39,0	44,1	66	2 093
Formation																						
Sollicité obligatoire	34,1	22,3	46,0	29,5	26,3	32,6	85	1 467	28,4	17,1	39,7	17,7	15,0	20,4	31,7	10,7	30,7	25,7	21,8	29,7	25	209
Degré secondaire II	46,7	40,0	53,3	42,4	40,9	44,0	276	6 207	41,4	31,7	51,1	22,2	20,5	23,9	18,1	11,7	24,5	25,7	23,9	27,6	144	3 156
Degré tertiaire	46,3	35,7	56,9	49,6	47,1	52,1	108	2 391	28,3	13,5	43,0	24,6	21,1	28,4	21,6	12,6	30,6	24,2	22,2	26,2	111	2 556
Suisse	43,7	38,4	48,9	41,4	40,1	42,7	417	8 658	36,1	29,2	43,1	21,1	19,7	22,4	21,7	15,9	27,5	26,3	24,9	27,7	249	5 418
Etrangers	47,5	32,3	62,6	45,0	41,7	48,2	53	1 444	(22,5)	0,0	48,3	25,6	20,6	30,7	19,9	6,3	33,6	20,4	17,5	23,3	34	992
Revenu																						
Jusqu'à 2999 CHF	42,3	32,9	51,6	34,6	32,2	37,0	140	2 440	37,4	26,2	48,6	18,5	16,0	21,0	24,8	13,5	36,1	22,6	19,9	25,3	69	1 333
De 3000 à 4999 CHF	45,5	36,6	54,5	43,2	41,1	45,3	152	3 264	34,6	20,5	48,7	21,9	19,5	24,4	20,6	10,9	30,4	24,5	22,2	26,8	84	1 941
De 5000 à 5999 CHF	48,8	37,5	60,1	46,6	43,9	49,3	96	2 022	45,6	29,1	62,0	23,8	20,8	26,8	18,9	9,3	28,6	24,5	21,9	27,2	56	1 323
De 6000 CHF et plus	57,4	43,3	71,4	52,1	49,2	55,0	57	1 753	42,4	24,3	60,4	27,8	24,1	31,4	20,1	8,3	31,9	28,2	25,5	31,0	65	1 586
Degré d'urbanisation																						
Ville	41,9	35,0	48,8	42,9	41,5	44,3	260	7 277	37,0	27,9	46,2	21,4	19,9	22,9	22,4	14,9	29,9	26,2	24,6	27,7	158	4 562
Campagne	47,5	40,1	54,9	39,9	37,6	42,3	210	2 825	22,9	22,0	42,4	22,0	19,3	24,7	20,2	12,8	27,6	19,9	24,6	24,6	125	1 848
Comparaison régionale																						
Cancer du col de l'utérus (dans les 12 derniers mois, femmes de 20 ans et plus)																						
Part de "oui" en %	41,5	39,9	41,5	43,0	45,2	43,0	6 466		15,6	37,0	14,1	17,1	17,1	17,1	24,5	25,7	22,9	22,9	26,1	26,1	4 217	
Intervalle de confiance (95%)	43,1	41,0	45,2	45,2	50,2	45,2	2 880		37,0	26,1	34,1	40,0	40,0	40,0	25,7	32,3	23,4	23,4	27,9	27,9	1 737	
Suisse allemande	46,3	42,3	49,4	47,3	50,2	47,3	756		26,1	13,0	21,4	30,7	30,7	30,7	32,3	40,4	27,7	27,7	36,9	36,9	456	
