



Repubblica e Cantone  
Ticino

OBSAN RAPPORT 44

44

## La santé dans le Canton du Tessin

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

Editeur:

Observatoire suisse de la santé (Obsan) et Dipartimento della sanità e della socialità  
del Cantone Ticino



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

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

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

#### Impressum

##### Editeurs

Observatoire suisse de la santé (Obsan) et  
Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino

##### Auteurs

- Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG)
- Jean-Luc Heeb (Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO)
- Niklas Baer et Tanja Fasel (Service cantonal de psychiatrie du canton de Bâle-Campagne)
- Hélène Jaccard Ruedin, Stéphane Luyet, Florence Moreau-Gruet, Daniela Schuler, Isabelle Sturny, France Weaver, Marcel Widmer et Andrea Zumbrunn (Obsan)

##### Reviewboard

- Jean-Luc Heeb (Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO)
- Niklas Baer (Service cantonal de psychiatrie du canton de Bâle-Campagne)
- Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind, France Weaver, Florence Moreau-Gruet et Laila Burla (Obsan)

##### Groupe d'accompagnement

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

##### Direction du projet à l'Obsan

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

##### Série et numéro

Obsan Rapport 44

##### Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé et Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino (2010). La santé dans le Canton du Tessin. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (Obsan rapport 44). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

#### Renseignements/informations

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

#### Langues du texte original

Allemand et français

#### Traduction

Services linguistiques de l'OFS

#### Révision

Sophie Neuberger, Wortlabor, Berlin

#### Page de couverture

Roland Hirter, Berne

#### Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress / Print, OFS

#### Commandes

Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria  
Via Orico 5  
CH-6500 Bellinzona  
[dss-upvs@ti.ch](mailto:dss-upvs@ti.ch)  
Tél. +41 91 814 30 50

#### Prix

15.– francs (TVA excl.)

#### Téléchargement du fichier PDF

[www.ti.ch/salute/biblioteca](http://www.ti.ch/salute/biblioteca)

#### ISBN

978-3-907872-79-6

© Obsan 2010

# Table des matières

<b>Préface</b>	<b>3</b>	<b>3 Conditions de logement et situation professionnelle</b>	<b>37</b>
<b>Abréviations</b>	<b>4</b>	<b>3.1 Nuisances à la maison</b>	<b>38</b>
<b>Résumé</b>	<b>5</b>	<b>3.2 Nuisances au travail</b>	<b>40</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>7</b>	3.2.1 Nuisances	40
<b>1.1 Objectifs</b>	<b>7</b>	3.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail	42
<b>1.2 Orientation thématique</b>	<b>8</b>	<b>3.3 Satisfaction dans la vie professionnelle</b>	<b>44</b>
<b>1.3 Sources de données et méthodologie</b>	<b>11</b>	<b>3.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver un emploi comparable</b>	<b>45</b>
<b>1.4 Le Canton du Tessin en comparaison régionale</b>	<b>13</b>	<b>3.5 Résumé</b>	<b>47</b>
<b>2 Etat de santé</b>	<b>17</b>	<b>4 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale</b>	<b>49</b>
<b>2.1 Santé subjective</b>	<b>17</b>	<b>4.1 Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention</b>	<b>49</b>
<b>2.2 Santé physique</b>	<b>21</b>	4.1.1 Situation	49
2.2.1 Problèmes de santé de longue durée	21	4.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque	50
2.2.2 Troubles physiques	23	4.1.3 Résultats	51
2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles	25	4.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche	55
2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne	25	<b>4.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales</b>	<b>56</b>
2.2.5 Facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires	28	4.2.1 Introduction	56
2.2.6 Accidents	29	4.2.2 Méthode	57
2.2.7 Chutes	32	4.2.3 Résultats	58
<b>2.3 Santé sociale</b>	<b>33</b>	4.2.4 Discussion	63
2.3.1 Sentiments de solitude	33	<b>4.3 Résumé</b>	<b>64</b>
2.3.2 Personne de confiance	34		
<b>2.4 Résumé</b>	<b>35</b>		

<b>5</b>	<b>Recours aux services de santé</b>	<b>66</b>	<b>Glossaire</b>	<b>86</b>
<b>5.1</b>	<b>Recours aux consultations médicales en cabinet</b>	<b>66</b>	<b>Index des figures et tableaux</b>	<b>88</b>
<b>5.2</b>	<b>Recours aux examens préventifs</b>	<b>73</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>92</b>
5.2.1	Dépistage des maladies chroniques	74		
5.2.2	Dépistage des cancers	75		
5.2.3	Prévention de la grippe	77	<b>Annexe</b>	<b>97</b>
<b>5.3</b>	<b>Recours à la médecine complémentaire</b>	<b>78</b>		
<b>5.4</b>	<b>Recours aux hôpitaux</b>	<b>80</b>		
<b>5.5</b>	<b>Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)</b>	<b>83</b>		
<b>5.6</b>	<b>Résumé</b>	<b>84</b>		

# Préface

Souvent, et particulièrement dans le domaine de la santé, les choix politiques importants sont conditionnés par des approches partielles, des attentes irrationnelles et des perspectives inappropriées. Les choix ainsi effectués prennent davantage en considération les aspects liés à l'organisation sanitaire que ceux qui découlent des «déterminants de la santé». Et ceci alors même que les causes qui influencent la santé d'une population sont surtout de nature extra-sanitaire: c'est le cas des politiques de la qualité du milieu de vie, de la formation scolaire, du revenu, des conditions de travail, de la solidarité, de la politique des transports, du niveau de participation et d'autres encore.

Pour construire des politiques de santé sur des bases solides, il faut passer par la recherche de données fiables sur l'état de santé de la population et par l'analyse des facteurs extra-sanitaires qui le déterminent. Pour répondre à la première exigence, l'Enquête suisse sur la santé est réalisée tous les cinq ans depuis 1992: elle constitue un instrument important pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé et s'occupent de politiques publiques au sens large. Grâce à ce relevé, on mesure l'état de santé de la population suisse en fonction des régions linguistiques, du sexe, de l'âge et de la formation.

Quelques chiffres pour comprendre la portée de l'enquête de 2007: en tout 18'760 personnes ont été interviewées (10'336 femmes et 8424 hommes) dont 16'322 Suisses et 2428 étrangers résidant en Suisse. Parmi les ménages contactés, 66% ont accepté de répondre. L'échantillonnage de certains cantons a été augmenté. Au Tessin, afin d'obtenir un cadre local plus précis, 400 interviews supplémentaires ont été réalisées, ce qui a permis d'arriver à un total de 1523 personnes interviewées.

Une première brochure, publiée l'an dernier, avait fourni les grandes lignes de la situation au Tessin en 2007.

Le présent document est plus approfondi et représente la première partie d'une étude plus générale sur la santé dans le Canton du Tessin. Il sera complété par le

rapport pour la Suisse latine qui portera sur trois thèmes prioritaires: la santé psychique, l'alimentation et l'activité physique et la consommation de substances psycho-actives.



Patrizia Pesenti, Conseillère d'Etat,  
Directrice du Département de la santé et des affaires  
sociales du Canton du Tessin

# Abréviations

<b>ADL/AVQ</b>	Activities of daily living/Activités de la vie quotidienne
<b>BADL/AFVQ</b>	Basic activities of daily living/Activités fondamentales de la vie quotidienne
<b>BEVNAT</b>	Statistique du mouvement naturel de la population
<b>MCA</b>	Médecine alternative et complémentaire
<b>EMS</b>	Etablissement médico-social
<b>ESPOP</b>	Statistique de l'état annuel de la population
<b>ESS</b>	Enquête suisse sur la santé
<b>HEPA</b>	Réseau suisse Santé et activité physique (Health Enhancing Physical Activity)
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization (organisation pour le maintien en bonne santé)
<b>IADL/AIVQ</b>	Instrumental activities of daily living/Activités instrumentales de la vie quotidienne
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>ISPA</b>	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
<b>LCA</b>	Loi sur le contrat d'assurance
<b>n</b>	Nombre de personnes interrogées
<b>n.s.</b>	non-significatif
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation de coopération et de développement économiques OCDE)
<b>OFS</b>	Office fédéral de la statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization WHO)
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>SECO</b>	Secrétariat d'Etat à l'économie
<b>SSN</b>	Société Suisse de Nutrition
<b>WHO</b>	World Health Organization (Organisation mondiale de la Santé OMS)

# Résumé

Une activité ciblée de prévention et de promotion de la santé nécessite une bonne connaissance préalable de la santé de la population. Le présent rapport, axé sur le Canton du Tessin, s'attache à identifier certains problèmes de santé dans divers groupes de population, à décrire certaines conditions de logement et de travail défavorables à la santé et à présenter le recours aux soins. Les données utilisées dans ce rapport reposent sur l'Enquête suisse sur la santé 2007 et, pour les comparaisons temporelles, sur l'enquête de 2002. Les résultats sont ainsi fondés sur des réponses données par les personnes interrogées. Le rapport a été établi par l'Observatoire suisse de la santé sur mandat du Département de la santé publique et des affaires sociales du Canton du Tessin.

## *Troubles de la santé fréquents malgré une bonne santé subjective*

La majorité de la population tessinoise (80,8%) se sent en bonne voire en très bonne santé. Cette proportion était un peu plus élevée en 2002 (84,6%). Les Tessinois et les Tessinoises se déclarent un peu moins en bonne ou très bonne santé que l'ensemble de la population suisse (86,7%). Un peu plus d'un cinquième des personnes interrogées souffrent d'un problème de santé de longue durée (handicap ou maladie chronique), ces problèmes étant toutefois un peu moins fréquents qu'à l'échelle du pays. Une proportion presque semblable (26,0%) de personnes interrogées se plaignent de troubles physiques importants comme des maux de tête, des maux de dos, des sentiments de faiblesse ou de lassitude et des troubles du sommeil. On observe ici une différence entre les sexes: la moitié des hommes mentionnent de tels troubles physiques contre sept femmes sur dix. Les hommes présentent par contre plus souvent des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires (p. ex. excédent de poids et taux de cholestérol élevé) que les femmes. Les hommes jeunes sont aussi deux fois plus exposés au risque d'accident que les femmes du même âge. On note aussi que le sentiment d'être en bonne santé diminue avec l'âge et qu'à l'inverse les problèmes de santé de longue durée,

les chutes, les limitations dans les activités quotidiennes, mais également les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires deviennent plus fréquents à l'exception du tabagisme.

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

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel a une grande influence sur sa santé. Près de trois personnes interrogées sur dix sont exposées à deux nuisances ou plus (notamment bruit du trafic automobile et bruit provoqué par d'autres personnes) dans leur environnement résidentiel. Les personnes ayant un faible niveau de formation et un bas revenu sont particulièrement exposées. Les personnes qui subissent plus fréquemment des nuisances à la maison se plaignent aussi plus souvent d'un mauvais état de santé. Sur le lieu de travail, les répondants du Canton du Tessin sont principalement touchés par des nuisances telles que des températures trop élevées, la fumée du tabac et le bruit.

Dans le Canton du Tessin, la majorité des personnes professionnellement actives (65,9%) sont très satisfaites de leurs conditions de travail (CH: 65,8%). Néanmoins, 32,8% des Tessinois professionnellement actifs sont soumis au travail à des charges physiques importantes et 50,4% à des tensions psychiques élevées. Ces proportions sont plus élevées que celles observées dans l'ensemble de la Suisse. Les charges physiques sont mentionnées en particulier par des personnes exerçant des professions manuelles, alors que les tensions psychiques le sont avant tout par des cadres. En 2007, 18,2% des actifs occupés avaient peur de perdre leur emploi, tandis que 41,7% n'éprouvaient aucune crainte à ce sujet.

## *Les Tessinoises passent plus souvent une mammographie que les habitantes des autres cantons*

89,9% des Tessinois et des Tessinoises ont un médecin de famille. Cette proportion est légèrement supérieure à la moyenne nationale (87,9%). Depuis 2002, le nombre

de consultations médicales a globalement augmenté aussi bien dans la Suisse entière que dans le Canton du Tessin, les femmes indiquant un nombre plus élevé de consultations chez le spécialiste en 2007 qu'en 2002. L'année de l'enquête, 47,2% des femmes de plus de 20 ans se sont soumises à un examen de dépistage du col de l'utérus et 28,3% des femmes de 50 ans et plus ont passé une mammographie. 30,9% des hommes de 40 ans et plus ont subi un contrôle de la prostate. Ces examens de dépistage du cancer sont plus fréquents dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse (respectivement 42,7%, 21,3%, 25,6%). Près d'un cinquième des Tessinois se sont fait vacciner contre la grippe ce qui est plus fréquent qu'au niveau suisse (16,7%).



# 1 Introduction

*Andrea Zumbrunn, Florence Moreau-Gruet et Isabelle Sturny*

## 1.1 Objectifs

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

*Les rapports de santé dans le Canton du Tessin avec les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*

Les responsables de la santé publique du Canton du Tessin ont décidé de financer deux rapports de santé, ainsi qu'une brochure:

- Un rapport général sur la santé dans le Canton du Tessin
- Un rapport pour la Suisse latine portant sur trois thèmes prioritaires de santé (santé psychique, alimen-

- tation et activité physique, consommation de substances psychoactives) qui est réalisé sur mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales et qui considère les données agrégées des 7 cantons latins
- Une brochure grand public (en italien) présentant de façon succincte (20 p.) cinq thèmes de santé (état de santé, santé psychique, activité physique-alimentation-poids corporel, consommation de substances, santé au travail).

Pour ne pas faire double usage, le présent rapport ne traitera donc pas les thèmes choisis pour le rapport de la Suisse latine. A noter que dans le rapport pour la Suisse latine, les analyses sont présentées en fonction de la région linguistique, ce qui permet de montrer les résultats pour le Canton du Tessin.

*Objectifs du rapport sur la santé dans le Canton du Tessin*

Pour pouvoir aménager une politique de la santé axée sur la création de conditions sociales favorables à cette dernière, il est indispensable de disposer de données de base sur l'état de santé de la population et sur ses facteurs déterminants. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population tessinoise et des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé.

Principaux objectifs:

- le rapport sur la santé est une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- des groupes à risque et des groupes-cibles y sont identifiés en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- les changements intervenus entre 2002 et 2007<sup>1</sup> y sont définis et décrits (apparition de nouveaux problèmes de santé, aggravation de problèmes de santé);

<sup>1</sup> Ce rapport se base principalement sur les données tessinoises de l'Enquête suisse sur la santé, disponibles pour les années 2002 et 2007.

- les spécificités du Canton du Tessin sur le plan socio-démographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé y sont mises en évidence;
- les conditions et les facteurs influant sur la santé y sont illustrés par le biais de deux thèmes de santé publique: la surcharge pondérale et la dépression.

### *Collaboration intercantonale coordonnée pour la rédaction des rapports sur la santé*

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé d'analyser les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007, et d'établir un rapport sur la santé pour les cantons de Lucerne, d'Appenzell-Rhodes extérieures, de Fribourg, de Genève, du Tessin, d'Uri et de Vaud. Ces rapports s'inscrivent dans le prolongement des rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993, 1997 et 2002 (p. ex. Obsan, 2005; Observatoire valaisan de la santé & IUMSP, 2004; Weiss, 2000). Il s'agit pour le Canton du Tessin du premier rapport cantonal réalisé par l'Obsan. La rédaction a eu lieu dans le cadre d'une collaboration coordonnée entre l'Observatoire suisse de la santé et les cantons concernés. Les travaux ont été réalisés par des collaboratrices et collaborateurs de l'Obsan ainsi que par des expertes et experts externes. Le projet était placé sous la houlette d'un groupe de pilotage composé de personnes représentant les cantons concernés. La liste des membres du groupe d'accompagnement et du Reviewboard (évaluation du contenu du rapport) figure à l'intérieur de la couverture de ce rapport.

## 1.2 Orientation thématique

### *Etat de santé*

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

Les points 2.1 et 2.2 de ce rapport décrivent de manière détaillée comment les diverses dimensions de la santé se combinent et l'état de bonne ou mauvaise santé physique des Tessinoises et Tessinois.

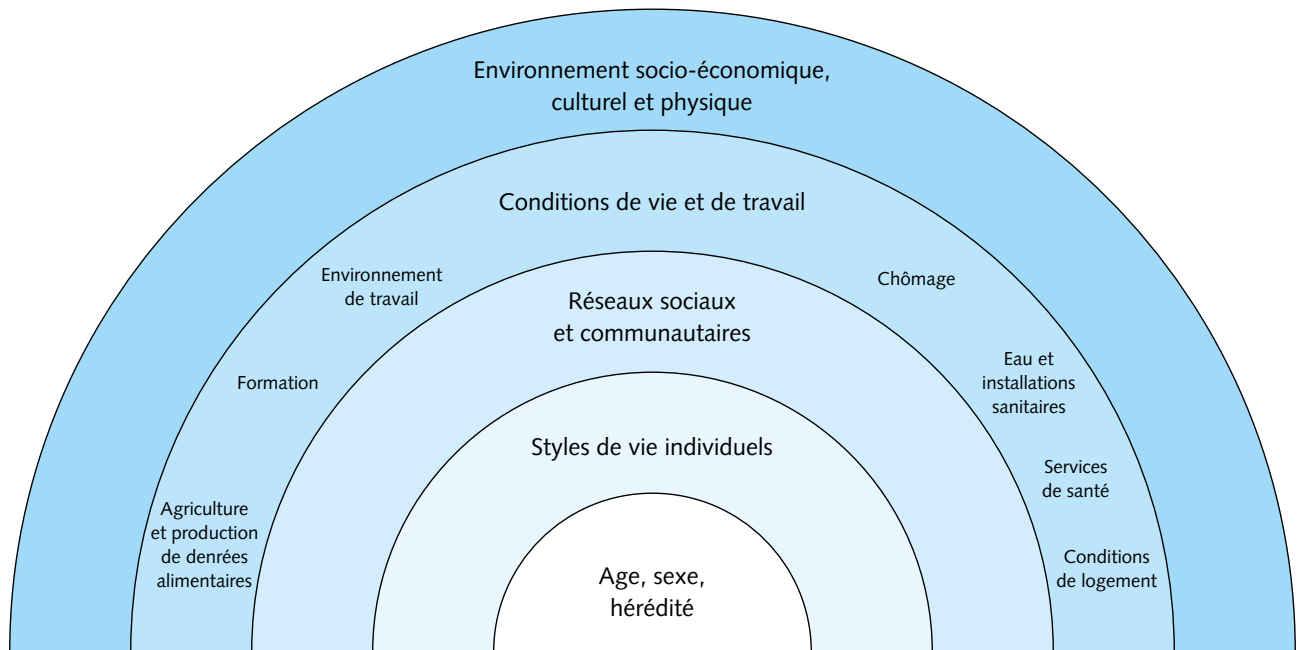
### *Les principaux déterminants de la santé*

Divers facteurs exercent une influence sur l'état de santé des individus. Ces facteurs comportent différents niveaux qui sont mis en avant à l'aide de modèles explicatifs. Le concept des déterminants de la santé<sup>2</sup>, par exemple, souvent utilisé dans les rapports nationaux et internationaux (Meyer, 2009), distingue les niveaux suivants (figure 1.1): le niveau des modes de vie individuels, le niveau des réseaux sociaux et communautaires, le niveau des conditions de vie et de travail et, enfin, le niveau des conditions générales de l'environnement socio-économique, culturel et physique. Ces facteurs d'influence agissent sur la santé d'un individu ainsi que sur ses ressources et compétences personnelles sur le plan de la santé.

Dans le présent rapport, certains facteurs d'influence importants sont traités de manière détaillée, d'autres sont abordés plus brièvement. Le choix des thèmes a été déterminé en premier lieu par les intérêts et besoins des instances cantonales. Des effectifs parfois trop faibles au niveau cantonal ont aussi influencé la sélection de certaines thématiques. Les facteurs d'influence suivants sont présentés dans le rapport:

- Le *point 1.4* présente une sélection de données cantonales sur les caractéristiques sociodémographiques et structurelles de la population tessinoise. Il donne un aperçu de la situation contextuelle dans le canton, par exemple, concernant la structure par âge de la population ou la composition des ménages.
- Le *point 2.3* aborde brièvement la question de l'existence d'un réseau social et de sa qualité.
- Le *chapitre 3* traite des aspects des conditions de vie, de logement et de travail des Tessinoises et des Tessinois (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).
- Afin d'aller au-delà de la description des facteurs influençant la santé, le *chapitre 4* met en évidence, à l'aide d'exemples, les liens (à l'échelle suisse) entre les facteurs explicatifs de l'évolution de deux problèmes de santé, la dépression et l'obésité, et leur importance.

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

**Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé**

Source: Dahlgren & Whitehead, 1991

### Informations complémentaires sur le système de prise en charge médicale

Les résultats sur la santé et les comportements par rapport à la santé ainsi que sur le contexte de vie sont complétés par des informations sur le système de soins. L'analyse des prestations médicales donne, par exemple, d'autres indications sur les problèmes de santé et renseigne sur le comportement de la population par rapport à la santé.

- Dans ce rapport, des renseignements sont fournis par les personnes interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le Canton du Tessin (*chapitre 5*), et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs. Le *point 1.4* fournit par ailleurs des chiffres clés sur le système de soins dans le Canton du Tessin tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.

### Les différences entre les groupes de population

Les conditions de vie et les comportements varient parfois fortement selon les groupes de population. Ce constat est déterminant pour prendre des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées. Dans le rapport tessinois sur la santé, les différents groupes de population sont systématiquement comparés entre eux. Un tableau uniformisé présente la fréquence de diffé-

rentes problématiques selon le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et le degré d'urbanisation (p. ex. tableau 2.1). On part du principe que les conditions de vie et les comportements sont différents en fonction de la catégorie d'appartenance. L'encadré gris (ci-dessous) illustre les différences observées par rapport à la santé entre les femmes et les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi qu'entre les personnes les mieux et les moins formées et/ou fortunées. L'état de santé et le comportement vis-à-vis de la santé varient également selon le pays d'origine et l'histoire migratoire des personnes (OFSP, 2007a). Pour des raisons méthodologiques, ce rapport ne procède qu'à une distinction grossière entre deux groupes, celui des Suisses et Suissesses et celui des étrangers et étrangères<sup>3</sup>. La thématique abordée est présentée ensuite en fonction de la population urbaine ou rurale (variable du degré d'urbanisation) et selon la région linguistique, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les différentes structures de populations régionales.

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

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

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

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

Les résultats de ce rapport se réfèrent principalement aux données de l'Enquête suisse sur la santé 2007, dans le cadre de laquelle seules des personnes de 15 ans et plus ont été interrogées. Ce rapport ne traite donc pas des déterminants de la santé des enfants et des jeunes<sup>4</sup>. Chez les personnes adultes, certaines situations de vie ne sont pas favorables à la santé, par exemple la situation des parents élevant seuls des enfants, la situation des personnes migrantes et certaines situations liées à des conditions de travail particulières. Sur le plan des conditions de travail, l'augmentation des exigences psychiques et psychosociales dans le monde du travail – simultanéité fréquente de diverses étapes de travail, nombreux délais, fréquentes nouveautés – peut poser des problèmes et nécessiter un aménagement du travail pour les actifs occupés plus âgés (Höpflinger & Weiss, 2009). Avec l'âge, les problèmes de santé et les infirmités deviennent plus fréquents et conduisent assez souvent à une morbidité multiple. On observe cependant de grandes différences entre les individus âgés quant à la santé physique et psychique, à l'autonomie et au bien-être. Des relations sociales intactes, l'indépendance, des ressources financières suffisantes ainsi que le respect et la reconnaissance représentent des éléments particulièrement importants pour le maintien de la qualité de vie à un âge avancé (ISPM Zürich, 2008; Perrig-Chiello, 2005). Les personnes très âgées sont souvent affectées par des troubles cognitifs et psychiques. En Suisse, 1 à 2% des personnes de 65 à 69 ans souffrent de troubles démentiels, une proportion qui passe à plus de 30% chez les plus de 90 ans (Kickbusch & Ospelt-Niepert, 2009).

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

La formation est un bien réparti de manière inégale dans la société et elle a de multiples effets sur la santé et le comportement vis-à-vis de la santé. Les personnes ayant achevé

une formation supérieure ont généralement un comportement plus favorable à la santé et une espérance de vie plus longue que les personnes dont le niveau de formation est bas (Mielck, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009b). Des études menées en Suisse montrent aussi qu'un travailleur non qualifié vit en moyenne quatre à cinq années de moins qu'un universitaire (Kickbusch & Engelhardt, 2009). On relève des différences considérables de mortalité et de morbidité entre les personnes n'ayant suivi que l'école obligatoire et celles qui ont achevé un apprentissage professionnel. Les différences sont par contre bien plus faibles entre ce dernier groupe de population et celui des personnes ayant un diplôme du degré tertiaire. Au cours des vingt dernières années, la part de la population suisse sans formation post-obligatoire est passée de 47% à moins de 30% (Stamm & Lamprecht, 2009b).

Le concept d'«inégalité en matière de santé» – que l'on peut définir comme le rapport entre le statut social d'une part, la morbidité et la mortalité d'autre part – englobe, en plus du facteur formation, les différences selon le statut professionnel et le revenu. Dans ce rapport, les différences entre groupes professionnels (catégories socio-professionnelles) sont traitées essentiellement au chapitre 4 «conditions de logement et situation professionnelle». Cependant, le revenu<sup>5</sup> étant une variable centrale est présenté systématiquement dans le tableau comparatif malgré certains problèmes méthodologiques<sup>6</sup>. Étant donné qu'il ne s'agit pas d'un rapport thématique sur les inégalités sociales et la santé, ces variables ne sont discutées que ponctuellement.

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

#### *Ecole obligatoire:*

Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation post-obligatoire.<sup>7</sup>

#### *Degré secondaire II:*

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

#### *Niveau tertiaire:*

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

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

<sup>5</sup> Le revenu considéré dans ce rapport est le revenu d'équivalence du ménage, c'est-à-dire le revenu de chacun des membres du ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de sa taille et de l'âge de ses membres. On trouvera d'autres renseignements méthodologiques dans la dernière partie de la section 1.3.

<sup>6</sup> Voir le dernier paragraphe du point 1.3

<sup>7</sup> En tout, 90% environ des personnes dans cette catégorie ont achevé l'école obligatoire et 10% environ n'ont pas suivi ou achevé l'école obligatoire.

### 1.3 Sources de données et méthodologie

*Les résultats sont basés sur l'Enquête suisse sur la santé*

Le présent rapport est basé sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'année 2007 (enquête la plus récente). La santé de la population, en règle générale, ne change pas de manière déterminante d'une année à l'autre, c'est pourquoi il est possible de rendre compte de manière satisfaisante de la situation actuelle à partir des résultats de 2007<sup>8</sup>. Cette enquête de l'Office fédéral de la statistique représente une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé en raison de son large éventail de thèmes et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes sont couverts par cette seule enquête. A la différence, par exemple, de la statistique des hôpitaux, les enquêtes représentatives menées auprès de la population, telles que l'ESS, ne fournissent pas seulement des informations sur les patients et les personnes malades, mais aussi sur l'état de santé subjectif des personnes et sur leurs troubles, douleurs et handicaps passagers ou chroniques (Weiss, 2000). L'état de santé individuel peut de plus être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie et les comportements favorables ou défavorables à la santé ainsi que la manière de faire face à des problèmes de santé. Un point fort de cette enquête est qu'elle se répète tous les cinq ans, ce qui permet d'évaluer les changements dans le temps (pour davantage d'informations sur l'ESS consulter le tableau 1.1, l'annexe ou la littérature (OFS, 2008a, 2008b, 2010).

Malgré ses atouts, l'Enquête suisse sur la santé se heurte à certaines limites. Ainsi, elle ne considère que les personnes vivant dans des ménages privés et ayant un raccordement téléphonique. Les personnes qui résident dans des homes ou dans d'autres institutions ne sont pas représentées, ce qui est le cas notamment de bon nombre de personnes âgées. On peut donc supposer que les résultats de l'ESS donnent une image trop positive de la santé de ces dernières, et que cette image serait moins favorable si l'on tenait compte des personnes vivant dans des homes pour personnes âgées<sup>9</sup>. De plus, ne sont interrogées dans le cadre de l'ESS que des personnes capables de s'exprimer suffisamment bien dans l'une des trois langues officielles, le français, l'allemand et l'italien. De la sorte, les personnes issues de la migration et mal intégrées linguistiquement sont sous-représentées. En outre, l'enquête ne s'adresse qu'à des personnes disposant d'un raccordement au réseau téléphonique fixe dans leur ménage.

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

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

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

**Producteur de données:** Office fédéral de la statistique OFS, section Services de santé, Neuchâtel.

**Bases légales:** Loi sur la statistique fédérale, ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.

**Objet de l'enquête:** L'Enquête suisse sur la santé fournit entre autres des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladie et sur l'utilisation des services de santé.

**Milieux interrogés:** Echantillon aléatoire représentatif formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.

**Echantillonnage:** La sélection des personnes interrogées s'est faite en deux étapes: 1. Echantillon régional de ménages privés, stratifié par cantons, 2. Sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage. Dans le cadre de l'ESS 2007, 18'760 personnes ont pris part à l'enquête principale menée par téléphone. Parmi ces personnes, 14'432 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le Canton du Tessin, 1523 personnes ont été interviewées par téléphone et 1131 ont aussi donné des renseignements par écrit. 13 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.

**Périodicité:** Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.

**Pertinence:** Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

<sup>8</sup> Des aspects spécifiques comme la satisfaction au travail peuvent cependant très bien changer brusquement par l'effet d'un événement comme celui de la crise financière.

<sup>9</sup> Pour compléter l'Enquête suisse sur la santé, l'Office fédéral de la statistique a mené en 2009 une enquête auprès des personnes âgées vivant dans des établissements médico-sociaux afin d'obtenir des informations plus détaillées sur la situation sanitaire de ces personnes.

**Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidente du Canton du Tessin selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)**

Classes d'âge	Hommes				Femmes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 ans	134	20,5	36 392	27,2	152	17,5	36 912	24,9	286	18,8	73 304	26,0
35–49 ans	200	30,6	39 679	29,6	224	25,7	40 636	27,4	424	27,8	80 315	28,4
50–64 ans	151	23,1	31 360	23,4	210	24,1	32 797	22,1	361	23,7	64 157	22,7
65 ans et plus	168	25,7	26 588	19,8	284	32,6	38 094	25,7	452	29,7	64 682	22,9
Total	653	100,0	134 019	100,0	870	100,0	148 439	100	1523	100,0	282 458	100,0

Source: OFS, ESPOP 2007

Note: Le total de la population du Canton du Tessin mentionné dans ce tableau n'est pas équivalent à celui des tableaux standards fournis par l'OFS. Dans les tableaux standards figurent les données de l'ESPOP de 2006 qui ont été utilisées lors de l'échantillonnage auxquelles ont été encore enlevées les personnes qui vivent en institutions et qui ne font pas partie de la population de référence.

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

Parmi les 282'458 habitantes/habitants âgés de 15 ans et plus, 1523 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'ESS, dont 870 femmes et 653 hommes.

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

#### *Indications méthodologiques sur l'exploitation des données*

Dans le rapport tessinois sur la santé, la plupart des analyses ont un caractère descriptif. Une bonne partie des figures et des tableaux présentent la fréquence des différentes variables. Chaque figure et chaque tableau indiquent le nombre de personnes interrogées prises en compte dans l'exploitation des données. Les résultats se basent sur les données pondérées (voir l'annexe pour la procédure de pondération). Cette pondération permet d'obtenir des valeurs aussi représentatives que possible pour les cantons et la Suisse, et de réduire les biais liés à la procédure d'échantillonnage. Comme c'est le cas en général pour les analyses de l'Enquête suisse sur la santé (consignes de l'Office fédéral de la statistique), aucun résultat reposant sur les indications de moins de 10 personnes n'est présenté ici. Cette absence de résultats est indiquée par un point dans les tableaux. Les valeurs qui représentent les réponses de 10 à 29 personnes figurent

entre parenthèses dans les tableaux et les figures et n'ont qu'une pertinence limitée du fait du faible nombre de cas. Dans certains cas, les résultats pour les petits groupes de population ou certains événements ne peuvent donc pas être établis au niveau cantonal, mais seulement à l'échelle suisse.

Les différences de distribution de fréquence de chaque variable entre les cantons et l'ensemble de la Suisse (l'ensemble de la Suisse sans le canton en question) et, si possible, entre les années 2002 et 2007 ont fait l'objet d'un examen systématique. Cet examen a porté sur l'hypothèse des différences entre deux groupes indépendants et non sur le chevauchement des intervalles de confiance. Le test de z a été utilisé pour les comparaisons régionales et temporelles et le test du ki2 pour les autres comparaisons. Un écart est «statistiquement significatif» lorsque la probabilité d'erreur est  $p < 5\%$ . Dans ce cas, la probabilité (p) est faible que le résultat obtenu soit le fruit du hasard. Les différences statistiquement significatives sont mentionnées en tant que telles dans les tableaux des comparaisons régionales. Pour augmenter la représentativité, il a fallu tenir compte du plan d'échantillonnage pour les comparaisons régionales pour pouvoir calculer correctement l'erreur standard ou l'intervalle de confiance.

Enfin, aucune correction due aux variations liées à l'âge ou au sexe n'a été apportée dans les comparaisons régionales (et temporelles), parce que des facteurs déterminants autres que l'âge et le sexe auraient dû être pris en compte. Le Canton du Tessin accorde une attention particulière aux fréquences réelles de certains résultats importants pour la planification de ses activités. Etant

donné que les valeurs sont présentées selon différentes caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, il est possible de comparer directement certains sous-groupes de population entre le Canton du Tessin et la Suisse (p. ex. tableau 2.1).

La précision statistique des résultats présentés dans ce rapport doit être brièvement illustrée par un exemple. Alors que la part des personnes qui, dans le Canton du Tessin, considèrent leur santé comme bonne ou très bonne est de 80,8% (estimée pour la population du canton sur la base d'un échantillon de 1523 personnes), la probabilité est de 95% que la part effective de ces personnes se situe entre 78,4% et 83,0% (intervalle de confiance de 95%). Plus l'échantillon est petit (p. ex. si de nombreuses valeurs font défaut), plus l'intervalle de confiance est important. Par ailleurs, les résultats des analyses bivariées réalisées dans le cadre de ce rapport ne disent souvent rien sur le lien avec d'autres facteurs et l'influence de ceux-ci. Les seules analyses multivariées ont été réalisées au chapitre 4 consacré aux symptômes de la dépression et à l'obésité, où elles y sont décrites. Citons enfin la question des valeurs manquantes. Tous les groupes de population n'ont pas répondu aussi fréquemment aux questions portant sur le revenu. La part des valeurs manquantes est particulièrement élevée chez les femmes âgées et chez les jeunes gens, ce qui implique que les résultats collectés ne sont pas représentatifs pour toute la population. Malgré cette faiblesse, la variable revenu est conservée, car ces distorsions concernent tant la Suisse que le Canton du Tessin et elle revêt un rôle particulièrement important.

#### 1.4 Le Canton du Tessin en comparaison régionale

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

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

##### *La majorité de la population tessinoise vit en milieu urbain*

Le Tessin est le huitième canton suisse pour l'importance de la population et 86% de ses habitants vivent en milieu urbain. Par comparaison, en Suisse 73,4% de la population vit en région urbaine, à Fribourg ce chiffre s'élève à 55,5% et à Uri il est nul. Le territoire cantonal se divise en quatre zones urbaines: les agglomérations de Bellinzone et de Locarno, entièrement sur territoire tessinois; les agglomérations de Lugano et de Chiasso-Mendrisio-(Como) s'étendent quant à elles aussi sur territoire italien (régions transfrontalières). Regroupant 40% de l'ensemble de la population cantonale, l'agglomération de Lugano constitue le principal centre du canton.

##### *Un canton touristique qui attire beaucoup de retraités du nord de la Suisse*

Entre 2002 et 2007, le Canton du Tessin a vu sa population s'accroître de 4,2%, se plaçant ainsi au 9<sup>ème</sup> rang des cantons suisses à connaître une croissance démographique. La première place revient au canton de Fribourg avec une croissance démographique de 8,2%. La population tessinoise est relativement âgée puisque les individus âgés de 65 ans et plus représentent 19,7% de la population, cette proportion étant de 16,4% en Suisse. Le climat agréable du Canton du Tessin attire de nombreuses personnes, en particulier les retraités du nord des Alpes (Hunziker & Schriber, 2008). Le taux de natalité est l'un des plus bas de Suisse avec 8,6 nouveau-nés pour 1000 habitants en 2007 contre 9,9 en moyenne en Suisse, confirmant que l'augmentation de la population est due en grande partie à un mouvement migratoire.

##### *Une forte proportion d'étrangers et une population majoritairement employée dans le secteur tertiaire*

Le Canton du Tessin se situe sur une voie de communication privilégiée entre le nord et le sud des Alpes. Son attrait touristique et sa situation frontalière en font un lieu de migration: 25,2% de sa population est étrangère. En Suisse, cette part est de 21,1%. Place financière et pôle technologique industriel, le tissu économique tessinois est dominé par le secteur tertiaire, 70,9% de la population y est employée (5<sup>ème</sup> rang en Suisse). Le

Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés pour le Canton du Tessin en comparaison avec la Suisse entière

Indicateur	Tl	CH	Rang Tl <sup>1</sup>	Description de l'indicateur et des sources
<b>Population résidente en 2007</b>				
Femmes	170 924	3 866 480	8	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2007)
Hommes	157 656	3 727 014	8	
Total	328 580	7 593 494	8	
<b>Evolution démographique 2002–2007 (en %)</b>				
Femmes	3,5	3,4	10	Hausse/baisse en % entre 2002 et 2007 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2002–2007)
Hommes	5,0	4,3	8	
Total	4,2	3,8	9	
<b>Structure par âge en 2007 (en %)</b>				
0–14 ans	14,0	15,5	25	Population résidente à la fin de l'année par classe d'âge en % (OFS: ESPOP 2007)
15–34 ans	22,3	25,1	26	
35–49 ans	24,4	24,1	7	
50–64 ans	19,5	19,0	9	
65 ans et plus	19,7	16,4	2	
<b>Taux de natalité en 2007 (pour 1000 habitants)</b>				
	8,6	9,9	24	Nombre de naissances vivantes (OFS: ESPOP, BEVNAT)
<b>Proportion de la population en régions urbaines en 2007 (en %)</b>				
	86,8	73,4	7	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente (OFS: ESPOP, répartition selon le recensement de la population 2000)
<b>Proportion d'étrangers en 2007 (en %)</b>				
	25,2	21,1	4	Proportion de la population étrangère résidente rapportée à l'ensemble de la population à fin 2007 (OFS: ESPOP 2007)
<b>Proportion de la population de langue étrangère en 2000 (en %)</b>				
	6,8	9,0	16	Proportion de la population indiquant parler une autre langue principale que les quatre langues nationales (OFS: Recensement de la population 2000)
<b>Niveau de formation des 25–64 ans en 2000 (en %)</b>				
Sans formation post-obligatoire	29,3	22,9	5	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population résidente, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS: Recensement de la population 2000)
Degré secondaire II	48,4	49,2	19	
Degré tertiaire	18,2	21,5	16	
<b>Structure des ménages en 2000</b>				
Nombre de personnes par ménage	2,2	2,2	20	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé, proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages et proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans rapportée à l'ensemble des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans (OFS: Recensement de la population 2000)
Ménages d'une seule personne (en %)	35,8	36,0	8	
Familles monoparentales; ménages (en %)	14,0	13,1	6	
<b>Taux de chômage en 2007 (en %)</b>				
	4,4	2,8	2	Proportion des chômeurs inscrits en 2007 rapportée au nombre de personnes actives selon le recensement de la population 2000 (seco, OFS)
<b>Taux d'activité en 2000 (en %)</b>				
	56,9	65,3	26	Proportion des personnes actives dans la population dès 15 ans (OFS: Recensement de la population 2000)
<b>Structure de l'emploi en 2005 (en %)</b>				



Indicateur	TI	CH	Rang TI <sup>1</sup>	Description de l'indicateur et des sources
Salariés dans le secteur primaire	2,3	5,3	23	Emplois par secteur économique en 2005 en proportion de l'ensemble des emplois (OFS: Recensement des entreprises 2005)
Salariés dans le secteur secondaire	26,7	25,5	17	
Salariés dans le secteur tertiaire	70,9	69,2	5	
<b>Revenu d'équivalence du ménage en 2006 (en CHF)</b>	50 743	55 047	15	Revenu moyen net pondéré par taille et composition des ménages (Administration fédérale des contributions AFC)
<b>Taux d'aide sociale en 2007 (%)</b>	2,0	3,1	13	Proportion des bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population (OFS: Statistique de l'aide sociale 2007)
<b>Densité de médecins (pour 1000 habitants)</b>				
Médecins généralistes	0,5	0,6	22	Nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet privé en 2007 (FMH: Statistique médicale 2007)
Médecins spécialistes	1,5	1,5	7	Nombre de médecins spécialistes exerçant en cabinet privé en 2007 (FMH: Statistique médicale 2007)
Dentistes	0,6	0,5	4	Nombre de dentistes en 2007: membres de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) et non-membres reconnus par les assurances sociales (Annuaire médical suisse 2007)
<b>Densité de pharmacies (pour 1000 habitants)</b>	0,6	0,2	1	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux 2007 (Annuaire médical suisse)
<b>Densité de lits d'hospitalisation (pour 1000 habitants)</b>				
Hôpitaux de soins généraux	4,2	3,3	3	Nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants (OFS: Statistique des hôpitaux 2007)
Cliniques spécialisées	1,7	2,1	15	
<b>Densité de places dans les institutions médico-sociales (pour 1000 habitants dès 65 ans)</b>	60	72	22	Nombre de places d'hébergement en service, occupées ou non, au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS: Statistique des institutions médico-sociales 2007)
<b>Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus (médiane)</b>	8,5 (6)	7,3 (5)	2	Moyenne et médiane. Age des patients dès 15 ans, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile, distribution tronquée au 99e percentile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
<b>Taux d'hospitalisation 2007 (pour 1000 habitants)</b>	156,5	134,1	1	Hospitalisations dans les hôpitaux de soins aigus (K1), cas intra-muros, cas A, (sorties en 2007) (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale)
<b>Taux d'hospitalisations multiples 2007 (en %)</b>	23,4	19,8	1	Part des personnes hospitalisées plus d'une fois par rapport au total des personnes hospitalisées. Seulement hôpitaux de soins aigus, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
<b>Dépenses cantonales de santé en CHF par personne (y compris dépenses des communes)</b>	1 185	1 085	8	Besoins financiers nets par personne en 2005, selon la classification fonctionnelle point 4 (Administration fédérale de finances AFF; OFS)

<sup>1</sup> Le premier rang signifie que la valeur la plus élevée concerne le canton du Tessin.

secteur secondaire y est aussi relativement important avec 26,7% de la population occupée dans ce domaine. La composition de la population en fonction du niveau de formation diffère beaucoup en Suisse. Dans le Canton du Tessin, la proportion de personnes de niveau de formation universitaire ou équivalent est relativement faible (18,2%, 16<sup>ème</sup> rang en Suisse). L'Université de la Suisse italienne a été créée en 1996, et comme elle ne comporte que certaines facultés, les Tessinois doivent se rendre dans d'autres cantons universitaires pour se former. Par comparaison, dans le canton de Genève, 30,6% de la population a reçu une formation de degré tertiaire contre 13,3% dans le canton Uri.

