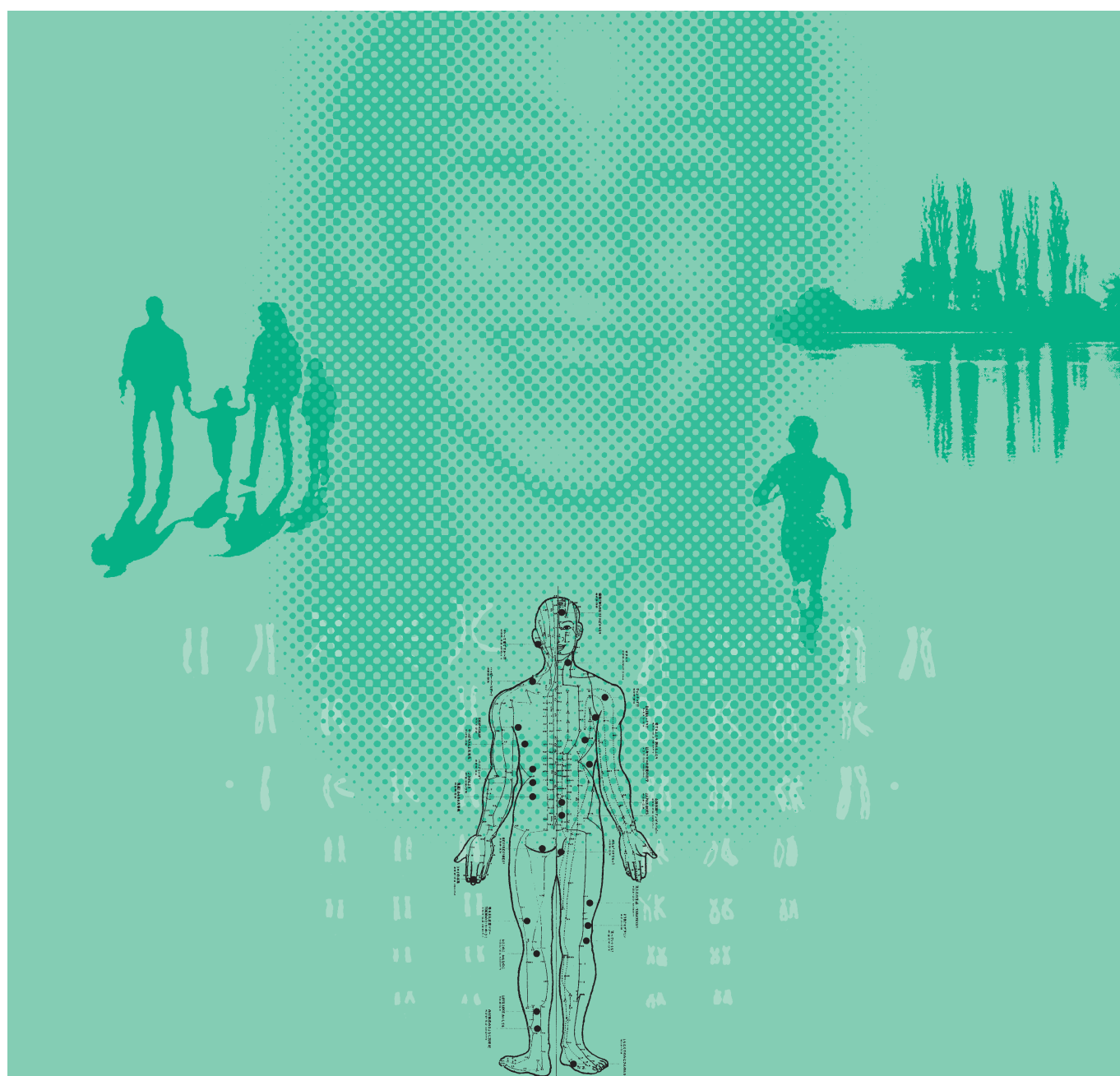


# Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1992–2002

Enquête suisse sur la santé



La série «Statistique de la Suisse»  
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)  
couvre les domaines suivants:

- 0 Bases statistiques et produits généraux
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Vie active et rémunération du travail
- 4 Economie nationale
- 5 Prix
- 6 Industrie et services
- 7 Agriculture et sylviculture
- 8 Energie
- 9 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Transports et communications
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Protection sociale
- 14 Santé
- 15 Education et science
- 16 Culture, société de l'information, sport
- 17 Politique
- 18 Administration et finances publiques
- 19 Criminalité et droit pénal
- 20 Situation économique et sociale de la population
- 21 Développement durable et disparités régionales et internationales

# Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1992–2002

## Enquête suisse sur la santé

**Auteurs** Roland Calmonte  
Marilina Galati-Petrecca  
Renaud Lieberherr  
Manfred Neuhaus  
Sonja Kahlmeier

**Editeur** Office fédéral de la statistique (OFS)



**Editeur:** Office fédéral de la statistique (OFS)

**Complément d'information:** Marilina Galati-Petrecca, OFS, tél. 032 713 65 62

**Auteurs:** Roland Calmonte, Marilina Galati-Petrecca, Renaud Lieberherr, Manfred Neuhaus, Sonja Kahlmeier

**Diffusion:** Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel  
tél. 032 713 60 60 / fax 032 713 60 61 / e-mail: order@bfs.admin.ch

**Numéro de commande:** 213-0207

**Prix:** 14 francs (TVA excl.)

**Série:** Statistique de la Suisse

**Domaine:** 14 Santé

**Langue du texte original:** Allemand et français

**Traduction:** Services linguistiques de l'OFS

**Page de couverture:** Roland Hirter, Berne

**Graphisme/Layout:** OFS

**Copyright:** OFS, Neuchâtel 2005  
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,  
si la source est mentionnée

**ISBN:** 3-303-14091-X

# Table des matières

<b>Avant-propos</b>	<b>5</b>	<b>5 Conditions de travail et santé</b>	<b>69</b>
<b>L'essentiel en bref</b>	<b>7</b>	5.1 Nuisances au lieu de travail et santé	69
<b>1 Introduction</b>	<b>9</b>	5.2 Contraintes psychosociales au travail: une menace pour la santé des travailleurs	71
<b>2 Etat de santé</b>	<b>13</b>	5.3 La peur de perdre son emploi	72
2.1 La santé physique	13	5.4 Satisfaction dans le travail et effets sur la santé	74
2.2 La santé psychique	23	<b>6 Adolescents et jeunes adultes: conditions psychosociales, santé et consommation de substances psychotropes</b>	<b>75</b>
2.3 Aspects psychosociaux de la santé	31	6.1 Situation sociale et psychosociale des jeunes	75
<b>3 Comportements pouvant influencer sur la santé</b>	<b>39</b>	6.2 Conditions psychosociales et santé	76
3.1 Activité physique	39	6.3 Consommation de substances psychotropes	77
3.2 Alimentation	41	6.4 Poids corporel	83
3.3 Consommation d'alcool	44	<b>7 La santé à partir de 65 ans</b>	<b>85</b>
3.4 Consommation de tabac	47	7.1 Etat de santé et comportement en matière de santé	85
3.5 Consommation de médicaments	51	7.2 Limitations des activités de la vie quotidienne	88
3.6 Drogues illégales	53	7.3 Recours aux prestations du système de santé	89
<b>4 Services de santé et aides informelles</b>	<b>55</b>	7.4 Aide informelle: Qui a besoin d'aide, qui la fournit et sous quelle forme?	91
4.1 Recours aux prestations des soins ambulatoires et hospitaliers	55	7.5 Conclusions	92
4.2 Aides et systèmes d'entraide	63		
4.3 Comparaison entre les enquêtes de 1992, 1997 et 2002	66		



# Avant-propos

La santé a un prix qui se reflète dans la hausse des primes d'assurance-maladie. Elle représente par conséquent aujourd'hui une question centrale pour les politiques comme pour la collectivité. Les guides-santé se multiplient ainsi que les mises en garde contre ce qui peut nous rendre malade dans notre alimentation, dans l'air que nous respirons, dans notre logement ou à notre place de travail. Conscients que divers facteurs influent sur notre santé, nous savons aussi que tout le monde n'a pas les mêmes chances face à cette dernière. Et que celui qui jouit d'une bonne santé a de meilleures chances de vieillir en forme.