Suisse romande	43,8	40,5	46,3	44,3	47,3	44,3	1 038		16,0	16,0	10,0	16,0	16,0	16,0	25,6	25,6	22,1	22,1	29,1	29,1	687	
ZH	40,5	36,8	43,8	40,5	44,3	40,5	803		16,0	16,0	12,5	19,7	19,7	23,1	23,1	23,1	19,3	19,3	26,9	26,9	527	
BE	37,5	33,3	41,6	33,3	40,9	33,3	233		9,7	9,7	11,5	20,4	20,4	22,9	22,9	20,4	18,1	18,1	27,8	27,8	344	
LU	31,9	25,4	38,3	25,4	32,5	25,4	245		11,3	11,3	4,2	15,3	15,3	13,7	13,7	13,7	8,1	8,1	19,3	19,3	143	
UR	38,8	32,0	45,6	32,0	40,9	32,0	462		17,5	17,5	5,0	17,7	17,7	10,6	10,6	15,9	10,4	10,4	20,5	20,5	204	
SZ	45,8	40,9	50,7	40,9	49,4	40,9	470		35,2	35,2	12,4	22,6	22,6	23,8	23,8	23,9	18,3	18,3	28,7	28,7	284	
FR	44,3	39,2	49,4	39,2	46,7	39,2	490		18,0	18,0	13,0	23,0	23,0	28,1	28,1	21,4	21,4	21,9	22,2	22,2	283	
BL	41,8	36,6	47,1	36,6	43,9	36,6	403		16,6	16,6	11,5	23,0	23,0	22,4	22,4	27,3	23,6	23,6	32,7	32,7	270	
BS	39,1	35,3	43,8	35,3	41,8	35,3	221		15,1	15,1	7,9	22,3	22,3	29,4	29,4	25,4	16,6	16,6	31,4	31,4	172	
AR	39,1	35,3	43,8	35,3	41,8	35,3	221		15,1	15,1	7,9	22,3	22,3	29,4	29,4	25,4	16,6	16,6	31,4	31,4	172	
GR	41,2	37,5	48,7	37,5	45,4	37,5	230		22,2	22,2	12,0	25,9	25,9	11,1	11,1	23,6	23,6	23,6	35,2	35,2	298	
AG	41,5	37,8	49,0	37,8	45,7	37,8	250		16,2	16,2	12,0	25,9	25,9	16,0	16,0	19,4	19,4	19,4	29,2	29,2	222	
SO	46,3	41,5	51,0	41,5	48,7	41,5	510		22,3	22,3	16,8	29,4	29,4	16,0	16,0	24,6	19,9	19,9	29,0	29,0	371	
TC	46,3	41,5	51,0	41,5	48,7	41,5	510		22,3	22,3	16,8	29,4	29,4	16,0	16,0	24,6	19,9	19,9	29,0	29,0	371	
VD	46,3	41,5	51,0	41,5	48,7	41,5	510		22,3	22,3	16,8	29,4	29,4	16,0	16,0	24,6	19,9	19,9	29,0	29,0	371	
VS	44,6	40,8	48,4	40,8	46,1	40,8	488		38,4	38,4	21,4	30,7	30,7	32,7	32,7	27,4	27,4	27,4	30,9	30,9	496	
NE	40,3	35,6	46,4	35,6	42,7	35,6	448		31,1	31,1	21,4	26,4	26,4	49,6	49,6	36,4	36,4	36,4	41,2	41,2	323	
GE	44,9	40,1	49,7	40,1	47,7	40,1	297		31,2	31,2	24,8	39,7	39,7	14,9	14,9	26,9	26,9	26,9	31,6	31,6	187	
JU	29,8	23,4	36,2	23,4	29,8	23,4	244		41,2	41,2	34,2	48,2	48,2	14,9	14,9	26,9	26,9	26,9	32,2	32,2	289	
									26,6	26,6	18,0	35,3	35,3	118	118	31,4	23,9	23,9	24,6	24,6	161	