#### *Le Canton du Tessin compte aussi son lot de population précaire*

Le Canton du Tessin présente un taux d'activité inférieur à la moyenne (56,9%). Le revenu d'équivalence du ménage est légèrement inférieur à la moyenne et s'élève à 50'743 CHF annuels (15<sup>ème</sup> place en Suisse). Le Canton du Tessin abrite aussi une population dont les conditions de vie sont précaires. Il est au deuxième rang pour le taux de chômage le plus élevé en Suisse (4,4%), après le canton de Genève (6,3%), contre 2,8% en moyenne en Suisse (valeurs 2007). La proportion de bénéficiaires de l'aide sociale y est toutefois plus basse qu'en moyenne suisse (Tessin 2,0%, Suisse 3,1%). Comme dans l'ensemble de la Suisse, le Canton du Tessin recense un grand nombre de familles monoparentales (14,0%) et de ménages composés d'une seule personne (35,8%). Ces structures de ménage caractérisent les individus les plus exposés à un risque de précarité. En Suisse, les ménages composés de familles monoparentales s'élèvent à 13,1% et ceux ne comptant qu'une seule personne à 36%.

#### *Une densité de médecins dans la moyenne suisse*

Le Canton du Tessin se distingue également par ses prestataires de soins et les coûts de son système de santé. Le nombre de médecins généralistes est juste en dessous de la moyenne suisse et celui de médecins spécialistes pratiquant en cabinet privé est équivalent: 0,5 médecins généralistes et 1,5 médecins spécialistes pour 1000 habitants, contre 0,6 et 1,5 en Suisse. Depuis l'introduction de la «clause du besoin» au niveau fédéral en 2002, le Canton du Tessin cherche à réorienter l'offre médicale en faveur de la médecine de famille. En ce qui concerne les lits d'hospitalisation, la densité en cliniques spécialisées

est relativement faible (1,7 lits pour 1000 habitants; Suisse 2,1) tandis que celle des lits d'hôpitaux de soins généraux est élevée (4,2 lits pour 1000 dans le canton, 3,3 en Suisse).

#### *Un système de santé qui doit faire face à une population âgée*

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus est élevée (8,5 jours, 7,3 en Suisse), le taux d'hospitalisation est le plus élevé de Suisse (156,5 hospitalisations pour 1000 habitants dans le Canton du Tessin, 134,1 en Suisse) et la densité de places dans les institutions médico-sociales est faible (60 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus dans le canton, 72 en Suisse). Dans le Canton du Tessin, les dépenses cantonales de santé par habitant ne sont que moyennement plus élevées qu'en Suisse (1185 CHF par personne, 1085 CHF en Suisse). Une large part de ces coûts plus élevés est à mettre en relation avec la structure de la population du canton qui compte la proportion de personnes de moins de 34 ans la plus faible de Suisse et une population âgée très importante.

## 2 Etat de santé

*Jean-Luc Heeb*

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

Le présent chapitre passe en revue différents indicateurs de la santé physique et sociale. Ces indicateurs permettent de situer la population tessinoise sur un continuum santé-maladie<sup>10</sup>. Ponctuellement, ils seront mis en relation avec l'une ou l'autre facette de la santé psychique. Dans un premier temps, la santé subjective – soit la perception, par les personnes interrogées, de leur état de santé – et ses liens avec les trois dimensions de la santé seront présentés (point 2.1). Ensuite, différents aspects de la santé physique (point 2.2) et de la santé sociale (point 2.3) seront examinés plus en détail. Une attention particulière sera portée aux rapports que ces dimensions de la santé entretiennent entre elles et avec les principaux déterminants sociodémographiques. Le chapitre se clôt par un résumé (point 2.4).

### 2.1 Santé subjective

La santé subjective met l'accent sur l'évaluation, par l'individu, de sa propre santé. Cette évaluation ne se fonde pas seulement sur l'état de santé objectif, mais englobe également les ressources personnelles et l'environnement. Le bien-être peut dès lors être considéré comme l'équilibre perçu entre un ensemble de ressources et de contraintes. L'auto-évaluation de la santé revêt une importance particulière, car elle est étroitement liée à la mortalité et à la morbidité (Idler & Benyamini, 1997; Manor et al., 2001), mais aussi parce qu'elle peut être mesurée de manière très simple. Dans l'ESS, la question correspondante était formulée de la manière suivante: «Comment est votre santé en général?»<sup>11</sup>.

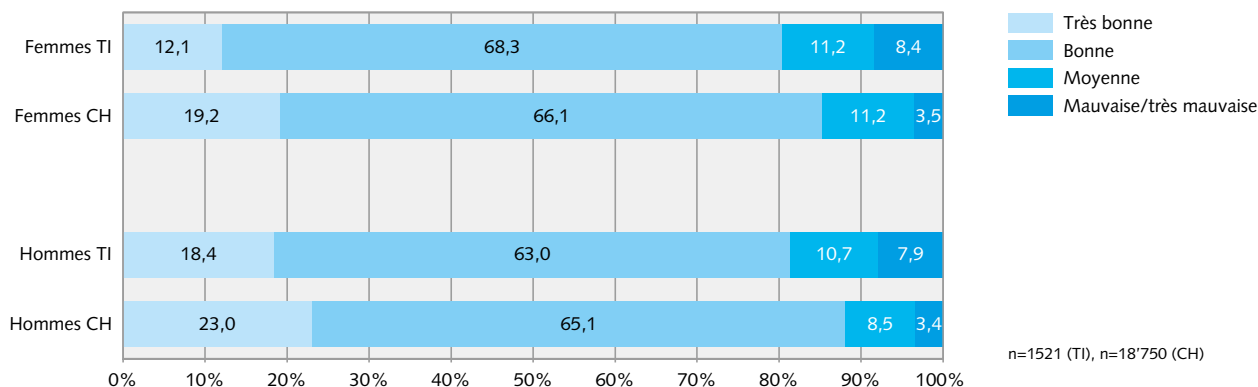
<sup>10</sup> La sélection des indicateurs tient largement compte des précédents rapports de l'Observatoire suisse de la santé réalisés à partir des données de l'ESS 2002, ce afin de faciliter les comparaisons. Les indicateurs utilisés dans l'ESS 2007 sont parfois différents de ceux de 2002, en particulier pour la santé psychique. Les différences sont signalées dans le texte. Il convient en outre de souligner que les indicateurs reposent exclusivement sur des indications fournies par les personnes interrogées; il s'agit toujours d'une évaluation de la santé du point de vue de ces dernières. Par conséquent, les résultats ne doivent pas être interprétés comme un diagnostic au sens médical, mais comme des auto-évaluations de la santé des personnes interrogées.

<sup>11</sup> «Come è la Sua salute in generale?» en italien

## Santé subjective selon le sexe

### Canton du Tessin et Suisse, 2007

Fig. 2.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

### Huit Tessinois sur dix jugent leur santé bonne ou très bonne

Dans une large mesure, les Tessinois estiment être en bonne ou en très bonne santé (80,8%). Environ une personne interrogée sur dix juge sa santé moyenne, alors que la part des répondants considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise est un peu moins élevée (figure 2.1). Les hommes déclarent un peu plus souvent être en très bonne santé que les femmes. Les habitants du Canton du Tessin évoquent un peu moins souvent une bonne ou très bonne santé que l'ensemble de la population suisse. Ce constat s'observe également en cas de comparaison avec la Suisse alémanique ou la Suisse romande (tableau 2.1). Par rapport à 2002, la part des personnes qui se sentent en bonne ou en très bonne santé en 2007 semble être plus basse dans le Canton du Tessin (84,6% contre 80,8%), tandis qu'elle paraît un peu plus élevée dans l'ensemble de la Suisse (de 85,8% à 86,7%)<sup>12</sup>.

La santé subjective est intimement liée à l'âge et à la formation (tableau 2.1). Les autres facteurs sociodémographiques jouent un rôle sensiblement plus modeste. Les personnes interrogées évaluent leur santé d'autant plus favorablement qu'elles sont jeunes. Ainsi, plus de neuf Tessinois sur dix entre 15 et 34 ans se déclarent en

bonne ou en très bonne santé contre près de deux tiers des répondants de 65 ans et plus. Un écart similaire s'observe selon le niveau de formation. Plus de huit répondants sur dix bénéficiant d'une formation de degré secondaire II ou tertiaire se sentent en bonne ou en très bonne santé. Cette proportion s'établit à moins de deux tiers chez les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire. Bien que de manière un peu moins prononcée, la santé subjective est également liée au revenu et à la nationalité. D'une part, elle est d'autant meilleure que le revenu est élevé – les écarts étant plus affirmés dans le Canton du Tessin qu'à l'échelle du pays. D'autre part, les citoyens suisses évoquent plus souvent une bonne ou une très bonne santé que les étrangers.

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

L'âge et la formation comptent parmi les principaux déterminants de la santé (Meyer, 2009; voir point 1.2). Lorsque l'âge augmente, les atteintes à la santé et les infirmités sont plus fréquentes, tandis qu'un faible niveau de formation va souvent de pair avec des ressources limitées pour surmonter les problèmes de santé, mais aussi, par exemple avec des contraintes physiques au travail. Dès lors, il peut être intéressant d'examiner la santé subjective en considérant simultanément les deux déterminants que sont l'âge et la formation (figure 2.2). La combinaison de ces deux facteurs révèle un écart d'autant plus prononcé entre les classes d'âge que le niveau de formation est bas. C'est surtout chez les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire que la santé subjective

<sup>12</sup> Ce constat doit cependant être considéré avec prudence, car la question sur la santé subjective figurant dans l'ESS 2002 («Comment allez-vous actuellement?»; «Come sta di salute in questo momento?» en italien) n'était pas la même que celle de l'ESS 2007. Par ailleurs, on relèvera que ce sont notamment les répondants âgés, ayant suivi la seule scolarité obligatoire ou encore de nationalité étrangère qui, comparés à l'ensemble du pays, estiment moins souvent que leur santé est bonne ou très bonne en 2007 (voir tableau 2.1). Par rapport à la population totale, la part de ces personnes est plus élevée dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse (voir tableau 1.3).

**Tab. 2.1 Santé subjective, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)**

		Bonne ou très bonne		Moyenne à très mauvaise	
		TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		80,8	86,7	19,2	13,3
<b>Sexe</b>	Femmes	80,4	85,4	19,6	14,6
	Hommes	81,3	88,2	18,7	11,8
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	92,2	94,7	(7,8)	5,3
	35–49 ans	90,3	90,9	9,7	9,1
	50–64 ans	73,0	82,7	27,0	17,3
	65 ans et plus	64,7	71,8	35,3	28,2
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	64,1	71,8	35,9	28,2
	Degré secondaire II	84,0	87,8	16,0	12,2
	Degré tertiaire	87,4	92,6	12,6	7,4
<b>Nationalité</b>	Suisses	83,7	87,3	16,3	12,7
	Etrangers	73,2	84,7	26,8	15,3
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	77,4	84,8	22,6	15,2
	De 3000 à 4499 CHF	83,1	86,4	16,9	13,6
	De 4500 à 5999 CHF	86,8	89,2	(13,2)	10,8
	6000 CHF et plus	94,4	92,1	(5,6)	7,9
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	81,1	86,5	18,9	13,5
	Campagne	79,5	87,3	20,5	12,7
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>80,8</b>		<b>19,2</b>
	<b>Suisse</b>		<b>86,7*</b>		<b>13,3*</b>
	Suisse alémanique		87,5*		12,5*
	Suisse romande		85,6*		14,4*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1521 (TI), n=18'750 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )

tive se détériore à mesure que l'âge croît. Si le bien-être des répondants de 15 à 34 ans ne se différencie guère selon la formation, les personnes de 50 ans et plus en bonne ou en très bonne santé sont nettement moins nombreuses parmi celles qui ont suivi la scolarité obligatoire que parmi celles qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

#### *La santé subjective reflète la santé physique et psychique*

Quel rapport existe-t-il entre la santé subjective et les indicateurs de la santé physique, psychique et sociale? Des études étrangères ont mis en évidence des corrélations entre la santé subjective d'une part, les atteintes à la santé physique et psychique d'autre part (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). On observe des liens semblables dans la population du Canton du Tessin et dans la population

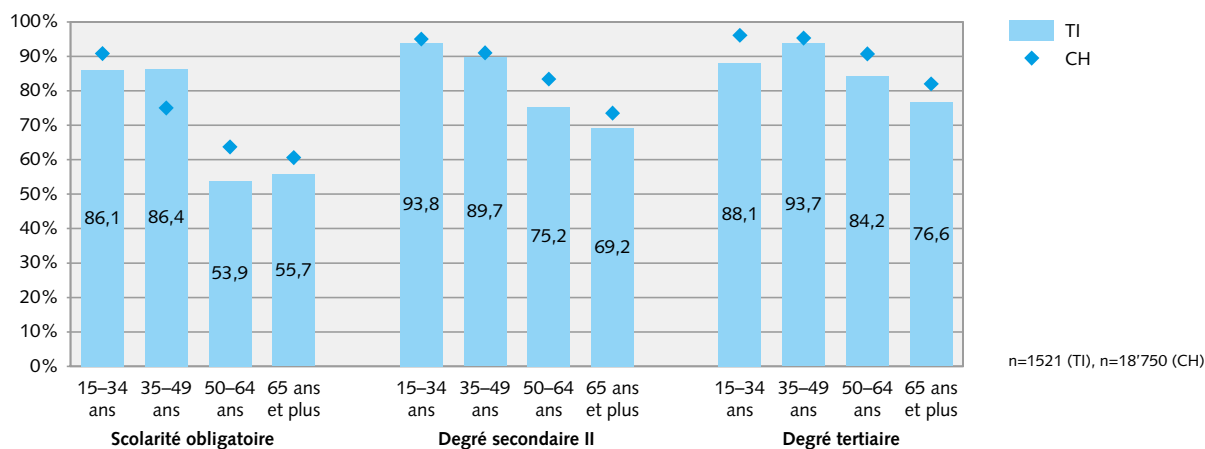
suisse: les problèmes de santé de longue durée (voir point 2.2.1), les troubles physiques (voir point 2.2.2) et les problèmes psychiques<sup>13</sup> vont de pair avec une moindre santé subjective (figure 2.3). En comparaison avec la santé psychique et surtout physique, les variations de la santé subjective selon la santé sociale, mesurée par le sentiment de solitude (voir point 2.3.1), sont moins affirmées.

Les problèmes de santé de longue durée ont un effet particulièrement défavorable sur la santé subjective. Un peu plus de quatre Tessinois interrogés sur dix évoquant un problème de santé de longue durée jugent leur état de santé bon ou très bon (44,0%). En l'absence d'un tel problème, cette proportion est doublée et s'élève à plus de neuf répondants sur dix (91,1%). En cas de troubles

<sup>13</sup> Les problèmes psychiques ont trait à la fréquence 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)» (sous-échelle MHI de la version courte du MOS, SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992).

**Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, Canton du Tessin et Suisse, 2007**

**Fig. 2.2**

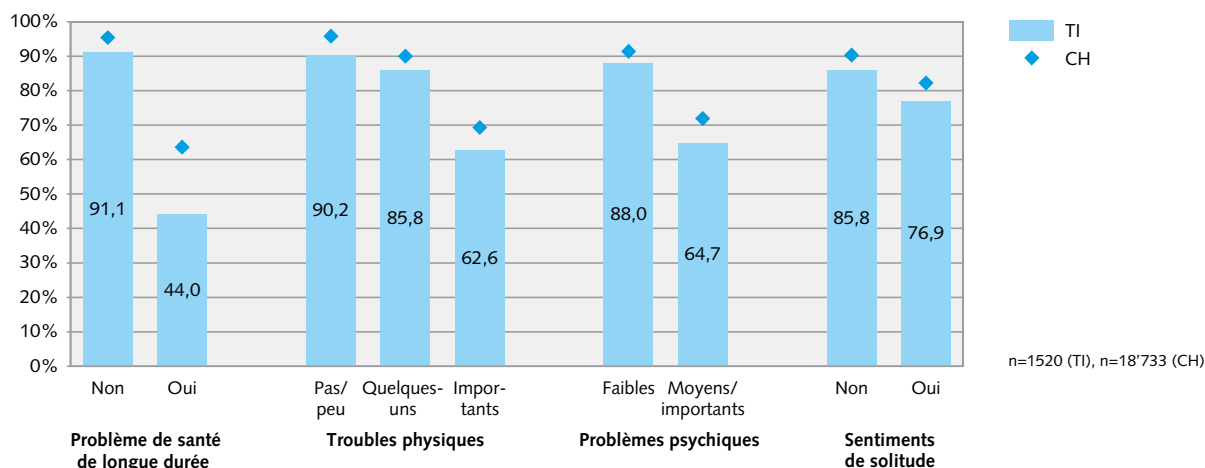


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007**

**Fig. 2.3**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

physiques importants comme en présence de problèmes psychiques moyens ou importants, moins de deux tiers des Tessinois se déclarent en bonne ou en très bonne santé. Chez les personnes interrogées qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques ou chez celles qui ne signalent que de faibles problèmes psychiques, cette part est d'environ 90%. Enfin, trois quarts des Tessinois éprouvant des sentiments de solitude – qu'ils soient occasionnels ou fréquents – se considèrent en bonne ou en très bonne santé contre presque neuf répondants sur dix ne se sentant jamais seuls.

Le cumul d'atteintes à la santé physique – surtout les problèmes de santé de longue durée – et à la santé psychique influe encore plus nettement sur la santé subjective. Ainsi, chez les Tessinois qui présentent simultanément un problème de santé de longue durée et des problèmes psychiques moyens ou importants, 30,6% des répondants considèrent être en bonne ou en très bonne santé (CH: 45,9%). Ce taux est de 59,3% (62,4%) chez les personnes déclarant à la fois des troubles physiques importants et des troubles psychiques moyens ou importants.

## 2.2 Santé physique

La santé subjective est étroitement liée à la santé physique. Dans ce qui suit, on examinera d'abord plus avant les problèmes de santé de longue durée (point 2.2.1) et les troubles physiques (point 2.2.2) dont il vient d'être question. Puis, on abordera les limitations passagères (point 2.2.3) et durables (point 2.2.4) – provoquées essentiellement par des atteintes à la santé physique – affectant l'accomplissement des activités quotidiennes. Il sera ensuite question de facteurs de risque pour la santé physique par le biais de l'exemple, particulièrement pertinent du point de vue de la prévention, des maladies cardio-vasculaires (point 2.2.5). Enfin, les accidents (point 2.2.6) et les chutes (point 2.2.7) en tant qu'atteintes majeures à la santé physique seront passés en revue.

### 2.2.1 Problèmes de santé de longue durée

Un peu plus d'un cinquième des Tessinois interrogés déclarent un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique au moment de l'enquête<sup>14</sup> (tableau 2.2). Les problèmes de santé de longue durée sont moins fréquents dans le Canton du Tessin qu'à l'échelle de la Suisse (21,9% vs 27,3%).

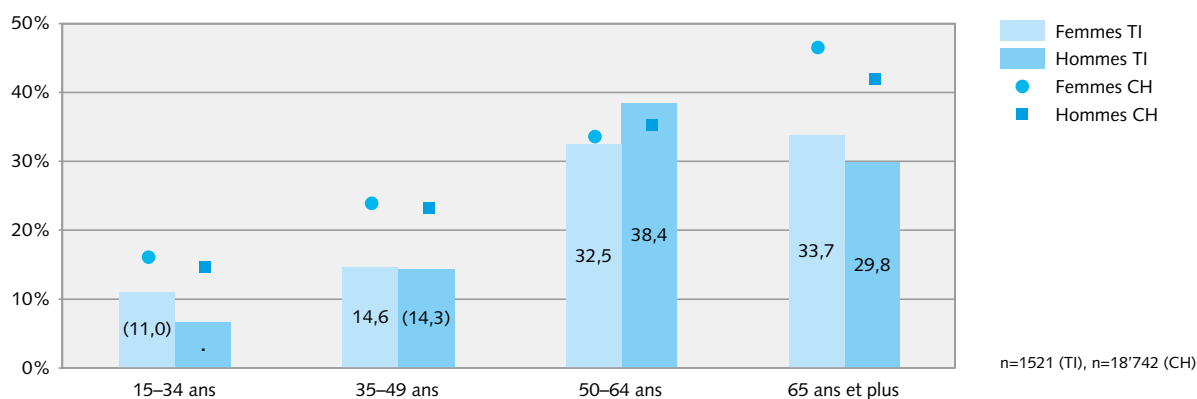
*Moins de problèmes de santé de longue durée dans le Canton du Tessin qu'en Suisse sauf entre 50 et 64 ans*

Les problèmes de santé de longue durée sont sensiblement plus fréquents dès le milieu de la vie (figure 2.4). Dans le Canton du Tessin, les répondants entre 50 et 64 ans en font le plus souvent état, les hommes plus fréquemment que les femmes. Environ un tiers de ces dernières et près de quatre hommes sur dix évoquent de tels problèmes (resp. 32,5% et 38,4%). A l'échelle de la Suisse, les personnes dès 65 ans sont les plus touchées. A l'exception des personnes entre 50 et 64 ans, les Tessinois signalent dans chaque classe d'âge moins souvent des problèmes de santé de longue durée que les Suisses<sup>15</sup>. Chez les répondants de 65 ans et plus, les femmes sont plus souvent touchées que les hommes.

Les problèmes de santé de longue durée sont plus répandus chez les répondants ayant suivi la seule scolarité obligatoire que chez ceux qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire (tableau 2.2). Dans l'ensemble de la Suisse, ces problèmes se rencontrent un peu plus souvent chez les citoyens suisses que chez les étrangers.

**Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007

**Fig. 2.4**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>14</sup> La question était formulée ainsi: «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps?» («Soffre di malattia o ha problemi di salute che durano da tanto?» en italien). En raison de formulations différentes, les comparaisons avec l'ESS 2002 ne sont pas possibles.

<sup>15</sup> Dans le rapport, le terme «Suisses/Suisseuses» désigne la population résidant en Suisse. Pour se référer à la nationalité (suisse-étranger), le terme «citoyen/citoyenne suisse» est employé (Note de l'éditeur).

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

		Problème de santé de longue durée		Troubles physiques importants	
		TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		21,9	27,3	26,0	24,2
<b>Sexe</b>	Femmes	23,1	28,2	34,6	30,8
	Hommes	20,4	26,3	16,4	17,3
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	(8,7)	15,4	25,5	22,3
	35–49 ans	14,5	23,5	22,6	23,3
	50–64 ans	35,1	34,5	30,8	23,3
	65 ans et plus	32,1	44,5	25,6	29,4
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	28,0	33,4	33,8	32,3
	Degré secondaire II	20,9	26,5	24,5	24,0
	Degré tertiaire	18,8	25,9	23,0	20,2
<b>Nationalité</b>	Suisses	21,9	28,6	25,7	24,4
	Etrangers	21,8	22,1	26,9	23,2
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	23,9	26,1	26,2	26,3
	De 3000 à 4499 CHF	20,8	29,6	27,9	24,1
	De 4500 à 5999 CHF	21,5	28,3	26,4	23,1
	6000 CHF et plus	(16,2)	26,1	(17,2)	19,5
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	21,1	27,6	26,5	24,7
	Campagne	26,1	26,3	23,3	22,6
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>21,9</b>		<b>26,0</b>
	<b>Suisse</b>		<b>27,3*</b>		<b>24,2</b>
	Suisse alémanique		28,2*		23,4
	Suisse romande		25,6*		26,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problème de santé de longue durée: n=1521 (TI), n=18'742 (CH); troubles physiques: n=1408 (TI), n=17'421 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

Les problèmes de santé de longue durée peuvent considérablement diminuer la santé subjective (voir point 2.1). Cependant, les ressources personnelles et sociales sont susceptibles de contribuer à surmonter les conséquences de problèmes de santé de longue durée. A titre d'exemple de telles ressources, on peut citer le sentiment de maîtrise de la vie, c'est-à-dire la conviction de pouvoir influencer le cours de sa propre vie,<sup>16</sup> et le soutien social, appréhendé ici par le biais de l'existence de sentiments de solitude (voir point 2.3.1). La santé sub-

jective des personnes évoquant un problème de santé de longue durée est d'autant meilleure qu'elles font état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou qu'elles déclarent ne jamais éprouver de sentiments de solitude (figure 2.5).

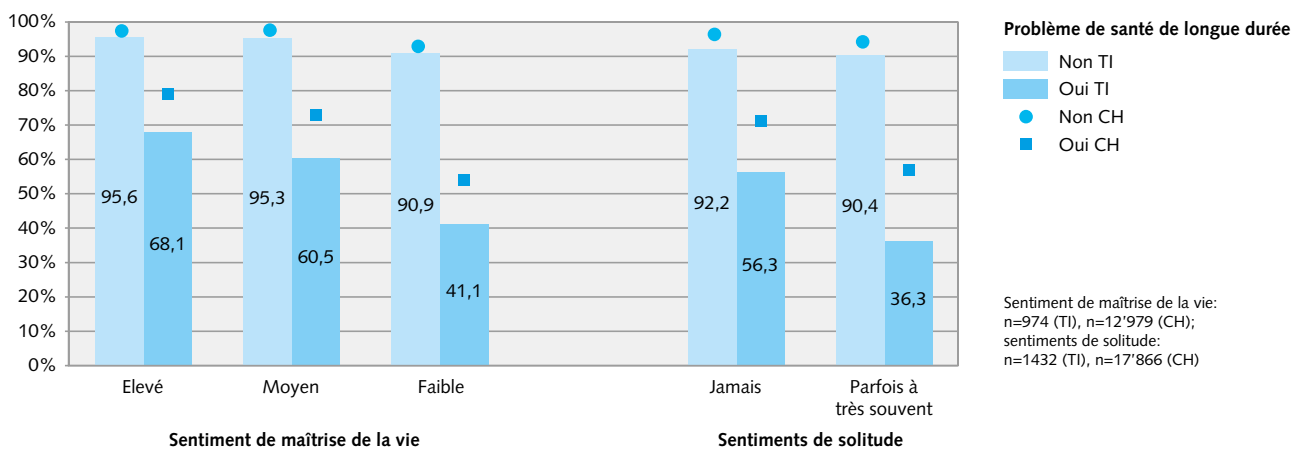
En présence d'un problème de santé de longue durée, 41,1% des Tessinois ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie et 36,3% de ceux qui éprouvent des sentiments de solitude déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Ces proportions s'élèvent à sept personnes sur dix lorsque le sentiment de maîtrise de la vie est moyen ou élevé et à près de six personnes sur dix en l'absence de sentiments de solitude. Chez les répondants n'ayant aucun problème de santé de longue durée, les facteurs précités ne jouent pratiquement aucun rôle. Les ressources personnelles et sociales semblent ainsi contribuer à réduire les différences en termes de santé subjective entre les personnes connaissant un problème de santé de longue durée et celles qui n'en présentent pas.

<sup>16</sup> Plus le sentiment de maîtrise de la vie est élevé, plus une personne se sent en mesure d'agir elle-même sur le déroulement et l'organisation de sa vie, le rôle joué par des facteurs qui lui seraient extérieurs, comme le hasard, le destin ou le fonctionnement de la société, paraissant alors d'autant moins pertinent. Le sentiment de maîtrise de la vie se mesure par le degré d'accord avec quatre affirmations (ne pas arriver à surmonter certains problèmes, avoir l'impression d'être ballotté dans tous les sens, avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, se sentir submergé par les problèmes; OFS, 2008a).



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

**Fig. 2.5**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

### 2.2.2 Troubles physiques

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

*La faiblesse ou la lassitude, les maux de dos et les insomnies sont fréquents*

Dans le Canton du Tessin, les troubles physiques les plus répandus sont un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude (47,8%), suivi des maux de dos et de reins (41,6%) et des difficultés d'endormissement et insomnies (39,8%). On trouve ensuite les maux de tête et autres douleurs du visage (31,7%), les maux de ventre et ballonnements (25,5%) et la diarrhée et la constipation (18,6%). Les irrégularités cardiaques (10,0%) et les douleurs dans la poitrine (7,9%) sont plus rarement citées. La plupart des personnes interrogées n'évoquent que de légers troubles physiques (réponse «un peu»). De forts troubles (réponse «beaucoup») s'observent surtout pour les maux de dos et de reins, le sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude ou les difficultés d'endormissement et insomnies; environ un Tessinois sur douze est concerné par chacun de ces troubles. Quelque 5% des répondants se plaignent par ailleurs de forts troubles physiques en rapport avec des maux de tête et autres douleurs du visage ou des maux de ventre et ballonnements.

Les huit indicateurs ont été réunis pour examiner les troubles physiques dans leur ensemble en distinguant les catégories suivantes: troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles<sup>17</sup>. Dans le Canton du Tessin, plus de six personnes interrogées sur dix présentent des troubles importants (26,0%) ou quelques troubles (35,7%). La fréquence des troubles physiques – qu'ils soient importants ou qu'il s'agisse de quelques troubles – est semblable dans le Canton du Tessin et dans l'ensemble de la Suisse<sup>18</sup>. Elle était moins élevée en 2002 qu'en 2007 dans le Canton du Tessin (57,1% vs 61,7%). A l'échelle de la Suisse, la différence est moins marquée (58,8% vs 59,7%). L'augmentation enregistrée dans le Canton du Tessin est principalement due aux répondants déclarant quelques troubles physiques (31,5% vs 35,7%).

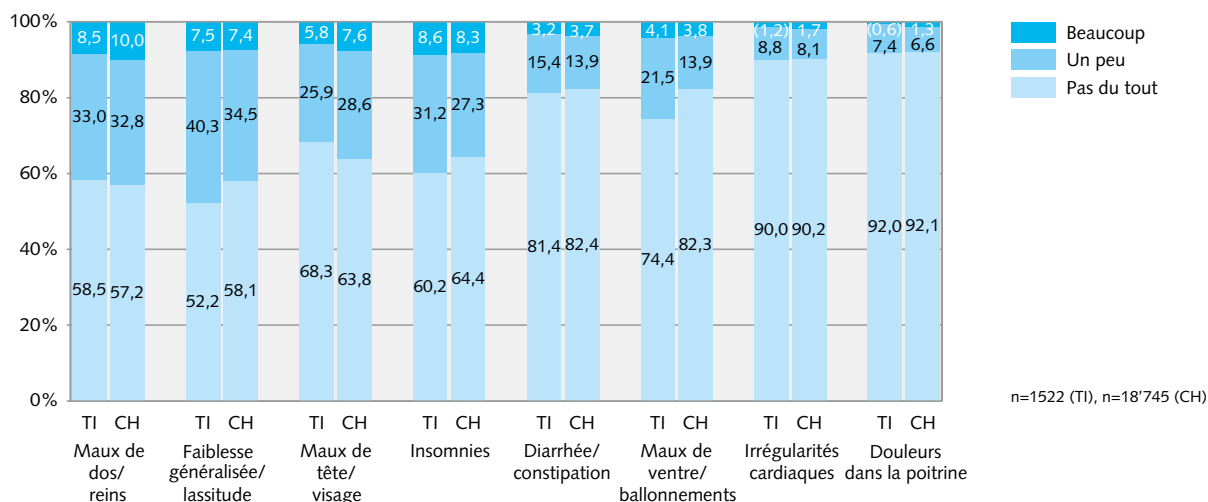
Les troubles physiques s'accompagnent souvent de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, les Tessinois ayant un problème de santé de longue durée sont presque deux fois et demie plus nombreux à se plaindre de troubles importants que ceux qui ne connaissent pas de tel problème (47,6% vs 20,0%). Inversement, les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques se rencontrent plus fréquemment dans le groupe

<sup>17</sup> Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories: pas du tout (0 point), un peu (1) et beaucoup (2). Avec un total de 8 points ou plus, les troubles sont qualifiés d'importants. Il est question de quelques troubles lorsque le total est compris entre 4 et 7 points et de peu ou pas de troubles lorsqu'il ne dépasse pas 3 points. Les personnes atteintes de fièvre ont été exclues afin de ne pas tenir compte de maladies telles la grippe (voir OFS, 2008a).

<sup>18</sup> Les pourcentages se montent resp. à 24,2% et à 35,5%.

Troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007

Fig. 2.6

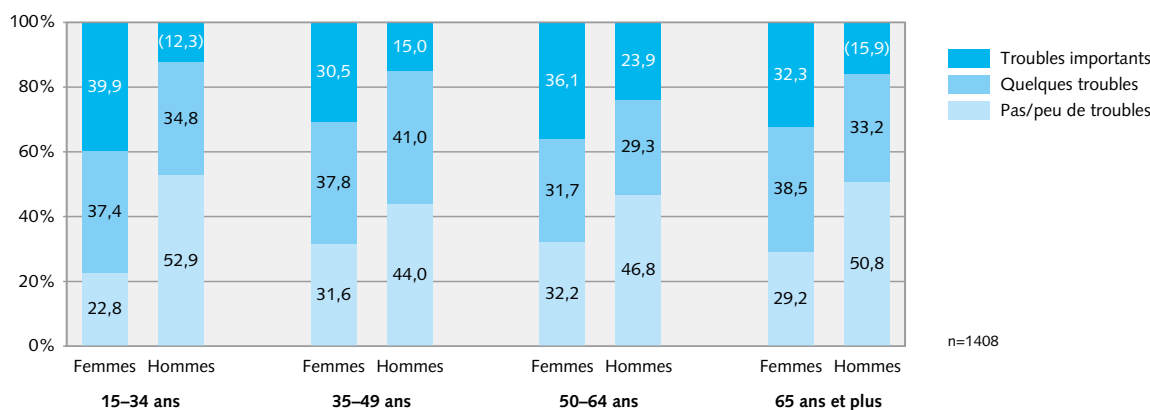


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Troubles physiques selon le sexe et l'âge, Canton du Tessin, 2007

Fig. 2.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

de personnes ne déclarant pas de problème de santé de longue durée que dans le groupe ayant de tels problèmes (42,8% vs 22,1%).

*Les troubles physiques sont fréquents chez les femmes*

Contrairement aux problèmes de santé de longue durée, la fréquence des troubles physiques varie selon le sexe et, de manière moindre, selon l'âge (figure 2.7). Dans toutes les classes d'âge, les femmes tessinoises signalent plus fréquemment des troubles physiques que les hommes tessinois. C'est chez les 15-34 ans que cette

différence est la plus nette. Quelle que soit la classe d'âge, environ sept femmes interrogées sur dix – huit sur dix entre 15 et 34 ans – mentionnent des troubles physiques contre environ un homme sur deux.

Il apparaît également que les femmes et les hommes se démarquent le plus quant aux troubles physiques importants: les femmes évoquent deux fois plus souvent de tels troubles que les hommes (34,6% vs 16,4%). Dans chaque classe d'âge, plus de trois femmes tessinoises sur dix se plaignent de troubles importants. La présence de troubles physiques – qu'ils soient importants ou qu'il s'agisse de quelques troubles – ne dépend que

dans une faible mesure de l'âge. Tout au plus remarque-t-on que les troubles physiques importants s'observent un peu plus souvent entre 15 et 34 ans chez les femmes et entre 50 et 64 ans chez les hommes. Chez les femmes, les 50–64 ans évoquent le moins souvent quelques troubles physiques, tandis que ce sont les répondants entre 35 et 49 ans qui rencontrent le plus souvent de tels troubles chez les hommes.

La fréquence des troubles physiques importants varie selon la formation (tableau 2.2). Environ un tiers des Tessinois qui ont suivi la seule scolarité obligatoire présentent de tels troubles. Cette part est d'un quart chez les répondants qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

### 2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles

L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles peut avoir des conséquences défavorables au plan à la fois personnel, familial et économique. Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 12,2% des personnes interrogées dans le Canton du Tessin – 17,1% à l'échelle de la Suisse – n'avaient pas pu exercer leurs activités comme elles en ont l'habitude pour des raisons de santé<sup>19</sup>. Durant ce même laps de temps, les Tessinois se trouvant dans l'incapacité de poursuivre normalement leurs activités n'avaient pas pu vaquer comme de coutume à leurs occupations pendant 8,9 jours en moyenne. Dans l'ensemble de la Suisse, on observe une durée plus courte de 8,1 jours. Par rapport à 2007, la part des personnes se trouvant dans l'incapacité d'effectuer leurs activités comme d'habitude est plus basse en 2002 tant dans le Canton du Tessin qu'à l'échelle du pays (resp. 9,9% et 15,2%). La durée moyenne des limitations passagères dans les activités habituelles est un peu plus longue dans le Canton du Tessin en 2002, tandis qu'elle demeure stable dans l'ensemble de la Suisse (resp. 9,7 jours et 8,2 jours). L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles est avant tout due à des maladies (TI: 73,1%; CH: 72,9%). Les accidents en sont à l'origine dans un peu plus d'un cas sur dix (resp. 11,3% et 14,4%).

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

Les limitations passagères dans les activités habituelles se manifestent surtout en cas de problème de santé de longue durée et de troubles physiques (figure 2.8). Plus de deux Tessinois sur dix déclarant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants n'ont pas pu se consacrer comme d'habitude à leurs activités au cours des quatre semaines précédant l'enquête (resp. 23,9% et 22,4%). Les personnes interrogées n'ayant pas de problème de santé ou présentant quelques troubles physiques déclarent jusqu'à trois fois moins souvent être limitées dans leurs activités habituelles. Quant aux répondants n'ayant que peu ou pas de troubles physiques, moins d'un sur vingt est concerné. La durée de l'incapacité est également plus longue en présence de troubles physiques importants et, surtout, d'un problème de santé de longue durée. Chez les personnes qui ont un tel problème, la durée est en moyenne deux fois plus longue que chez les autres répondants.

### 2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne

Lorsque l'âge avance, les problèmes de santé sont plus fréquents, entraînant des limitations fonctionnelles et restreignant l'autonomie dans la vie de tous les jours. Il en résulte une augmentation du besoin d'aide et de soins. La présente section traite de l'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Il y sera question de limitations fonctionnelles dans les activités de base, comme se nourrir ou s'habiller, et dans les activités instrumentales, comme préparer les repas ou faire les courses<sup>20</sup>.