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, CR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n-1/299) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-5.4 Vaccin contre la grippe, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Vaccin contre la grippe (dans les 12 derniers mois)										Echantillon	
	FR					CH					FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12,8	10,1	15,4	13,7	15,0	87,2	84,6	89,9	85,7	85,0	871	18 052
Sexe	12,2	8,7	15,7	14,0	15,9	87,8	84,3	91,3	85,1	84,1	479	9 545
Femmes	13,4	9,5	17,4	12,8	14,6	86,6	82,6	90,5	86,3	85,4	392	8 507
Hommes	2,1	0,4	3,7	3,9	5,4	97,9	96,3	99,6	95,4	94,6	241	4 443
Classes d'âge	9,3	4,6	14,0	5,6	7,3	90,7	86,0	95,4	93,5	92,7	271	5 048
15-34 ans	11,3	7,0	15,5	11,6	14,1	88,7	84,5	93,0	87,2	85,9	216	4 575
35-49 ans	43,3	34,0	52,6	38,0	41,9	56,7	47,4	66,0	60,1	58,1	143	3 986
50-64 ans	13,9	7,1	20,6	13,7	17,2	86,1	79,4	92,9	84,6	82,8	171	2 678
65 ans et plus	12,2	8,9	15,5	13,6	15,4	87,8	84,5	91,1	85,5	84,6	456	9 862
Formation	12,9	7,7	18,1	12,4	14,5	87,1	81,9	92,3	86,6	85,5	242	5 473
Scolarité obligatoire	13,1	10,4	15,8	14,7	16,2	86,9	84,2	89,6	84,5	83,8	771	15 441
Degré secondaire II	11,4	3,8	19,0	10,6	12,0	88,6	81,0	96,2	89,4	88,0	100	2 611
Degré tertiaire	10,9	6,8	15,1	12,5	15,6	89,1	84,9	93,2	86,0	84,4	248	3 971
Nationalité	12,0	7,4	16,5	12,2	14,4	88,0	83,5	92,6	86,7	85,6	282	5 733
Etrangers	11,9	6,6	17,2	11,6	14,2	88,1	82,8	93,4	87,1	85,8	166	3 675
Revenu d'équivalence du ménage	13,2	6,4	20,0	13,8	16,6	86,8	80,0	93,6	84,8	86,2	144	3 806
De 3000 à 4499 CHF	13,8	10,2	17,4	14,6	16,1	86,2	82,6	89,8	84,7	83,9	487	12 876
De 4500 à 5999 CHF	11,4	7,6	15,3	10,3	12,8	88,6	84,7	92,4	88,4	87,2	384	5 176
6000 CHF et plus												
Degré d'urbanisation												
Ville												
Campagne												
Comparaison régionale												
Région linguistique ¹⁾												
Suisse alémanique	13,6	13,6	12,8	14,4	14,4	86,4	86,4	85,6	85,6	87,2	11 661	11 661
Suisse romande	16,5	16,5	15,3	17,7	17,7	83,5	83,5	82,3	82,3	84,7	5 098	5 098
Tessin	14,4	14,4	12,3	16,4	16,4	85,6	85,6	87,7	87,7	87,7	1 293	1 293
ZH	15,9	15,9	13,8	17,9	17,9	84,1	84,1	82,1	82,1	86,2	1 878	1 878
Cantons 2)												
BE	14,5	14,5	12,5	16,6	16,6	85,5	85,5	87,5	87,5	87,5	1 442	1 442
LU	10,5	10,5	8,5	12,5	12,5	89,5	89,5	91,5	91,5	91,5	1 058	1 058
UR	8,8	8,8	6,2	11,4	11,4	91,2	91,2	88,6	88,6	93,8	437	437
SZ	12,3	12,3	9,0	15,6	15,6	87,7	87,7	84,4	84,4	91,0	503	503
ZG	10,9	10,9	8,6	13,3	13,3	89,1	89,1	86,7	86,7	91,4	825	825
FR	12,8	12,8	10,1	15,4	15,4	87,2	87,2	89,9	89,9	89,9	871	871
BS	18,9	18,9	16,0	21,8	21,8	81,1	81,1	78,2	78,2	84,0	829	829
BL	18,1	18,1	15,0	21,2	21,2	81,9	81,9	78,8	78,8	85,0	713	713
AR	11,7	11,7	8,0	15,3	15,3	88,3	88,3	84,7	84,7	92,0	436	436
GR	13,6	13,6	10,5	16,8	16,8	86,4	86,4	83,2	83,2	89,5	573	573
AG	12,0	12,0	9,9	14,1	14,1	88,0	88,0	90,1	90,1	90,1	1 063	1 063
TC	11,2	11,2	9,0	13,3	13,3	88,8	88,8	86,7	86,7	91,0	946	946
TI	14,4	14,4	12,3	16,4	16,4	85,6	85,6	87,7	87,7	87,7	1 293	1 293
VD	18,0	18,0	15,8	20,1	20,1	82,0	82,0	79,9	79,9	84,2	1 462	1 462
VS	12,8	12,8	10,3	15,3	15,3	87,2	87,2	84,7	84,7	89,7	878	878
NE	18,3	18,3	14,3	22,3	22,3	81,7	81,7	77,7	77,7	85,7	521	521
GE	19,1	19,1	16,0	22,2	22,2	80,9	80,9	77,8	77,8	84,0	921	921
JU	12,8	12,8	9,3	16,2	16,2	87,2	87,2	83,8	83,8	90,7	445	445