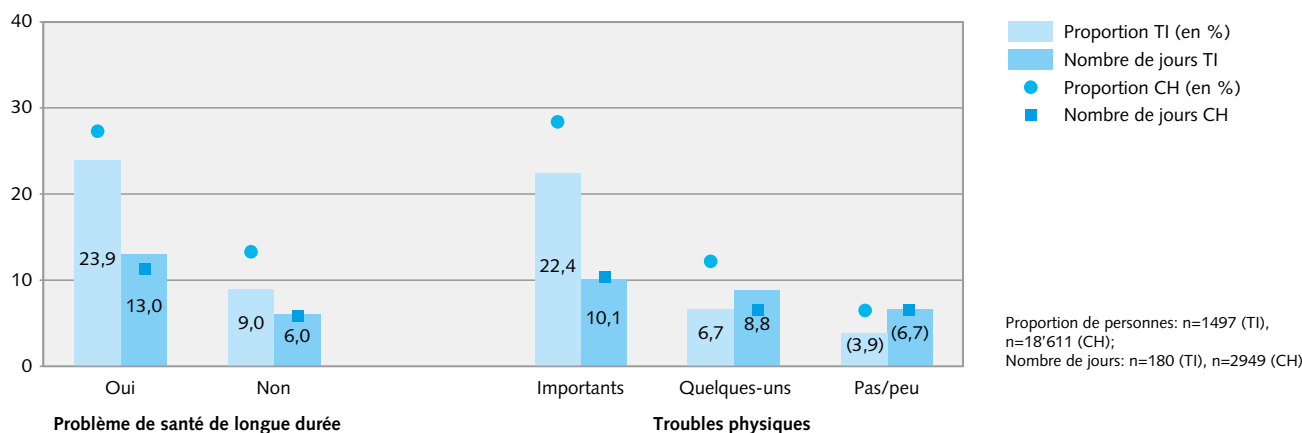
Dans le Canton du Tessin, une personne interrogée sur cinq déclare rencontrer des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (20,0%;

<sup>19</sup> Part des personnes qui ont répondu par au moins un jour à la question: «Pendant combien de jours avez-vous été handicapé(e) par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines?» («Quanti giorni per ragioni di salute, ha potuto esercitare solo parzialmente la Sua attività normale, durante le ultime 4 settimane?» en italien)

<sup>20</sup> L'ESS 2007 recense cinq activités de base de la vie quotidienne (ou BADL, basic activities of daily living en anglais; voir Katz et al., 1963), soit: se nourrir; se coucher et se lever du lit, se lever d'un fauteuil; s'habiller et se déshabiller; aller aux toilettes; prendre un bain ou une douche. De plus, les huit activités instrumentales (ou IADL, instrumental activities of daily living en anglais; voir Lawton & Brody, 1969) suivantes ont été recensées: préparer les repas; téléphoner; faire les achats; faire la lessive; effectuer de petits travaux ménagers; effectuer occasionnellement de gros travaux ménagers; tenir ses comptes; utiliser les transports publics. Comme l'ESS a été conduite auprès de ménages privés, les personnes ayant des besoins élevés en aide et en soins sont vraisemblablement sous-représentées.

**Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité<sup>1</sup> selon différents indicateurs de santé Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)**

**Fig. 2.8**



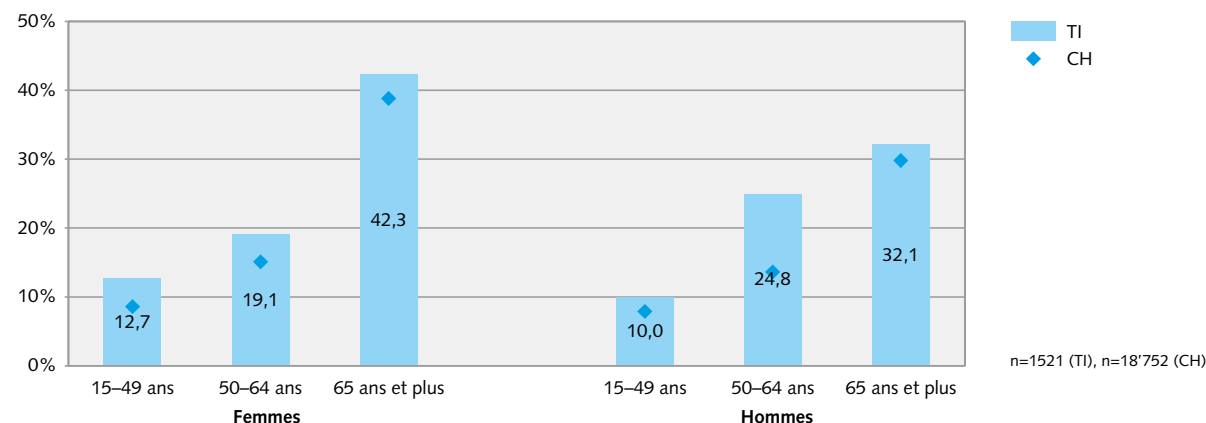
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)  
<sup>1</sup> Seules les personnes déclarant une limitation passagère dans les activités habituelles sont prises en considération

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

**Fig. 2.9**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

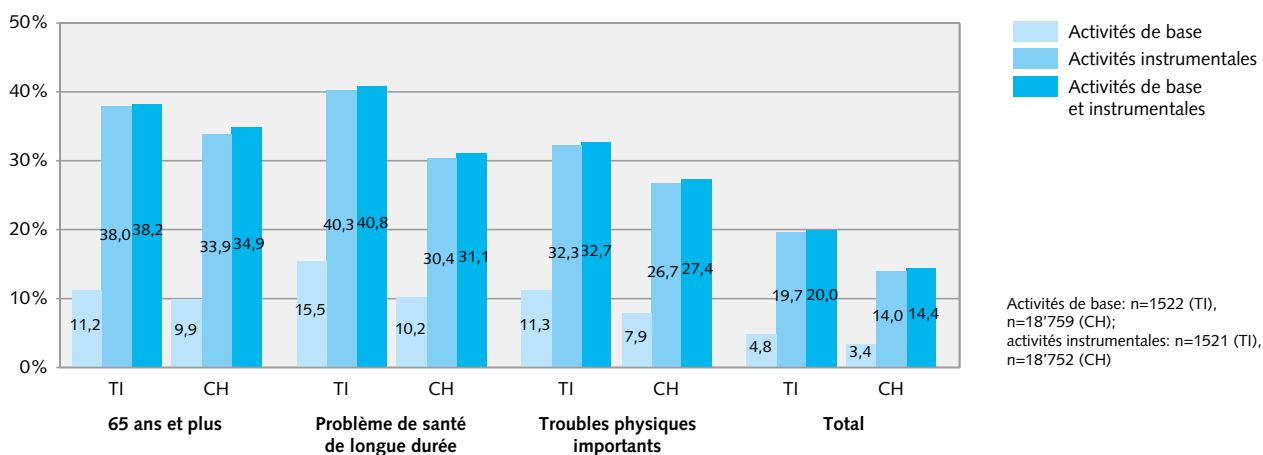
CH: 14,4%)<sup>21</sup>. Les activités instrumentales occasionnent environ quatre fois plus souvent des difficultés que les activités de base (TI: 19,7% vs 4,8%; CH: 14,0% vs

3,4%). Les difficultés à effectuer les activités de base de la vie quotidienne vont en général de pair avec des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités instrumentales. Chacune des activités de base occasionne des difficultés à environ 3% des répondants. Cette proportion s'élève à plus ou moins 5% pour les différentes activités instrumentales, environ une personne sur sept éprouvant des difficultés à accomplir occasionnellement de gros travaux ménager et une sur douze à faire ses comptes.

<sup>21</sup> La question sur les activités de base était formulée ainsi: «Je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficulté, ou pas du tout» («Ora Le elencherò una serie di attività che fanno parte delle attività quotidiane. La prego di indicarmi ogni volta se riesce a svolgere queste attività senza difficoltà, con leggera difficoltà, con grande difficoltà oppure se non le svolge del tutto» en italien). Celle sur les activités instrumentales avait la teneur suivante: «Je vais énumérer d'autres activités quotidiennes. Dites-moi, pour chacune d'elles, ...» («Ora Le elencherò altre attività quotidiane. La prego di indicarmi ogni volta...» en italien). Dans le texte, les personnes qui rencontrent des difficultés sont celles qui, pour au moins une activité, ont choisi l'une des trois dernières possibilités de réponse.

**Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007

**Fig. 2.10**



*Dès 65 ans, près de quatre Tessinois sur dix ont des difficultés à accomplir les activités quotidiennes*

Les difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne dépendent fortement de l'âge (figure 2.9). Dès 65 ans, autant les femmes que les hommes mentionnent jusqu'à environ quatre fois plus souvent de telles difficultés que les personnes plus jeunes. Toujours dans la classe d'âge de 65 ans et plus, les femmes font plus souvent état de difficultés que les hommes. Un quart des hommes tessinois entre 50 et 64 ans rencontrent des difficultés dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Cette proportion est deux fois plus importante que chez les hommes du même âge à l'échelle de la Suisse<sup>22</sup>. Dans les autres sous-groupes, la différence entre le Canton du Tessin et l'ensemble de la Suisse est peu prononcée.

Parmi les Tessinois interrogés de 65 ans et plus, près de quatre sur dix ont des difficultés à accomplir des activités instrumentales (38,0%; figure 2.10). Dans cette classe d'âge, les activités de base posent également des difficultés à une personne sur dix (11,2%). En même temps, l'autonomie dans la vie quotidienne est essentiellement mise à mal par les atteintes à la santé physique: en comparaison avec la population totale, les personnes déclarant un problème de santé de longue durée ont

deux fois plus souvent des difficultés à effectuer des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne; en cas de troubles physiques importants, cette proportion est une fois et demie plus élevée.

Plus de la moitié des Tessinois de 65 ans et plus qui ont un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants évoquent des difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales<sup>23</sup>. Chez les personnes n'ayant pas de problème de santé de longue durée ou qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques – toujours dans le groupe des 65 ans et plus –, environ trois personnes sur dix sont concernées<sup>24</sup>. Les difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne sont plus fréquentes dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse surtout chez les répondants qui n'évoquent pas de problème de santé de longue durée ou qui ne signalent que peu ou pas de troubles physiques.

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

En lien avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il sera encore brièvement question des problèmes d'ouïe, de vue et de locomotion. Les personnes âgées sont les premières touchées par ces problèmes. Parmi les Tessinois de 65 ans et plus, une personne sur dix déclare ne pas avoir une vue suffisante pour lire, ou

<sup>22</sup> Ce résultat ne semble pas exclusivement lié aux problèmes de santé de longue durée (voir point 2.2.1) ou aux troubles physiques importants (voir point 2.2.2), particulièrement fréquents chez les hommes tessinois entre 50 et 64 ans. En effet, la part élevée d'hommes évoquant des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne paraît autant, sinon même davantage due aux répondants qui ne présentent pas de tels problèmes ou troubles.

<sup>23</sup> Problème de santé de longue durée: TI 52,8%, CH 49,7%; troubles physiques importants: resp. 57,9% et 53,7%

<sup>24</sup> Aucun problème de santé de longue durée: TI 31,3%, CH 23,3%; peu ou pas de troubles physiques: resp. 29,2% et 18,4%

alors seulement avec de grandes difficultés, un livre ou un journal (10,2%; CH: 10,4%). Dans une même proportion, les répondants ne peuvent pas suivre une conversation à laquelle participent deux autres personnes (resp. 10,3% et 13,2%) ou ne parviennent pas à parcourir à pied une distance de 200 mètres sans s'arrêter et sans rencontrer de difficultés (resp. 9,8% et 9,6%)<sup>25</sup>. Environ une personne sur cinq de 65 ans et plus évoque l'un des trois problèmes cités, tandis qu'une sur vingt signale plusieurs problèmes à la fois.

Une forte association se dessine entre les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne et les problèmes d'ouïe, de vue ou de locomotion. Moins d'un Tessinois sur six qui ne déclare aucun problème d'ouïe, de vue ou de locomotion fait état de difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (15,5%; CH: 10,1%). Lorsqu'il existe un problème de ce type, ce sont plus de six répondants sur dix qui évoquent des difficultés (resp. 62,4% et 47,0%); en présence de deux ou trois problèmes, il s'agit de plus de huit personnes sur dix (resp. 83,7%<sup>26</sup> et 83,0%).

### 2.2.5 Facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont non seulement la principale cause de mortalité, mais aussi l'une des plus fréquentes causes d'hospitalisation dans la population suisse. Les maladies chroniques des vaisseaux coronaires (maladies cardiaques ischémiques) et les maladies cérébro-vasculaires (infarctus cérébral, hémorragies cérébrales) jouent un rôle prépondérant en tant que causes de mortalité (Meyer et al., 2009). Dans près d'une hospitalisation sur dix, le diagnostic principal est une maladie cardio-vasculaire (OFS, 2008c)<sup>27</sup>. Les maladies cardiaques ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires représentent respectivement 6,2% et 3,3% de la charge totale de morbidité en Suisse<sup>28</sup> (OCDE, 2006). La prévention des risques associés aux maladies cardio-vasculaires permet d'agir de manière ciblée sur la mortalité et

la morbidité. Du point de vue de la prévention, les facteurs de risque susceptibles d'être modifiés, en particulier par l'adoption d'un comportement adéquat, sont particulièrement intéressants.

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

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

Le surpoids et l'obésité constituent le facteur de risque le plus fréquent, suivis du tabagisme (tableau 2.3). Quatre Tessinois sur dix sont en surpoids ou obèses et plus d'un quart fument (resp. 39,9% et 27,4%). Environ un répondant sur six est concerné par l'hypertension artérielle et un peu plus d'une personne sur huit par un taux élevé de cholestérol (resp. 17,9% et 13,4)<sup>29</sup>. La fréquence des facteurs de risque se situe dans la moyenne suisse, à l'exception de l'hypercholestérolémie. A l'instar de la Suisse romande, un taux de cholestérol élevé est plus souvent mentionné dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. Souvent les facteurs de risque sont concomitants. Ainsi, 34,8% des Tessinois (CH: 35,3%) ne présentent aucun des quatre facteurs de risque, 38,2% (39,7%) un facteur et 27,0% (25,1%) plusieurs facteurs. A cet égard, il convient de signaler le rapport entre le surpoids et l'obésité d'une part, l'hyper-

<sup>25</sup> Chez les Tessinois de 15 ans et plus, ces pourcentages s'élèvent resp. à 4,0%, à 4,4% et à 3,4% (CH: 4,3%, 5,0% et 2,8%).

<sup>26</sup> Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

<sup>27</sup> En 2007, sur un total de 1'509'181 cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation recensés dans la Statistique médicale des hôpitaux, 142'283 étaient imputables à des maladies cardio-vasculaires (chapitre IX de l'ICD).

<sup>28</sup> La charge totale de morbidité (global burden of disease en anglais) correspond aux années de vie en bonne santé perdues pour cause de problèmes de santé ou de mortalité prématurée (exprimée en DALY, disability-adjusted life years en anglais, ou AVCI, années de vie corrigée de l'incapacité en français). Les termes français font référence à la terminologie de l'OMS (2000).

<sup>29</sup> Il est question d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie lorsque la personne interrogée déclare que sa pression artérielle respectivement son taux de cholestérol est trop élevé au moment de l'enquête ou qu'elle a pris un antihypertenseur respectivement un médicament hypocholestérolémiant au cours des sept jours précédant l'enquête. Cette définition concorde avec le codage utilisé dans l'ESS 2002, ce qui permet d'effectuer des comparaisons avec les travaux antérieurs (OFS, 2008d). Il convient cependant de rappeler qu'il s'agit ici d'indications fournies par les personnes interrogées elles-mêmes; en même temps, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie ne sont en principe pas directement décelables, mais demandent une mesure. Des changements intervenus depuis la dernière mesure, voire l'absence d'une telle mesure, ou des problèmes de mémoire peuvent fausser les indications recueillies.

**Tab. 2.3 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)**

		Hypertension artérielle		Hypercholestérolémie		Surpoids/obésité <sup>1</sup>		Tabagisme	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		17,9	16,5	13,4	10,5	39,9	38,9	27,4	27,9
<b>Sexe</b>	Femmes	17,7	15,6	12,0	8,8	31,5	29,8	25,8	23,6
	Hommes	18,1	17,4	15,0	12,4	49,9	48,5	29,2	32,3
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	.	2,5	.	1,1	19,7	23,3	33,9	35,1
	35–49 ans	(7,8)	7,6	(5,5)	6,3	37,8	38,0	29,7	30,4
	50–64 ans	27,6	22,1	19,9	15,7	49,6	48,7	28,6	27,0
	65 ans et plus	38,6	46,3	28,0	24,9	52,3	50,6	16,0	12,6
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	28,5	24,6	21,2	13,0	50,8	53,0	24,6	23,2
	Degré secondaire II	15,9	16,0	11,9	9,6	38,3	37,5	28,1	30,0
	Degré tertiaire	14,3	13,8	10,8	11,5	34,8	35,5	28,1	25,3
<b>Nationalité</b>	Suisses	17,6	17,6	13,8	11,0	37,7	38,2	26,7	26,9
	Etrangers	18,4	11,6	(12,2)	8,3	45,8	41,9	29,2	31,6
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	18,5	14,3	14,1	8,2	42,3	39,3	29,5	28,1
	De 3000 à 4499 CHF	16,5	18,5	12,8	11,9	37,2	40,6	26,1	27,4
	De 4500 à 5999 CHF	18,4	18,2	(9,4)	12,0	42,4	38,2	26,8	29,6
	6000 CHF et plus	19,2	16,2	(15,8)	12,1	38,4	35,7	23,4	29,7
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	17,5	16,8	13,1	10,8	38,3	37,7	28,9	28,4
	Campagne	19,7	15,7	14,8	9,7	48,7	42,5	19,6	26,5
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>17,9</b>		<b>13,4</b>		<b>39,9</b>		<b>27,4</b>	
	<b>Suisse</b>	<b>16,5</b>		<b>10,5*</b>		<b>38,9</b>		<b>27,9</b>	
	Suisse alémanique	16,6		9,4*		38,9		28,0	
	Suisse romande	16,0		13,1		38,8		27,7	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Hypertension artérielle: n=1366 (TI), n=16'966 (CH); hypercholestérolémie: n=1231 (TI), n=14'730 (CH); surcharge pondérale/obésité: n=1453 (TI), n=17'879 (CH); tabagisme: n=1523 (TI); n=18'754 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

<sup>1</sup> Les pourcentages portant sur le surpoids et l'obésité se réfèrent aux 18 ans et plus

tension artérielle et l'hypercholestérolémie d'autre part. En effet, les Tessinois en surpoids ou obèses font trois fois plus souvent état d'hypertension artérielle (30,7%; CH: 28,3%) que les Tessinois ayant un poids normal ou se trouvant en sous-poids (resp. 10,2% et 10,1%). En cas de surpoids ou d'obésité, un taux élevé de cholestérol (TI: 20,4%; CH: 16,6%) est au moins deux fois plus fréquent qu'en cas de poids normal ou de sous-poids (resp. 9,2% et 7,3%).

La distribution des différents facteurs de risque dépend en grande partie du sexe et de l'âge (tableau 2.3). D'une part, les femmes présentent plus rarement les facteurs de risque en question, en particulier le surpoids et l'obésité. D'autre part, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie de même que le surpoids et l'obésité sont d'autant plus fréquents que l'âge augmente. Les personnes jeunes ne font que rarement état d'hypertension artérielle ou d'un taux élevé de cholestérol, tandis que chez les Tessinois de 65 ans et plus, l'hy-

pertension artérielle concerne quatre personnes interrogées sur dix et l'hypercholestérolémie trois répondants sur dix. Le surpoids et l'obésité s'observent chez un répondant sur deux âgé de 65 ans et plus, soit deux fois et demie plus souvent que chez les Tessinois entre 15 et 34 ans. Le tabagisme est le seul facteur de risque qui est moins fréquent chez les personnes âgées que chez les jeunes répondants.

Enfin, on relèvera le lien que le surpoids et l'obésité entretiennent avec le niveau de formation, les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire paraissant particulièrement exposées. Par ailleurs, les répondants qui ont achevé une formation de degré secondaire II sont, du moins à l'échelle du pays, ceux qui fument le plus.

## 2.2.6 Accidents

La santé physique est souvent mise à mal par un accident. Actuellement, le nombre d'accidents non professionnels – en recul – est estimé à environ un million par an

en Suisse (voir Niemann et al., 2008). Environ 1800 de ces accidents ont une issue fatale. La proportion d'accidents mortels est presque deux fois plus élevée pour les accidents de la circulation que pour les autres accidents non professionnels. Néanmoins, toujours en ce qui concerne les accidents non professionnels, quatre accidents mortels sur cinq et neuf accidents non mortels sur dix ont lieu au domicile, durant les loisirs ou lors de la pratique d'un sport.

#### Chaque année, près d'un Tessinois sur six est victime d'un accident

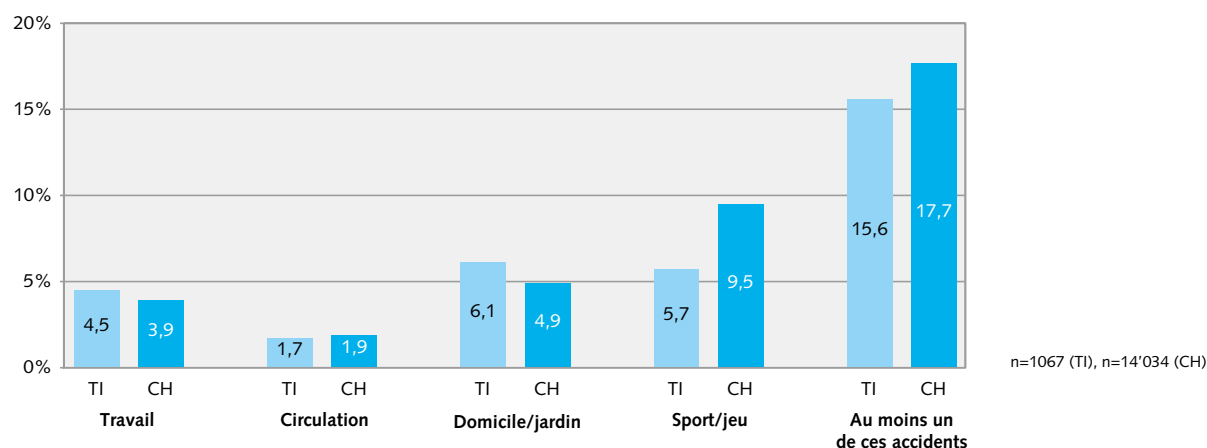
Dans le Canton du Tessin, un peu moins d'une personne interrogée sur six a eu un accident au cours des douze mois précédant l'enquête<sup>30</sup> (15,6%; figure 2.11). Contrairement à l'ensemble de la Suisse, où les accidents de sport ou de jeu sont cités deux fois plus souvent que les accidents au domicile ou au jardin, les Tessinois évoquent à parts égales ces deux types d'accidents, qui concernent chaque fois un peu plus du tiers des répondants accidentés. Les Tessinois déclarent moins souvent s'être blessés en pratiquant un sport ou un jeu que les répondants à l'échelle du pays. Moins d'un quart des Tessinois font état d'un accident de travail, tandis qu'en-

viron une personne accidentée sur dix a eu un accident de la circulation.

Dans le Canton du Tessin, la fréquence des accidents est proche de celle de l'ensemble de la Suisse, et cela tant en 2007 (resp. 15,6% et 17,7%) qu'en 2002 (resp. 16,9% et 17,2%). Le risque d'accident est le plus élevé entre 15 et 34 ans, une personne sur cinq étant concernée (tableau 2.4). Ce risque diminue à mesure que l'âge augmente. Dès 65 ans, environ un répondant sur dix signale un accident.

Après un accident, il faut souvent compter avec des limitations dans la vie quotidienne. Selon le type d'accident, des différences apparaissent. A l'échelle de la Suisse, les conséquences sont les plus marquées pour les accidents de travail, ces derniers entraînant une incapacité de travail d'au moins un jour chez 62,0% des répondants déclarant un tel accident. A la suite d'un accident de la circulation, 46,1% des personnes accidentées n'ont pas pu accomplir leurs activités comme à l'accoutumée. Cette part s'élève à 36,7% en cas d'accident au domicile ou au jardin et à 34,8% en cas d'accident de sport ou de jeu<sup>31</sup>.

**Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)** **Fig. 2.11**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>30</sup> La question était formulée comme suit: «Avez-vous été victime, au cours des 12 derniers mois, d'une atteinte corporelle à la suite d'un accident?» («Ha riportato ferite dovute a infortunio durante gli ultimi 12 mesi?» en italien). 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.

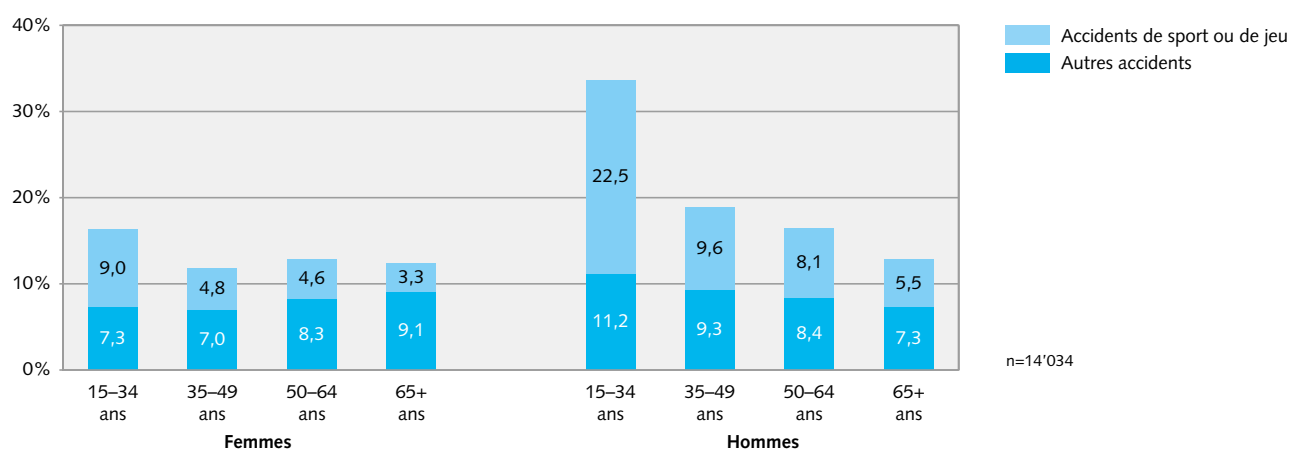
<sup>31</sup> Chez les personnes sans activité lucrative, il est question d'incapacité lorsqu'elles ne peuvent pas accomplir leurs tâches domestiques usuelles ou qu'elles sont empêchées de fréquenter les cours. Au plan suisse, la durée moyenne de l'incapacité varie entre 22,7 (accident de sport ou de jeu) et 33,2 jours (accident de travail; incapacité d'un jour au moins). Indépendamment du type d'accident, environ quatre répondants sur dix mentionnent une durée comprise entre un et cinq jours.



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

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

**Fig. 2.12**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

		Accident <sup>1</sup>		Chute <sup>2</sup>	
		TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		15,6	17,7	19,0	23,4
<b>Sexe</b>	Femmes	11,0	13,5	24,1	25,3
	Hommes	20,7	22,1	12,2	21,1
<b>Classes d'âge</b>	15-34 ans	22,1	25,1	-	-
	35-49 ans	15,2	15,3	-	-
	50-64 ans	12,9	14,7	(12,7)	19,9
	65 ans et plus	(9,8)	12,6	21,2	24,8
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	(16,7)	17,4	23,8	23,9
	Degré secondaire II	16,4	17,8	16,6	22,8
	Degré tertiaire	11,8	17,6	(15,9)	24,7
<b>Nationalité</b>	Suisses	14,8	17,2	18,2	23,9
	Etrangers	(17,6)	19,7	(21,8)	18,7
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	15,4	18,3	20,8	25,8
	De 3000 à 4499 CHF	16,0	16,4	(13,3)	21,0
	De 4500 à 5999 CHF	(6,4)	16,3	(11,0)	21,7
	6000 CHF et plus	(19,2)	18,5	(21,3)	24,8
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	16,4	17,6	20,2	24,1
	Campagne	(10,6)	18,2	(13,4)	21,1
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>15,6</b>		<b>19,0</b>
	<b>Suisse</b>		<b>17,7</b>		<b>23,4*</b>
	Suisse alémanique		17,8		23,9*
	Suisse romande		17,9		22,9

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Accident: n=1067 (TI), n=14'034 (CH); chute: n=589 (TI), n=6108 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

<sup>2</sup> Personnes de 60 ans et plus

*Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident*

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

**2.2.7. Chutes**

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

*Chaque année, près d'un Tessinois sur cinq de 60 ans et plus fait une chute*

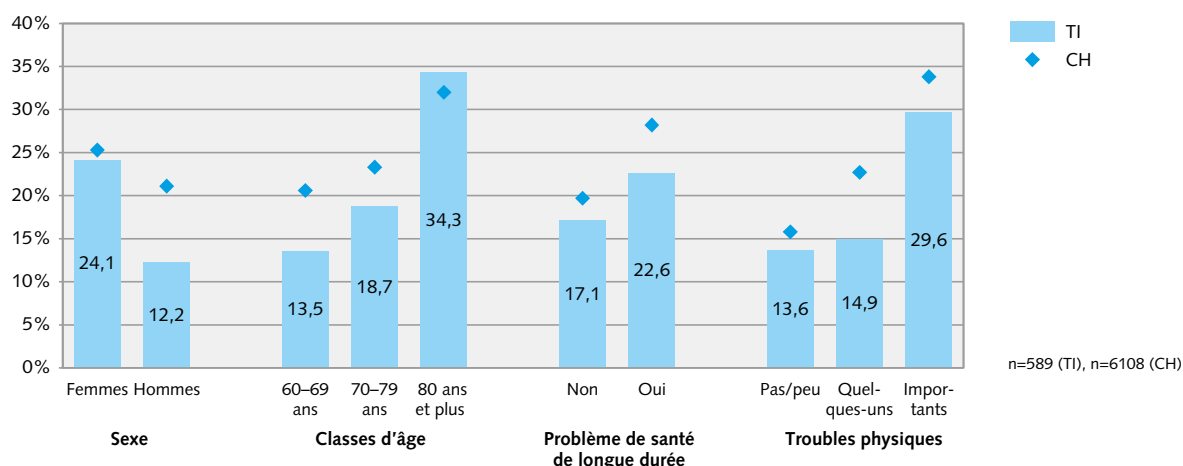
Dans le Canton du Tessin, environ une personne interrogée sur cinq de 60 ans et plus a au moins une fois été victime d'une chute au cours des douze mois précédant l'enquête (19,0%; tableau 2.4). Cette part est plus élevée à l'échelle de la Suisse, où près d'un quart des répondants signalent une chute (23,4%). Parmi les personnes qui ont fait une chute, environ deux tiers sont tombées une seule fois, un sixième deux fois et un autre sixième trois fois ou plus. Entre 2002 et 2007, la fréquence des chutes est restée semblable dans le Canton du Tessin (resp. 18,5% et 19,0%), tandis qu'elle a augmenté dans l'ensemble de la Suisse (resp. 20,1% et 23,4%).

Contrairement aux accidents, les femmes présentent un risque de chute sensiblement plus élevé que les hommes (figure 2.13). Cet écart est particulièrement prononcé dans le Canton du Tessin, les femmes étant deux fois plus souvent victimes de chutes que les hommes. La fréquence des chutes augmente selon l'âge; un tiers des personnes âgées de 80 ans et plus sont tombées au cours des douze mois précédant l'enquête. Le risque de chute est également étroitement lié à la santé physique: les troubles physiques importants et, du moins à l'échelle du pays, les problèmes de santé de longue durée s'accompagnent d'un risque accru de chute. Les Tessinois ayant des troubles physiques importants tombent au moins deux fois plus souvent que les répondants n'ayant que peu ou pas de troubles.

Au plan suisse, et ce quelle que soit la classe d'âge, les personnes interrogées qui déclarent des troubles phy-

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

**Fig. 2.13**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

siques importants tombent deux fois plus souvent que les personnes ne connaissant que peu ou pas de troubles physiques. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont particulièrement exposées: en présence de troubles physiques importants, la fréquence des chutes atteint 44,2%.

### 2.3 Santé sociale

Souvent négligée par rapport à la santé psychique et surtout à la santé physique, la santé sociale représente la troisième dimension de la santé selon la définition de l'OMS. Elle concerne la participation sociale, le soutien reçu de l'entourage et la qualité de vie. Elle participe à la fois de l'environnement social de l'individu et du contexte sociétal plus large (voir par exemple Kolip & Hurrelmann, 1994). La participation sociale et le soutien sont souvent bénéfiques à la santé et contribuent à surmonter les événements difficiles (Bachmann, 2000; Berkman & Glass, 2000). Le texte qui suit est consacré à la présentation de deux indicateurs centraux de la santé sociale, à savoir l'existence de sentiments de solitude d'une part (point 2.3.1), la présence et le manque occasionnel d'une personne de confiance d'autre part (point 2.3.2).

#### 2.3.1 Sentiments de solitude

Dans le Canton du Tessin, près de deux tiers des personnes interrogées – un peu plus dans l'ensemble de la Suisse – ne se sentent jamais seules (resp. 64,9% et 69,7%). Le plus souvent, les autres répondants déclarent

éprouver parfois des sentiments de solitude (resp. 30,2% et 27,1%). Seule une minorité évoque des sentiments de solitude assez ou très fréquents. En 2007, la part des personnes qui ne se sentent jamais seules est voisine de celle de 2002 (TI: 63,5%; CH: 70,2%).

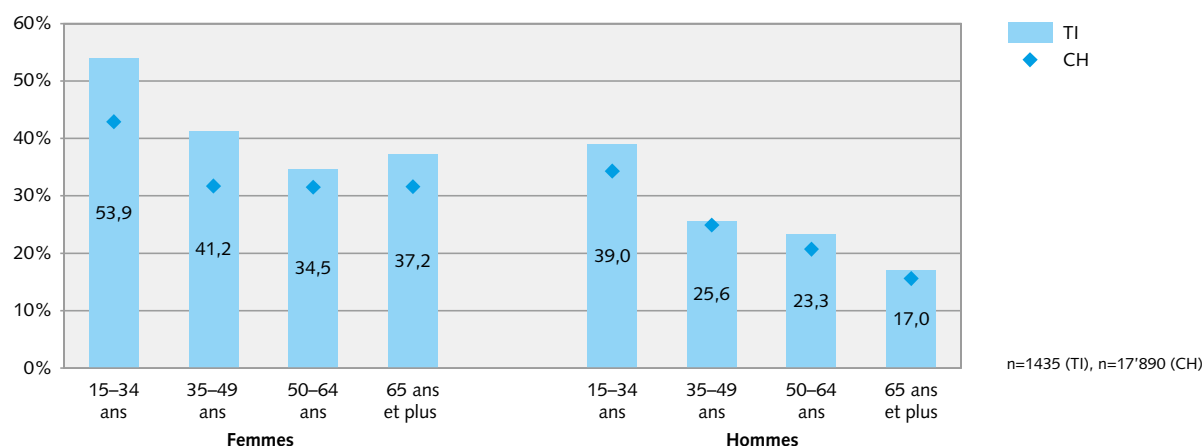
#### Les jeunes femmes se sentent souvent seules

La fréquence des sentiments de solitude varie à la fois selon l'âge et le sexe<sup>32</sup> (figure 2.14). Les femmes entre 15 et 34 ans sont le plus fortement touchées, plus de la moitié des femmes tessinoises interrogées mentionnant des sentiments de solitude dans cette classe d'âge. Cette proportion est plus élevée qu'à l'échelle du pays, où environ quatre répondantes sur dix évoquent des sentiments de solitude. De même, les sentiments de solitude semblent plus fréquents chez les femmes tessinoises entre 35 et 49 ans que chez les femmes suisses du même âge. A partir de 35 ans, les femmes se sentent nettement moins souvent seules, les classes d'âge ne se différenciant guère.

Chez les hommes, en revanche, les sentiments de solitude se font plus rares à mesure que l'âge augmente. Dans chaque classe d'âge, les hommes font moins souvent état de sentiments de solitude que les femmes. Cette différence est la plus affirmée à partir de 65 ans, les femmes éprouvant environ deux fois plus souvent des sentiments de solitude que les hommes. Par ailleurs, de tels sentiments sont particulièrement fréquents chez les personnes qui vivent seules (figure 2.15). Ce constat peut rendre compte, du moins en partie, de la différence

**Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007

**Fig. 2.14**



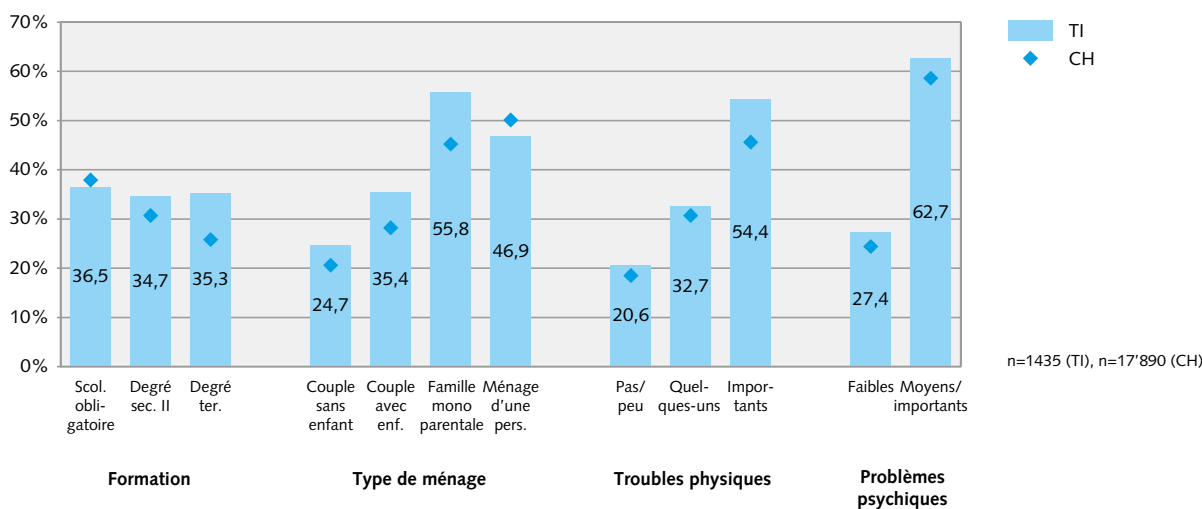
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>32</sup> Les personnes interrogées qui éprouvent parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude ont été regroupées.

**Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007

**Fig. 2.15**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

que l'on observe entre les sexes à la vieillesse, car les femmes âgées vivent plus souvent seules que les hommes<sup>33</sup>.

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

Les sentiments de solitude se manifestent également plus fréquemment chez les personnes qui élèvent seules leurs enfants – plus de la moitié d'entre elles font état de tels sentiments dans le Canton du Tessin (55,8%) – que chez les répondants vivant en couple (figure 2.15). Chez ces derniers, les femmes éprouvent nettement plus souvent des sentiments de solitude que les hommes (TI: 37,9% vs 24,0%; CH: 29,8% vs 20,3%). A l'échelle de la Suisse, plus le niveau de formation est bas, plus les sentiments de solitude sont fréquents. Dans le Canton du Tessin, on n'observe pas de lien similaire avec la formation. Par ailleurs, les sentiments de solitude vont souvent de pair avec des atteintes à la santé physique et psychique. Les personnes déclarant des troubles physiques importants se sentent environ deux fois et demie plus souvent seules que celles qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Un écart semblable s'observe pour les problèmes psychiques, six répondants sur dix évoquant des sentiments de solitude lorsque ces problèmes sont moyens ou importants.

<sup>33</sup> La fréquence des sentiments de solitude est semblable chez les femmes et chez les hommes qui vivent seuls (TI: resp. 45,3% et 50,0%; CH: 50,1% dans les deux cas).

**2.3.2 Personne de confiance**

La plupart des répondants comptent parmi leurs proches au moins une personne de confiance avec laquelle ils peuvent parler de leurs problèmes personnels (TI: 94,7%; CH: 94,9%). Un peu plus de deux tiers des personnes interrogées évoquent même plusieurs personnes de confiance – une proportion qui semble légèrement plus élevée au plan suisse (resp. 67,1% et 71,3%).

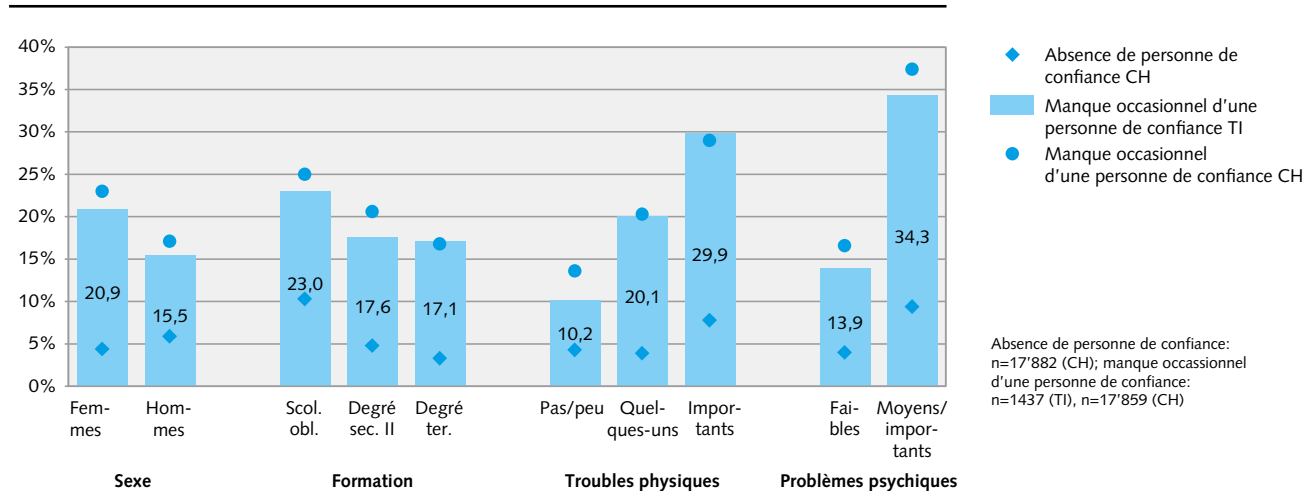
*Une personne sur cinq manque parfois de soutien social dans le canton du Tessin*

Cependant, environ une personne interrogée sur cinq a le sentiment de manquer parfois d'une telle personne de confiance, ce dans le Canton du Tessin comme à l'échelle de la Suisse (resp. 18,4% et 20,2%). Les répondants privés de personne de confiance déclarent deux fois plus souvent – même près de trois fois plus souvent dans le Canton du Tessin – manquer parfois de soutien social que ceux qui signalent au moins une personne de confiance (TI: 46,3% vs 16,9%; CH: 41,6% vs 19,0%). En 2007, la proportion de répondants mentionnant au moins une personne de confiance était presque la même qu'en 2002 (TI et CH: 95,3%).

Si les femmes ont plus souvent au moins une personne de confiance que les hommes, elles mentionnent en revanche plus fréquemment manquer parfois de soutien social (figure 2.16). A cet égard, un niveau élevé de formation peut constituer un avantage: les répondants ayant achevé une formation de degré secondaire II ou

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

**Fig. 2.16**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

tertiaire évoquent moins souvent l'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance que les répondants qui ont suivi la seule scolarité obligatoire.

Des liens étroits existent également avec les indicateurs de la santé physique et psychique. L'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance sont plus fréquents en cas de troubles physiques. Dans le Canton du Tessin, une personne interrogée sur dix n'ayant que peu ou pas de troubles physiques manque parfois de soutien social, alors que cette proportion s'élève à trois répondants sur dix en cas de troubles importants. On observe un écart similaire en lien avec les problèmes psychiques, le manque occasionnel d'une personne de confiance étant plus souvent cité en cas de problèmes psychiques moyens ou importants. En présence de tels problèmes, plus d'un tiers des répondants signalent manquer parfois de soutien social. Environ une personne interrogée sur dix qui a suivi la seule scolarité obligatoire ne compte pas de personne de confiance parmi ses proches. Il en va de même pour les personnes qui mentionnent des troubles physiques importants ou des problèmes psychiques moyens ou importants

**2.4 Résumé**

Les Tessinois évaluent favorablement leur santé. Huit personnes interrogées sur dix – un peu plus à l'échelle de la Suisse – jugent leur état de santé bon ou très bon, les hommes qualifiant plus fréquemment leur santé de très

bonne que les femmes. Les personnes jeunes déclarent plus souvent être en bonne ou en très bonne santé que les personnes âgées. De même, la santé subjective est meilleure lorsque le niveau de formation est élevé plutôt que bas. Elle est étroitement liée aux problèmes de santé de longue durée, aux troubles physiques, aux problèmes psychiques et, dans une certaine mesure, aux sentiments de solitude.

Dans le Canton du Tessin, environ une personne interrogée sur cinq – une sur quatre à l'échelle du pays – mentionne un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique. Un quart des répondants se plaignent de troubles physiques importants – principalement de faiblesse ou de lassitude, de maux de dos et d'insomnies. Les femmes font deux fois plus souvent état de problèmes physiques importants que les hommes. Cependant, les atteintes à la santé physique ne se traduisent pas nécessairement par une mauvaise santé subjective. Ainsi, le lien entre la santé subjective et les ressources personnelles ou sociales est particulièrement marqué en présence d'atteintes à la santé physique.

Chaque année, une personne sur six est victime d'un accident dans le Canton du Tessin, tandis qu'un répondant sur cinq de 60 ans et plus fait une chute – presque une sur quatre au niveau suisse. Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident – avant tout lors de la pratique d'un sport ou d'un jeu –, alors que ce sont les 80 ans et plus qui tombent le plus souvent. Par ailleurs, un peu moins de quatre répondants

sur dix de 65 ans et plus rencontrent des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne dans le Canton du Tessin. Près de deux tiers des personnes interrogées présentent au moins l'un des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires que sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids ou l'obésité et le tabagisme, un quart même plusieurs.

Un peu plus d'un tiers des personnes interrogées dans le Canton du Tessin éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents, tandis que près d'un répondant sur cinq déclare manquer parfois d'une personne de confiance parmi ses proches. Les sentiments de solitude se rencontrent particulièrement souvent chez les femmes – surtout lorsqu'elles sont jeunes –, chez les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants et chez celles qui présentent des troubles physiques ou des problèmes psychiques. Environ trois personnes sur dix faisant état de troubles physiques importants ou de problèmes psychiques moyens ou importants déclarent manquer parfois d'une personne de confiance.

# 3 Conditions de logement et situation professionnelle

*Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand*

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel, exerce une influence importante sur sa santé. C'est ce que montre notamment le document «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé» de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2005), dans lequel les domaines «emploi et monde du travail» et «habitat et mobilité» sont identifiés comme deux des sept principaux champs d'action de la politique de la santé<sup>34</sup>. Ce chapitre traite de l'influence que le logement et le travail peuvent avoir sur la santé des individus et complète les comportements présentés dans le chapitre précédent et qui sont aussi en lien avec l'environnement résidentiel et professionnel.

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

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

provoquer des troubles du métabolisme des graisses, et ces perturbations peuvent augmenter le risque de maladie cardio-vasculaire (Niemann & Maschke, 2004; Warner, 1993).

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

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

Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons aux influences potentiellement dangereuses pour la santé dans l'environnement résidentiel et professionnel. Le premier paragraphe concerne les nuisances au domicile et se base sur les données de l'Enquête suisse sur la santé. Les paragraphes suivants portent sur différents aspects du monde du travail: nuisances, tensions psychiques et charges physiques, satisfaction au travail et crainte de la perte de l'emploi<sup>35</sup>. D'autres facteurs importants liés aux conditions de travail et de logement ne sont pas présentés ici, car ils n'ont pas été traités dans

<sup>34</sup> Les autres champs d'action sont les suivants: «lutte contre les maladies et prévention», «sécurité sociale et égalité des chances», «formation et 'empowerment'», «environnement construit et milieu naturel», ainsi que «sécurité des denrées alimentaires et nutrition».

<sup>35</sup> Ces derniers dépendent de la conjoncture et reflètent la situation conjoncturelle en 2007 (année de l'enquête). Les nuisances au travail et la peur de perdre son emploi n'ont probablement pas le même poids en 2010, en raison de la crise financière et de la récession.

l'Enquête suisse sur la santé (sujets difficiles à aborder dans le cadre d'une enquête auprès des personnes, nombre limité de thèmes abordés dans le questionnaire).

### 3.1 Nuisances à la maison

La figure 3.1 présente onze sources de nuisances dans l'habitat traitées dans l'enquête. Le bruit de la circulation routière représente de loin la principale source de nuisances au Tessin, où il est mentionné par près d'une personne sur trois (30,4%). De plus, une personne sur huit environ déclare souffrir des nuisances produites par les gaz d'échappement et par le bruit des trains. Il n'est pas étonnant que le bruit du trafic arrive en tête du classement des nuisances, étant donné qu'une grande partie de la population vit à proximité des grands axes de circulation.

*Près de la moitié de la population interrogée ne subit aucune nuisance à la maison*

A noter toutefois que près de la moitié (45,7%) des Tessinois et des Tessinoises interrogés ne citent aucune des nuisances prises en compte. La part des personnes qui vivent loin de toute nuisance est ainsi comparable dans le Canton du Tessin à la moyenne suisse qui est de 47% environ. Le nombre des nuisances dans l'habitat citées par la population tessinoise est également comparable à

celui observé dans d'autres cantons et régions (tableau 3.1). Le classement des sources de nuisances par ordre d'importance donne plus ou moins le même résultat dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. La seule différence notable concerne le bruit de la circulation routière: il constitue une gêne pour près d'un tiers de la population du Tessin (30,4%) et pour un peu plus d'un cinquième de celle de la Suisse (22,6%).

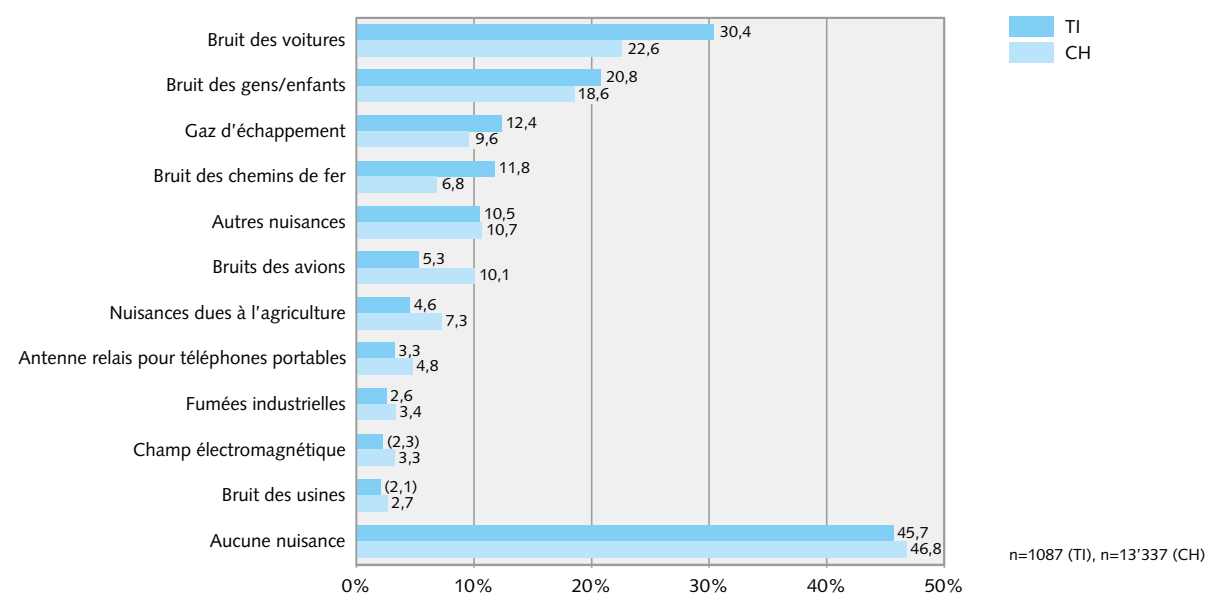
Tous les groupes de population ne sont pas concernés dans la même mesure par le bruit et les autres nuisances. Un coup d'œil au tableau 3.1, sur lequel sont représentées les nuisances de la figure 3.1, permet de l'observer. Les personnes qui ont un haut niveau d'éducation et qui gagnent bien leur vie mentionnent plus rarement des nuisances dans l'habitat que les personnes qui ont un niveau d'éducation bas ou moyen et/ou un faible revenu. Ce résultat pourrait mettre en évidence un effet de stratification selon lequel les habitations confortables situées dans un environnement «sans nuisances» sont plus chères que les autres. La différence considérable entre les populations rurale et urbaine est également plausible: cette dernière est confrontée à des nuisances qui sont sensiblement plus fréquentes.

*Lien entre les nuisances et l'état de santé*

La figure 3.2 montre le rapport entre le nombre de nuisances perçues et différents aspects de la santé physique et psychique. Les personnes qui jugent leur santé de

#### Personnes concernées par des nuisances à la maison Canton du Tessin et Suisse, 2007

Fig. 3.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)



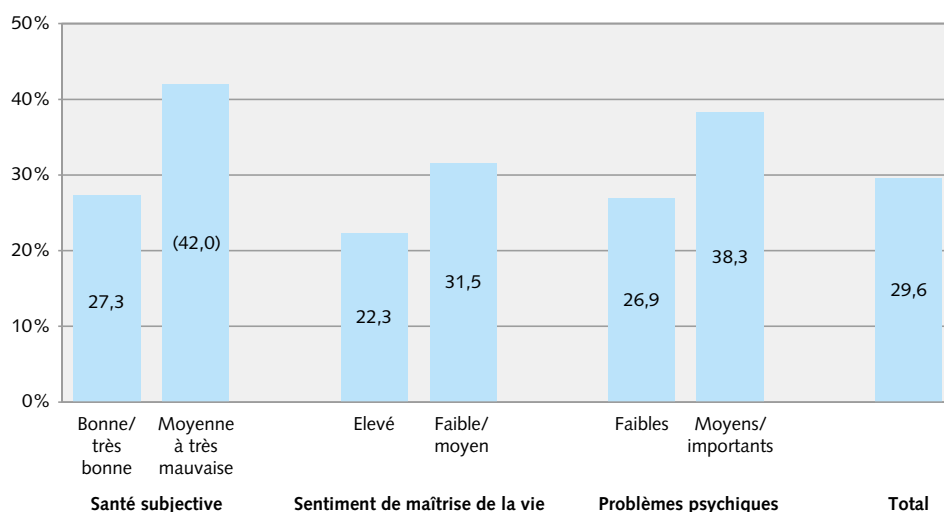
**Tab. 3.1 Nombre de nuisances à la maison, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)**

		Aucune nuisance		1 nuisance		2 nuisances ou plus	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		45,7	46,8	24,7	26,2	29,6	27,0
<b>Sexe</b>	Femmes	44,7	45,4	27,9	27,2	27,4	27,4
	Hommes	46,8	48,2	21,0	25,2	32,1	26,6
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	44,2	47,6	25,9	26,6	29,9	25,8
	35–49 ans	44,8	47,7	24,7	25,3	30,4	27,0
	50–64 ans	45,4	45,7	22,7	27,0	31,9	27,3
	65 ans et plus	49,2	45,3	25,1	26,0	25,7	28,6
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	42,6	43,0	21,7	26,0	35,7	31,0
	Degré secondaire II	46,0	47,5	25,4	26,3	28,6	26,2
	Degré tertiaire	47,4	46,7	24,8	26,1	27,8	27,2
<b>Nationalité</b>	Suisses	49,6	48,1	23,9	26,0	26,5	25,9
	Etrangers	35,9	41,5	26,8	27,1	37,4	31,4
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	48,2	46,4	21,1	25,2	30,7	28,4
	De 3000 à 4499 CHF	40,3	45,2	28,1	26,9	31,6	27,9
	De 4500 à 5999 CHF	42,5	48,1	26,9	24,6	30,6	27,3
	6000 CHF et plus	58,4	49,5	25,1	27,3	(16,5)	23,2
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	45,0	44,1	25,2	26,8	29,8	29,1
	Campagne	49,8	54,0	21,6	24,8	28,6	21,2
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>45,7</b>		<b>24,7</b>		<b>29,6</b>
	<b>Suisse</b>		<b>46,8</b>		<b>26,2</b>		<b>27,0</b>
	Suisse alémanique		48,1		25,2		26,7
	Suisse romande		43,0		29,8*		27,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1087 (TI), n=13'337 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )**Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin, 2007****Fig. 3.2**

Santé subjective: n=1086; sentiment de maîtrise de la vie: n=950; problèmes psychiques: n=1068

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

Pour la définition de la santé subjective, du sentiment de maîtrise et des problèmes psychiques, voir point 2.1.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

moyenne à très mauvaise et celles dont le sentiment de maîtriser leur vie est faible ou moyen, ainsi que celles qui souffrent de problèmes psychiques d'intensité moyenne à importante<sup>36</sup> mentionnent beaucoup plus souvent que les autres au moins deux types de nuisances par rapport à leur habitat. Il est impossible de déterminer avec les données de l'ESS s'il existe un lien de causalité entre les nuisances et la santé et si oui, dans quel sens il s'exerce. Il est concevable que des nuisances dans l'habitat rendent «malade», tout comme il est concevable qu'un mauvais état de santé général et des problèmes psychiques induisent une sensibilité accrue aux nuisances. Enfin, on ne peut pas exclure que les résultats puissent être dus à d'autres effets, les «conditions de vie des classes défavorisées» influençant de manière autonome à la fois la situation du logement et l'état de santé physique et psychique.

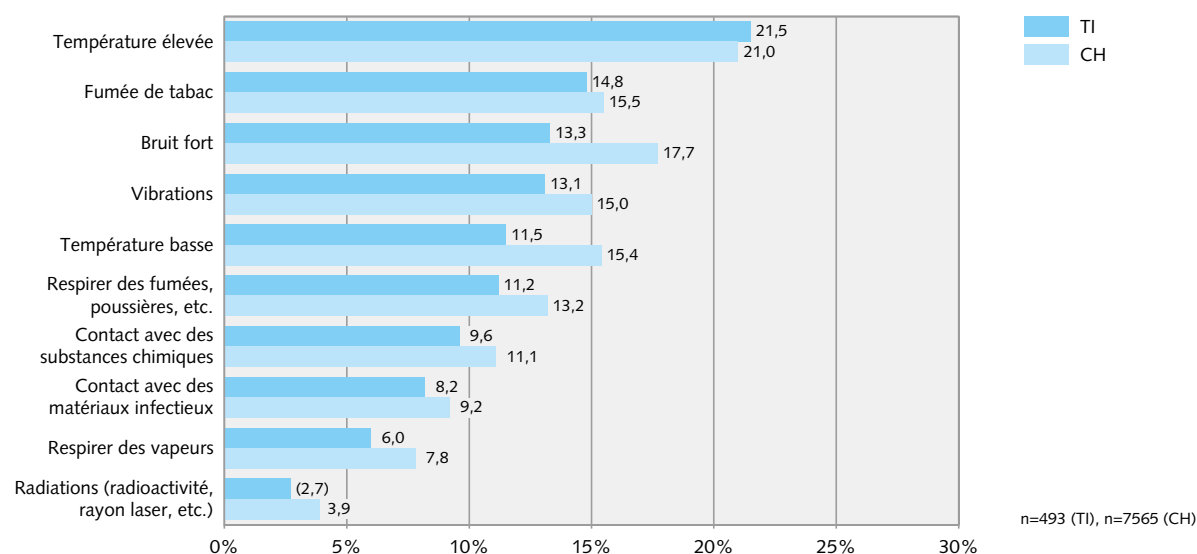
## 3.2 Nuisances au travail<sup>37</sup>

### 3.2.1 Nuisances

Les nuisances sur le lieu de travail font également partie du champ d'investigation de l'Enquête suisse sur la santé<sup>38</sup>. Les personnes actives occupées ont été interrogées sur un total de dix sources de nuisances possibles. Le résultat est similaire à celui obtenu pour l'habitat. Dans le Canton du Tessin comme dans l'ensemble de la Suisse, la moitié environ des personnes interrogées ne mentionnent aucune source de nuisances; environ un tiers en mentionne une ou deux, et le reste de la population plus de deux (tableau 3.2).

**Personnes subissant des nuisances au travail**  
Canton du Tessin et Suisse (personnes actives occupées)

**Fig. 3.3**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>36</sup> Pour la définition des variables utilisées, voir le chapitre 2.1.

<sup>37</sup> A noter, en ce qui concerne la situation professionnelle, qu'une partie des personnes interrogées travaille en dehors de son canton de domicile (Tessin).

<sup>38</sup> La plupart des questions sur l'activité professionnelle effectivement exercée sont posées dans le questionnaire écrit. Etant donné que l'échantillon de l'enquête écrite est plus petit que celui des interviews téléphoniques, et que seulement la moitié environ de la population suisse est active, le nombre des cas correspondants est comparativement faible. Pour le canton du Tessin, cela signifie qu'environ 500 personnes ont répondu à ces questions et que les analyses effectuées d'après les différentes caractéristiques des personnes interrogées atteignent leurs limites très rapidement.

**Tab. 3.2 Nombre de nuisances au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)**

		Aucune nuisance		1 ou 2 nuisances		3 nuisances ou plus	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		52,9	49,6	34,1	31,4	13,0	19,0
<b>Sexe</b>	Femmes	58,8	55,1	35,0	34,2	(6,1)	10,8
	Hommes	48,2	45,4	33,4	29,2	18,3	25,4
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	38,8	41,8	47,9	33,3	(13,3)	24,9
	35–49 ans	55,3	51,7	29,4	31,2	15,3	17,1
	50–64 ans	67,6	57,1	(24,9)	29,0	(7,6)	13,9
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	(44,0)	39,1	(44,3)	32,1	.	28,8
	Degré secondaire II	49,4	42,1	33,6	33,6	17,0	24,3
	Degré tertiaire	64,0	64,6	31,9	27,4	.	8,0
<b>Nationalité</b>	Suisses	59,8	50,8	28,1	31,1	12,1	18,1
	Etrangers	37,8	45,1	47,2	32,4	(14,9)	22,5
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	44,0	40,3	36,3	34,4	(19,7)	25,4
	De 3000 à 4499 CHF	57,1	47,6	30,7	32,2	(12,3)	20,2
	De 4500 à 5999 CHF	45,0	53,2	46,3	30,1	(8,7)	16,7
	6000 CHF et plus	69,4	62,6	(26,5)	27,7	.	9,7
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	53,2	51,6	33,6	31,4	13,2	17,0
	Campagne	50,9	44,2	(37,9)	31,4	(11,2)	24,4
<b>Catégories socio-professionnelles</b>	Ouvriers	31,5	25,3	(38,2)	33,5	30,3	41,2
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(57,5)	44,9	(25,4)	31,2	(17,1)	24,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	55,8	57,7	38,1	33,1	.	9,2
	Cadres moyens et supérieurs	61,7	60,4	31,9	29,6	(6,5)	10,0
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>52,9</b>		<b>34,1</b>		<b>13,0*</b>	
	<b>Suisse</b>	<b>49,6</b>		<b>34,4</b>		<b>19,0</b>	
	Suisse alémanique	49,7		31,3		19,1*	
	Suisse romande	48,8		31,4		19,7*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=498 (TI), n=7828 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )*Des températures trop élevées, principale source de nuisances au travail*

La figure 3.3 montre que, dans le Canton du Tessin, les personnes actives occupées se plaignent au travail avant tout de températures trop élevées, de la fumée du tabac et du bruit. Ces nuisances sont mentionnées par un septième à plus d'un cinquième des personnes interrogées. En revanche, les radiations et l'inhalation de vapeurs ne posent quasiment pas de problème; seule une minorité des personnes interrogées travaillent en effet dans un tel environnement.

Pour la plupart des nuisances considérées, on n'observe que de légères différences entre le Canton du Tessin et le reste de la Suisse. Les basses températures et le

bruit fort sont mentionnés plus fréquemment dans l'ensemble de la Suisse que dans le Canton du Tessin.

Le tableau 3.2 fait apparaître des effets liés à la formation, au revenu et à la profession: au niveau de l'ensemble de la Suisse, deux cinquièmes des ouvriers (41,2%) mentionnent plus de deux nuisances sur le lieu de travail. La proportion correspondante n'est que d'un dixième chez les employés de bureau (9,2%) et les cadres (10,0%). Le résultat est semblable lorsque l'on compare les niveaux de formation les plus bas avec les plus élevés (28,8% contre 8,0%) et les classes de salaires (25,4% contre 9,7%). Ces résultats ne sont pas étonnants. Les nuisances considérées apparaissent en effet surtout dans les secteurs du commerce et de l'industrie, où les niveaux moyens de revenu et de formation sont

plus bas que dans le secteur des services<sup>39</sup>. Comme le montre le point 3.2.2, ces tendances s'inversent si l'on s'intéresse aux tensions psychiques au travail.

### 3.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail

Le bruit, les odeurs et la fumée ne sont pas les seules nuisances auxquelles on peut se trouver confronté à sa place de travail. Beaucoup de personnes déclarent subir des charges physiques considérables en raison d'un travail qui les oblige à porter des objets lourds ou à manipuler des machines lourdes. Les tensions psychiques, qu'il faut également prendre en considération, peuvent aller de la course contre la montre et du surmenage jusqu'à des conflits avec les collègues et au mobbing<sup>40</sup>.

Le tableau 3.3 montre que, sur l'ensemble de la population active occupée interrogée au Tessin, un tiers environ subit au travail des charges physiques importantes (32,8%) et la moitié des tensions psychiques (50,4%). Près d'un cinquième des personnes interrogées (18,9%) disent subir d'importantes charges au travail, tant physiques que psychiques (tableau 3.4). Environ un tiers de la population active occupée subit des charges d'intensité moyenne ou faible aussi bien du point de vue psychique que du point de vue physique.

*Les charges physiques et les tensions psychiques sont particulièrement répandues dans le Canton du Tessin*

Il ressort du tableau 3.3 que la part des personnes souffrant de charges physiques et de tensions psychiques importantes au travail est plus élevée dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. Le tableau montre également clairement que le type d'activité exercée influence de façon déterminante les charges perçues: en Suisse, 44,5% des ouvriers indiquent qu'ils subissent des charges physiques élevées, alors que cette proportion est nettement plus faible chez les employés de

bureau (16,1%) et les cadres (12,1%)<sup>41</sup>. Inversement, plus de la moitié des cadres (51,7%) mentionnent d'importantes tensions psychiques, alors que c'est le cas de moins d'un tiers des ouvriers (30,7%). Des liens comparables peuvent également être observés pour le niveau d'éducation et le revenu, qui sont fortement liés à la profession.

En revanche, on observe pour une fois très peu de différences en rapport avec l'âge, la nationalité et le sexe. Pour ce qui est des différences spécifiques au sexe, on remarque seulement que les femmes se plaignent un peu plus rarement de tensions psychiques élevées que les hommes, ce qui est dû en partie au fait que les femmes actives professionnellement travaillent plus fréquemment à temps partiel et occupent des positions hiérarchiques plus basses que les hommes<sup>42</sup>.

Finalement, la figure 3.4 fait apparaître des liens entre les nuisances au travail présentées dans le point 3.2.1 et les charges physiques et tensions psychiques perçues. Etant donné que la question des nuisances porte avant tout sur les secteurs de l'industrie et de l'artisanat, le résultat présenté dans le tableau n'est pas étonnant: plus d'un quart (26,2%) des personnes actives occupées au Tessin dont le travail induit de lourdes charges physiques souffrent d'au moins trois nuisances, alors que la proportion correspondante est inférieure à un dixième (6,5%) chez les personnes subissant des charges physiques faibles à moyennes. En revanche, les personnes qui souffrent de tensions psychiques importantes au travail ont tendance à mentionner moins de sources de nuisances. Ce résultat est plausible si l'on considère que de nombreuses professions typiquement stressantes sont exercées dans des bureaux climatisés et aménagés confortablement.

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

<sup>39</sup> Conformément à l'ESS 2007, 12% des personnes actives dans l'industrie et l'artisanat ont terminé une formation du degré secondaire II, et 24% ont un diplôme du degré tertiaire. Dans le secteur des services, les parts correspondantes sont de 7% et 27%. Le revenu d'équivalence du ménage des personnes actives occupées s'élève à CHF 4200 dans le secteur de l'industrie et à CHF 4600 dans le secteur tertiaire.

<sup>40</sup> L'ESS contient une série de questions sur des expériences de violence, de discrimination ou de mobbing. Au niveau de l'ensemble de la Suisse, 3,7% des personnes interrogées indiquent avoir fait l'objet de violence ou de menaces de la part de collègues ou d'autres personnes au cours des 12 derniers mois d'activité professionnelle. Les valeurs pour le mobbing et la discrimination/différence de traitement sont de respectivement 7,7% et 11,2%.

<sup>41</sup> En raison du nombre parfois trop restreint de répondants, nous nous référons ici et dans les explications suivantes aux données de l'ensemble de la Suisse. Les données du canton du Tessin sont certes présentées dans le tableau 3.3, mais elles doivent cependant être interprétées avec prudence.

<sup>42</sup> Une analyse supplémentaire confirme que dans l'ESS 2007, les femmes interrogées travaillent plus fréquemment à temps partiel (62% contre 14% pour les hommes) et se trouvent plus rarement à des positions hiérarchiques élevées (7%) que les hommes (15%). Les personnes travaillant à temps partiel se plaignent sensiblement moins souvent de tensions psychiques élevées (36%) que les personnes travaillant à plein temps (45%), les femmes travaillant à temps partiel (34%) mentionnant ces problèmes encore nettement moins souvent que les hommes travaillant à temps partiel (45%).

**Tab. 3.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(personnes actives occupées, en %)

		Charges physiques <sup>1</sup>				Tensions psychiques <sup>2</sup>			
		Légères à moyennes <sup>3</sup>		Élevées <sup>4</sup>		Légères à moyennes <sup>3</sup>		Élevées <sup>4</sup>	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		67,2	76,7	32,8	23,3	49,6	58,7	50,4	41,3
<b>Sexe</b>	Femmes	70,9	78,1	29,1	21,9	55,2	64,6	44,8	35,4
	Hommes	64,2	75,5	35,8	24,5	44,9	54,1	55,1	45,9
<b>Classes d'âge</b>	18–34 ans	70,0	72,3	30,0	27,7	44,3	60,2	55,7	39,8
	35–49 ans	62,2	78,1	37,8	21,9	48,5	58,4	51,5	41,6
	50 ans et plus	73,7	80,1	26,3	19,9	58,4	57,2	41,6	42,8
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	(48,2)	53,9	(51,8)	46,1	(46,4)	67,9	(53,6)	32,1
	Degré secondaire II	65,6	70,6	34,4	29,4	51,9	63,8	48,1	36,2
	Degré tertiaire	77,4	91,0	(22,6)	9,0	45,1	48,1	54,9	51,9
<b>Nationalité</b>	Suisses	70,1	77,5	29,9	22,5	50,1	58,5	49,9	41,5
	Etrangers	61,1	73,6	38,9	26,4	48,4	59,1	51,6	40,9
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	54,5	68,5	45,5	31,5	52,9	64,5	47,1	35,5
	De 3000 à 4499 CHF	72,3	74,3	27,7	25,7	46,1	58,0	53,9	42,0
	De 4500 à 5999 CHF	74,0	80,7	(26,0)	19,3	52,5	57,1	47,5	42,9
	6000 CHF et plus	86,9	89,3	(13,1)	10,7	47,2	51,7	52,8	48,3
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	66,3	78,8	33,7	21,2	47,6	57,7	52,4	42,3
	Campagne	73,4	71,1	(26,6)	28,9	62,5	61,4	(37,5)	38,6
<b>Catégories socioprofessionnelles</b>	Ouvriers	45,0	55,5	55,0	44,5	62,8	69,3	37,2	30,7
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(43,3)	62,9	(56,7)	37,1	59,9	67,5	(40,1)	32,5
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	77,7	83,9	(22,3)	16,1	50,2	64,3	49,8	35,7
	Cadres moyens et supérieurs	78,5	87,9	21,5	12,1	39,5	48,3	60,5	51,7
	<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	67,2*		32,8*		49,6*		50,4*
	<b>Suisse</b>	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Suisse alémanique	75,9*		24,1*		59,3*		40,7*	
	Suisse romande	80,2*		19,8*		58,2*		41,8*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Charges physiques: n=516 (TI), n=7557 (CH); tensions psychiques: n=527 (TI), n=8016 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p &lt; 0,05)

<sup>1</sup> Réponses à la question: «Qu'en est-il de la charge physique dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la charge physique est généralement très lourde, un poste B où la charge physique est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?»  
En italien «Passiamo ora all'impegno fisico sul posto di lavoro. Immagini due posti di lavoro: In media, la persona A è sottoposta a notevole impegno fisico sul posto di lavoro. In media, la persona B non è praticamente sottoposta a impegno fisico sul posto di lavoro. La sua situazione corrisponde maggiormente al caso A o al caso B?»

<sup>2</sup> Réponses à la question: «Qu'en est-il de la tension psychique et nerveuse dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte, un poste B où la tension psychique et nerveuse est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?»

En italien «Passiamo ora alla tensione psichica e nervosa sul posto di lavoro. Immagini nuovamente due posti di lavoro. In media, la persona A è sottoposta a notevole tensione psichica e nervosa sul posto di lavoro. In media, la persona B non è praticamente sottoposta a tensione psichica e nervosa sul posto di lavoro. La sua situazione corrisponde maggiormente al caso A o al caso B?»

<sup>3</sup> Somme des réponses «semblable à B», «exactement comme B» et «entre A et B». En italien «Esattamente uguale al caso B», «Analogo al caso B», «Tra A e B»

<sup>4</sup> Somme des réponses «semblable à A» et «exactement comme A». En italien «Analogo al caso A» et «Esattamente uguale al caso A».

**Tab. 3.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail**  
Canton du Tessin, 2007 (personnes actives occupées, en %)

Tensions psychiques	Charges physiques		
	Légères/moyennes	Elevées	Total
<b>Légères/moyennes</b>	35,4	13,7	49,2
<b>Elevées</b>	31,9	18,9	50,8
<b>Total</b>	67,3	32,7	100,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

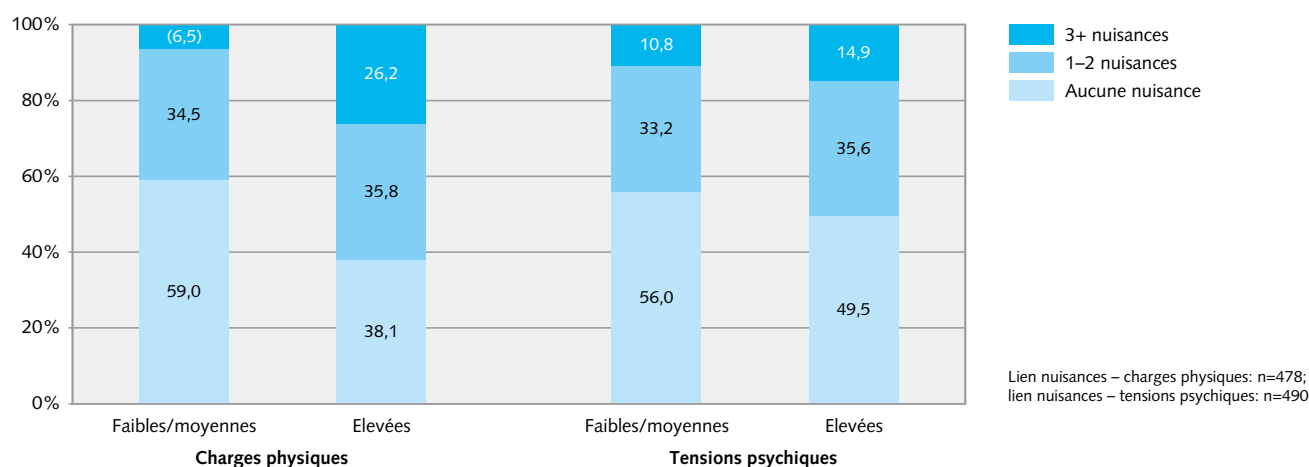
n=515

Voir l'énoncé des questions dans la note du tableau 3.3.

### Lien entre le nombre de nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail

Canton du Tessin, 2007 (personnes actives occupées)

**Fig. 3.4**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

### 3.3 Satisfaction dans la vie professionnelle

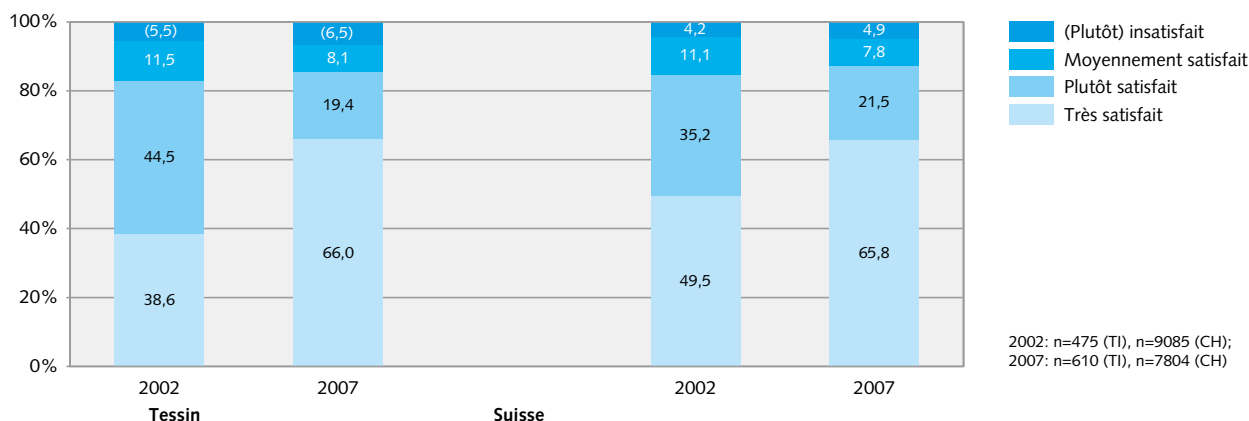
Une autre question importante en rapport avec le travail est celle de la satisfaction dans la vie professionnelle. Comme le travail occupe une place importante dans la vie de beaucoup de personnes, le sentiment de satisfaction et de bien-être au travail tend à rayonner sur d'autres secteurs de la vie et à exercer également une influence sur la santé (OFSP, 2005). La figure 3.5 le montre, le degré de satisfaction au travail est élevé tant

dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. La part des personnes qui sont très satisfaites de leur travail a augmenté de manière considérable entre 2002 et 2007: alors qu'un tiers au moins de la population active occupée tessinoise se disait «très» ou «extrêmement satisfaite» de sa vie professionnelle en 2002, la part correspondante était presque de deux tiers des personnes interrogées en 2007 (65,9%). Cette hausse est également mise en évidence au niveau de l'ensemble de la Suisse, quoique à un niveau légèrement inférieur.

Il est intéressant de noter que cette hausse se fait toutefois moins aux dépens des personnes insatisfaites, dont la proportion n'a presque pas changé entre 2002 et 2007, si l'on prend en compte les personnes «plutôt insatisfaites». L'évolution la plus forte s'observe pour les personnes «plutôt satisfaites», dont la part dans l'ensemble de la population active occupée a nettement

**Satisfaction au travail**

Canton du Tessin et Suisse, 2002 et 2007 (personnes actives occupées)

**Fig. 3.5**

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

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

diminué. Ainsi, une légère polarisation se dessine chez les personnes actives occupées, entre celles qui sont «très satisfaites» d'un côté, et celles qui sont «(plutôt) insatisfaites» de l'autre.

### 3.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver un emploi comparable

Indépendamment de la satisfaction professionnelle actuelle, la crainte de perdre son emploi et de se retrouver sans emploi peut représenter une charge considérable. Dans le Canton du Tessin, 18,2% environ de la population active occupée interrogée craignait de perdre son emploi en 2007, alors que deux cinquièmes (41,7%) ne se faisaient aucun souci à ce sujet. Les autres personnes interrogées ont indiqué ne se faire «plutôt pas de souci» pour leur place de travail. Ces taux n'ont pratiquement pas changé depuis 2002 et sont plus ou moins équivalents aux valeurs enregistrées pour l'ensemble de la Suisse. Cependant, la proportion des personnes qui craignent pour leur emploi est significativement plus élevée dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse (12,5%).

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

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

Les faibles différences observées entre 2002 et 2007 sont quelque peu étonnantes, dans la mesure où – nous le mentionnons plus haut – la satisfaction par rapport au travail a clairement augmenté au cours de la même période. En 2007, plus de personnes étaient très satisfaites de leur emploi que cinq années auparavant, mais les places de travail n'étaient cependant pas considérées comme plus sûres<sup>43</sup>.

La figure 3.6 montre que la crainte de perdre son emploi n'est pas très répandue en Suisse, mais qu'il existe toutefois des liens importants avec différents aspects de la santé physique et psychique: parmi les personnes qui jugent leur santé (très) bonne, 11,8% craignent pour leur place de travail, alors que cette proportion est de presque un quart (22,5%) chez les personnes qui considèrent que leur santé est moyenne ou (très) mauvaise. La même chose vaut pour les autres variables représentées dans la figure 3.6: les personnes qui ont un faible sentiment de maîtrise de la vie (15,0%) et celles qui sont confrontées à des problèmes psychiques importants (24,3%) ont au moins deux fois plus de craintes concernant leur place de travail que les personnes qui ont un fort sentiment de maîtrise de la vie (7,3%) et des problèmes psychiques faibles (10,1%).