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-5.5 Recours à la médecine complémentaire, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Recours à la médecine complémentaire (dans les 12 derniers mois)						Echantillon	
	FR			CH			FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "non" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle								
2007	26,5	22,7	30,2	22,1	23,9	73,5	77,0	720
2012	34,5	31,0	38,1	23,3	24,8	65,5	76,0	878
Total	43,9	38,9	48,9	31,3	30,2	56,1	68,7	482
Sexe	23,5	18,8	28,2	15,5	17,4	76,5	83,5	396
Hommes	33,4	26,8	40,1	20,2	23,1	66,6	78,4	246
Femmes	39,5	32,9	46,0	28,2	31,4	60,5	70,2	273
Classes d'âge	33,1	26,3	39,9	24,1	27,2	66,9	74,4	215
15-34 ans	29,3	21,1	37,5	17,9	19,3	70,7	82,1	144
35-49 ans	23,9	17,3	30,6	13,6	16,8	76,1	84,8	171
50-64 ans	33,3	28,4	38,1	23,0	25,1	66,7	75,9	458
65 ans et plus	44,5	37,3	51,8	27,4	30,4	55,5	71,1	246
Formation	35,9	32,2	39,6	25,1	26,7	64,1	74,1	778
Scolarité obligatoire	29,3	19,6	39,0	16,0	19,6	70,7	82,2	100
Degré secondaire II	28,5	22,4	34,6	19,2	22,3	71,5	79,2	245
Degré tertiaire	39,0	32,6	45,3	22,6	25,2	61,0	76,1	287
Nationalité	34,7	26,3	43,1	25,2	28,8	65,3	73,0	165
Suisses	41,9	32,6	51,1	27,1	29,5	58,1	72,9	147
Etrangers	35,7	31,0	40,5	22,7	24,9	64,3	76,4	494
Revenu d'équivalence du ménage	33,0	27,6	38,4	23,7	26,8	67,0	74,8	384
Jusqu'à 2999 CHF								
De 3000 à 4499 CHF								
De 4500 à 5999 CHF								
6000 CHF et plus								
Degré d'urbanisation								
Ville								
Campagne								
Comparaison régionale								
Région linguistique ¹⁾								
Suisse allemande	22,0	21,0	22,9	22,9	22,9	78,0	77,1	11 666
Suisse romande	30,1	28,6	31,6	29,5	29,5	69,9	68,4	5 122
Tessin	22,9	20,3	25,4	25,4	25,4	77,1	74,6	1 284
Cantons 2)	21,0	18,9	23,0	23,0	23,0	79,0	77,0	1 890
ZH	21,9	19,5	24,3	24,3	24,3	78,1	75,7	1 437
BE	26,8	23,9	29,7	29,7	29,7	73,2	70,3	1 063
LU	27,1	22,5	31,7	31,7	31,7	72,9	68,3	436
UR	20,3	16,6	24,0	24,0	24,0	79,7	77,5	500
SZ	26,2	23,0	29,5	29,5	29,5	73,8	70,5	832
ZG	34,5	31,0	38,1	38,1	38,1	65,5	61,9	878
FR	23,1	19,8	26,3	26,3	26,3	76,9	73,7	822
BS	22,4	19,0	25,7	25,7	25,7	77,6	74,3	708
BL	25,6	21,0	30,2	30,2	30,2	74,4	69,8	440
AR	19,3	16,7	22,7	22,7	22,7	76,2	73,3	569
GR	24,0	20,8	27,1	27,1	27,1	80,7	78,1	1 064
AG	22,9	20,3	25,4	25,4	25,4	76,0	72,9	952
TG	30,4	27,8	33,0	33,0	33,0	69,6	67,0	1 284
TI	31,1	26,6	35,6	35,6	35,6	68,9	66,5	890
VD	26,8	23,6	30,0	30,0	30,0	73,2	70,0	523
VN	28,4	23,6	33,1	33,1	33,1	71,6	66,9	926
VS								
VS								
NE								
GE								
JU								