<sup>43</sup> Toutefois, les personnes qui sont insatisfaites de leur travail craignent nettement plus fréquemment de perdre leur emploi (29,1%) que les personnes qui en sont très satisfaites (8,8%) (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

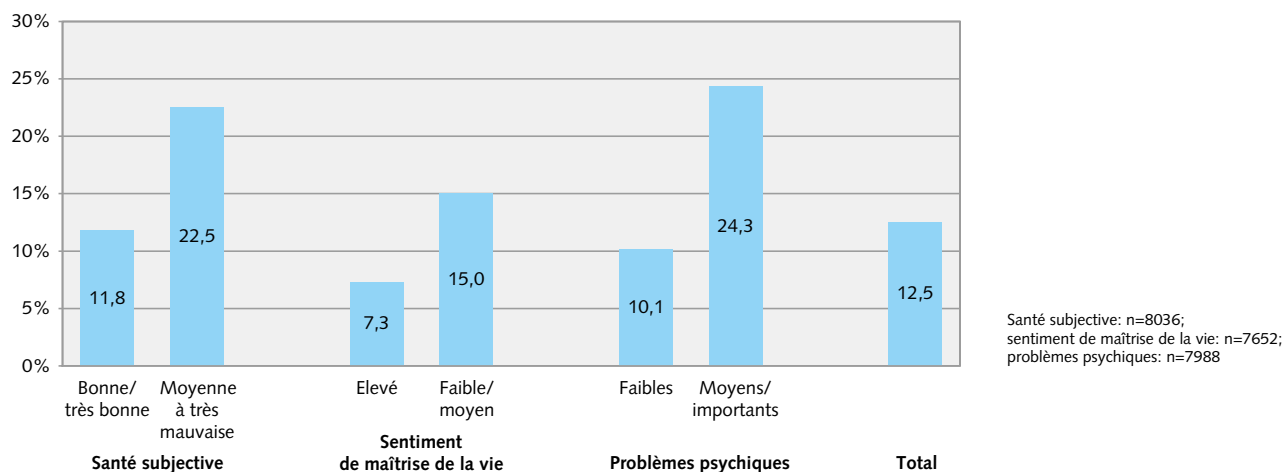
...mais peu d'espoir, en cas de chômage, de retrouver un emploi

Si une perte de place de travail devait se produire malgré la grande confiance générale dans l'emploi actuel, l'assurance de retrouver une place comparable serait nettement plus faible: au Tessin, près des deux tiers des personnes interrogées formulent de telles craintes (62,8%). Le tableau 3.5 montre que la population active occupée est un peu moins confiante dans le Canton du Tessin qu'en moyenne suisse (n.s.). Le fait que cette confiance dans l'emploi actuel soit particulièrement marquée chez les personnes jeunes confirme les résultats d'études réalisées sur le chômage, selon lesquels les personnes qui ont un faible niveau de formation, les salariés et salariées

âgés et les femmes comptent parmi les principaux groupes à risque par rapport au chômage (Djurdjevic, 2007). En revanche, on ne constate pas d'écart évident ni significatif entre les catégories socio-professionnelles à ce niveau au Tessin.

En combinant les données sur la crainte de perdre son emploi et sur l'assurance de retrouver un emploi comparable, on obtient le résultat présenté dans la figure 3.7: l'assurance de retrouver un emploi comparable est d'autant plus forte que l'on juge sa place actuelle plus sûre. Parmi les personnes qui aujourd'hui craignent de perdre leur emploi, la part de celles qui pensent pouvoir en retrouver un comparable ne s'élève plus qu'à 14,1%.

**Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007** Fig. 3.6

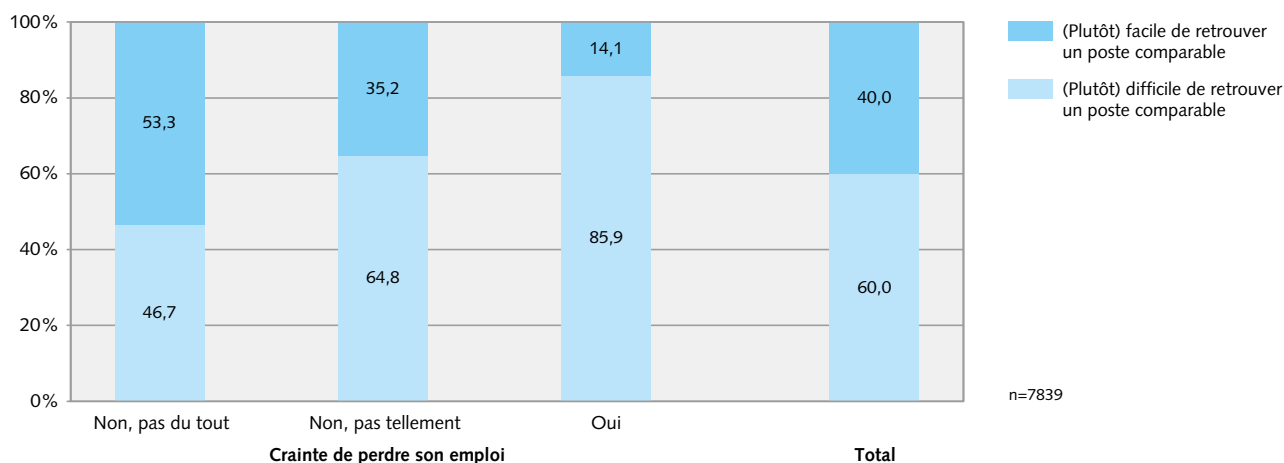


Pour la définition des variables, voir 2.1 (santé subjective), 2.3.2 (sentiment de maîtrise de la vie) et 2.3.1 (problèmes psychiques)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable selon la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)** Fig. 3.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)



**Tab. 3.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi,**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		(Assez) facilement <sup>1</sup>		(Plutôt) difficilement <sup>2</sup>	
		TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		37,2	40,0	62,8	60,0
<b>Sexe</b>	Femmes	37,0	37,1	63,0	62,9
	Hommes	37,4	42,3	62,6	57,7
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	47,8	56,4	52,2	43,6
	35–49 ans	36,0	39,7	64,0	60,3
	50 ans et plus	(24,6)	18,5	75,4	81,5
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	(42,2)	32,7	(57,8)	67,3
	Degré secondaire II	37,4	38,3	62,6	61,7
	Degré tertiaire	34,9	44,4	65,1	55,6
<b>Nationalité</b>	Suisses	36,8	38,8	63,2	61,2
	Etrangers	38,1	44,3	61,9	55,7
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	40,5	41,5	59,5	58,5
	De 3000 à 4499 CHF	42,4	36,8	57,6	63,2
	De 4500 à 5999 CHF	(19,0)	39,0	81,0	61,0
	6000 CHF et plus	36,0	42,8	64,0	57,2
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	38,2	40,0	61,8	60,0
	Campagne	(30,9)	40,1	69,1	59,9
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Ouvriers	37,3	41,2	62,7	58,8
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(49,4)	42,0	(50,6)	58,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	30,5	35,0	69,5	65,0
	Cadres moyens et supérieurs	38,4	41,3	61,6	58,7
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>37,2</b>		<b>62,8</b>
	<b>Suisse</b>		<b>40,0</b>		<b>60,0</b>
	Suisse alémanique		39,2		60,8
	Suisse romande		42,9		57,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=510 (TI), n=7923 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )Réponses à la question «Si vous perdiez votre poste actuel (ou votre place d'apprentissage actuelle), pourriez-vous retrouver un nouveau poste comparable?»  
En italien «Se perdesse l'attuale posto di lavoro (apprendisti: l'attuale posto di tirocinio), potrebbe ritrovare un nuovo posto corrispondente?»<sup>1</sup> Somme des réponses «très facilement» et «assez facilement» («Molto facilmente» et «Abbastanza facilmente»)<sup>2</sup> Somme des réponses «très difficilement» et «plutôt difficilement» («Abbastanza difficilmente» et «Molto difficilmente»)

### 3.5 Résumé

Ce chapitre montre les effets potentiels des conditions de logement et de travail sur la santé. Par rapport à l'habitat, on constate tout d'abord que seule une minorité d'un peu moins de 30% de la population tessinoise interrogée est concernée par au moins deux sources de nuisances. La principale de ces sources est de loin le bruit de la circulation routière. Parallèlement, la présente analyse met en évidence le lien entre le nombre de nuisances mentionnées, d'une part, et l'état de santé sub-

jectif et les problèmes psychiques, d'autre part. Compte tenu des effets sur la santé présentés dans la littérature (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004), il importe d'éviter ou de réduire dans la mesure du possible toutes nuisances, sonores ou autres.

En outre, on remarque en observant les présents résultats que l'importance des nuisances dans l'habitat est répartie de manière inégale. Les personnes moins privilégiées quant au revenu et au niveau de formation sont plus souvent confrontées à des nuisances que les personnes qui ont un revenu et une formation élevés. Il res-

sort du présent rapport que les groupes de population ayant un faible revenu et un bas niveau de formation subissent également d'autres préjudices en termes de santé. Les nuisances examinées ici par rapport à l'habitat peuvent donc être considérées comme des éléments supplémentaires participant à l'inégalité face à la santé.

Des différences sociales considérables apparaissent également si l'on considère la situation professionnelle. Que ce soient les nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques ou encore les perspectives, en cas de perte de l'emploi, de retrouver un travail comparable, ce sont généralement les personnes appartenant à des groupes de population moins bien formés et moins privilégiés qui sont aux prises avec des problèmes et des craintes plus importants. Seule exception: les tensions psychiques au travail, qui touchent davantage les cadres ainsi que les personnes ayant un niveau de formation élevé et gagnant bien leur vie. Même si les données concernant les tensions psychiques ne permettent pas de construire un indicateur du «stress», celui-ci pourrait être plus répandu dans les groupes qui se plaignent d'importants problèmes psychiques que dans les autres groupes<sup>44</sup>.

Il faut toutefois souligner une série de résultats positifs concernant la situation professionnelle: sur l'ensemble des personnes interrogées, une minorité «seulement» de 13% environ est concernée par au moins deux types de nuisances au travail, et moins d'un quart par d'importantes charges physiques cumulées à des tensions psychiques. A noter avant tout que la grande majorité des personnes actives occupées sont satisfaites de leur situation professionnelle. La part des personnes insatisfaites est de 6% environ, comme en 2002, alors que la proportion de celles qui en sont très ou extrêmement satisfaites a augmenté de près de 39%, passant à environ 66%, entre 2002 et 2007. Malgré des charges physiques et des tensions psychiques répandues, le travail est encore une importante source de satisfaction pour la grande majorité des personnes actives occupées.

<sup>44</sup> Un autre résultat le confirme: si le «stress» est associé communément à une «course contre la montre», qui fait l'objet d'une question dans l'ESS 2007, il en ressort que 88% des personnes interrogées ayant d'importants problèmes psychiques le mentionnent, contre 73% de celles indiquant des problèmes psychiques moyens ou faibles (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

# 4 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale

*Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler et Tanja Fasel (4.1 et 4.3)*

*Hanspeter Stamm et Markus Lamprecht (4.2 et 4.3)*

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

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

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

### 4.1.1 Situation

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

*Les dépressions cliniquement significatives sont fréquentes*

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

### *Dépression et politique de la santé*

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

### *Symptômes annonciateurs de la maladie dépressive*

La large diffusion dans la population de symptômes dépressifs isolés, qui ne suffisent pas en eux-mêmes à constituer un diagnostic de dépression, montre que ces symptômes font partie de l'expérience humaine commune et qu'ils n'acquièrent le statut d'une maladie que par leur cumul et leur durée. Tout le monde a éprouvé un jour ou l'autre un épisode d'abattement, de manque de vitalité, de morosité, de perte d'appétit ou de baisse de la libido. Mais différentes études ont montré que de tels symptômes, dits de dépression subclinique ou de «démoralisation» (Fichter, 1990), peuvent être les signes

avant-coureurs d'une dépressivité ultérieure caractérisée, et qu'ils vont de pair avec une dégradation considérable de la qualité de la vie, de l'aptitude au travail et des relations sociales (Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992; Fichter, 1990; Linden et al., 1998).

### *Identifier les groupes à risque*

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

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

#### **4.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque**

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé, 12'656 personnes ont été interrogées par écrit sur la présence éventuelle de dix symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête (échelle dite de Wittchen; Wittchen, 2000). Au total, 20% des personnes qui ont participé à l'enquête écrite ont fait état d'au moins un symptôme dépressif<sup>45</sup>. Pour pouvoir identifier, à partir des répondants présentant au moins un symptôme dépressif, des types de groupes à risque potentiels, nous avons procédé à une analyse de classification avec, comme critère d'entrée, une variable dépendante comportant les modalités «au moins un symptôme dépressif, pas de symptôme dépressif». Pour la détermination des types, nous nous sommes reportés à la littérature spécialisée consacrée aux facteurs déterminants des maladies

<sup>45</sup> Il s'agit d'un pourcentage non pondéré, car les analyses de classification travaillent sur des valeurs non pondérées. Le pourcentage pondéré, ajusté à la population suisse, est de 18,9%. Voir également le chapitre 2.

dépressives et avons retenu quelque 35 variables classificatoires possibles, relevant des domaines socio-économique, professionnel, sanitaire ou social<sup>46</sup>.

### Limites

L'analyse de classification<sup>47</sup> s'appuie sur un modèle théorique très simplifié de la dépression, qui postule que ce sont les caractéristiques observées qui déterminent la formation de groupes de population présentant des symptômes dépressifs, et non les symptômes dépressifs qui déterminent les caractéristiques observées. L'analyse ne tient pas compte des relations complexes et dynamiques qui existent entre la dépressivité et les facteurs sociodémographiques, économiques, sociaux et sanitaires. Par ailleurs, les résultats d'une enquête transversale permettent en principe de montrer des corrélations, mais pas de déterminer le sens dans lequel s'exercent les rapports de causalité. Les résultats de l'analyse de classification ne doivent donc pas être interprétés en termes de causalité. Ils fournissent surtout des indications utiles au dépistage des personnes particulièrement exposées.

#### 4.1.3 Résultats

##### *Des facteurs peu nombreux mais bien définis*

L'analyse a permis d'établir une typologie formée de 13 groupes de population (voir la figure 4.1). Ce résultat est riche en enseignements. Il permet d'identifier clairement

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

Les caractéristiques qui séparent les groupes de population avec symptômes dépressifs et les groupes asymptomatiques sont donc peu nombreuses: troubles physiques, problèmes de santé chroniques, solitude et problèmes liés au travail (peur de perdre son emploi, tension psychique, insatisfaction professionnelle). Examinons de plus près six de ces 13 groupes de population, à savoir un grand groupe présentant très peu de symptômes dépressifs (groupe de référence) et cinq groupes à risque où la part des personnes présentant des symptômes dépressifs est particulièrement élevée.

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

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

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

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

<sup>46</sup> Variables sociodémographiques: sexe, âge, nationalité, état civil, formation, domicile, nombre d'enfants de moins de 15 ans, type de ménage; Variables socio-économiques: revenu d'équivalence du ménage, catégories socio-professionnelles, travail rémunéré, situation professionnelle/taux d'activité; Environnement social: soutien social, sentiment de solitude, avoir une personne de confiance, regret de ne pas avoir une personne de confiance; Santé physique: troubles physiques, problème de santé de longue durée, cause sous-jacente à ce problème, limitation dans les activités de la vie quotidienne causée par un problème de santé, moins de 5 consultations médicales durant les derniers six mois, en traitement médical pour cause de migraine, en traitement médical pour cause d'asthme, en traitement médical pour cause de diabète; Comportement pouvant influencer la santé: consommation quotidienne moyenne d'au moins 20 g d'alcool, consommation de tabac, activité physique, indice de masse corporelle; Conditions de travail: crainte de perdre son emploi, confiance de retrouver un poste comparable, recherche d'emploi au cours des 4 semaines précédant l'enquête, sans emploi pour raison de santé, satisfaction par rapport au travail, résignation au travail, charge physique au travail, tension psychique au travail.

<sup>47</sup> L'analyse de classification a été réalisée statistiquement par la méthode dite de l'«arbre décisionnel» («CATFIRM»: formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Cette méthode consiste à calculer, pour un groupe de population donné, la variable qui sépare le mieux les personnes avec dépressivité des personnes sans dépressivité (test du chi carré), puis à procéder ainsi pour chaque nouveau groupe formé jusqu'à l'obtention de groupes finals qu'il n'est plus possible de subdiviser de manière statistiquement significative. Ces groupes correspondent à différents types de population présentant des proportions différentes de personnes avec «dépressivité». Sur les 12'656 personnes interrogées qui ont répondu aux questions relatives à la dépression, 822 n'ont pas répondu à la question relative aux troubles physiques, de sorte que la présente analyse porte sur 11'843 personnes.

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

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

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

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

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

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

#### *Types non spécifiques et types spécifiques avec dépressivité*

La typologie obtenue fournit des indications qui pourraient aider à déterminer la nature et le degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Les groupes de population 1, 3 et 6 (en gris très clair), groupes importants par le nombre, présentent des proportions inférieures à la moyenne – moins de 20% – de personnes avec symptômes dépressifs (et il ne s'agit généralement pas ici de symptômes dépressifs sévères, comme le montre le tableau 4.1 ci-après). Ces groupes appellent donc des mesures relativement peu spécifiques, destinées à un grand nombre de personnes modérément touchées par des symptômes dépressifs. Les groupes 5, 7, 10, 12 et 13 (en gris), où la proportion de personnes avec symptômes dépressifs va de 20 à 40%, sont formés de personnes sans troubles physiques importants mais âgées (groupe 7) ou insatisfaites de leurs conditions de travail (groupe 5), ou de personnes avec troubles physiques importants mais sans autres problèmes notables (groupes 10, 12 et 13 – en gris). Des interventions plus spécifiques seraient ici envisageables. Enfin, des mesures très spécifiques seraient indiquées pour les groupes à haut risque où la proportion de personnes avec symptômes dépressifs est comprise entre 40 et 70%, et qui ont des difficultés importantes sur le plan psychologique (groupes 2, 4, 8, 9 et 11 – en gris foncé).

*Autres caractéristiques des groupes à risque*

L'arbre décisionnel ne met en évidence que les variables les plus discriminantes. D'autres paramètres pertinents mais moins discriminants échappent à l'analyse. Nous avons donc pris en considération, pour caractériser plus précisément les cinq groupes à haut risque, quelques variables supplémentaires (voir le tableau 4.1).

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

Les personnes qui ont des symptômes dépressifs sont en moyenne un peu plus âgées dans le groupe de référence (groupe 1) que dans les groupes à risque, mais

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

Le sexe, qui n'apparaissait pas dans l'analyse parmi les attributs classificatoires, apparaît néanmoins ici comme un facteur important: les femmes sont nettement

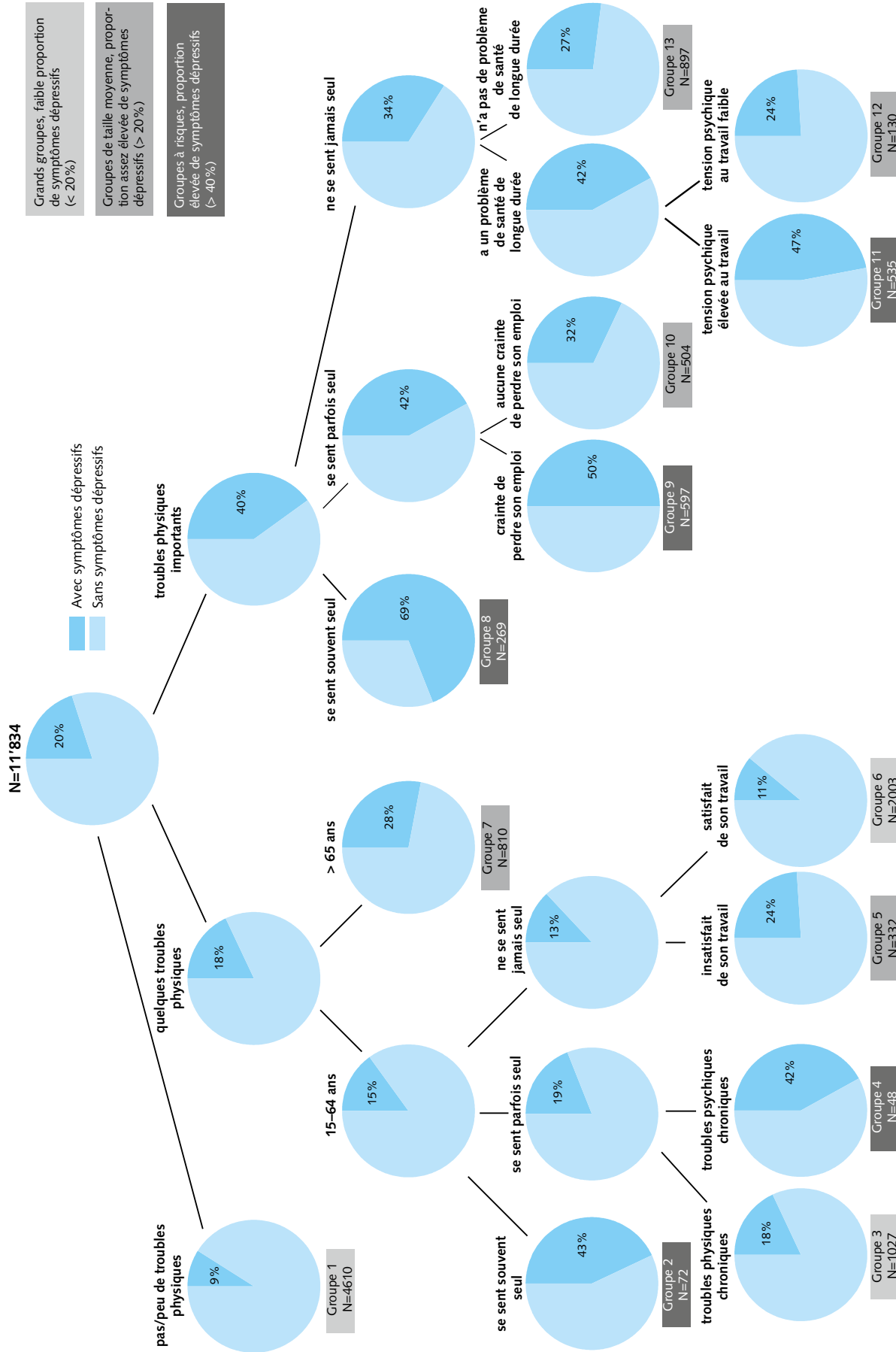
**Tab. 4.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence, (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007**

	Groupe 1 Pas/peu de troubles physiques (groupe de référence)	Groupe 2 Quelques troubles physiques, <65 ans, souvent seul	Groupe 4 Quelques troubles physiques, <65 ans, parfois seul, maladie chronique	Groupe 8 Troubles physiques importants, très seul	Groupe 9 Troubles physiques importants, parfois seul, peur de perdre son emploi	Groupe 11 Troubles physiques importants, pas de sentiment de solitude, maladie chronique, tension psychique importante au travail
Age moyen	50	40	45	48	50	61
Sexe féminin	43%	62%	43%	69%	71%	56%
Nationalité suisse	87%	69%	84%	75%	84%	92%
Dépression majeure	6%	54%	26%	47%	18%	11%
Nombre de symptômes dépressifs	4,2	6,6	6,5	7,9	6,5	5,3
Tension psychique élevée au travail	5%	60%	40%	80%	50%	27%
Sentiment moyen à élevé de maîtrise de la vie	71%	28%	29%	21%	38%	61%
Limitations importantes dans les activités quotidiennes	7%	22%	49%	45%	32%	42%
Pensées suicidaires	20%	58%	39%	60%	36%	32%
Traitements pour dépression, année écoulée	7%	29%	57%	53%	20%	15%
Nombre de visites chez le médecin, année écoulée	5	10	9	17	11	10
Séjours hospitaliers, année écoulée	14%	28%	11%	26%	20%	24%
Prise de somnifères, semaine écoulée	7%	28%	50%	35%	29%	26%
Prise d'antalgiques, semaine écoulée	29%	47%	25%	57%	49%	54%
Prise de tranquillisants, semaine écoulée	4%	8%	28%	36%	27%	19%
Prise d'antidépresseurs, semaine écoulée	9%	26%	56%	46%	25%	17%
Pratique du fitness, de la gymnastique, du sport (plusieurs fois par semaine ou tous les jours)	61%	33%	22%	32%	50%	44%

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse, 2007

Fig. 4.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)



surreprésentées, avec des proportions de 60 à 70%, dans quatre des cinq groupes à risque. Le groupe 4, en revanche, se compose davantage d'hommes. Le nombre moyen de symptômes dépressifs est relativement élevé dans les groupes à risque: 6 à 8 symptômes en moyenne sur un total possible de 10. Il n'est donc pas surprenant que la proportion de personnes présentant une dépression cliniquement significative (dépression majeure) y soit clairement élevée (11%) à très élevée (54%). A noter également les proportions très élevées de personnes ayant des pensées suicidaires: entre un tiers et deux tiers des personnes, selon les groupes, ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête.

La part des personnes ayant reçu un traitement médical pour la dépression au cours des douze mois précédant l'enquête varie, selon les groupes, entre 15 et 57%, la part de celles qui ont pris des antidépresseurs entre 17 et 56%. Vu le nombre en moyenne élevé de symptômes et la proportion très élevée de personnes souffrant d'une tension psychique importante, ces pourcentages sont peut-être le signe d'une prise en charge insuffisante. A noter également la proportion très élevée dans certains groupes de personnes qui prennent des tranquillisants. La prise de tranquillisants est, dans deux groupes, plus fréquente que la prise d'antidépresseurs. La fréquence des consultations médicales peut s'expliquer par les troubles physiques: selon l'importance de ces troubles, on compte de 9 à 17 consultations au cours de l'année précédant l'enquête. Un cinquième à un tiers des personnes (à l'exception d'un groupe) ont effectué au moins un séjour à l'hôpital.

Les limitations dans les activités quotidiennes sont assez fréquentes: de 22 à 49% des personnes, selon les groupes, disent avoir été limitées dans leurs activités pour des raisons de santé au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Les pourcentages sont à peu près les mêmes pour ce qui est de l'aptitude au travail, chez les personnes professionnellement actives. La part des personnes qui pratiquent le fitness ou un sport est globalement faible par rapport au groupe de référence – c'est compréhensible, vu les troubles physiques dont souffrent beaucoup de ces personnes, mais cette observation est potentiellement intéressante, compte tenu de l'effet antidépresseur de l'activité physique.

Le groupe 8, qui n'est caractérisé que par deux variables (troubles physiques importants et solitude), est particulièrement touché par les symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 80% des personnes subissent une tension psychique importante, 60% ont eu des pensées sui-

cidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête et près de la moitié remplissent les critères d'une dépression majeure. Ce sont fréquemment des femmes et des personnes qui ont rarement le sentiment de maîtriser leur vie, qui sont souvent limitées dans leurs activités et qui ont fréquemment consulté leur médecin au cours de l'année précédant l'enquête.

#### 4.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche

Les caractéristiques de ces groupes de population sujets aux symptômes dépressifs, établies par la méthode de l'arbre décisionnel, ne sont pas le fait du hasard. Les rapports que la dépression entretient avec les problèmes somatiques (chroniques), avec la solitude, avec les conditions de travail et avec les difficultés liées au vieillissement – comme facteurs de risque, comme problèmes concomitants ou comme conséquences des troubles dépressifs – sont assez bien documentés. Sur les relations étroites entre problèmes somatiques et dépression, voir également le chapitre 2 du présent rapport.

##### *Dépression et troubles physiques*

Symptômes dépressifs et douleurs physiques sont étroitement liés. Deux tiers environ des personnes dépressives disent avoir des troubles physiques et deux tiers de celles qui ont des problèmes physiques sont dépressives (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Romano & Turner, 1985). Chaque symptôme somatique supplémentaire double environ la probabilité qu'une personne souffre de troubles dépressifs (Kroenke et al., 1994). Trois quarts environ des patients dépressifs des médecins de famille décrivent leurs symptômes en des termes exclusivement physiques, ce qui complique considérablement le diagnostic (Bair et al., 2003). C'est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui, au lieu de parler d'abattement ou de tristesse, diront par exemple qu'elles ont des insomnies ou des idées de mort (Gallo et al., 1994). Par ailleurs, les personnes qui souffrent à la fois de douleurs physiques et de dépression ont, malgré un recours accru à la médecine, un pronostic nettement moins bon que les autres. La dépression nuit de manière significative au processus de guérison de maladies somatiques courantes comme les maladies cardio-vasculaires. La co-morbidité douleurs/dépression conduit en outre à des réductions particulièrement fortes de la mobilité, de l'activité et de l'aptitude au travail (Garcia-Campayo et

al., 2008). On sait d'ailleurs qu'il existe des liens biologiques entre la douleur physique et la dépression: la sensibilité à la douleur et la dépression sont influencées par les mêmes molécules chimiques (par exemple la sérotonine). Ainsi les antidépresseurs peuvent-ils diminuer aussi bien les symptômes dépressifs que la douleur (Bair et al., 2003; Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004). Enfin, il apparaît que la souffrance psychosociale (liée par exemple à l'exclusion ou à la solitude) est étroitement apparentée, neurobiologiquement, avec la douleur physique – les deux types de souffrance se manifestent dans la même région bien délimitée du cerveau (Eisenberger et al., 2003).

#### *Dépression et solitude*

La solitude et la dépression vont si souvent de pair qu'on peut se demander s'il s'agit de deux phénomènes distincts. L'analyse qui précède laisse plutôt penser qu'ils le sont: la solitude ne s'accompagne pas toujours de symptômes dépressifs. Des recherches récentes montrent qu'il s'agit vraisemblablement de deux phénomènes indépendants, mais qui exercent une forte influence l'un sur l'autre. Des études longitudinales ont montré que la solitude est un facteur de risque indépendant – par rapport à des caractéristiques sociodémographiques telles que le mariage, l'isolement social ou le stress (Cacioppo et al., 2006). Ce qui est déterminant, dans le sentiment de solitude, c'est la qualité des interactions sociales, non leur quantité. C'est essentiel en particulier chez les personnes âgées, dont la vie sociale s'appauvrit. Le risque de décès est deux fois plus élevé chez les personnes âgées qui souffrent à la fois de dépression et de solitude que chez celles qui ne souffrent que de l'une ou de l'autre (Stek et al., 2005); des interventions pourraient particulièrement se justifier dans ce domaine.

#### *Dépression et tension psychique au travail*

On sait qu'il existe des liens entre la tension psychique au travail et les troubles psychiques, en particulier la dépression. Plusieurs facteurs jouent à cet égard un rôle déterminant: rapport entre exigences et autonomie, qualité de l'environnement de travail, qualité de l'environnement social, maîtrise du travail, clarté des missions, rapport entre l'investissement personnel et la reconnaissance sociale, sans oublier la charge de travail elle-même. L'importance de ces facteurs peut varier selon les groupes de professions et selon la situation professionnelle (Godin et al., 2005; LaMontagne et al., 2008; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Paterniti et al.,

2002; Tennant, 2001). Ces facteurs de stress exercent une influence directe sur les troubles dépressifs, même si d'autres facteurs, liés par exemple à la personnalité, sont pris en compte.

#### *Dépression et peur de perdre son emploi*

L'insécurité de l'emploi et la peur de perdre son travail vont de pair avec une fréquence accrue des troubles psychiques, des troubles physiques et de l'absentéisme-maladie (Burchell, 1994; Ferrie, 2001; Ferrie et al., 1998; Ferrie et al., 2002; Heaney et al., 1994). Le passage d'une place de travail sûre à une place de travail moins sûre se traduit par une augmentation des symptômes dépressifs, lesquels ne reviennent pas à leur niveau antérieur quand la personne retrouve la sécurité de l'emploi. Une période prolongée d'insécurité de l'emploi est particulièrement néfaste pour la santé.

## 4.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

### 4.2.1 Introduction

Comme nous l'avons relevé au point 2.2.5 de ce rapport, la part des personnes présentant un excès de poids (mesuré à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC)) en Suisse s'établit ces dernières années à 40% environ de la population totale. Si cette valeur est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays – aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, plus de la moitié de la population serait actuellement en surpoids (voir OECD, 2009) –, elle est tout de même inquiétante étant donné les risques pour la santé induits par la surcharge pondérale (voir OFSP, 2007c; WHO, 2000). Plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années pour promouvoir «un poids corporel sain». Elles ont été regroupées récemment dans le «Programme national alimentation et activité physique 2008-2012», développé par l'Office fédéral de la santé publique et par d'autres organisations (OFSP, 2007c). Ce programme montre l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante pour conserver ou recouvrer un poids corporel sain.

Nous présentons ici une analyse des facteurs qui ont une incidence sur les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. Cette analyse s'appuie sur les résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007 concernant l'alimentation,

l'activité physique et le poids corporel et elle élargit la perspective, dans un but exploratoire, à d'autres aspects du mode de vie, des comportements individuels et de la situation sociale, considérés dans la littérature spécialisée (voir Eichholzer, 2003; OECD, 2009; OFS, 2007; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; WHO, 2000, 2003). Nous ne prendrons pas en considération des facteurs structurels généraux tels que l'offre de denrées alimentaires ou l'attitude de certains groupes affinitaires importants, car ces dimensions n'étaient pas incluses dans l'Enquête suisse sur la santé. Notre analyse s'appuie sur les chiffres relevés au niveau national. Le nombre d'observations au niveau cantonal étant insuffisant sur certains points, nous ne présenterons pas ici de résultats cantonaux.

#### 4.2.2 Méthode

Nos analyses et nos explications s'articulent de la manière suivante. Nous montrerons comment la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité varie en fonction de divers facteurs liés aux comportements et aux compétences dans le domaine de la santé. Nous élargirons ensuite la perspective pour examiner la question des rapports entre la surcharge pondérale et les inégalités sociales.

Les variables considérées sont l'activité physique, l'attention portée à l'alimentation, l'observation des recommandations nutritionnelles (5 portions de fruits et/ou légumes par jour), la consommation de viande et la consommation de liquides non alcoolisés (voir la figure 4.2). Si les rapports entre les trois premières de ces variables et la surcharge pondérale semblent clairs – on s'attend à ce qu'une activité physique plus intense, une plus grande attention portée à l'alimentation et une meilleure observation des recommandations nutritionnelles aillent de pair avec un poids corporel inférieur –, les rapports entre la surcharge pondérale et les deux autres variables – consommation de viande et consommation de liquides non alcoolisés – appellent quelques précisions. En ce qui concerne la consommation de viande, les spécialistes de l'alimentation établissent notamment un rapport entre les graisses (animales) et la surcharge pondérale (voir Eichholzer et al., 2005). Mais un paramètre lié au mode de vie pourrait également jouer un rôle: les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent en effet qu'il existe une corrélation entre la consommation de viande et un goût pour la bonne cuisine et pour une alimentation abondante, ce qui laisse supposer que la proportion de personnes en surcharge

pondérale est supérieure à la moyenne parmi les consommateurs réguliers de viande<sup>48</sup>. En ce qui concerne la consommation de liquides, l'OMS (WHO, 2003: p. 57) signale que les boissons sucrées pourraient entraîner une aggravation des problèmes de poids car, à valeur énergétique égale, elles sont moins rassasiantes que les aliments solides. Autrement dit, lorsque les boissons sucrées représentent une part importante de la consommation de boissons non alcoolisées, elles peuvent accentuer les problèmes de poids.

Nous considérerons ensuite les variables compétences de santé<sup>49</sup>, compétences de consommation, consommation d'alcool, charge physique au travail, et quelques variables comportementales (voir la figure 4.3). On peut s'attendre ici à ce que les personnes qui se soucient de leur alimentation, qui consomment peu d'alcool (dont l'apport énergétique est important) et qui sont physiquement actives auront en moyenne un poids corporel plus favorable (voir aussi WHO, 2003). Nous considérerons également les obstacles à une alimentation saine (nombre d'obstacles mentionnés par les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête) et la durée quotidienne des déplacements à pied ou à vélo: le premier de ces facteurs semble de nature à favoriser la surcharge pondérale, le second semble être plutôt favorable à un poids normal.

On peut supposer que ces différentes variables ne sont pas indépendantes les unes des autres. L'étape suivante de l'analyse consistera donc à déterminer au moyen d'un modèle statistique multivarié quelles corrélations sont assez fortes pour subsister lorsque l'on contrôle simultanément l'influence des autres variables. Il se pourrait, par exemple, que les variables de compétences en matière de santé et en matière d'alimentation mesurent à peu près la même chose et que leur rapport avec le poids corporel puisse se ramener en fait à une seule des deux variables. Pour tester ces questions, nous

<sup>48</sup> Invitées à citer, sur la base de dix réponses à choix, des obstacles possibles à une alimentation saine, 57% des personnes interrogées consommant souvent de la viande (au moins cinq fois par semaine) ont indiqué aimer «bien manger» et 21% ont répondu aimer «beaucoup manger». Parmi les personnes consommant rarement de la viande, les proportions sont respectivement de 25% et de 15% (n=12'788).

<sup>49</sup> Question ESS concernant les compétences en matière de santé: «On entend souvent dire que le système de santé devient de plus en plus compliqué. Avez-vous le sentiment de le connaître suffisamment pour vous y retrouver? Comment décririez-vous votre niveau de connaissances dans les deux domaines suivants:», réponses: très sûr(e) à très peu sûr(e).  
a) Comportement individuel en matière de santé (p.ex. alimentation, exercice physique)  
b) Habitudes de consommation (p.ex. achat d'aliments bons pour la santé, de compléments alimentaires, médicaments en vente libre)

établirons des modèles de régression logistique permettant d'évaluer le degré de corrélation entre les différentes variables et la surcharge pondérale ou l'obésité<sup>50</sup>.

### *Comportements individuels et inégalités*

Les comportements et les compétences individuelles en matière de santé ne sont pas les seuls facteurs à être en rapport avec le poids corporel. La littérature spécialisée montre qu'il existe des différences selon les groupes de population, par exemple entre les hommes et les femmes ou entre les personnes dont le niveau de formation est élevé et celles dont le niveau de formation est bas. Sont fréquemment mentionnés également des facteurs tels que l'accès aux denrées alimentaires, les possibilités d'exercer une activité physique, la publicité et les campagnes de marketing, le style de vie déterminé par le milieu culturel, les prédispositions génétiques et l'influence du milieu social proche (famille, amis, collègues de travail; voir à ce propos le point 1.2). Ces facteurs généraux, relevant du mésoniveau et du macroniveau, ne peuvent pas être analysés sur la base des données de l'ESS. Seuls pourront être étudiés ici les rapports entre la surcharge pondérale et les variables sociodémographiques et socio-économiques.

Soulignons que les facteurs socio-économiques peuvent influencer le poids corporel d'une personne soit directement, soit indirectement par l'influence qu'ils exercent sur les comportements et sur les compétences de santé. Parmi les effets directs, il faut distinguer entre les effets «réellement directs» et les effets «apparemment directs». L'effet est réellement direct lorsque des

différences physiologiques dans le bilan énergétique de l'organisme entraînent des différences de poids corporel. L'effet n'est qu'apparemment direct lorsque le poids corporel est influencé par des schémas de comportements caractéristiques d'un sexe ou d'une couche sociale, comportements que l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de mettre en évidence. Dans ce cas, l'effet est en réalité indirect (la situation sociale de la personne influence son comportement, qui à son tour exerce une influence sur le poids corporel), mais on ne peut pas le prouver parce que la variable comportementale n'a pas été considérée dans l'ESS.

Par ailleurs, les relations entre le milieu social, les comportements et le poids corporel n'obéissent généralement pas à un modèle simple et linéaire, selon lequel un statut social élevé entraînerait automatiquement de meilleures compétences de santé et des comportements plus favorables, qui à leur tour favoriseraient un poids corporel normal. Ce type de corrélation peut certes exister, mais d'autres facteurs peuvent exercer des influences contraires (voir Stamm & Lamprecht, 2010). Considérons par exemple une personne bien formée exerçant une profession de la santé. On peut supposer que cette personne connaîtra les relations qui existent entre l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel. Mais si son horaire de travail ne lui laisse pas suffisamment de temps pour acheter et préparer des aliments sains et pour pratiquer un sport, l'effet favorable de sa formation sera annulé par l'effet défavorable de ses conditions de travail. Nous ne pourrions pas analyser ici des corrélations aussi complexes, mais nous chercherons à examiner, au moyen d'un modèle de régression logistique, quelles corrélations sont les plus fortes lorsqu'on considère simultanément différentes caractéristiques sociales et comportementales.

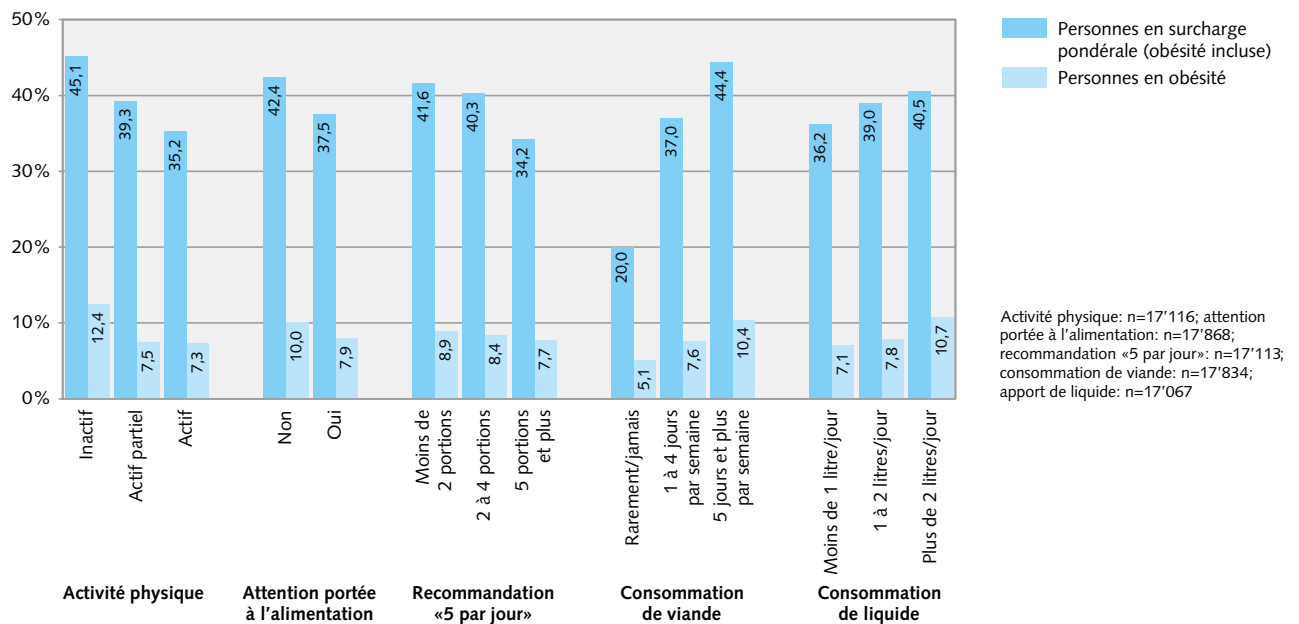
### **4.2.3 Résultats**

La figure 4.2 montre les liens qui existent entre divers aspects des comportements alimentaires et de l'activité physique et la proportion de personnes ayant des problèmes de poids. La part des personnes en surcharge pondérale ou obèses est plus faible parmi les personnes qui ont une activité physique régulière, qui font attention à leur alimentation et qui consomment souvent des fruits et des légumes, que dans le reste de la population. L'inverse s'observe pour la consommation de viande et l'apport en liquide: plus une personne mange de viande et plus elle absorbe de liquide, plus la probabilité qu'elle soit en surpoids est élevée.

<sup>50</sup> La régression logistique permet d'expliquer une variable dichotomique – dans le cas présent: «poids normal vs surcharge pondérale (obésité incluse)» ou «poids normal ou légèrement excédentaire vs obésité» – par une série de variables dites indépendantes. Les effets des variables indépendantes sont contrôlés simultanément, c'est-à-dire que l'on élimine les variables qui ne fournissent aucune explication ou dont la force explicative est moins grande que celle d'autres variables. Les critères d'élimination sont, d'une part, le degré de signification des coefficients et, d'autre part, les variations de la force explicative du modèle lorsque certaines variables sont éliminées (log-likelihood). Pour déterminer si certaines variables doivent ou non être éliminées, nous avons utilisé d'abord les données non pondérées de l'ESS 2007, car le degré de signification des corrélations augmente avec le nombre d'observations. Si on avait utilisé dès le départ les données pondérées, on aurait couru le risque d'obtenir des corrélations non pertinentes. Mais dans les modèles définitifs, les paramètres ont été calculés sur la base des données pondérées. Les tableaux qui suivent comportent l'indication des «odds ratios» (avec un intervalle de confiance de 99%). Leur interprétation est relativement simple. L'«odds ratio» indique la probabilité avec laquelle un événement (p. ex. la surcharge pondérale ou l'obésité) se vérifie pour une variable donnée, par rapport à un groupe de référence. Dans le tableau 4.2, par exemple, l'«odds ratio» de 1,81 pour les personnes qui ont de faibles compétences en matière de santé signifie que ces personnes sont presque deux fois plus souvent (1,8 fois) atteintes de surcharge pondérale que les personnes qui ont de bonnes compétences en matière de santé. Pour la consommation de viande, l'«odds ratio» de 0,31 indique que les personnes qui mangent rarement de la viande ont un risque de surpoids nettement moins élevé (trois fois moins élevé) que celles qui mangent de la viande cinq fois par semaine ou plus.

**Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation, Suisse, 2007 (18 ans et plus)**

Fig. 4.2



Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ( $p < 0,01$ ).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Ces observations ne constituent toutefois qu'une tendance. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée ne permettent pas toujours d'éviter la surcharge pondérale ou l'obésité. Il existe par ailleurs une certaine marge d'imprécision dans la mesure de la surcharge pondérale et de l'obésité. L'indice de masse corporelle (IMC: poids corporel en kg/taille en  $m^2$ ), est un critère simple pour distinguer les personnes de poids normal ( $IMC < 25 \text{ kg}/m^2$ ) des personnes en surcharge pondérale ( $25 \leq IMC < 30 \text{ kg}/m^2$ ) ou obèses ( $IMC \geq 30 \text{ kg}/m^2$ ), mais il néglige certains aspects de la problématique de la surcharge pondérale et de l'obésité (p. ex. la proportion de graisse dans le corps). Dans l'Enquête suisse sur la santé, l'IMC est en outre déterminé sur la base des informations fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner des distorsions.

Des problèmes de mesure se posent aussi pour l'activité physique et pour l'alimentation. Les indicateurs utilisés n'illustrent que de manière imparfaite les concepts d'«alimentation équilibrée» et d'«activité physique déterminante pour le poids». C'est le cas en particulier des indicateurs des comportements alimentaires. La fréquence de la consommation de fruits et de légumes ne renseigne pas sur le reste des habitudes alimentaires ni sur le bilan énergétique. Celui-ci peut être rompu, par exemple, si un morceau de chocolat est consommé avec

chaque pomme ou un morceau de fromage ou de pain avec chaque portion de légumes. En soi, consommer de la viande et des saucisses ne fait pas grossir, mais ce comportement est souvent associé, comme nous l'avons dit plus haut, à un mode de vie privilégiant une «alimentation abondante». Enfin, les résultats relatifs à la consommation de liquide semblent indiquer que les boissons sucrées ont bien, comme le suggère l'OMS (WHO, 2003), un effet défavorable sur le poids corporel.

#### *Compétences en matière de santé, mode de vie et poids corporel*

Plusieurs autres facteurs liés aux compétences individuelles et au mode de vie peuvent avoir une incidence sur le poids corporel. Les liens entre certains de ces facteurs et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité sont présentés dans la figure 4.3. On observe clairement un lien entre les compétences de santé et de consommation, et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité. On constate également que les personnes qui boivent plus d'alcool et celles qui mentionnent plus d'obstacles à une alimentation saine sont plus souvent que les autres en surcharge pondérale (mais ne sont pas forcément plus souvent obèses, du moins pour celles qui boivent plus d'alcool).

Pour la charge physique au travail, considérée comme un indicateur approximatif de la sédentarité, le rapport est exactement l'inverse de celui auquel on pouvait s'attendre: les personnes qui ont un travail physiquement éprouvant sont plus souvent en surpoids que celles qui exercent une activité professionnelle peu ou moyennement éprouvante, ce qui peut s'expliquer notamment par l'effet du niveau de formation ou du style de vie. Enfin, la figure 4.3 montre qu'il existe un lien entre les déplacements quotidiens à pied ou à vélo et le poids corporel.

Pour tous les indicateurs considérés dans les figures 4.2 et 4.3, la question se pose de savoir lesquelles ont, indépendamment d'autres facteurs, un rapport de corrélation particulièrement fort avec le poids corporel. Il se pourrait en effet que les indicateurs relatifs aux compétences individuelles et au mode de vie, présentés dans la figure 4.3, mesurent plus ou moins la même chose que ceux relatifs aux comportements alimentaires et à la

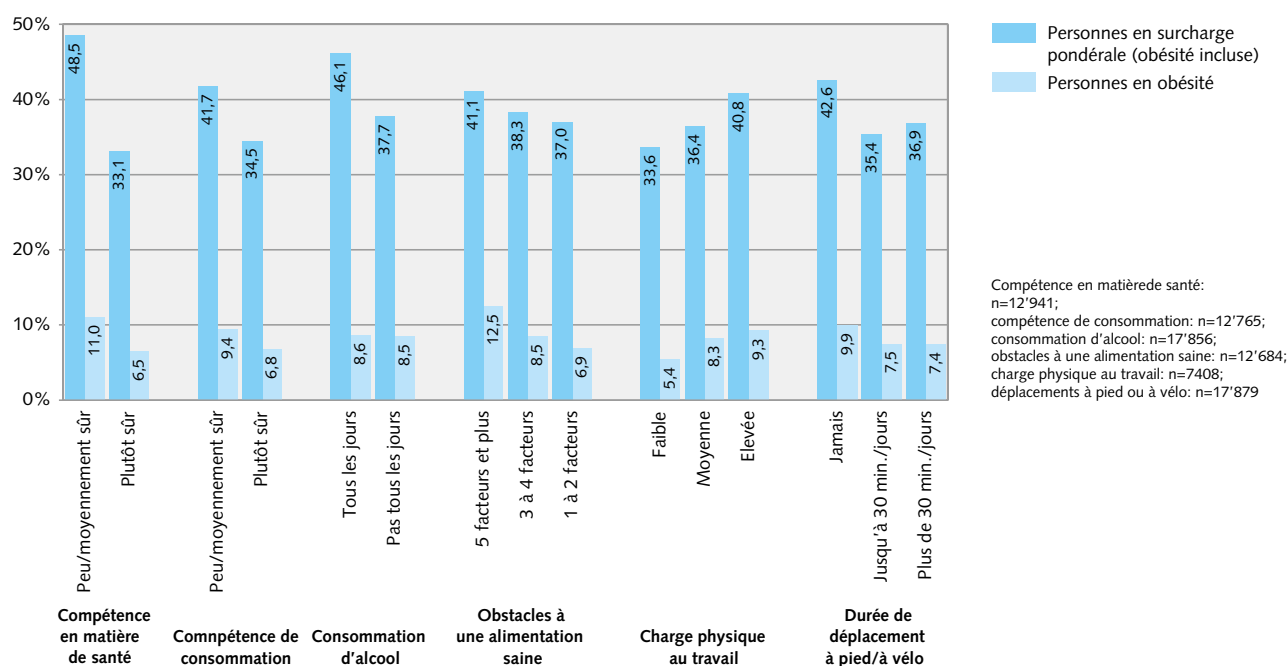
mobilité, présentés plus haut. Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un modèle de régression logistique multivarié, qui permet de tester simultanément les rapports entre ces différentes variables et l'excès de poids.

Le tableau 4.2 présente les résultats de cette analyse, qui peuvent se résumer comme suit:

- Des corrélations significatives existent entre la surcharge pondérale – éventuellement l'obésité – et l'activité physique, la consommation de viande, d'alcool et de liquide, les compétences de santé, le nombre mentionné d'obstacles à une alimentation saine et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo.
- L'absence d'activité physique, ou une activité seulement occasionnelle, et le sentiment de manquer de connaissances en matière de santé, vont de pair avec une probabilité plus élevée d'être atteint de surcharge pondérale ou d'obésité. Pour les autres variables, on observe les corrélations suivantes: plus la consommation de

**Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)**

**Fig. 4.3**



Définition des variables utilisées:

- Charge physique au travail (voir le point 3.2)

- Evaluation des compétences en matière de santé et de consommation: Les exemples cités dans la question concernant les connaissances en matière de consommation se réfèrent avant tout à l'achat d'aliments; cette question peut donc être considérée comme une approximation des connaissances en alimentation.

- Obstacles à une alimentation saine: réponses cumulées à la question: «De nombreuses personnes, dont vous faites peut-être partie, estiment qu'il est important de se nourrir sainement. Voyez-vous des obstacles pour quelqu'un voulant se nourrir sainement?».

Les personnes interrogées devaient indiquer pour 10 éléments s'il s'agissait d'un obstacle ou non.

- Déplacements à pied/à vélo: indice basé sur deux questions: moyens de locomotion pour les trajets quotidiens (à pied et/ou à vélo) et durée de ces déplacements (en min.).

- Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ( $p < 0,01$ ).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Tab. 4.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)**

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
<b>Comportements</b>	Activité physique	Inactif	1,21 (1,20–1,22)	1,76 (1,73–1,78)
		Actif partiel	1,20 (1,19–1,21)	1,08 (1,07–1,1)
	Habitudes alimentaires: 5 fruits/légumes par jour	<5 par jour	n.s.	n.s.
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,31 (0,31–0,32)	0,38 (0,36–0,39)
		1–4 fois/semaine	0,73 (0,72–0,73)	0,66 (0,65–0,67)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,74 (0,74–0,75)	n.s.
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	0,77 (0,77–0,78)	n.s.
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,53 (0,52–0,54)
3–4 facteurs		0,90 (0,89–0,91)	0,68 (0,67–0,68)	
Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,13 (1,13–1,14)	n.s.	
	1–30 min./jour	0,85 (0,85–0,86)		
<b>Compétences</b>	Attention portée à l'alimentation	Aucune attention	n.s.	n.s.
	Compétences de consommation	Peu ou moyennement sûr	n.s.	n.s.
	Compétences en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Constante		0,87	0,14
	R <sup>2</sup> de Nagelkerke		0,06	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

\* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre par jour et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour.

\*\* Intervalles de confiance avec  $p < 0,01$ ; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page du point 4.2.2.

liquide, d'alcool ou de viande est importante, et plus les obstacles mentionnés à une alimentation saine sont nombreux, plus la probabilité de surcharge pondérale, voire d'obésité, augmente<sup>51</sup>.

- La consommation d'alcool, la consommation de liquides non alcoolisés et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo sont corrélés avec la surcharge pondérale, mais pas avec l'obésité. On observe ici encore qu'une consommation accrue de liquide tend à être associée avec un poids corporel plus élevé, ce qui est probablement lié à l'absence de distinction entre boissons sucrées et boissons non sucrées.
- L'attention portée à l'alimentation, l'observation de la consigne «5 fruits et légumes par jour» et les compétences de consommation ne sont pas corrélées de manière significative avec la surcharge pondérale et avec l'obésité. Dans les analyses plus simples présen-

tées au point 3.2 et dans les figures 4.2 et 4.3, ces indicateurs paraissent être en rapport avec le poids corporel, mais dans le modèle multivarié leur influence apparente semble mieux s'expliquer par l'effet d'autres variables (voir aussi le point 4.2.4).

#### *Inégalités sociales et poids corporel*

Comme le montre la dernière ligne du tableau 4.2, les modèles multivariés ne contribuent que modérément à expliquer la fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité en Suisse. Cela est imputable à l'imprécision des mesures, comme nous l'avons dit plus haut, mais également, comme les résultats semblent l'indiquer, à l'influence d'autres facteurs. Faute de données concernant le niveau structurel supérieur, nous ne pouvons pas tester ici un modèle complet, mais nous pouvons examiner quelles corrélations existent entre le surpoids et des variables sociodémographiques et socio-économiques lorsqu'on considère simultanément l'influence des variables relatives aux comportements et aux compétences en matière de santé.

<sup>51</sup> Nous avons dû renoncer ici, en raison des dimensions de notre étude, à présenter les modèles tenant compte de la charge physique au travail. Lorsqu'on fait intervenir cette variable, le nombre de cas considérés baisse nettement, puisque l'analyse ne peut alors porter que sur les personnes actives. L'analyse confirme toutefois le résultat présenté dans la figure 4.3: une plus lourde charge physique au travail est souvent associée à un poids corporel plus élevé.

**Tab. 4.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)**

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
<b>Comportements et compétences de santé</b>	Activité physique	Inactif	1,12 (1,11–1,13)	1,51 (1,49–1,53)
		Actif partiel	1,22 (1,22–1,23)	1,07 (1,05–1,08)
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,41 (0,40–0,41)	0,41 (0,40–0,43)
		1–4 fois/semaine	0,78 (0,78–0,79)	0,66 (0,65–0,66)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,71 (0,70–0,71)	0,66 (0,66–0,67)
	Compétence en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,67 (1,66–1,68)	1,50 (1,48–1,51)
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	1,32 (1,31–1,33)	1,30 (1,28–1,32)
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,66 (0,66–0,67)	0,44 (0,43–0,45)
		3–4 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,66 (0,65–0,67)
Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,12 (1,10–1,12)	1,31 (1,30–1,33)	
	1–30 min./jour	0,90 (0,90–0,91)	0,94 (0,92–0,95)	
<b>Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques</b>	Sexe	Masculin	2,42 (2,40–2,43)	n.s.
	Age	18–34 ans	0,23 (0,23–0,24)	0,34 (0,34–0,35)
		35–49 ans	0,48 (0,48–0,49)	0,66 (0,65–0,67)
		50–64 ans	0,87 (0,84–0,86)	1,10 (1,08–1,12)
	Degré d'urbanisation	Ville	0,88 (0,87–0,89)	n.s.
	Formation	Scolarité obligatoire	1,88 (1,86–1,91)	1,86 (1,82–1,90)
		Degré secondaire II	1,16 (1,15–1,17)	1,56 (1,54–1,58)
	Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	1,29 (1,28–1,30)	1,33 (1,31–1,35)
		De 3000 à 4499 CHF	1,27 (1,26–1,28)	1,26 (1,25–1,29)
		De 4500 à 5999 CHF	1,11 (1,10–1,12)	0,99 (0,97–1,01)
Constante			0,59	0,10
R <sup>2</sup> de Nagelkerke			0,17	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Variabiles non significatives éliminées du modèle: attention portée à l'alimentation, recommandation «5 par jour», compétence de consommation, nationalité, sexe (seulement pour l'obésité), degré d'urbanisation (seulement pour l'obésité).

\* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour; sexe: féminin; âge: 65 ans et plus; degré d'urbanisation: campagne; formation: degré tertiaire; revenu d'équivalence du ménage: 6000 CHF et plus.

\*\* Intervalles de confiance avec  $p < 0,01$ ; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page du point 4.2.2.

Ce sont surtout l'âge et le sexe qui sont étroitement corrélés avec les comportements en matière de santé et avec le poids corporel. Le niveau de formation et la profession (catégorie socio-professionnelle) jouent aussi un rôle important, tandis que le revenu d'équivalence du ménage et la nationalité semblent secondaires.

La question est de savoir si ces facteurs exercent une influence indépendamment les uns des autres ou si leurs influences se recoupent, s'additionnent ou se compensent. Par exemple, il est possible que l'effet de la formation et de l'âge s'annulent – lorsque ces deux variables sont considérées simultanément – par suite de l'augmentation constante du niveau de formation en Suisse. Autrement dit, comme les jeunes en Suisse ont en

moyenne un niveau de formation supérieur à celui des personnes plus âgées, il se pourrait que ces deux variables mesurent à peu près la même chose et qu'elles se neutralisent. La question peut être examinée à l'aide d'un modèle statistique multivarié dans lequel les effets des variables considérées sont testés en contrôlant simultanément les autres variables.

Le tableau 4.3 présente les résultats de cette analyse pour la surcharge pondérale (obésité incluse) et pour l'obésité seule. Il suffit de considérer l'ordre de grandeur des «odds ratios» pour constater le rôle particulièrement important que jouent la consommation de viande, les compétences de santé, l'âge, le sexe (seulement pour la surcharge pondérale) et la formation. Mais il faut noter



une fois encore que ces corrélations pourraient être liées à des aspects du mode de vie qui n'ont pas été pris en considération: par exemple, une forte consommation de viande pourrait refléter un mode de vie caractérisé par une nourriture abondante ou des préférences spécifiques au sexe ou à la génération pour certaines formes d'alimentation ou d'activité physique.

Les autres variables considérées dans le tableau ont un effet assez faible, voire nul, lorsque l'effet des autres caractéristiques est corrigé simultanément. Les facteurs consommation de liquide et consommation d'alcool méritent ici encore d'être relevés: les personnes qui consomment peu de liquides non alcoolisés – donc peu de boissons sucrées – tendent à être plus rarement en surcharge pondérale ou obèses. Celles qui consomment rarement de l'alcool tendent plutôt à être en surpoids, si l'on contrôle simultanément les autres facteurs – ce qui contredit les résultats bivariés présentés plus haut. Une analyse plus approfondie montre, pour la consommation d'alcool, des corrélations différentes selon les sexes: chez les hommes, une forte consommation d'alcool est généralement associée à une proportion élevée de personnes en surcharge pondérale; chez les femmes, la relation est inverse. Enfin, il est intéressant de constater que le poids corporel ne présente plus ici de corrélation significative avec l'observation de la consigne «5 par jour», avec l'attention portée à l'alimentation et avec les compétences de consommation.

#### 4.2.4 Discussion

Les modèles statistiques expliquent près de vingt pour cent des différences observées dans la distribution de la surcharge pondérale, et environ la moitié pour l'obésité. Ces proportions sont importantes si l'on considère la simplicité des méthodes de mesure des différentes variables (auto-évaluation du poids corporel, relevé probablement trop sommaire de la consommation de liquide, etc.) et la complexité de leurs interactions, dont les modèles ne peuvent rendre compte qu'imparfaitement.

Les résultats présentés dans ce chapitre concordent avec ceux publiés dans la littérature spécialisée. De nombreuses études montrent que divers facteurs sociodémographiques et socio-économiques exercent une influence considérable sur le poids corporel, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du mode de vie et des compétences individuelles dans le domaine de la santé (voir p. ex. Eichholzer, 2003; Stamm & Lamprecht, 2009a). Nos résultats correspondent également aux ordres de grandeur attendus en ce qui concerne les rap-

ports entre le surpoids et les compétences de santé, l'activité physique, les obstacles à une alimentation saine et la surcharge pondérale, (voir OECD, 2009; OFS, 2006; WHO, 2003).

L'évaluation des résultats concernant l'attention portée à l'alimentation et les comportements alimentaires est un peu plus délicate. Le fait que la corrélation entre le poids corporel et l'observation de la consigne «5 par jour», le souci d'une alimentation saine et les compétences de consommation, disparaisse dans un modèle multivarié ne laisse pas d'étonner, tant les recommandations destinées à favoriser un poids corporel semblent raisonnables (voir OFSP, 2007c, 2008a; WHO, 2003). Comme nous l'avons indiqué, ces résultats surprenants pourraient s'expliquer en grande partie par la simplicité des méthodes de mesure utilisées. Les comportements alimentaires devraient assurément faire l'objet d'une description plus précise, comme celle qui est prévue dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS), programmée par l'OFSP pour 2012. Les résultats présentés plus haut indiquent qu'une plus forte consommation de liquides non alcoolisés est fréquemment associée à un poids corporel plus élevé. Ce n'est que lorsque nous disposerons de données plus précises sur la composition des liquides consommés que nous pourrions apprécier correctement ce résultat (voir aussi WHO, 2003). Même remarque pour la consommation de viande: il est probable que c'est moins la viande en elle-même que certains aspects du mode de vie des personnes qui consomment fréquemment de la viande qui expliquent la corrélation entre cet indicateur et la surcharge pondérale. Les analyses que permettra le projet NANUSS, ainsi que les résultats de plusieurs évaluations portant sur les programmes de prévention de la surcharge pondérale actuellement en cours, permettront d'éclaircir ces questions.

En conclusion, il convient de souligner que, si les corrélations observées sont souvent modestes, elles ne doivent cependant pas être sous-estimées, car elles peuvent, en s'additionnant, produire des effets considérables. On peut le montrer en comparant deux groupes de population opposés. Le groupe des femmes jeunes (jusqu'à 34 ans) qui mangent rarement de la viande, qui bénéficient de compétences élevées en matière de santé et qui pratiquent des activités physiques (n=99), ne comporte que six pour cent de personnes en surcharge pondérale et une part négligeable de personnes obèses. Le groupe opposé, celui des hommes de 50 ans ou plus qui n'ont pas d'activité physique, qui ont de faibles compétences en matière de

santé et qui consomment beaucoup de viande (n=54), comporte 67% de personnes en surcharge pondérale, et parmi elles plus de la moitié (36%) sont obèses. Cet exemple simple montre que même des corrélations qui, prises isolément, semblent relativement faibles, peuvent prendre une importance considérable lorsque les différents facteurs se combinent. Cette conclusion suggère aussi que les stratégies «multidimensionnelles» actuellement adoptées dans la prévention de la surcharge pondérale vont dans le bon sens: il ne semble pas y avoir de «panacée» contre la surcharge pondérale, mais les approches axées d'une part sur la sensibilisation et sur les comportements, d'autre part sur les aspects relationnels et structurels, s'annoncent prometteuses.

### 4.3 Résumé

#### *Symptômes dépressifs*

Les symptômes dépressifs subcliniques, qui peuvent être les signes avant-coureurs d'une dépression ultérieure, sont très répandus dans la population. Sans gravité pour les personnes qui jouissent d'une bonne santé physique et d'une bonne intégration sociale et professionnelle, ces symptômes ne doivent pas être sous-estimés comme signes précurseurs de maladies dépressives plus sévères. Pour identifier des groupes spécifiques de population particulièrement exposés au risque de dépression, on a procédé, sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé, à une analyse de classification qui a mis en évidence plusieurs groupes à haut risque. Ces résultats mériteraient d'être étudiés dans le cadre de projets plus approfondis ou, pour ce qui est de leurs conséquences pratiques, dans le cadre des projets existants («Alliance contre la dépression» ou projets analogues).

Les groupes à risque qui ont été identifiés se caractérisent par une tension psychique élevée, par des pensées suicidaires fréquentes, par des limitations marquées dans les activités quotidiennes et par un recours relativement important au système de santé. Quelques caractéristiques permettent de répartir les personnes atteintes de symptômes dépressifs en des groupes clairement définis. La concomitance de troubles physiques importants et d'un sentiment de solitude marqué, par exemple, définit un groupe de population dans lequel 70% des personnes déclarent avoir des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 45% des personnes remplissent les critères d'une dépression clinique, 80% sont soumises à une tension psychique importante, 60% ont pensé au suicide au

cours des deux semaines précédant l'enquête et 49% sont limitées dans leurs activités quotidiennes. Globalement, les facteurs suivants sont déterminants: troubles et douleurs somatiques (chroniques), sentiment de solitude, insécurité de l'emploi, insatisfaction au travail et tension psychique au travail. Même si les relations entre la dépression et ces facteurs sont complexes et dynamiques, nos résultats montrent dans quels domaines des mesures de prévention secondaire ou de dépistage peuvent s'avérer utiles (de telles mesures existent en partie déjà). Il est possible d'agir au niveau des traitements des médecins généralistes, éventuellement dans le cadre des services destinés aux personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (p. ex. au travers des soins à domicile), sur le lieu de travail, et peut-être aussi dans les quartiers d'habitation. Nos résultats indiquent enfin qu'il faut bien réfléchir au degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Il existe des groupes de population importants où la proportion de personnes dépressives est faible, des groupes de taille moyenne où la proportion de personnes dépressives est moyenne ou supérieure à la moyenne et des groupes restreints présentant des proportions très élevées de personnes dépressives. Des mesures ciblées seraient de nature à apporter une aide accrue surtout aux groupes de population moyennement touchés (intervention précoce) et aux groupes à risque (prévention secondaire).

#### *Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales*

Sur la base des résultats relatifs à l'alimentation, à l'exercice physique et au poids corporel, des corrélations ont été établies avec d'autres aspects des compétences de santé, du mode de vie et de la situation sociale; l'importance respective de ces facteurs a été testée au moyen d'un modèle statistique multivarié.

L'analyse montre que le poids corporel est influencé par différents aspects des compétences auto-déclarées et des comportements dans le domaine de la santé, mais aussi et surtout par des facteurs sociaux, et en particulier par l'âge et le sexe. Ces conclusions concordent avec les résultats de nombreuses études sur le sujet. Les modèles statistiques expliquent près de 20 pour cent des différences observées pour la surcharge pondérale, et environ la moitié des différences observées pour l'obésité. Il est surprenant de constater que les effets des comportements alimentaires et de l'activité physique semblent faibles. On ne peut toutefois pas en conclure que les interventions actuelles axées sur ces comportements

n'auront qu'une efficacité limitée. Contre une telle conclusion, on peut avancer premièrement que les résultats de l'Enquête suisse sur la santé manquent de précision dans le domaine des comportements alimentaires et de l'activité physique. Des données plus précises, permettant également de définir l'apport énergétique global, seront disponibles dans quelques années dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS) de l'OFSP. Deuxièmement, on observe des liens indéniables entre les comportements alimentaires, l'exercice physique, divers aspects du mode de vie et le poids corporel d'une part, la situation sociale et les conditions de vie d'autre part. Il convient d'en tenir compte dans les interventions visant à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante; il semble souhaitable de développer des mesures spécifiques en fonction des conditions de vie et des facteurs contextuels des groupes de population visés.

# 5 Recours aux services de santé

Stéphane Luyet, Marcel Widmer, Hélène Jaccard Ruedin et France Weaver

Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé par la population tessinoise en fonction de ses caractéristiques sociodémographiques et de son état de santé auto-rapporté. Une étude de l'Observatoire de la santé montre que les principaux facteurs associés au recours aux soins sont l'âge, le sexe et l'état de santé auto-évalué: les femmes, les personnes âgées et celles jugeant leur état de santé mauvais ont la plus forte probabilité de recourir à des soins (Jaccard Ruedin et al., 2007). La nationalité et le niveau d'éducation ou le niveau économique (estimé au travers du niveau de formation ou du revenu d'équivalence du ménage) sont plutôt associés au recours au spécialiste ou à certaines interventions chirurgicales, comme par exemple l'ablation des amygdales plus élevée parmi les Suisses ayant un niveau élevé d'éducation (Bisig et al., 2004; Domenighetti & Bisig, 1995; Domenighetti & Casabianca, 1997; Domenighetti et al., 1989). Ce chapitre reprend donc ces différentes variables sans toutefois procéder à une analyse multivariée, qui examinerait l'influence spécifique de chacune d'entre elles. En principe, seules les différences importantes sont mentionnées dans le texte.

Dans le rapport «La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002» (Obsan, 2006), le recours aux services de santé était examiné pour la Suisse romande et le Tessin ensemble, sans étudier précisément le recours dans chaque canton. Dans le présent rapport, les services de santé retenus sont les mêmes que dans ce précédent rapport mais les perspectives choisies diffèrent parfois, limitant les possibilités de comparaisons temporelles. Il aurait été intéressant d'examiner le recours simultané à différents services, mais une telle analyse aurait dépassé le cadre de ce travail. L'on aborde donc séparément le recours aux services suivants, durant les douze mois précédant l'enquête:

- Consultations médicales en cabinet,
- Tests de dépistage des maladies chroniques ou des cancers et vaccination contre la grippe,
- Médecine complémentaire,
- Services hospitaliers, ambulatoires et intra-muros,
- Aide à domicile (services Spitex et aide informelle).

## 5.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'Enquête suisse sur la santé est la seule source de données qui fournisse des indications sur la population qui ne fait pas appel aux services de santé, soit parce qu'elle n'en a pas besoin, mais peut-être aussi parce qu'elle n'y a pas accès. C'est pourquoi cette première partie examine spécifiquement la population qui n'a pas consulté de médecin (spécialiste et gynécologue inclus) au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau 5.1). Pour rappel, tous les résultats se basent sur des données auto-rapportées par les personnes interrogées.

Parmi la population tessinoise, 89,9% des répondants déclarent avoir un médecin de famille. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle de la population suisse, dont 87,9% rapporte avoir un médecin de famille.

*Un cinquième de la population tessinoise rapporte ne pas avoir consulté de médecin dans les douze mois précédant l'enquête*

Dans le Canton du Tessin presque une personne sur cinq dit ne pas avoir consulté de médecin en cabinet durant les douze mois précédant l'enquête, une proportion comparable à la moyenne suisse (21,1% vs 21,6%). Les proportions observées au Tessin restent comparables aux valeurs suisses pour les deux sexes. En d'autres termes, la population tessinoise fait appel à un médecin dans les mêmes proportions que la population suisse.

*La part des personnes ne consultant pas diminue avec l'âge*

D'une manière générale, les Tessinois âgés de moins de 34 ans ou de plus de 65 ans sont plus nombreux à ne pas faire appel au médecin que les Suisses de la même catégorie d'âge (respectivement 26,1% vs 23,9% et 13,9% vs 11,3%). L'inverse s'observe pour la population âgée de 35 à 64 ans, avec une part légèrement plus basse

dans le Canton du Tessin qu'au niveau suisse (35–49 ans: 24,7% vs 26,0%, n.s. et 50–64 ans: 17,8% vs 20,7%, n.s.).

La part de la population tessinoise de nationalité suisse disant ne pas avoir consulté est comparable à celle observée sur le plan national. Par contre, la population tessinoise de nationalité étrangère ne consultant pas est moins importante qu'au niveau national (21,3% au Tessin vs 25,2% en Suisse, n.s.). Parmi les personnes qui disent ne pas avoir de médecin de famille, près d'une personne sur deux ne mentionne pas de consultation tandis que, parmi celles qui disent avoir un médecin de

famille, cette part n'est que d'une personne sur cinq. Les proportions observées au Tessin sont comparables à celles observées en Suisse.

En comparaison avec la Suisse romande ou alémanique, la part des personnes qui ne consultent pas est légèrement plus basse dans le Canton du Tessin, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

La figure 5.1 révèle qu'un habitant du Canton du Tessin sur trois (33,1%) mentionnant souffrir de quelques troubles physiques (selon l'indice de troubles physique défini au point 2.2.2), dit ne pas avoir consulté de médecin durant l'année précédant l'enquête, une proportion

**Tab. 5.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

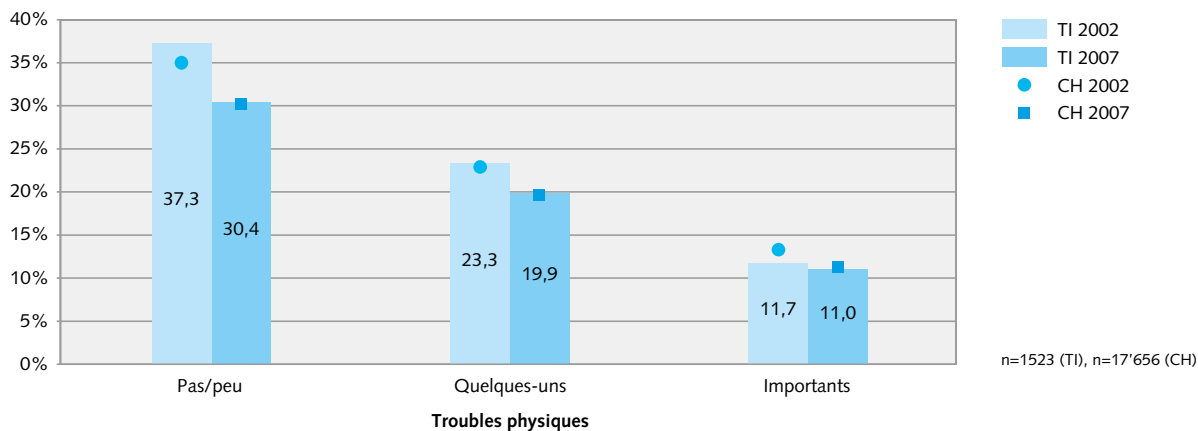
		TI	CH
<b>Total</b>		21,1	21,6
<b>Sexe</b>	Femmes	15,0	14,8
	Hommes	28,2	28,7
<b>Classes d'âge</b>	15–34 ans	26,1	23,9
	35–49 ans	24,7	26,0
	50–64 ans	17,8	20,7
	65 ans et plus	13,9	11,3
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	19,6	19,7
	Degré secondaire II	21,7	21,6
	Degré tertiaire	20,5	22,4
<b>Nationalité</b>	Suisses	21,1	20,7
	Etrangers	21,3	25,2
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	19,4	22,5
	De 3000 à 4499 CHF	21,1	20,9
	De 4500 à 5999 CHF	19,6	20,2
	CHF 6000 et plus	22,1	20,8
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	21,0	20,9
	Campagne	21,7	23,5
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	24,0	23,8
	Moyenne à très mauvaise	(7,5)	5,2
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	30,4	30,2
	Quelques troubles	19,9	19,7
	Troubles importants	11,0	11,3
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	18,8	18,9
	Non	42,9	41,3
<b>S'est rendu aux urgences d'un hôpital</b>	Oui	.	5,3
	Non	23,4	23,4
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>21,1</b>
	<b>Suisse</b>		<b>21,6</b>
	Suisse romande		21,3
	Suisse alémanique		21,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
n=1523 (TI), n=18'177 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )

**Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)**

**Fig. 5.1**


Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête.

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

comparable à celle observée en Suisse (32,9%). Cette part tombe à près d'une personne sur dix (11,5%) dans le cas de troubles importants, proportion également comparable à celle observée en Suisse (n.s.). Au niveau suisse, il semble y avoir peu de personnes qui considèrent leur état de santé comme mauvais (5,2%, tableau 5.1) et qui n'aient pas consulté (en ce qui concerne le Canton du Tessin, le nombre d'observations est insuffisant).

Les Tessinoises sont moins nombreuses que les Tessinois à ne pas consulter lorsqu'elles souffrent de peu de troubles (22,5% vs 35,5%) ou de troubles importants (8,6% vs 17,1%; n.s.). La même différence, significative, est observée sur le plan suisse (peu de troubles: 21,4 vs 36,2% et troubles importants: 9,3% vs 14,9%).

*La part de la population qui dit ne pas avoir consulté de médecin a diminué depuis 2002 mais cette diminution dépend de la sévérité des troubles*

Depuis 2002, la part de la population qui dit ne pas avoir consulté a diminué tant dans le Canton du Tessin (25,9% à 21,1%) qu'au niveau suisse (25,3% à 21,6%). Dans le Canton du Tessin, cette baisse est plus importante pour les hommes que pour les femmes (-5,1% vs -4,7% de baisse). Cette diminution est plus marquée parmi les personnes qui déclarent souffrir de peu de troubles physiques (-6,9% de baisse, figure 5.1).

*La moitié de la population qui a consulté un médecin durant les douze mois précédant l'enquête a consulté entre une et trois fois*

Cette partie se concentre uniquement sur la population qui mentionne avoir consulté au moins une fois un médecin en cabinet (médecin de famille, médecin généraliste, médecin gynécologue et médecin spécialiste<sup>52</sup>). Si l'on examine le nombre rapporté de consultations par habitant on constate dans tous les cantons, y compris le Tessin, que la moitié de la population *qui consulte*, consulte trois fois ou moins dans l'année. Cette intensité correspond à l'intensité médiane des consultations en cabinet. L'intensité moyenne des consultations en cabinet par habitant dans le Canton du Tessin est pour sa part comparable à la moyenne suisse (5,1 visites par année vs 5,2, n.s.). Le fait que l'intensité moyenne soit supérieure à l'intensité médiane s'explique par le fait que certains habitants mentionnent un nombre particulièrement élevé de consultations. Dans le tableau 5.2, l'analyse du recours selon les variables sociodémographiques est réalisée pour trois groupes de patients:

Consulte peu:	une à deux consultations;
Consulte modérément:	trois à cinq consultations;
Consulte beaucoup:	six consultations et plus.

Pour l'ensemble de la population qui dit avoir consulté, les différences entre le Tessin et la Suisse sont relativement faibles. Entre 35 et 64 ans, les Tessinois sont

<sup>52</sup> Le questionnaire parle de médecin généraliste ou de médecin spécialiste sans en préciser la définition.

**Tab. 5.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin selon l'intensité des consultations, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)**

		TI				CH			
		1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total	1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total
<b>Total</b>		35,5	23,9	19,4	78,9	34,2	23,8	20,4	78,4
<b>Sexe</b>	Femmes	33,3	28,2	23,4	85,0	33,0	27,4	24,8	85,2
	Hommes	38,1	19,0	14,7	71,8	35,5	20,1	15,7	71,3
<b>Classes d'âge</b>	15-34 ans	36,8	21,4	15,7	73,9	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 ans	41,0	19,9	14,4	75,3	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 ans	35,6	23,5	23,1	82,2	33,0	24,6	21,8	79,3
	65 ans et plus	27,0	32,8	26,3	86,1	28,4	30,2	30,1	88,7
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	30,1	24,8	25,4	80,4	30,5	23,5	26,3	80,3
	Degré secondaire II	35,9	24,2	18,2	78,3	34,3	24,1	20,0	78,4
	Degré tertiaire	39,2	22,2	18,1	79,5	35,9	23,3	18,3	77,6
<b>Nationalité</b>	Suisses	37,6	24,8	16,5	78,9	34,4	24,4	20,5	79,3
	Etrangers	29,8	21,4	27,5	78,7	33,5	21,4	19,9	74,8
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	35,0	23,7	21,8	80,6	33,6	23,1	20,8	77,5
	De 3000 à 4499 CHF	36,6	23,5	18,8	78,9	34,0	25,1	20,1	79,2
	De 4500 à 5999 CHF	37,4	23,9	19,1	80,4	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 et plus	36,8	27,3	13,7	77,9	35,8	24,2	19,1	79,1
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	34,7	24,8	19,5	79,0	34,2	24,2	20,7	79,1
	Campagne	39,8	19,6	18,9	78,3	34,3	22,8	19,4	76,5
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	39,8	24,0	12,3	76,0	36,9	23,9	15,4	76,2
	Moyenne à très mauvaise	15,2	23,9	53,5	92,5	14,2	23,7	56,9	94,8
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	35,6	25,7	19,9	81,2	34,2	25,2	21,7	81,1
	Non	34,8	(7,8)	(14,6)	57,2	34,1	14,0	10,6	58,7
<b>S'est rendu aux urgences d'un hôpital</b>	Oui	24,8	30,9	39,1	92,6	25,0	28,9	40,8	94,7
	Non	37,1	23,0	16,5	76,6	35,3	23,3	18,1	76,6

Moyenne des consultations médicales par habitant		Population totale			Uniquement la population qui a consulté un médecin		
		Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>4,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>5,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
	<b>Suisse</b>	<b>4,1</b>	<b>2,3*</b>	<b>1,8</b>	<b>5,2</b>	<b>2,9*</b>	<b>2,3</b>
	Suisse alémanique	4,1	2,4*	1,7	5,2	3,1*	2,1
	Suisse romande	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1523 (TI), n=18'760 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p &lt; 0,05)

plus nombreux que les Suisses à consulter peu, mais cette différence n'est pas significative. A partir de 65 ans, les Tessinois sont moins nombreux que les Suisses à consulter beaucoup (n.s.). Avant 65 ans, les personnes ne mentionnant qu'une à deux consultations par année représentent la part la plus importante, autant au Tessin qu'en Suisse, et, plus la population vieillit, plus la part des personnes consultant peu baisse et plus celle des personnes consultant beaucoup augmente.