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-5.6 Recours aux prestations ambulatoires et stationnaires des hôpitaux, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence) (dans les 12 derniers mois)				Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux (dans les 12 derniers mois)				Echantillon	
	FR		CH		FR		CH		FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n
Comparaison temporelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	16,8	14,1	19,6	16,2	15,5	16,9	11,6	10,9	12,0	18 745
2012	19,5	16,6	22,4	17,4	16,8	18,1	10,9	11,1	12,3	21 585
Total	19,9	15,9	24,0	18,1	17,2	19,0	12,3	12,2	13,9	11 304
Sexe	19,0	15,0	23,1	16,7	15,8	17,6	9,2	10,2	11,0	480
Hommes	20,8	15,4	26,1	20,0	18,6	21,3	7,6	9,6	10,6	299
Femmes	14,5	10,2	18,8	16,3	15,1	17,5	8,2	8,2	10,1	312
Classes d'âge	23,9	17,2	30,5	15,5	14,3	16,7	14,5	10,4	12,6	250
15-34 ans	23,0	12,7	27,7	17,4	16,1	18,8	17,7	10,4	16,5	166
35-49 ans	23,0	16,2	29,8	19,7	18,1	21,4	15,3	10,8	13,5	228
50-64 ans	16,3	12,7	19,9	17,0	16,2	17,9	8,2	11,5	13,1	533
65 ans et plus	22,1	16,2	28,0	16,5	15,4	17,7	11,6	10,0	11,0	262
Scolarité obligatoire	18,0	15,2	20,9	16,8	16,1	17,4	9,9	11,8	12,4	881
Degré secondaire I	25,0	16,6	33,4	19,6	18,0	21,2	14,6	11,5	12,8	146
Degré tertiaire	18,8	13,9	23,6	18,2	16,8	19,5	12,0	13,7	15,1	304
Suisses	19,1	13,6	24,5	16,9	15,8	17,9	9,2	11,2	12,2	328
Etrangers	19,3	12,7	26,0	17,6	16,1	19,1	11,7	9,8	12,2	186
Jusqu'à 2999 CHF	18,8	12,0	25,6	16,3	14,9	17,7	7,2	9,5	10,6	153
De 3000 à 4499 CHF	19,1	15,3	22,9	18,2	17,4	18,9	12,0	11,1	12,4	577
De 4500 à 5999 CHF	20,1	15,7	24,4	15,3	14,1	16,5	9,5	10,4	12,8	450
De 6000 CHF et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ville	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Degré d'urbanisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence) (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)
Comparaison régionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Région linguistique(1)	16,1	15,3	16,9	15,3	15,5	16,9	12,0	11,3	12,8	13 919
Suisse allemande	20,4	19,6	21,6	19,6	19,6	21,6	10,7	9,8	11,7	6 116
Suisse romande	21,8	17,0	24,0	15,2	15,2	24,0	11,5	9,7	13,3	1 550
Tessin	15,9	14,0	17,8	14,0	14,0	17,8	13,1	11,4	14,8	2 224
Cantons 2)	13,8	11,8	15,8	11,8	11,8	15,8	10,4	8,5	12,2	1 716
BE	11,5	8,7	14,2	8,7	8,7	14,2	8,7	11,3	12,2	1 279
LU	14,7	11,5	17,8	11,5	11,5	17,8	11,9	9,2	14,6	514
UR	17,8	15,2	20,5	15,2	15,2	20,5	12,2	10,0	14,4	599
SZ	19,5	16,6	22,4	16,6	16,6	22,4	10,9	8,5	13,3	995
FR	20,2	17,4	23,0	17,4	17,4	23,0	12,9	10,6	15,3	1 027
BS	18,8	15,9	21,6	15,9	15,9	21,6	13,6	11,1	16,0	1 007
AR	16,5	13,2	19,8	13,2	13,2	19,8	14,0	11,1	16,0	847
GR	16,1	13,7	18,5	13,7	13,7	18,5	13,9	10,9	17,2	509
AG	16,0	13,7	18,3	13,7	13,7	18,3	12,8	10,7	16,9	666
TI	21,8	19,6	24,0	19,6	19,6	24,0	12,4	10,4	14,4	1 272
VD	22,0	19,8	24,2	19,8	19,8	24,2	11,5	9,7	13,3	1 125
VS	15,6	13,2	18,0	13,2	13,2	18,0	11,2	8,1	14,4	1 550
NE	22,0	18,3	25,7	18,3	18,3	25,7	14,2	9,0	13,3	1 744
GE	21,5	18,5	24,4	18,5	18,5	24,4	10,6	10,8	17,7	1 065
JU	17,9	14,1	21,6	14,1	14,1	21,6	10,0	7,1	12,9	621
Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence) (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)
Comparaison régionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Région linguistique(1)	16,1	15,3	16,9	15,3	15,5	16,9	12,0	11,3	12,8	13 919
Suisse allemande	20,4	19,6	21,6	19,6	19,6	21,6	10,7	9,8	11,7	6 116
Suisse romande	21,8	17,0	24,0	15,2	15,2	24,0	11,5	9,7	13,3	1 550
Tessin	15,9	14,0	17,8	14,0	14,0	17,8	13,1	11,4	14,8	2 224
Cantons 2)	13,8	11,8	15,8	11,8	11,8	15,8	10,4	8,5	12,2	1 716
BE	11,5	8,7	14,2	8,7	8,7	14,2	8,7	11,3	12,2	1 279
LU	14,7	11,5	17,8	11,5	11,5	17,8	11,9	9,2	14,6	514
UR	17,8	15,2	20,5	15,2	15,2	20,5	12,2	10,0	14,4	599
SZ	19,5	16,6	22,4	16,6	16,6	22,4	10,9	8,5	13,3	995
FR	20,2	17,4	23,0	17,4	17,4	23,0	12,9	10,6	15,3	1 027
BS	18,8	15,9	21,6	15,9	15,9	21,6	13,6	11,1	16,0	1 007
AR	16,5	13,2	19,8	13,2	13,2	19,8	14,0	11,1	16,0	847
GR	16,1	13,7	18,5	13,7	13,7	18,5	13,9	10,9	17,2	509
AG	16,0	13,7	18,3	13,7	13,7	18,3	12,8	10,7	16,9	666
TI	21,8	19,6	24,0	19,6	19,6	24,0	12,4	10,4	14,4	1 272
VD	22,0	19,8	24,2	19,8	19,8	24,2	11,5	9,7	13,3	1 125
VS	15,6	13,2	18,0	13,2	13,2	18,0	11,2	8,1	14,4	1 550
NE	22,0	18,3	25,7	18,3	18,3	25,7	14,2	9,0	13,3	1 744
GE	21,5	18,5	24,4	18,5	18,5	24,4	10,6	10,8	17,7	1 065
JU	17,9	14,1	21,6	14,1	14,1	21,6	10,0	7,1	12,9	621