On observe également peu de différences entre le Tessin et la Suisse lorsque l'on examine l'intensité du recours selon le sexe. La différence la plus marquée concerne la part des hommes consultant peu, plus élevée au Tessin qu'en Suisse, mais cette différence n'est pas significative (38,1% vs 35,5%). La même situation se retrouve lorsque l'on examine le recours selon le niveau de formation: les différences entre le Tessin et la Suisse sont minimes. Seule la part des Tessinois avec un niveau

de scolarité tertiaire consultant peu est plus élevée que sur le plan suisse, sans que cette différence ne soit significative (39,2% vs 35,9%).

Sur le plan suisse, la part de personnes consultant beaucoup est la plus faible parmi les personnes ayant un niveau de formation plus élevé, ce qui peut s'expliquer par le fait que la part de personnes mentionnant un état de santé bon à très bon est plus importante dans cette catégorie (chapitre 2.1). D'ailleurs, plus de la moitié des Tessinois et des Tessinoises qui estiment leur état de santé mauvais à très mauvais disent avoir consulté six fois ou plus un médecin. Il est surprenant d'observer que 12,3% des personnes qui estiment être en bonne santé ont consulté beaucoup (6 fois et plus), soit environ une personne sur dix.

La différence entre le Canton du Tessin et la Suisse concerne essentiellement le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille, significativement plus bas au Tessin qu'en Suisse, autant pour l'ensemble de la population que pour la population qui consulte. La même différence s'observe avec la Suisse alémanique, où le recours au médecin de famille est significativement plus élevé. Les valeurs concernant le nombre moyen de visites chez le médecin spécialiste sont légèrement plus élevées au Tessin qu'en Suisse (n.s).

Parmi la population qui dit souffrir de peu de troubles physiques, on observe une part plus élevée au Tessin qu'en Suisse de personnes consultant peu (43,7% vs

40,4%) et une part plus faible de personnes consultant modérément ou beaucoup (16,8% vs 18,9% et 9,2% vs 10,5%). L'intensité des consultations pour les personnes mentionnant quelques troubles ou des troubles importants est pour sa part comparable aux valeurs nationales (figure 5.2). Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

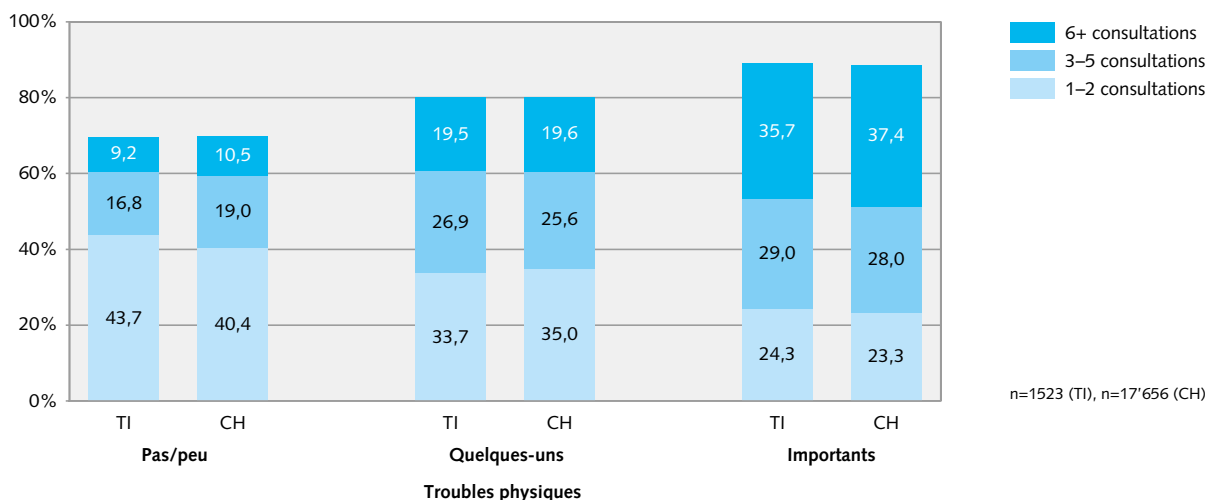
*L'intensité des consultations selon le sexe observée au Tessin est comparable à celle observée au niveau suisse*

En ce qui concerne l'intensité des consultations selon le sexe, les différences entre le Canton du Tessin et la Suisse sont peu marquées. Les Tessinois mentionnant des troubles importants consultent en moyenne 7,1 fois un médecin, alors qu'au niveau suisse, les hommes de la même catégorie consultent un médecin en moyenne 7,5 fois. Cette différence, comme celles que l'on observe entre le Tessin et la Suisse pour les autres catégories de troubles physiques ventilées selon le sexe, ne sont pas significatives (figure 5.3). Au niveau cantonal, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter lorsqu'elles souffrent de peu ou de quelques troubles tandis que les hommes sont plus nombreux que les femmes à consulter lorsqu'ils souffrent de troubles importants. Ces différences ne sont pas significatives.

Lorsque l'on examine le nombre moyen de consultations rapportées en fonction du niveau de scolarité, on note une tendance inverse selon le sexe. Chez les

**Intensité des consultations selon les troubles physiques**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007  
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

**Fig. 5.2**



Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas.

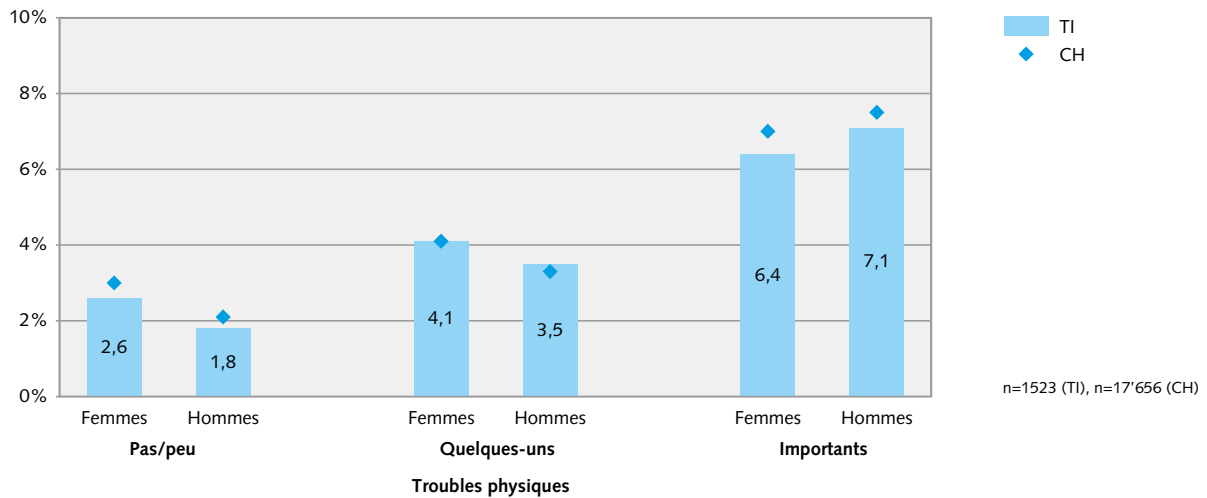
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)



**Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

**Fig. 5.3**



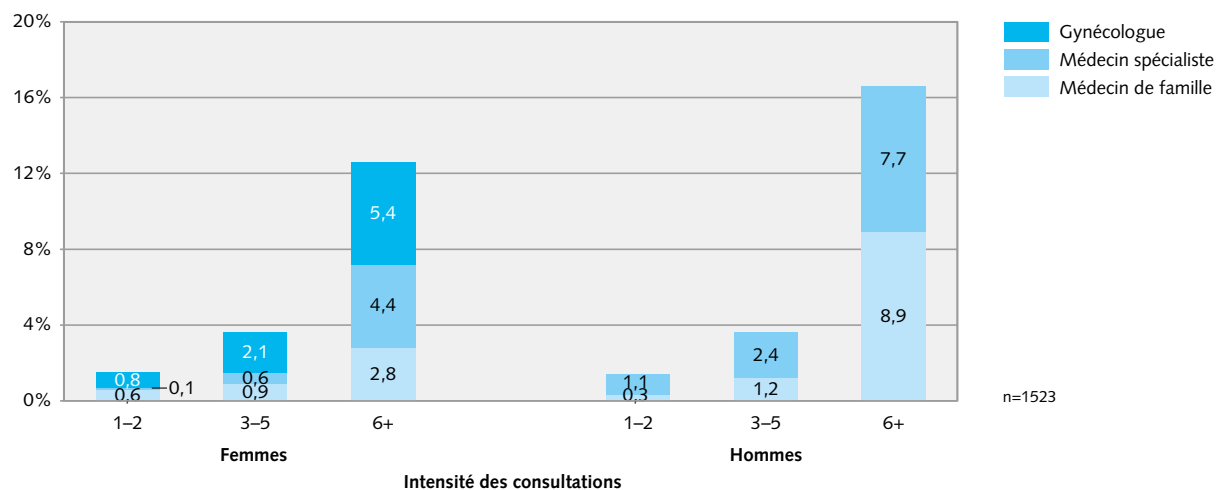
Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, Canton du Tessin, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

**Fig. 5.4**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

femmes, les Tessinoises ayant accompli leur scolarité obligatoire consultent une fois de moins par année que l'ensemble des Suissesses. Cette différence s'inverse lorsque le niveau de formation augmente: les Tessinoises ayant un niveau de formation de niveau tertiaire consultent en moyenne 0,4 fois plus souvent un médecin que l'ensemble des Suissesses. Par contre, les Tessinois ayant accompli leur scolarité obligatoire consultent 1,1 fois plus souvent un médecin que l'ensemble des Suisses avec le même niveau de formation, tandis que ceux ayant une

formation de niveau tertiaire consultent 0,4 fois moins que l'ensemble des Suisses. Toutes ces différences sont non significatives (pas de tableau ou figure).

*Depuis 2002, le recours au médecin spécialiste a augmenté*

Si on prend le total des consultations, par rapport à 2002, le nombre moyen de consultations par habitant a augmenté au Tessin (de 3,6 en 2002 à 4,1 en 2007) et

en Suisse (de 3,7 à 4,1). Ces changements ne sont pas statistiquement significatifs, à l'exception de la hausse du nombre moyen de consultations chez le spécialiste rapporté par les femmes tessinoises (de 0,8 à 1,3).

En 2007, les femmes qui disent consulter peu, consultent plus le médecin de famille que le médecin spécialiste. Cette situation ne s'observe pas chez les hommes consultant peu, puisqu'ils consultent en moyenne 0,3 fois un médecin généraliste et 1,1 fois un médecin spécialiste. Ces différences sont significatives (figure 5.4).

Le recours au médecin spécialiste semble essentiellement associé au cinquième de la population (19,4%) qui dit consulter beaucoup. Finalement, chez les femmes, le recours au médecin gynécologue augmente avec l'intensité du recours en général.

*Au Tessin, les hommes ont tendance à consulter plus souvent le médecin spécialiste que les femmes, tandis que le recours au médecin de famille est comparable pour les deux sexes*

Indépendamment de l'intensité du recours et si l'on fait abstraction de la catégorie particulière du gynécologue, il n'y a pas de différence liée au sexe en ce qui concerne le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille, contrairement au nombre moyen de consultation chez le spécialiste (Tessinois: 2,0 et 1,7 respectivement, n.s.; Tessinoises: 2,1 et 1,3, n.s.).

Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille et le spécialiste est similaire pour les deux sexes (Suisse: 2,2 et 1,4; Suissesses: 2,5 et 1,3). En examinant le recours total (médecin de famille et médecin spécialisé), les différences entre le Tessin et la

Suisse sont minimales et non significatives, à l'exception du nombre moyen de consultations chez le médecin de famille, significativement plus bas au Tessin.

*Le recours au médecin de famille augmente avec l'âge, tandis que celui au médecin spécialiste diminue au-delà de 65 ans.*

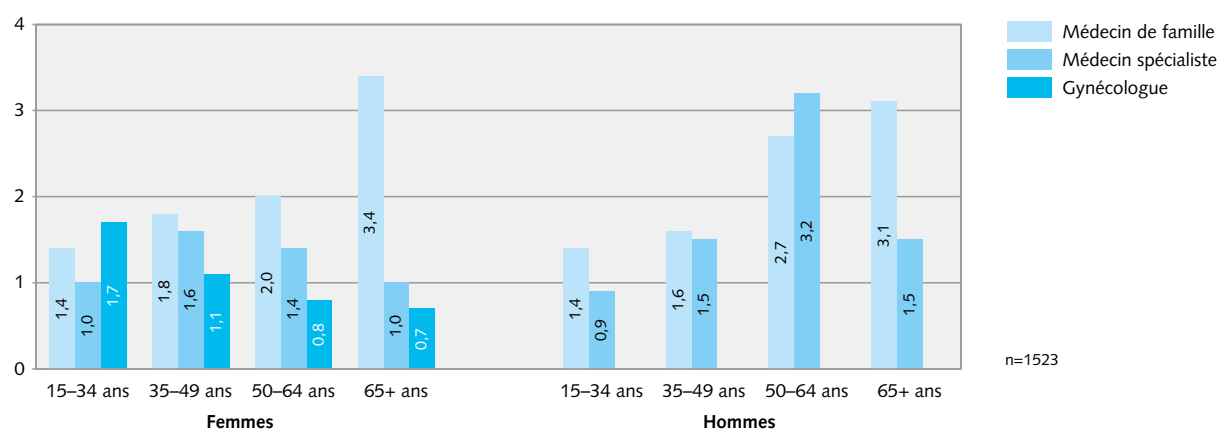
En examinant le recours selon l'âge, la différence entre les sexes reste statistiquement non significative (figure 5.5). Le recours au médecin de famille augmente avec l'âge pour les deux sexes. Parmi les Tessinoises âgées de moins de 35 ans, c'est le recours au médecin gynécologue qui est le plus important tandis que, pour les Tessinoises plus âgées, c'est le recours au médecin de famille qui prédomine. On observe la même tendance parmi les Tessinois, avec une particularité chez les hommes âgés de 50 à 64 ans, qui consultent plus le spécialiste que le médecin de famille (n.s.)

Il faut préciser que, comme le recours examiné dans l'Enquête suisse sur la santé est auto-rapporté, il est soumis à un biais de mémoire et un biais de désirabilité (la personne adapte sa réponse selon ce qui est désirable socialement). Ces deux biais entraînent une sous-estimation du recours aux consultations médicales en cabinet. En comparant les valeurs du recours de 2007 à celles de 2004 pour le Canton du Tessin dans le pool de données santésuisse®, on note des écarts importants, pour le recours au médecin généraliste systématiquement plus élevé dans le pool de données et cet écart s'accroît fortement après 65 ans (dans le pool des données de 7 à 13 consultations par assuré par an pour le médecin généraliste et plus de 3 consultations par assuré par an

### Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation

Canton du Tessin, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

pour le médecin spécialiste, voir Jaccard Ruedin et al., 2007). Une partie des différences s'explique peut-être par l'écart des années (2004 vs 2007) ou des définitions des médecins généralistes ou spécialistes différentes. Théoriquement, le recours devrait être plus élevé dans l'ESS puisque cette enquête inclut aussi le recours lié aux autres assurances que l'assurance-maladie obligatoire, comme l'assurance accident. Néanmoins il semble qu'elle sous-estime le recours de manière non négligeable. Une des raisons en est que les cas lourds, moins accessibles, sont sous-représentés.

## 5.2 Recours aux examens préventifs

La perspective de ce rapport se focalise sur les personnes qui ont fait des examens préventifs durant les douze mois précédant l'enquête, ce qui revient à examiner l'incidence annuelle d'un type d'examen. Lorsque des recommandations existent, cette incidence peut alors être comparée à la couverture souhaitée, qui correspond à l'inverse de la périodicité recommandée: si un examen est recommandé tous les trois ans, la couverture annuelle souhaitée s'élève à 33% de personnes contrôlées parmi la population visée.

**Tab. 5.3 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Glycémie		Cholestérolémie	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		83,6	75,8	66,6	50,9	62,8	54,5
<b>Sexe</b>	Femmes	87,2	81,0	65,8	54,3	68,3	57,1
	Hommes	79,2	70,2	59,2	47,4	64,5	51,9
<b>Classes d'âge</b>	15–39 ans	76,7	66,3	48,2	37,8	58,1	43,2
	40–64 ans	84,5	78,1	63,7	52,0	64,4	53,6
	65 ans et plus	92,3	91,3	83,0	76,5	80,8	74,2
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	89,1	80,8	76,9	62,9	76,3	66,8
	Degré secondaire II	83,1	75,7	61,3	51,1	64,8	54,3
	Degré tertiaire	80,3	73,7	55,2	45,0	63,3	48,9
<b>Nationalité</b>	Suisses	82,6	76,3	60,9	51,1	66,8	54,4
	Etrangers	86,1	73,8	68,2	50,2	66,1	54,9
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	82,9	73,3	62,2	48,0	64,5	52,1
	De 3000 à 4499 CHF	83,8	77,9	63,4	55,1	69,7	57,2
	De 4500 à 5999 CHF	88,0	77,0	65,4	51,4	70,7	55,5
	CHF 6000 et plus	80,7	77,3	56,3	49,6	58,8	51,8
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	84,1	76,4	63,2	51,8	67,0	55,3
	Campagne	80,6	74,3	60,5	48,6	64,4	52,4
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	81,0	73,5	58,4	47,4	62,9	51,1
	Moyenne à très mauvaise	95,3	91,9	82,2	76,2	82,0	75,7
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	80,5	70,1	59,9	45,8	64,1	50,1
	Quelques troubles	80,5	76,2	64,0	50,6	67,8	53,7
	Troubles importants	91,1	83,7	68,3	59,8	71,4	62,1
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	84,6	77,8	64,4	53,6	67,4	56,9
	Non	74,1	61,3	48,3	31,3	58,0	34,2
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>83,6</b>		<b>66,6</b>		<b>62,8</b>	
	<b>Suisse</b>	<b>75,8*</b>		<b>50,9*</b>		<b>54,5*</b>	
	Suisse alémanique	75,9*		50,4*		52,8*	
	Suisse romande	74,2*		50,5*		56,9*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Tension artérielle: n=1163 (TI), n=17'638 (CH); glycémie: n=849 (TI), n=16'817 (CH); cholestérolémie: n=821 (TI), n=14'639 (CH)

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Remarque: les classes d'âge sont différentes de celles des tableaux 5.1 et 5.2 car dans l'enquête certaines questions sont associées à une limite d'âge.

Le recours aux différents examens ou mesures de prévention est présenté selon le type de pathologie visée: maladies chroniques, cancers et grippe.

### 5.2.1 Dépistage des maladies chroniques

Le tableau 5.3 décrit les personnes qui se sont soumises à différents contrôles dans les douze mois précédant l'enquête. Ces examens sont réalisés dans deux situations différentes:

1. Dans le cas d'un dépistage des maladies cardio-vasculaires ou du diabète, chez des personnes en bonne santé, il s'agit d'une mesure de prévention primaire;
2. Lorsque ces contrôles s'effectuent dans le cadre de la prise en charge médicale de maladies cardio-vasculaires ou autres, nécessitant un contrôle de ces facteurs de risque, il s'agit plutôt d'une mesure de prévention secondaire.

Dans l'analyse qui suit, ces deux situations ne peuvent être distinguées. Ces deux formes de prévention sont regroupées et leur prévalence examinée ensemble.

*Les Tessinois et les Tessinoises sont plus nombreux que l'ensemble des Suisses et des Suissesses à se soumettre aux contrôles ciblant des maladies chroniques*

La tension artérielle a été contrôlée chez plus de quatre habitants du Canton du Tessin sur cinq, la glycémie (taux de sucre sanguin) et la cholestérolémie (taux de cholestérol sanguin) ont été contrôlées chez deux tiers d'entre eux. Pour les trois mesures retenues, la population du Tessin s'est plus soumise à ces contrôles que la population suisse. Toutes ces différences sont significatives. La

différence est plus marquée parmi les hommes que parmi les femmes (différence non significative seulement dans le cas de la cholestérolémie). Les différences tendent à s'estomper pour la population âgée de plus de 65 ans, parmi laquelle quatre Tessinois et Tessinoises sur cinq disent avoir fait contrôler une fois leur glycémie ou leur cholestérolémie et neuf personnes sur dix disent avoir fait contrôler leur tension artérielle.

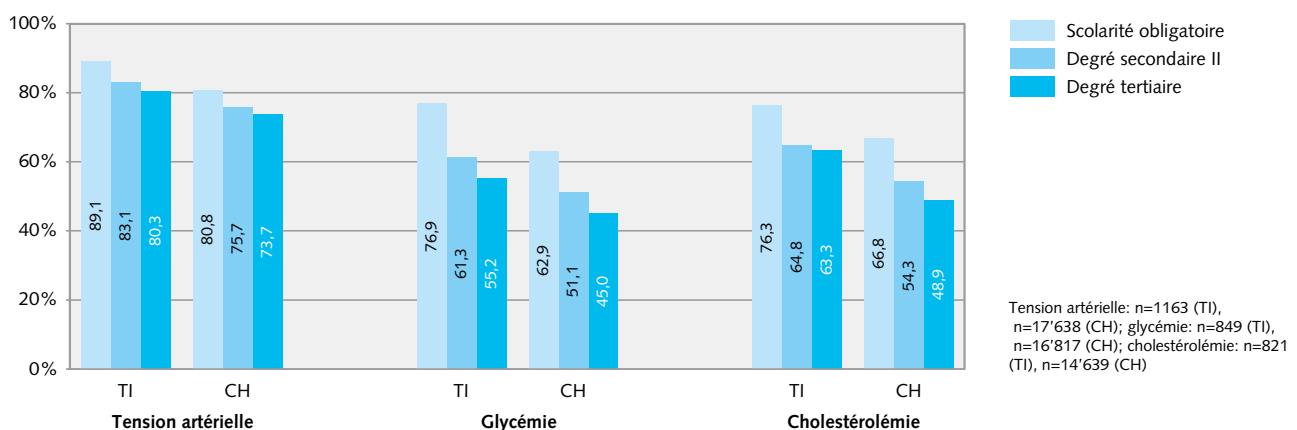
Au Tessin, les habitants de nationalité étrangère se sont significativement plus soumis au contrôle de la tension artérielle et de la glycémie que les habitants de nationalité suisse, tandis que, sur le plan suisse, c'est la situation inverse qui est observée. A noter encore que, autant au Tessin que dans l'ensemble de la Suisse, la proportion de personnes qui disent avoir subi un contrôle est plus importante (de 10 à 20%) parmi celles qui déclarent avoir un médecin de famille.

*Les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire sont plus nombreuses à s'être soumises à ces examens que celles ayant une formation de niveau plus élevé*

La proportion de personnes qui disent s'être soumises à un de ces trois contrôles est plus élevée parmi les personnes qui ont suivi la scolarité obligatoire que parmi celles ayant une formation de niveau secondaire II ou tertiaire (figure 5.6). Cette différence s'observe au niveau du canton et au niveau de la Suisse (cholestérolémie et glycémie, sig.; tension au niveau du Tessin, n.s.; au niveau suisse, sig.). Dans le tableau 5.3, la différence la plus marquée avec la Suisse concerne le contrôle de la cholestérolémie chez les Tessinois ayant terminé une formation de niveau tertiaire.

### Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon la formation, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 5.6

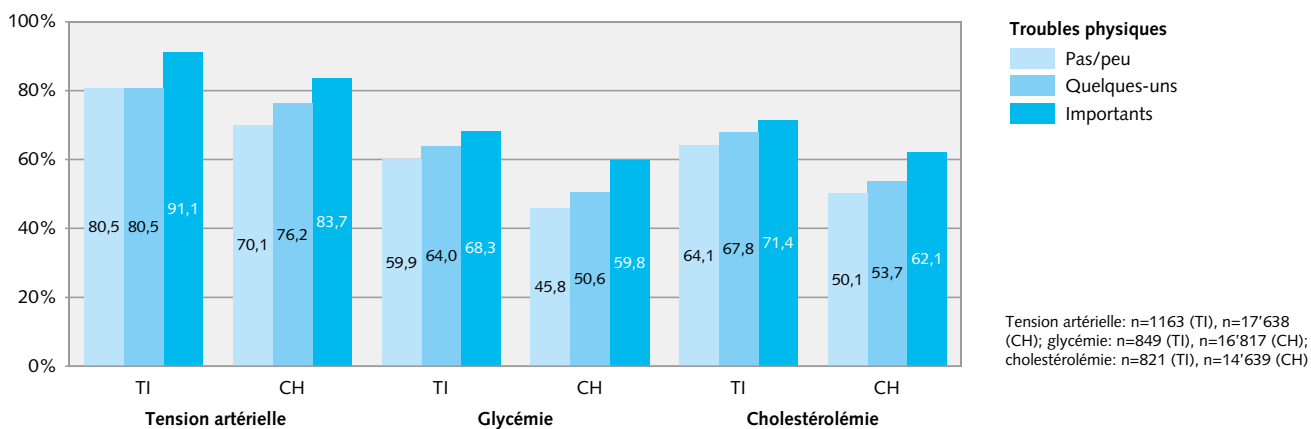


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)**

**Fig. 5.7**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Comme ces mesures concernent des personnes en bonne santé qui font un test de dépistage et des personnes malades qui font alors un contrôle au cours d'un traitement médical, cette différence pourrait être liée au meilleur état de santé de la population ayant un meilleur niveau de scolarité. En effet, ces contrôles sont plus souvent réalisés parmi la population qui mentionne souffrir de troubles sévères que parmi la population qui mentionne peu ou pas de troubles physiques (figure 5.7).

### 5.2.2 Dépistage des cancers

Le tableau 5.4 décrit les personnes qui se sont soumises à un examen de dépistage pour des cancers durant les douze mois précédant l'enquête, selon leurs caractéristiques sociodémographiques au niveau suisse car l'échantillon tessinois est trop petit pour pouvoir être examiné de manière spécifique (l'enquête recense par exemple 155 Tessinoises ayant subi une mammographie dans l'année). En se focalisant sur l'incidence annuelle du dépistage, les échantillons sont plus petits et les analyses par sous-groupes sont plus restreintes (par exemple en fonction de l'âge). Cette approche ne permet pas non plus d'examiner à quelle fréquence (annuelle, tous les deux ans, etc.) les personnes bénéficient d'un test de dépistage et ainsi d'identifier avec précision si certains groupes de la population seraient trop contrôlés.

Avant 40 ans, presque une femme sur deux a subi un *dépistage du cancer du col de l'utérus* durant l'année, fréquence qui diminue significativement à une femme sur cinq après 65 ans. Cette couverture est satisfaisante puisque, selon les recommandations du Programme national contre le cancer 2005–2010, les femmes entre

26 et 60 ans devraient subir ce test tous les trois ans, ce qui correspond à une couverture annuelle souhaitable de 33%. Des analyses plus détaillées seraient toutefois nécessaires pour tirer des conclusions quant à la couverture obtenue dans cette enquête pour différents groupes-cibles.

Une femme sur cinq âgée de 50 ans et plus a subi une *mammographie* durant l'année; au-delà de 64 ans, la fréquence diminue à une femme sur six environ. Les programmes de dépistage du cancer du sein préconisent en général une mammographie tous les 2 ans. Par conséquent, la couverture annuelle souhaitable pour cet examen s'élèverait à 50%.

Entre 40 et 64 ans, un homme sur cinq s'est fait *contrôler la prostate* tandis que cette proportion s'élève à deux hommes sur cinq dès 65 ans. Les hommes habitant les régions urbaines sont significativement plus nombreux que ceux des régions rurales à avoir bénéficié du dépistage du cancer de la prostate. Les recommandations concernant la fréquence avec laquelle un tel dépistage doit être réalisé n'étant pas encore clairement définies, il n'est pas possible d'estimer quelle couverture annuelle de dépistage devrait être obtenue.

*Le gradient socio-économique est plus marqué pour le dépistage du cancer du col de l'utérus que pour celui du cancer du sein ou de la prostate*

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est plus fréquent parmi les personnes ayant accompli une formation du degré secondaire II ou tertiaire. On observe la même tendance, mais moins marquée, pour le dépistage du cancer de la prostate (n.s.). Le dépistage du cancer du

Tab. 5.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Femmes (dès 20 ans)		Hommes
		Cancer du col de l'utérus	Cancer du sein	Cancer de la prostate
<b>Total</b>		42,7	13,1	25,6
<b>Classes d'âge</b>	15–39 ans	49,2	3,3	.
	40–64 ans	47,5	19,3	19,6
	65 ans et plus	21,9	15,3	42,0
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	27,3	15,5	20,9
	Degré secondaire II	44,0	12,9	25,5
	Degré tertiaire	49,0	12,1	26,9
<b>Nationalité</b>	Suisses	42,1	13,3	26,6
	Etrangers	45,7	12,5	20,8
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	42,3	10,7	19,1
	De 3000 à 4499 CHF	40,8	13,5	27,6
	De 4500 à 5999 CHF	46,8	15,5	29,9
	CHF 6000 et plus	48,2	14,5	28,6
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	44,2	13,9	27,1
	Campagne	38,3	11,0	21,6
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	43,9	12,2	23,9
	Moyenne à très mauvaise	35,1	18,7	35,9
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	40,3	12,0	23,7
	Quelques troubles	43,9	13,7	25,9
	Troubles importants	43,2	13,5	30,5
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	42,5	13,8	27,6
	Non	43,7	8,5	7,4

		Cancer du col de l'utérus	Cancer du sein		Cancer de la prostate
		Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 50 ans)	Hommes (dès 40 ans)
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>47,2</b>	<b>19,6</b>	28,3	30,9
	<b>Suisse</b>	<b>42,7*</b>	<b>13,1*</b>	21,3*	25,6*
	Suisse alémanique	43,7	10,4*	16,5*	25,4*
	Suisse romande	39,0*	19,7	34,5*	25,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (frottis, dès 20 ans): n=374; cancer du sein (mammographie, dès 20 ans): n=1408; cancer de la prostate (dès 40 ans): n=1363  
. Entre 0 et 9 réponses seulement.

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

sein par mammographie est quant à lui plus fréquent parmi les femmes sans formation post-obligatoire (n.s.).

*Le dépistage du cancer du sein ou de la prostate est plus fréquent parmi la population qui dit avoir un médecin de famille*

Les proportions d'examen de dépistage du cancer de la prostate ou du sein sont plus élevées parmi les personnes qui mentionnent avoir un médecin de famille (n.s.), ce qui ne s'observe pas pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, examen qui est généralement réalisé par le médecin gynécologue.

*Les Tessinoises font plus de tests de dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus que l'ensemble des Suissesses*

Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est significativement plus élevé au Tessin que dans l'ensemble de la Suisse ou même en Suisse romande. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, les différences dépendent du groupe cible considéré: pour les femmes de plus de 20 ans, le taux de dépistage du Canton du Tessin est significativement plus élevé que dans l'ensemble de la Suisse ou en Suisse alémanique mais la différence avec la Suisse romande n'est pas significative.

**Tab. 5.5 Types d'examens de dépistage**, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)

	TI	CH
<b>Femmes (dès 20 ans)</b>		
Cancer du col de l'utérus	47,2	42,7*
Cancer du sein (mammographie)	19,6	13,1*
<b>Hommes (dès 40 ans)</b>		
Cancer de la prostate	30,9	25,6*
<b>Tous (dès 40 ans)</b>		
Cancer de la peau	10,3	11,2
Cancer du côlon	9,2	8,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=3741 (CH), n=191 (TI); cancer du sein (dès 20 ans): n=1408 (CH), n=104; cancer de la prostate (dès 40 ans): n=1363 (CH), n=57 (TI); cancer de la peau: n=1355 (CH), n=59 (TI); cancer du côlon: n=961 (CH), n=29 (TI)

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )

Pour les femmes de plus de 50 ans par contre, le taux de dépistage du Canton du Tessin est significativement plus élevé qu'au niveau suisse ou au niveau de la Suisse allemande, mais il est aussi significativement plus bas qu'en Suisse romande, où il reflète l'introduction des programmes de dépistage. Chez les hommes, le taux de dépistage du cancer de la prostate est significativement plus élevé au Tessin que dans l'ensemble de la Suisse.

Le tableau 5.5 compare les proportions de personnes âgées de plus de 20 ans qui mentionnent avoir subi différents examens de dépistage du cancer au Tessin et en Suisse. A partir de 40 ans, environ un dixième de la population a subi un dépistage pour le cancer de la peau ou du côlon dans l'année. Les différences observées entre le Tessin et dans l'ensemble de la Suisse ne sont pas significatives.

### 5.2.3 Prévention de la grippe

*La couverture vaccinale contre la grippe est plus élevée au Tessin qu'en Suisse*

Pour le Canton du Tessin, ce sont presque deux personnes sur cinq qui disent avoir été vaccinées contre la grippe, une fréquence significativement plus élevée que pour l'ensemble de la Suisse (tableau 5.6). Le groupe cible pour cette vaccination est d'abord celui des personnes âgées de plus de 65 ans, qui devraient se faire vacciner chaque année<sup>53</sup>. Parmi cette population cible, la couverture vaccinale est plus élevée au Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. Ainsi, un peu moins de la moitié

de la population Tessinoise entre 65 et 74 ans est protégée contre la grippe (TI: 45,9% vs CH: 42,5%, n.s.). A partir de 75 ans, ce sont deux tiers des Tessinois qui disent être vaccinés (TI: 67,4% vs CH: 57,8).

En examinant la couverture vaccinale pour toute la population, la différence observée entre le Tessin et la Suisse est plutôt due aux Tessinois qu'aux Tessinoises.

Au niveau suisse comme au niveau tessinois, la part de la population qui s'est fait vacciner est plus faible parmi la population ayant un niveau de formation secondaire II ou tertiaire que parmi celle ayant un niveau de scolarité obligatoire. Avoir un médecin de famille ou juger son état de santé comme mauvais ou moyen sont associés à des proportions plus élevées de vaccination, ce qui peut être lié au fait que la vaccination est recommandée pour les malades chroniques (différence significative dans le cas de la santé subjective et non significative dans le cas du médecin de famille). Enfin, contrairement à ce que l'on observe dans l'ensemble de la Suisse, au Tessin, la part de la population vaccinée est plus importante parmi la population vivant en milieu rural qu'urbain.

Pour toutes ces mesures (dépistage du cancer de la peau, de la prostate, du sein et du col de l'utérus, vaccination contre la grippe), les changements observés entre 2002 et 2007 ne sont pas statistiquement significatifs pour la Suisse; de même pour le Canton du Tessin, à l'exception de l'augmentation du dépistage du cancer de la prostate.

<sup>53</sup> Selon les recommandations pour la vaccination contre la grippe de l'Office fédéral de la santé publique (2007b) en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations.

Tab. 5.6 Vaccin contre la grippe, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		TI	CH
<b>Total</b>		19,5	16,7
<b>Sexe</b>	Femmes	18,4	16,7
	Hommes	20,9	16,7
<b>Classes d'âge</b>	Moins de 65 ans	10,2	9,6
	65–74 ans	45,9	42,5
	75 ans et plus	67,4	57,8
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	32,4	24,9
	Degré Secondaire II	16,9	15,3
	Degré Tertiaire	18,0	16,6
<b>Nationalité</b>	Suisses	19,8	17,2
	Etrangers	18,8	13,9
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	18,1	14,3
	De 3000 à 4499 CHF	19,7	18,6
	De 4500 à 5999 CHF	25,2	16,4
	CHF 6000 et plus	(15,7)	18,1
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	18,6	17,8
	Campagne	24,9	13,8
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	16,2	14,2
	Moyenne à très mauvaise	37,8	35,6
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	18,1	13,7
	Quelques troubles	20,8	17,1
	Troubles importants	18,9	21,1
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	19,9	17,7
	Non	(16,2)	9,1
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>19,5</b>
	<b>Suisse</b>		<b>16,7*</b>
	Suisse alémanique		15,9*
	Suisse romande		18,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

### 5.3 Recours à la médecine complémentaire

Cette partie décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui mentionnent avoir fait appel à la médecine complémentaire et/ou alternative (MCA) dans les douze mois précédant l'enquête. Pour simplifier le texte, seul le terme de médecine complémentaire est utilisé. Dans le tableau 5.7, le recours est examiné séparément pour les médecins et les thérapeutes non médecins. Les différentes formes de médecines complémentaires sont ensuite examinées par rapport à leur importance relative et par rapport à l'intensité moyenne du recours. L'interprétation des données de cette partie doit tenir compte du fait que les échantillons sont très petits. En outre, il faut préciser que la formulation de la

question de l'enquête ne permet pas d'identifier le recours simultané à un médecin et un thérapeute non médecin.

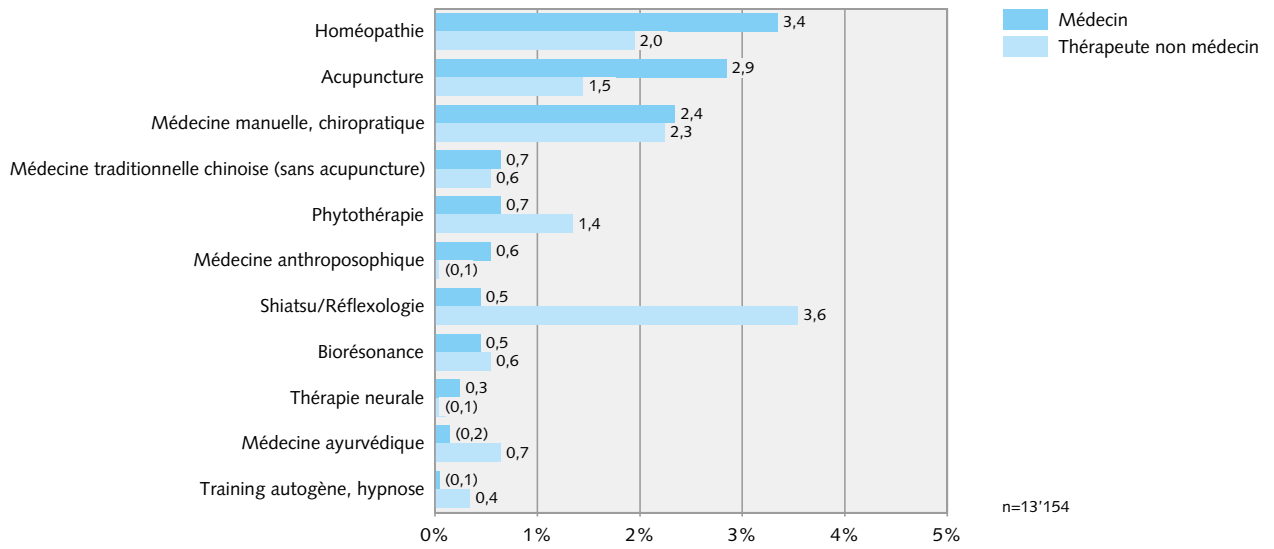
*Les Tessinoises recourent moins à la médecine complémentaire que l'ensemble des Suissesses et elles ont tendance à plus consulter des médecins que des thérapeutes non médecins*

Le recours à ces formes de médecine est fortement influencé par le sexe. Il est environ deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes. Les Tessinoises sont moins nombreuses que l'ensemble des Suissesses à recourir à la médecine complémentaire, qu'elle soit délivrée par des médecins (sig.) ou par des thérapeutes non médecins (n.s).



**Recours aux différentes formes de médecine complémentaire**  
Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

**Fig. 5.8**



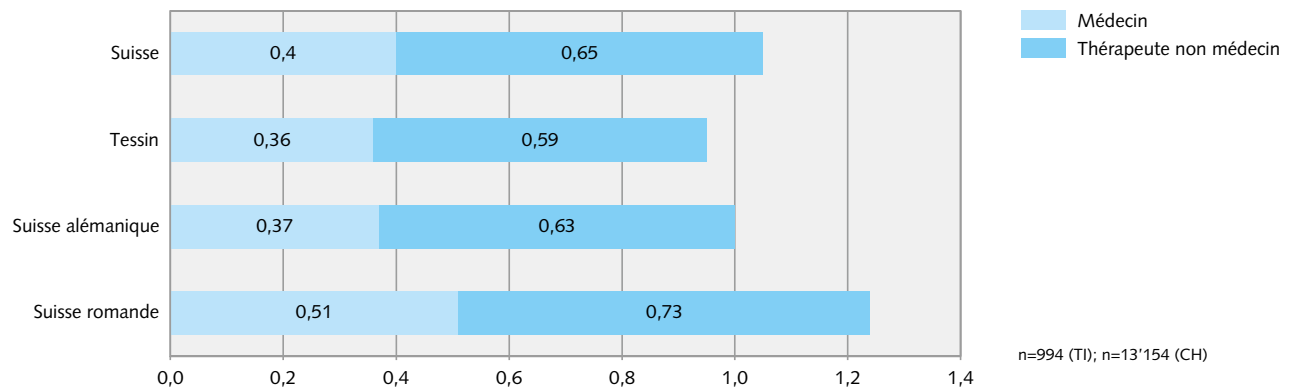
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant**  
comparaison régionale, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

**Fig. 5.9**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Tab. 5.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		MCA auprès d'un médecin		MCA auprès d'un thérapeute non médecin	
		TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		8,6	10,3	10,7	12,8
<b>Sexe</b>	Femmes	10,7	13,6	15,2	17,4
	Hommes	(6,1)	6,7	(5,3)	7,8
<b>Classes d'âge</b>	15–39 ans	(6,9)	11,6	(8,3)	11,7
	40–64 ans	11,1	10,5	12,8	15,4
	65 ans et plus	(6,0)	6,5	(10,4)	8,4
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	.	7,4	.	7,7
	Degré secondaire II	8,0	9,9	11,6	11,9
	Degré tertiaire	(12,7)	12	12,4	16,5
<b>Nationalité</b>	Suisses	9,2	10,5	11,1	13,3
	Etrangers	(6,6)	9,1	(9,5)	10,1
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	8,4	10,4	10,6	12,1
	De 3000 à 4499 CHF	(8,2)	10,3	12,5	12,9
	De 4500 à 5999 CHF	(6,7)	10,1	(8,2)	14,0
	CHF 6000 et plus	(12,1)	9,9	(13,2)	14,6
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	8,8	10,5	11,3	13,1
	Campagne	(7,4)	9,7	(7,6)	12,2
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	8,6	9,7	10,1	12,6
	Moyenne à très mauvaise	(8,3)	15,1	(14,2)	15,2
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	(5,1)	6,6	(8,5)	9,3
	Quelques troubles	10,2	10,4	11,0	12,9
	Troubles importants	9,5	15,5	14,0	16,9
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	8,6	10,6	10,0	12,8
	Non	.	7,9	(17,1)	13,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

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

Au niveau Suisse, il existe un gradient lié à l'âge, avec une part plus importante de personnes faisant recours à la médecine complémentaire avant 40 ans, observation qui pourrait refléter un effet de cohorte (pour le Tessin, les échantillons comportent moins de 30 observations et ne permettent pas d'interprétations).

Sur le plan suisse, la forme de médecine complémentaire la plus sollicitée est l'homéopathie, suivie de l'acupuncture et de la médecine manuelle (figure 5.8). A noter le recours particulièrement élevé au shiatsu/réflexologie auprès des thérapeutes non médecins.

L'intensité du recours aux médecines complémentaires dans le Canton du Tessin est comparable à celle observée en Suisse, avec trois cinquièmes des consultations fournies par des thérapeutes non médecins. Par rapport à la Suisse romande, le recours est significativement plus bas

au Tessin, autant pour la MCA délivrée par des médecins que pour celle délivrée par des thérapeutes non médecins (figure 5.9).

## 5.4 Recours aux hôpitaux

Le recours aux hôpitaux se décompose en recours aux soins intra-muros, donc des hospitalisations, et le recours aux services ambulatoires qui comprennent les consultations en polycliniques et les urgences.

Presque une personne sur dix (9,5%) du Canton du Tessin a été hospitalisée au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, avec une durée moyenne de séjour de 14,3 jours (tableau 5.8). Ce sont des valeurs comparables à celles observées pour l'année 2007 dans la

statistique médicale de l'OFS (analyse Obsan). Selon celle-ci, en 2007, 13,8% de la population tessinoise a été hospitalisée, avec une durée moyenne de séjour de 11,1 jours, alors qu'au niveau national, 17,0% de la population a été hospitalisée, pour une durée moyenne de séjour de 11,3 jours. Il est normal d'observer des valeurs plus basses dans l'Enquête suisse car cette dernière comporte un risque de sélection de personnes en meilleure santé, et plus spécifiquement, non hospitalisées.

En 2007, on constate que les Tessinoises sont plus nombreuses que les Tessinois à avoir eu recours aux prestations intra-muros. La probabilité d'être hospitalisé

augmente avec l'âge. A partir de 65 ans, presque une personne sur six a été hospitalisée, une proportion légèrement inférieure à celle observée au niveau suisse (résultats à prendre avec prudence car le nombre d'observations est inférieur à 30). Le nombre moyen de journées d'hospitalisation est supérieur dans le Canton du Tessin comparativement au reste de la Suisse, pour les personnes de moins de 65 ans (sig.) tandis que l'inverse s'observe pour les personnes de plus de 65 ans (n.s.). La probabilité d'être hospitalisé est moins élevée pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille (n.s.) ou celles dont le niveau de formation est plus élevé (n.s.). Moins de 10% de la population qui se considère en

**Tab. 5.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, Canton du Tessin et Suisse, 2007**  
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Part de la population ayant eu recours aux prestations ambulatoires (y. c. aux urgences) (%)		Part de la population ayant eu recours aux prestations intra-muros (%)		Moyenne des jours d'hospitalisation par patient(e)	
		TI	CH	TI	CH	TI	CH
<b>Total</b>		18,1	16,2	12,2	11,4	9,9	9,8
<b>Sexe</b>	Femmes	14,3	15,6	15,0	12,2	10,3	9,5
	Hommes	19,5	16,9	9,0	10,5	9,1	10,2
<b>Classes d'âge</b>	Moins de 65 ans	16,6	15,9	10,0	9,9	9,0	7,9
	Plus de 65 ans	17,9	17,5	19,6	18,0	11,3	14,7
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	21,2	17,3	14,0	13,3	11,5	12,6
	Degré secondaire II	16,2	16,1	12,2	11,5	9,5	9,0
	Degré tertiaire	15,5	15,8	10,3	10,0	9,0	10,0
<b>Nationalité</b>	Suisses	15,7	16,0	12,0	11,5	9,7	9,9
	Etrangers	(23,4)	17,1	12,7	10,7	10,4	9,5
<b>Revenu d'équivalence du ménage</b>	Jusqu'à 2999 CHF	16,3	16,5	12,8	11,9	10,0	8,7
	De CHF 3000 à 4499	15,6	15,3	11,3	11,7	8,3	9,7
	De CHF 4500 à 5999	(15,0)	17,0	(13,6)	11,3	(9,2)	14,1
	CHF 6000 et plus	(18,5)	16,3	(9,4)	10,3	(10,0)	8,9
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	17,3	17,0	12,8	11,3	10,1	10,0
	Campagne	16,3	14,1	(9,0)	11,6	(8,3)	9,5
<b>Santé subjective</b>	Bonne/très bonne	15,1	14,2	9,2	9,1	5,9	7,0
	Moyenne à très mauvaise	28,1	29,0	24,7	25,8	16,1	16,4
<b>Troubles physiques</b>	Pas/peu de troubles	12,4	10,7	8,1	8,0	6,4	7,4
	Quelques troubles	17,7	16,0	12,3	10,4	6,9	8,4
	Troubles importants	22,0	23,7	18,2	16,9	13,6	12,5
<b>A un médecin de famille</b>	Oui	17,3	16,6	12,3	11,8	9,9	10,1
	Non	(13,4)	13,5	(11,3)	8,4	(9,2)	7,6
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>	<b>18,1</b>		<b>12,2</b>		<b>9,9</b>	
	<b>Suisse</b>	<b>16,2</b>		<b>11,4</b>		<b>9,8</b>	
	Suisse alémanique	14,9*		11,8		9,3	
	Suisse romande	19,6		10,0*		11,7	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007  
n=1515 (TI), n=18'297 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

bonne santé contre un quart de la population qui se considère en mauvaise santé a été hospitalisée dans les douze mois précédant l'enquête, proportions que l'on retrouve sur le plan suisse (différences entre le Tessin et la Suisse, n.s.).

*La population Tessinoise a tendance à faire plus appel aux services ambulatoires des hôpitaux que l'ensemble des Suisses*

Le recours aux services ambulatoires des hôpitaux est légèrement plus élevé parmi la population Tessinoise que la population suisse dans son ensemble (n.s.). Les Tessinois semblent faire plus appel à ces services que les Tessinoises (n.s.). On observait la même situation en 2002.

Comme pour les hospitalisations, on retrouve une probabilité de recours plus basse parmi les personnes ayant un niveau de formation tertiaire (n.s.) ou celles n'ayant pas de médecin de famille (sig.). Il peut de nouveau s'agir d'un biais de sélection, cette part de la population étant peut-être en meilleure santé.

Entre 2002 et 2007, aussi bien la proportion de la population tessinoise que la part de la population suisse qui a fait appel à des traitements hospitaliers ambulatoires a augmenté (respectivement de 13,1% à 18,1% et de 12,8% à 16,2%). Ces différences sont significa-

tives. Par contre, l'augmentation de la part de la population tessinoise qui a fait appel à des traitements intramuros (de 11,1% à 12,2%) n'est pas significative. Cette dernière proportion n'a pas changé au niveau suisse.

*Les opérations du genou et l'ablation de l'utérus sont tendanciellement moins fréquentes dans le canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse*

L'enquête demande si l'on a subi à un moment quelconque de sa vie, une des opérations suivantes: de la hanche, du genou, de la cataracte, de la cheville, du cœur ou encore, pour les femmes, une ablation de l'utérus. Les prévalences de ces différentes opérations sont trop basses pour qu'une analyse à l'échelon du Canton du Tessin puisse être faite. Les seules exceptions constituent l'opération du genou et l'ablation de l'utérus, présentées dans le tableau 5.9.

La part de la population ayant subi une opération du genou est plus faible dans le Canton du Tessin que dans l'ensemble de la Suisse. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir subi une telle intervention, ce qui s'explique probablement par des traumatismes liés au sport. L'Enquête suisse sur la santé sous-estime probablement la prévalence de ces opérations parmi la population âgée pour plusieurs rai-

**Tab. 5.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)**

Opérations	Articulation du genou		Ablation de l'utérus femmes dès 20 ans		
	TI	CH	TI	CH	
<b>Total</b>	10,7	12,0	–	–	
<b>Sexe</b>	Femmes	6,6	9,7	13,3	14,0
	Hommes	15,5	14,3	–	–
<b>Classes d'âge</b>	Moins de 65 ans	10,4	11,0	9,7	9,7
	Plus de 65 ans	11,7	16,6	23,4	35,1
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	13,1	11,4	19,5	22,8
	Degré secondaire II	9,9	11,5	12,7	15,7
	Degré tertiaire	11,2	13,4	(7,5)	8,7
<b>Nationalité</b>	Suisses	11,6	12,8	14,0	16,7
	Etrangers	(8,1)	8,1	(10,7)	7,4
<b>Degré d'urbanisation</b>	Ville	10,4	11,8	12,0	15,0
	Campagne	(12,4)	12,3	(20,7)	16,0
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Tessin</b>		<b>10,7</b>		<b>13,3</b>
	<b>Suisse</b>		<b>12,0</b>		<b>15,2</b>
	Suisse alémanique		12,5		16,7*
	Suisse romande		10,7		11,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Articulation du genou: n=1523 (TI), n=17'924 (CH); ablation de l'utérus: n=1432 (TI), n=9380 (CH)

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

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques ( $p < 0,05$ )

sons: les personnes vivant en institution sont absentes de l'enquête et les personnes âgées sont peut-être moins accessibles pour un entretien par téléphone.

Enfin, la prévalence de l'hystérectomie est significativement plus élevée parmi les Tessinoises qui ont suivi la seule scolarité obligatoire ainsi que parmi celles qui sont âgées de plus de 65 ans.

## 5.5 Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)

Pour simplifier, le terme «Spitex» désigne tous les services d'aide formelle et de soins à domicile. L'aide informelle regroupe l'aide fournie par les proches, les amis et les voisins. L'analyse par canton du recours aux soins à domicile par sous-groupe n'est pas possible pour le Canton du Tessin car l'échantillon est trop petit. La taille de l'échantillon se réduit encore si l'on se focalise sur les personnes présentant une dépendance fonctionnelle et bénéficiant d'une allocation pour impotents, c'est-à-dire celles qui sont limitées dans au moins deux activités de la vie quotidienne (ADL) (Höpflinger & Hugentobler, 2006). En tenant compte des poids dans l'enquête, quelque 100'000 personnes seraient limitées dans au

moins deux ADL en Suisse. Le tableau 5.10 illustre donc d'abord les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de ce genre de services pour la Suisse et l'aide informelle pour le Canton du Tessin. Le recours aux services Spitex est examiné dans le questionnaire téléphonique tandis que l'aide informelle est examinée dans le questionnaire écrit.

*Un tiers de la population suisse présentant deux ou plusieurs dépendances fonctionnelles utilisent l'aide formelle «Spitex»*

En 2007, 3,4% de la population tessinoise a bénéficié de services Spitex. Cette proportion est supérieure à la moyenne suisse (n.s.).

Le recours aux services d'aide et de soins à domicile évoqué dans l'ESS est plus élevé dans le Canton du Tessin (TI: 3,4%, CH: 2,5%) que celui figurant dans la statistique Spitex de l'OFS (TI: 2,7%, CH: 2,5%). La différence peut s'expliquer par le fait que la statistique Spitex ne recense pas tous les services privés.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à bénéficier de ce genre d'aide mais pour l'aide informelle, ce résultat est biaisé: il semble que les hommes qui reçoivent l'aide de leur épouse ont ten-

**Tab. 5.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle**  
Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)

	Suisse		Suisse		Tessin	
	Services d'aide et de soins à domicile		Aide informelle			
	Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL (Spitex)	Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL	Population totale	
<b>Total</b>	2,5	29,1	8,8	73,3	8,0	
<b>Sexe</b>	Femmes	3,6	36,1	10,8	81,5	6,9
	Hommes	1,4	20,3	5,8	68,5	(4,7)
<b>Classes d'âge</b>	Moins de 65 ans	1,2	20,7	7,5	79,1	6,5
	Plus de 65 ans	8,3	39,8	12,3	68,1	(13,6)
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	4,7	27,3	11,3	(67,0)	.
	Degré secondaire II	2,4	32,0	8,0	80,8	5,8
	Degré tertiaire	1,5	21,1	7,7	(68,5)	(5,3)
<b>Comparaison régionale</b>	<b>Suisse</b>	<b>2,5</b>		<b>8,8</b>		
	<b>Tessin</b>	<b>3,4</b>		<b>8,3</b>		
	Suisse alémanique	2,0		7,8		
	Suisse romande	3,9		9,0		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Services Spitex: n=18'751 (CH), aide informelle: n=1131 (TI), n=17'757 (CH): questionnaire écrit donc moins d'observations.

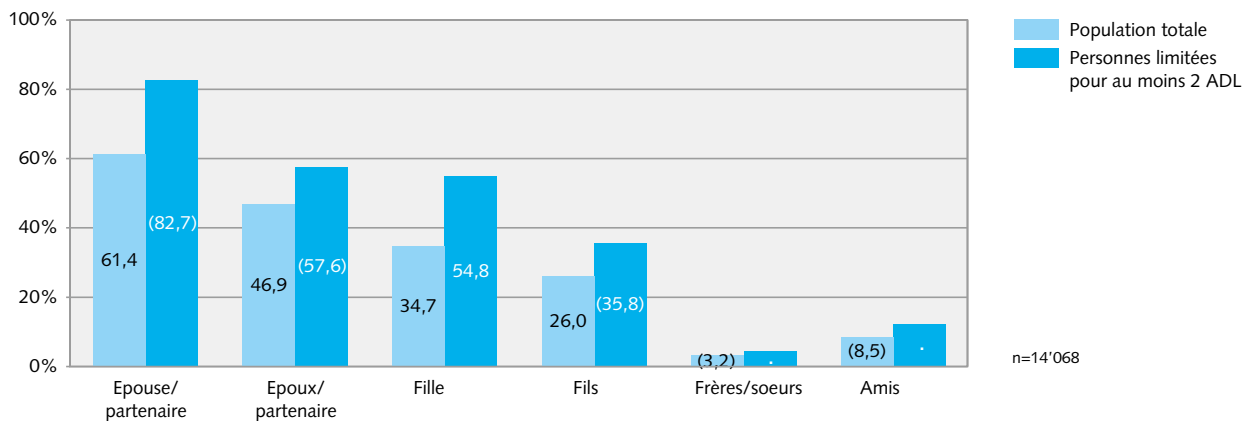
. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

\* Différence significative entre le Canton du Tessin et les autres unités géographiques (p < 0,05)

ADL (Activities of daily living): Activités de la vie quotidienne: se lever, se déplacer, se coucher, se laver, se nourrir, se vêtir

### Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle Suisse, 2007

Fig. 5.10



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)  
 Note: Les différentes sources de soins sont cumulables car certaines personnes ont reçues des soins de différentes personnes au cours des 12 mois précédents. Les résultats pour les personnes limitées pour 2 ADL et plus doivent être interprétés avec prudence car les échantillons sont inférieurs à 30 observations, sauf pour les filles.

Source: OFS. Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

dance à oublier de la mentionner (Höpflinger & Hugentobler, 2006). Sans surprise, le recours à Spitex augmente fortement en présence de dépendance fonctionnelle et avec l'âge.

Le recours à l'aide informelle est très important parmi les personnes ayant une dépendance fonctionnelle: deux tiers de celles âgées de plus de 65 ans en bénéficient et plus de trois personnes sur quatre avant cette limite d'âge. Ainsi, l'aide informelle aux personnes dépendantes semble diminuer avec l'âge même si elle reste importante (n.s.). Cette baisse s'explique probablement par la complexité des cas, qui augmente avec l'âge et par l'âge croissant des aidants.

Parmi la clientèle Spitex totale, deux personnes sur cinq sont des clients temporaires, qui bénéficient pour moitié de prestations de soins infirmiers et pour moitié d'aide ménagère (l'enquête ne définit pas ce qui correspond à une prise en charge temporaire ou régulière). Par contre, lorsque l'on examine la clientèle qui souffre de dépendance fonctionnelle, neuf clients sur dix sont des clients réguliers, dont trois personnes sur quatre reçoivent des soins infirmiers et un client sur deux de l'aide ménagère.

Même si certains hommes oublient de mentionner leur épouse/partenaire pour l'aide informelle, celles-ci sont les aidantes les plus sollicitées (figure 5.10). Au niveau suisse cela représente environ 40'000 femmes qui fournissent de l'aide informelle à leur mari/partenaire

Si l'on examine uniquement la population mentionnant une dépendance fonctionnelle, par rapport à l'aide dont elle bénéficie, on constate qu'un quart de ces personnes ne reçoivent aucune aide, tandis que deux personnes sur quatre ne reçoivent que de l'aide informelle (résultats non présentés). L'interprétation doit toutefois tenir compte du fait que l'enquête, qui atteint plus facilement les personnes capables de répondre au téléphone, comporte le risque de surestimer l'autonomie de la population âgée.

En outre, parmi les bénéficiaires des services Spitex, 94% bénéficient aussi d'aide informelle, alors que seuls 30% des bénéficiaires de l'aide informelle font aussi appel aux services Spitex.

## 5.6 Résumé

Ce chapitre présente le recours de la population tessinoise à différents services de santé. En ce qui concerne le recours aux médecins en cabinet, les différences observées entre le Canton du Tessin et le reste de la Suisse sont peu marquées et souvent statistiquement non significatives. La principale exception est le recours au médecin de famille, significativement plus bas au Tessin qu'au niveau suisse. Le recours au médecin spécialiste dans le Canton du Tessin a tendance à être plus élevé que dans la Suisse dans son ensemble, tout comme le recours aux services des hôpitaux, consultations ambulatoires et hos-

pitalisations, ou encore le recours aux services d'aide et de soins à domicile, sans que ces différences ne soient statistiquement significatives.

Dans le Canton du Tessin, il n'y a pas de différence entre les deux sexes concernant le recours au médecin de famille. Par contre, on observe que les hommes ont tendance à plus solliciter les services ambulatoires des hôpitaux que les Tessinoises, tandis que ces dernières ont tendance à être plus souvent hospitalisées. Quant au recours au médecin spécialiste, il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et la différence la plus marquée concerne les hommes âgés de 50 à 64 ans. Enfin, ce sont surtout les Tessinoises, plus que les Tessinois, qui font appel à la médecine complémentaire, et dans ce cas, elles se tournent plus vers des médecins que vers des thérapeutes non médecins.

Dans le Canton du Tessin, le recours aux examens de contrôle/dépistage des maladies chroniques, du cancer et de la vaccination contre la grippe est plus fréquent que dans l'ensemble de la Suisse. Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour examiner l'état de santé de la population qui n'a pas bénéficié de ces interventions: il est possible qu'il s'agisse des personnes qui en auraient le plus besoin.

Ce rapport met en évidence le rôle important du médecin de famille qui est la catégorie professionnelle la plus sollicitée à tout âge. Les contrôles préventifs des maladies chroniques, les tests de dépistage des cancers ou la vaccination contre la grippe sont significativement plus fréquents parmi la population qui dit avoir un médecin de famille.

# Glossaire

## Activités fondamentales de la vie quotidienne

Activités (AFVQ en français, BADL, basic activities of daily living en anglais) telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc.

## Activités instrumentales de la vie quotidienne

Activités (AIVQ en français, IADL, instrumental activities of daily living en anglais) telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics.

## Compétences en matière de santé

Capacité d'un individu à prendre, dans la vie quotidienne, des décisions ayant une incidence positive sur sa santé, que ce soit à la maison, sur le lieu de travail, dans ses rapports avec le système de santé ou dans la société en général. Les compétences en (matière de) santé renforcent la capacité d'autodétermination d'une personne, sa liberté d'action et de décision par rapport à la santé et sa faculté à trouver des informations sur ce sujet, à les comprendre et à assumer la responsabilité de sa propre santé.

## Comportements en matière de santé

On entend ici les comportements déterminants pour la santé.

## Contrôle préventif

Examen visant à déceler précocement une maladie.

## Echantillon

Sous-ensemble de l'univers de base sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

## Facteur de risque

Caractéristique de la personne ou de son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

## Indice de masse corporelle (IMC)

Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit:  $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m}^2)$ .

## Inégalité sociale

Conditions de vie favorables ou défavorables (p. ex. accès à une meilleure éducation, au système de santé) d'une personne en raison de sa position et de sa situation sociales.

## Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

## Obésité

Forte surcharge pondérale ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

## Prévention

Ensemble des mesures visant à prévenir ou à déceler assez tôt des maladies, une invalidité ou une mort précoce. La prévention se subdivise en trois volets:

- La prévention primaire, qui consiste à éliminer un ou plusieurs facteurs de maladie ou d'accident, à accroître la résistance physique des personnes et à modifier les facteurs environnementaux;
- La prévention secondaire, qui regroupe toutes les mesures destinées à déceler une maladie avant l'apparition des symptômes;
- La prévention tertiaire, qui consiste dans la prévention des suites des maladies diagnostiquées et dans la prophylaxie des récidives.

## Promotion de la santé

Toutes les mesures prises dans la société pour préserver et améliorer la santé de la population.

## Représentativité

Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de base pour les principales variables considérées (p. ex. le sexe, l'âge, la formation).



**Ressources**

Potentiel d'un individu en termes de formation, de capacités, de savoir-faire, de connaissances et d'atouts personnels, mais aussi en termes de statut social et d'environnement de vie (soutien social par exemple). Les ressources ont un effet positif sur la santé.

**Revenu d'équivalence du ménage**

Revenu de chacun des membres d'un ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et de l'âge de ses membres.

**Salutogenèse**

Approche qui s'intéresse aux ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé.

**Santé publique**

Ensemble des dispositions (et des mesures) prises par la collectivité pour créer les conditions cadres nécessaires au niveau de la société, de l'environnement et de l'offre de prestations de santé permettant à la population de vivre en bonne santé. La santé publique couvre la promotion de la santé et la prévention ainsi que des soins et de la réadaptation.

**santésuisse**

Association faîtière des assureurs maladie.

**Screening**

Examen visant à déceler une maladie à un stade précoce (procédure de prévention secondaire).

**Sentiment de maîtrise**

Impression subjective de pouvoir, dans une situation donnée, agir de manière autonome (sentiment de maîtrise interne) ou au contraire impression d'être déterminé par des influences extérieures (sentiment de maîtrise externe).

**Significativité**

Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon. Si un résultat est significatif à un niveau de signification de 5%, la probabilité est faible que ce résultat soit le fruit du hasard.

**Soutien social**

Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

**Spitex**

Aide et soins extrahospitaliers, soins de santé et soins infirmiers ambulatoires.

**Taux de morbidité**

Incidence/prévalence d'une maladie ou d'un symptôme: nombre de personnes atteintes d'une maladie ou déclarant un symptôme rapporté dans une population à un moment précis.

**Taux de mortalité**

Nombre de décès rapporté dans une population à un moment précis.

**Taux de natalité**

Nombre des naissances en une année divisé par la population moyenne de la région la même année, multiplié par 1000.

**Univers de référence**

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Normalement, les données ne sont pas relevées pour tout l'univers de base mais pour un échantillon de celui-ci.

# Index des figures et tableaux

## Figures

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé	9	Fig. 2.9 Personnes ayant des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne selon le sexe et l'âge, Canton du Tessin et Suisse, 2007	26
Fig. 2.1 Santé subjective selon le sexe, Canton du Tessin et Suisse, 2007	18	Fig. 2.10 Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007	27
Fig. 2.2 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, Canton du Tessin et Suisse, 2007	20	Fig. 2.11 Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	30
Fig. 2.3 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007	20	Fig. 2.12 Personnes victimes d'un accident de sport et de jeu ou d'un autre accident selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	31
Fig. 2.4 Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, Canton du Tessin et Suisse, 2007	21	Fig. 2.13 Personnes âgées de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	32
Fig. 2.5 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, avec ou sans problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise de la vie et les sentiments de solitude, Canton du Tessin et Suisse, 2007	23	Fig. 2.14 Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge, Canton du Tessin et Suisse, 2007	33
Fig. 2.6 Troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007	24	Fig. 2.15 Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007	34
Fig. 2.7 Troubles physiques selon le sexe et l'âge, Canton du Tessin, 2007	24	Fig. 2.16 Personnes n'ayant pas ou manquant parfois d'une personne de confiance selon le sexe, la formation et différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007	35
Fig. 2.8 Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours quatre semaines précédant l'enquête)	26	Fig. 3.1 Personnes concernées par des nuisances à la maison, Canton du Tessin et Suisse, 2007	38

Fig. 3.2	Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, Canton du Tessin, 2007	39	Fig. 5.3	Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	71
Fig. 3.3	Personnes subissant des nuisances au travail, Canton du Tessin et Suisse (personnes actives occupées)	40	Fig. 5.4	Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, Canton du Tessin, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	71
Fig. 3.4	Lien entre le nombre de nuisance au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail, Canton du Tessin, 2007 (personnes actives occupées)	44	Fig. 5.5	Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation, Canton du Tessin, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	72
Fig. 3.5	Satisfaction au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2002 et 2007 (personnes actives occupées)	45	Fig. 5.6	Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon la formation, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	74
Fig. 3.6	Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007	46	Fig. 5.7	Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	75
Fig. 3.7	Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable selon la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	46	Fig. 5.8	Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	79
Fig. 4.1	Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse 2007	54	Fig. 5.9	Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant, comparaison régionale, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	79
Fig. 4.2	Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	59	Fig. 5.10	Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2007	84
Fig. 4.3	Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	60			
Fig. 5.1	Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	68			
Fig. 5.2	Intensité des consultations selon les troubles physiques, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	70			

**Tableaux**

Tab. 1.1 Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)	11	Tab. 4.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007	53
Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidante du Canton du Tessin selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)	12	Tab. 4.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	61
Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés pour le Canton du Tessin en comparaison avec la Suisse entière	14	Tab. 4.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	62
Tab. 2.1 Santé subjective, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	19	Tab. 5.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	67
Tab. 2.2 Personnes ayant d'un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	22	Tab. 5.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin, selon l'intensité des consultations, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	69
Tab. 2.3 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	29	Tab. 5.3 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	73
Tab. 2.4 Personnes victimes d'un accident ou d'une chute, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	31	Tab. 5.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	76
Tab. 3.1 Nombre de nuisances à la maison, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	39	Tab. 5.5 Types d'examens de dépistage, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)	77
Tab. 3.2 Nombre de nuisances au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	41	Tab. 5.6 Vaccin contre la grippe, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	78
Tab. 3.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	43	Tab. 5.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	80
Tab. 3.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	44		
Tab. 3.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	47		

Tab. 5.8	
Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	81
Tab. 5.9	
Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	82
Tab. 5.10	
Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, Canton du Tessin et Suisse, 2007 (en %)	83

# Bibliographie

(Modifiée pour la version électronique)

- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger & W. Wicki (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000). Aspects psychosociaux de la santé. In: Office fédéral de la statistique (Ed.). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon & K. Kroenke (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433-2445.
- Baumeister, H. & M. Harter (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. & T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin & A. Domenighetti (2004). Operationen. In: B. Bisig & F. Gutzwiller (Eds.), *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Uebersorgung? Band 2: Detailresultate* (p. 163–190). Zürich: Rüeegger.
- Bullinger, M., I. Kirchberger & J.E. Ware (1995). Der deutsche SF-36 health survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Eds.), *Social Change and the experience of unemployment* (p. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkey & R.A. Thisted (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140–151.
- Chapman, D.P., G.S. Perry & T.W. Strine (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2(1): A14.
- Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Djordjevic, D. (2007). Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft". In: Caritas (Eds.), *Sozialalmanach 2008: Bedrängte Solidarität* (p. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. & B. Bisig (1995). Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet*, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. & A. Casabianca (1997). Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ*, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca & P. Luraschi (1989). *Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin*. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler & H. Lloyd (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829-830.
- du Toit, M. & S. du Toit (2001). *Interactive LISREL: User's guide*. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003). *Poids corporel en Suisse: Revue de la littérature récente*. Berne: Suisse Balance.

- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan & F. Gutzwiller (2005). Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 259–278). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman & K.D. Williams (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid & J. Angst (1992). The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2-3): 142–151.
- Ferrie, J.E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld & G.D. Smith (1998). An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Freedland, K.E. & R.M. Carney (2009). Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony & B.O. Muthen (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters & J. Siegrist (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Heaney, C.A., B.A. Israel & J.S. House (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.
- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.
- Höpflinger, F. & J.A. Weiss (2009). Actifs de 50 ans et plus. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 90–103). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Hunziker, C. & M. Schriber (2008). La Suisse méridionale: bien plus qu'un haut lieu touristique. *La Vie économique. Revue de politique économique*, 9: 52–56.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. & S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353 ISPM Zürich (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- ISPM Zürich (Ed.) (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo & A. Busato (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Müller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.

- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson & M.W. Jaffe (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the american medical association*, 185: 914–919.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. & P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. & K. Engelhardt (2009). Le concept des déterminants de la santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 17–29). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepert (2009). La vieillesse. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 105–123). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kolip, P. & K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Ed.). *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. & G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.
- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry & R. Wolfe (2008). Job strain - attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lawton, M.P. & E.M. Brody (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 9: 179–186.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselman, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Manor, O., S. Matthews & C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Mausner-Dorsch, H. & W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meyer, K. (Ed.). (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Meyer, K., A. Simmet, H.P. Mattle, K. Nedeltchev & M. Arnold (2009). Maladies somatiques et leurs conséquences. In: K. Meyer (Ed.). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Niemann, N. & C. Maschke (2004). *WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity*. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger & M. Cavegn (2008). *Les accidents de travail en Suisse: statistique 2008 du bpa*. Berne: bpa – Bureau de prévention des accidents.
- Obsan (2005). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Obsan (2006). *La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Observatoire valaisan de la santé & IUMSP (2004). *La Santé des Valaisans 2004. 3<sup>ème</sup> rapport*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie.
- OCDE, organisation pour la Coopération et le Développement économique (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*. Paris: Editions OCDE.



- OECD (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries*. Paris: OECD.
- OFS (2006). Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002. *StatSanté*, 1.
- OFS (2007). Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002. *StatSanté*, 3.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). *Enquête suisse sur la santé 2007: conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008c). *Statistique médicale des hôpitaux 2007 – Tableaux standard. Résultats provisoires*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008d). *Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Aide-mémoire concernant les données*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2010). *Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007a). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007b). *Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Office fédéral de la santé publique en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007c). *Recommandations pour une alimentation équilibrée*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008a). *Programme national alimentation et activité physique 2008 – 2012 (PNAAP 2008 – 2012)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008b). *Rapport d'approfondissement Genre et santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé no 2*. New York: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Organisation mondiale de la santé: Genève.
- Paccaud, F. & D. Faeh (2005). Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 493–511). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang & S.M. Consoli (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.
- Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Eds.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (p. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Romano, J.M. & J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18-34.
- Segovia, J., R.F. Bartlett & A.C. Edwards (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761-768.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009a). *Das Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Zwischenbericht zur Aktualisierung des Indikators «Sport- und Bewegungsverhalten» des Sportobservatoriums* Zurich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009b). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 219–231). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2010). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast & R.G. Westendorp (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. & Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 471–491). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004). *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanner, H.U. (1993). Le bruit. In W. Weiss (Eds.), *La santé en Suisse* (p. 433–443) Lausanne: Editions Payot.
- Ware, J.E. & C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO technical Report Series 916*. Geneva: WHO.
- WHO (2004). *Wohnen und Gesundheit - ein Überblick. Hintergrunddokument*. Budapest: WHO Europe.
- Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

# Annexe

## Description de l'échantillon

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS07) est la quatrième du genre, après l'ESS92/93, l'ESS97 et l'ESS02. Il s'agit d'une enquête par échantillonnage représentative de la population résidente (Suisse et étrangers établis) âgée d'au moins 15 ans vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique. Pour ce type d'enquête, la sélection des participants est particulièrement importante si l'on veut obtenir une image fidèle de la totalité de la population. Afin d'éviter les variations saisonnières, les interviews ont été réparties de manière égale sur toute l'année civile 2007.

La méthode d'échantillonnage utilisée repose sur un échantillon aléatoire stratifié. Dans un premier temps, les adresses initiales ont été réparties sur les sept grandes régions<sup>54</sup> afin de garantir qu'au moins 1000 interviews soient réalisées dans chacune de ces régions. Les adresses attribuées à une grande région ont été réparties proportionnellement au nombre d'habitants entre les strates (cantons, sauf pour Zurich et Berne qui sont partitionnés respectivement en 2 et 3 strates) faisant partie de la région en question proportionnellement à leur nombre d'habitants. Dans chaque ménage sélectionné, une personne-cible a été tirée au sort de manière aléatoire (2e stratification). Seule la personne cible ainsi désignée a finalement participé à l'enquête et ce n'est que par son intermédiaire ou par celui de son représentant (interview dite proxy) que les informations ont été collectées.

Les cantons avaient la possibilité d'augmenter la taille de leur échantillon en finançant des interviews supplémentaires pour pouvoir effectuer au niveau de leur canton des analyses fiables. En plus du Canton du Tessin, 12 cantons ainsi que la ville de Zurich ont exploité cette possibilité et ont bénéficié d'un échantillon représentatif (OFS, 2008b).

Dans l'ensemble du pays, 18'760 personnes (femmes: 10'336, hommes: 8424) ont participé à l'enquête. Si l'on soustrait les 1860 adresses non valables (adresses commerciales, maisons de vacances, numéros de fax, etc.) de l'échantillon brut totalisant 30'179 ménages, on obtient un taux de réponse de 66%, ce qui est relativement élevé en comparaison internationale.

Parmi les personnes interrogées, 16'322 étaient de nationalité suisse et 2428 étaient des ressortissants étrangers résidant en Suisse. Les interviews ont été réalisées dans trois langues officielles exclusivement: 11'611 interviews en allemand, 5638 en français et 1511 en italien.

5825 personnes (21% des adresses valables) ont refusé de participer à une interview, 3730 personnes (13% des adresses valables) n'ont pas pu être contactées. Le refus a été formulé soit au moment de la prise de contact avec le ménage (a), soit après la question relative à la composition du ménage (b), soit par la personne ayant été sélectionnée dans le ménage (c). En raison de difficultés liées à la langue, 445 personnes (1,6%) n'ont pas pu être interviewées. Sans analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques des individus qui n'ont pas été en mesure de participer, il est difficile d'évaluer l'impact de leur absence sur la représentativité de l'échantillon. Ce constat pourrait toutefois indiquer que les groupes de population étrangère qui ne maîtrisent pas une des trois langues nationales seraient sous-représentés dans l'enquête, avec pour corollaire, une sous-estimation partielle de certains problèmes de santé de la population en général. Ces biais peuvent être partiellement corrigés en procédant après coup à une pondération des données (voir le paragraphe consacré à la méthode de pondération).

<sup>54</sup> Les 7 grandes régions de Suisse sont les suivantes: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS, SO), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Tessin (TI).

## Relevé des données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter les données de l'Enquête suisse sur la santé (OFS, 2008a):

Interviews téléphoniques:

Des interviews téléphoniques assistées par ordinateur («Computer Assisted Telephone Interview» CATI) ont été menées auprès des personnes cible âgées de 15 ans et plus. Au total, 17'856 entretiens de ce type ont été réalisés.

Interviews proxy:

Si une personne était dans l'incapacité de répondre pour une raison ou une autre (séjour prolongé à l'étranger, problèmes de compréhension ou d'expression), c'est un tiers qui a été chargé de fournir les renseignements pour la personne cible (interview dite proxy). Cette méthode a été employée pour 828 personnes (4,4% de toutes les interviews réalisées).

Entretiens personnels:

Les personnes de 74 ans et plus avaient la possibilité de demander à répondre dans le cadre d'un entretien personnel plutôt que dans celui d'une interview téléphonique. Sur les 2008 personnes interviewées âgées de 75 ans et plus, 75 ont souhaité un tel entretien personnel (0,4% de toutes les interviews réalisées).

Enquête écrite:

Les 17'931 personnes cibles qui ont été interrogées par téléphone ou personnellement ont ensuite reçu par la poste un questionnaire complémentaire écrit; 14'432 d'entre elles ont participé à cette enquête écrite, soit un taux de participation de 80,5%.

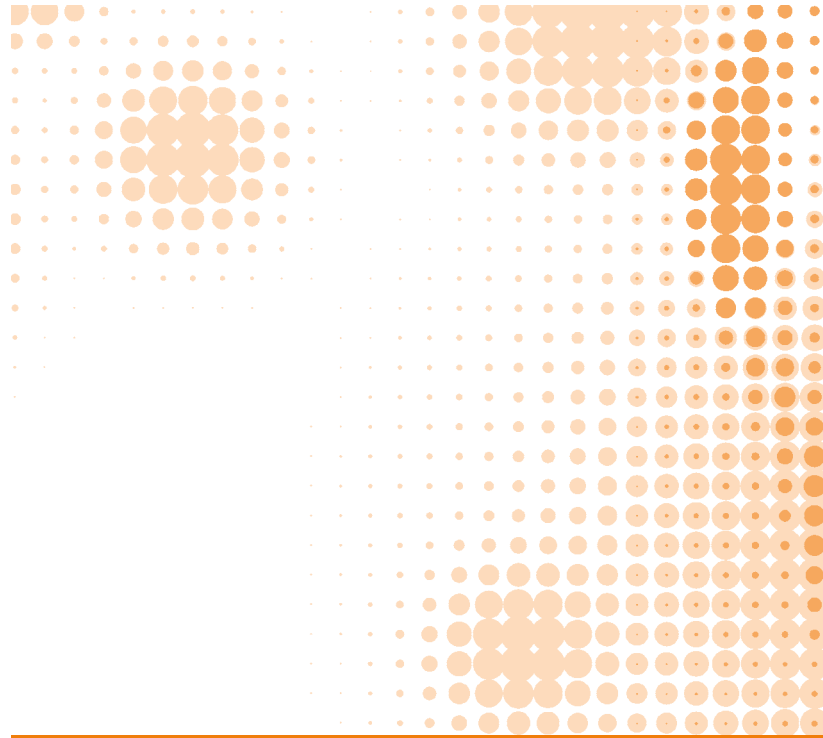
Les interviews portaient sur quelque 400 questions et duraient en moyenne 35 minutes. L'Office fédéral de la statistique a mandaté l'institut professionnel d'études de marché M.I.S Trend à Lausanne pour réaliser l'enquête.

## Pondération des données

Après la sélection des participants, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête sont valables pour toute la Suisse ou pour le canton. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les biais liés au tirage de l'échantillon, telles qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. Pour ce faire, la composition de l'échantillon est comparée à la structure de la population résidente en Suisse âgée de 15 ans et plus (état fin 2006) vivant dans des ménages privés. Cette opération consiste essentiellement à calculer en fonction de critères sociodémographiques un facteur de pondération pour chaque personne interrogée, à l'aide duquel chacune de ses réponses sera ensuite multipliée. On s'attend (sans pouvoir le confirmer), à ce que l'échantillon reflète l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée, même si la pondération ne prend en compte que certaines variables socio-démographiques.

Pour les interviews téléphoniques et personnelles, les critères suivants ont été inclus dans le calcul des facteurs de pondération: âge (huit groupes: 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus), sexe (masculin, féminin), nationalité (suisse, étrangère), état civil (marié/e, non marié/e) et strate de l'échantillon (cantons répartis en 16 groupes). Pour l'enquête écrite, il a été tenu compte en plus du niveau de formation, de l'état de santé subjectif et d'éventuels handicaps visuels (OFS, 2010). Si l'on a constaté par exemple que les femmes étrangères âgées de 70 ans et plus étaient sous-représentées dans l'échantillon téléphonique national par rapport à la population résidente suisse, cette différence a pu être corrigée en pondérant les données de sorte que l'on obtienne les mêmes proportions dans les deux populations (échantillon, population). Les données ainsi pondérées se réfèrent à la population résidente en Suisse âgée d'au moins 15 ans à fin 2006, soit 6'186'711 personnes (OFS, 2010).





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.