1) Suisse allemande: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, ZG, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsan 2015

Tableau A-5.7 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Fribourg et Suisse ainsi que comparaison régionale, 1992-2012

	Recours aux services d'aide et de soins à domicile (dans les 12 derniers mois)				Echantillon				Recours à l'aide informelle (dans les 12 derniers mois)				Echantillon	
	FR		CH		FR		CH		FR		CH		FR	CH
	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	n	n	n	n
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	3,3	1,6	2,8	2,5	3,0	1027	21 595	13,2	10,7	15,7	13,3	13,9	14,5	21 591
Sexe	5,4	2,5	8,3	3,7	4,7	547	11 313	16,4	12,5	20,3	16,7	16,7	15,8	547
Femmes	0,7	0,0	1,5	1,0	1,5	480	10 282	9,4	6,5	12,4	11,0	11,0	11,9	480
Hommes	1,6	0,0	3,9	0,7	1,4	299	5 610	11,7	7,2	16,1	13,1	11,9	14,2	299
Classes d'âge	2,4	0,4	4,3	1,5	1,9	312	5 903	11,6	7,6	15,6	13,8	12,7	15,0	312
15-34 ans	3,5	0,0	7,5	1,4	1,7	250	5 278	15,6	10,0	21,3	12,8	11,6	13,9	250
35-49 ans	8,0	2,1	13,9	7,1	9,1	166	4 804	16,0	8,9	23,0	16,4	15,1	17,8	166
50-64 ans	3,3	0,0	7,4	2,9	4,4	228	3 867	16,6	10,3	22,9	17,3	15,7	18,8	228
65 ans et plus	3,4	1,3	5,5	3,0	3,4	533	11 568	10,9	7,8	14,0	14,1	13,2	14,9	533
Scolarité obligatoire	3,1	0,0	6,2	1,8	2,2	262	6 052	15,0	9,9	20,2	11,3	10,3	12,3	262
Degré secondaire II	2,7	1,3	4,2	3,0	3,3	881	17 934	12,0	9,6	14,5	13,9	13,2	14,5	881
Degré tertiaire	5,2	0,0	10,6	1,9	2,5	146	3 661	17,4	9,9	25,0	14,2	12,7	15,6	146
Suisse	2,9	1,0	4,8	3,5	4,1	304	5 097	14,8	10,3	19,2	16,6	15,3	18,0	304
Etrangers	3,6	0,0	7,4	2,6	3,0	328	6 770	10,0	5,5	14,5	13,5	12,5	14,6	328
Jusqu'à 2999 CHF	2,9	0,2	5,6	2,2	2,7	186	4 216	16,1	9,9	22,2	12,4	11,2	13,7	186
De 3000 à 4499 CHF	0,7	0,0	1,9	1,3	1,7	153	4 215	10,3	4,7	15,9	10,8	9,6	12,0	153
De 4500 à 5999 CHF	3,2	1,0	5,4	2,8	3,1	577	15 415	13,7	10,3	17,1	13,9	13,2	14,6	577
6000 CHF et plus	3,3	0,9	5,7	2,1	3,1	450	6 180	12,6	8,8	16,3	14,1	12,9	15,2	450
Ville														
Campagne														
Degré d'urbanisation														
Recours aux services d'aide et de soins à domicile (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Recours à l'aide informelle (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)	Echantillon	Recours à l'aide informelle (dans les 12 derniers mois)	Part de "oui" en %	Intervalle de confiance (95%)
Comparaison régionale														
Région	2,1	1,8	2,4	2,4	13 928	14,2	13,4	14,2	15,0	15,0	13 928	15,0	14,3	6 114
Suisse alémanique (linguistique1)	4,5	3,9	5,2	5,2	6 117	13,2	12,2	13,2	14,3	14,3	6 114	14,3	15,5	1 549
Suisse romande	2,0	2,0	3,9	3,9	1 550	13,6	11,7	13,6	15,5	15,5	1 549	15,5	16,9	2 225
Tessin	3,0	2,0	2,7	2,7	2 226	13,5	11,8	13,5	15,2	15,2	2 225	15,2	16,9	1 716
Cantons 2)	2,7	1,9	3,6	3,6	1 716	15,0	13,1	15,0	16,9	16,9	1 716	16,9	17,2	1 280
BE	3,3	3,3	4,3	4,3	1 280	15,0	12,8	15,0	17,2	17,2	1 280	17,2	16,3	514
LU	3,3	3,3	5,1	5,1	514	12,9	9,4	12,9	16,3	16,3	514	16,3	14,0	599
UR	1,7	0,4	3,0	3,0	599	11,2	8,4	11,2	14,0	14,0	599	14,0	15,0	996
SZ	1,9	1,9	2,7	2,7	996	12,7	10,3	12,7	15,0	15,0	996	15,0	16,2	1 011
ZG	3,3	3,3	4,9	4,9	1 027	13,2	10,7	13,2	15,7	15,7	1 027	15,7	16,2	847
FR	2,3	1,4	3,2	3,2	1 011	13,7	11,2	13,7	16,2	16,2	1 011	16,2	17,4	509
BS	2,0	0,9	3,0	3,0	847	14,8	10,3	14,8	16,7	16,7	847	16,7	17,4	509
BL	3,5	1,7	5,4	5,4	509	13,5	8,1	13,5	16,7	16,7	509	16,7	13,2	666
AR	1,3	0,4	2,2	2,2	666	10,6	8,1	10,6	13,2	13,2	666	13,2	16,1	1 272
AG	1,4	0,6	2,1	2,1	1 272	14,0	11,9	14,0	16,1	16,1	1 272	16,1	17,0	1 127
SG	2,4	1,5	3,3	3,3	1 127	14,7	12,5	14,7	17,0	17,0	1 127	17,0	15,5	1 549
TG	3,0	2,0	3,9	3,9	1 550	13,6	11,7	13,6	15,5	15,5	1 549	15,5	15,2	1 744
TI	4,2	3,2	5,3	5,3	1 744	13,4	11,5	13,4	15,2	15,2	1 744	15,2	15,0	1 065
VD	3,6	2,3	4,9	4,9	1 065	12,8	10,5	12,8	15,0	15,0	1 065	15,0	17,8	621
VS	4,3	2,3	6,3	6,3	622	14,7	11,5	14,7	17,8	17,8	621	17,8	15,3	1 149
NE	6,6	4,6	8,6	8,6	1 150	13,0	10,7	13,0	15,3	15,3	1 149	15,3	15,8	508
GE	4,2	2,3	6,2	6,2	509	12,5	9,2	12,5	15,8	15,8	508	15,8		
JU														

1) Suisse alémanique: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC, Suisse romande: FR, VD, VS, NE, GE, JU, Tessin: TI

2) Les résultats des cantons n'ayant pas procédé à un suréchantillonnage dans le cadre de l'ESS 2012 (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG) ne sont pas présentés.

Les pourcentages entre parenthèses (n=1-29) ne sont statistiquement significatifs qu'avec certaines restrictions. Les résultats correspondant à un nombre de cas inférieur à 10 sont remplacés par un point.

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

© Obsam 2015

Tableau B-2.1 Nombre et proportion des cas de décès dans le canton de Fribourg en comparaison avec la Suisse, selon la cause de décès et le sexe, données agrégées 2008-2012

	Total				Hommes				Femmes			
	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹ (CH=100)	sig. ²	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹ (CH=100)	sig. ²	Moyenne annuelle (N)	Part en %	SMR ¹ (CH=100)	sig. ²
Maladies infectieuses	21,2	1,1	-		10,6	1,1	-		10,6	1,1	-	
Tumeurs malignes	516,2	27,4	106,2	*	304,2	32,1	108,9	*	212,0	22,7	100,4	
Côlon, Rectum	54,2	2,9	109,4		32,4	3,4	118,1		21,8	2,3	100,0	
Poumon, Bronches, Trachée	113,6	6,0	119,0	*	76,0	8,0	117,8	*	37,6	4,0	114,6	
Sein	39,8	2,1	94,3		-	-	-		39,4	4,2	95,8	
Prostate	32,4	1,7	86,5		32,4	3,4	85,8		-	-	-	
Autres tumeurs malignes	276,2	14,7	105,9		163,0	17,2	110,7	*	113,2	12,1	98,1	
Diabète	21,2	1,1	-		10,4	1,1	-		10,8	1,2	-	
Démence	141,8	7,5	103,7		43,4	4,6	102,6		98,4	10,5	104,3	
Maladies cardio-vasculaires	614,2	32,6	100,3		282,6	29,9	98,4		331,6	35,5	101,0	
Cardiopathies ischémiques	190,0	10,1	80,9	*	105,0	11,1	80,2	*	85,0	9,1	79,9	*
Maladies cérébro-vasculaires	103,8	5,5	97,6		42,0	4,4	96,1		61,8	6,6	97,6	
Autres maladies cardio-vasculaires	320,4	17,0	117,8	*	135,6	14,3	118,5	*	184,8	19,8	116,8	*
Maladies de l'appareil respiratoire	143,0	7,6	135,7	*	72,8	7,7	132,1	*	70,2	7,5	141,8	*
Maladies alcooliques du foie	17,6	0,9	-		12,8	1,4	-		4,8	0,5	-	
Accidents et traumatismes	132,0	7,0	107,6		80,0	8,5	104,4		52,0	5,6	106,0	
Suicides	7,0	0,4	-		4,0	0,4	-		3,0	0,3	-	
Autres accidents et traumatismes	125,0	6,6	112,8	*	76,0	8,0	107,6		49,0	5,2	114,8	
Autres causes de décès	274,6	14,6	96,6		129,8	13,7	95,9		144,8	15,5	96,5	
Total	1 881,8	100,0	104,2	*	946,6	100,0	104,1	*	935,2	100,0	102,9	

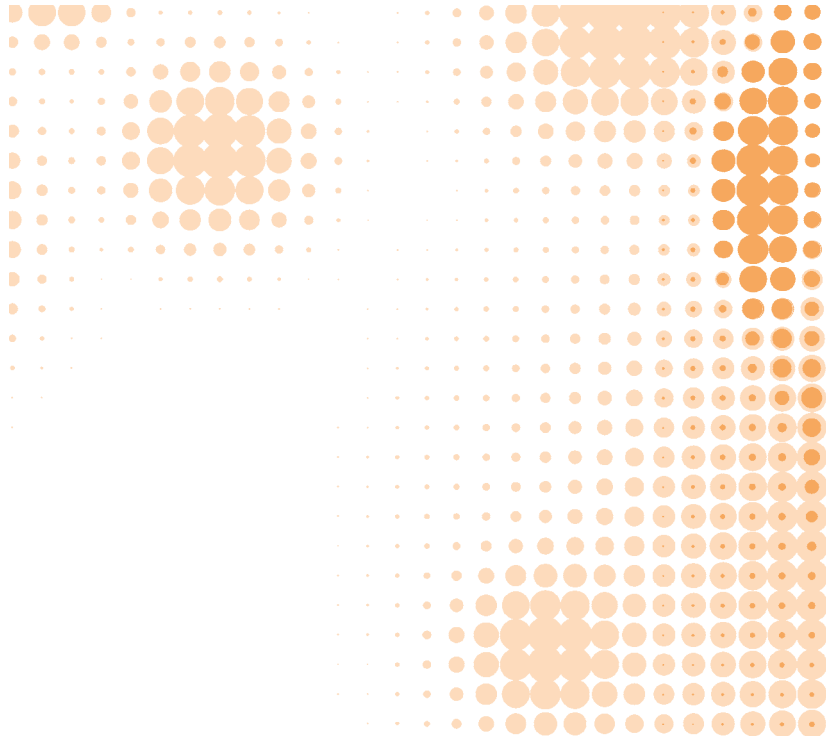
¹ Standardized Mortality Ratio (SMR): indice de mortalité standardisé sur la population européenne 2010, CH=100.

L'indice n'est pas calculé si le nombre de cas est inférieur à 100 entre 2008 et 2012.

² significatif (*): Différence significative entre la Suisse et le canton de Fribourg ($p < 0,05$).

Source: OFS - Statistique des causes de décès

© Obsan 2015



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.