Par conséquent, le fait que tout le monde ait le même accès aux soins ne suffit pas pour garantir l'égalité des chances face à la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait déjà attiré l'attention sur ce point au milieu des années 1980. Avec le projet «Santé pour tous», elle a proposé à ses Etats membres une nouvelle politique de la santé (New Public Health) basée sur la prévention des risques et sur la promotion de la santé dans la population dans son ensemble ainsi qu'auprès des groupes défavorisés.

La Suisse a adopté, avec les autres Etats membres, les objectifs de «Santé pour tous» voici une vingtaine d'années et s'est engagée à évaluer périodiquement ses progrès dans ce domaine. Elle se base pour cette évaluation essentiellement sur les données de l'Enquête suisse sur la santé menée pour la première fois en 1992. Il ressort du présent rapport que la Suisse a réalisé des progrès en dix ans, mais qu'un certain nombre de problèmes persistent et que de nouveaux phénomènes font leur apparition. Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002 montrent aussi que l'observation permanente des conditions de vie, des comportements en matière de santé, de l'état de santé de la population ainsi que du traitement des maladies et handicaps est toujours d'actualité et qu'elle est indispensable pour une politique de la santé orientée sur la réalité sociale.

Heinz Gilomen  
Vice-directeur





# L'essentiel en bref

En 2002, 19'706 personnes ont été sélectionnées de manière aléatoire dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Elles constituent un échantillon représentatif de la population suisse âgée de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés.

Les résultats de l'ESS 2002 concernant l'état de santé de la population ont montré que cette année également, la majeure partie de la population (86%) estimait être en bonne, voire en très bonne santé. En revanche, ils révèlent après extrapolation qu'environ 200'000 personnes (3% de la population) se sentent en mauvaise, voire en très mauvaise santé. Une personne sur six environ souffre d'un problème de santé permanent, c'est-à-dire d'une maladie chronique ou d'un handicap. 15% des personnes, la plupart en âge de travailler, ont souffert de capacités réduites au cours d'une période de 4 semaines en raison d'un problème de santé temporaire. La plupart des consultations médicales concernent des cas d'hypertension, de rhume des foies/d'allergies ou de rhumatisme. Un adulte sur six souffre de rhume allergique, principalement des jeunes. Près de 100'000 personnes ont recours à des médicaments contre l'asthme.

L'équilibre psychique des jeunes est relativement souvent fragilisé: près d'une personne de 15 à 24 ans sur trois est souvent tendue, irritable, nerveuse. Quelque 200'000 personnes présentent de sérieux symptômes de grave dépression. Au cours des 12 derniers mois, 3% des hommes et 6% des femmes étaient en traitement pour un problème psychique. Environ 200'000 personnes se sentent souvent, voire très souvent seules et 300'000 n'ont personne à qui se confier. Parmi les 15 à 24 ans, 3% n'ont personne avec qui parler de leurs problèmes et 2% se sentent souvent seuls.

Quelque 150'000 personnes âgées de plus de 65 ans (13% de cette population) souffrent d'au moins un handicap important (problème de vue, de locomotion, de l'audition) ou se sentent limitées dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que s'habiller, se déshabiller, manger ou se laver. L'état de santé des femmes et des hommes de plus de 65 ans en Suisse s'est toutefois amélioré ces dix dernières années (comme le montrent aussi

d'autres études). Par rapport à 1992, la part des personnes âgées qui déclarent ne pas être en bonne santé a baissé de 3 points, à 26%. Chez les personnes âgées, on a observé des améliorations, par rapport aux enquêtes précédentes, au niveau de l'équilibre psychique, des troubles du sommeil et de la consommation de calmants et de somnifères. Cette population a toutefois davantage recouru aux prestations du système de santé en 2002 qu'en 1992 et en 1997.

La proportion des personnes en surcharge pondérale dans la population de 25 à 74 ans a passé de 33% à 41% de 1992 à 2002, ce qui correspond à une augmentation de 446'000 personnes. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 10% présentent un excès de poids et 2% souffrent d'obésité. Autre constat préoccupant: 43% des femmes de 19 à 24 ans ont un poids léger et près du quart d'entre elles souhaitent encore maigrir.

La santé est largement tributaire des habitudes de vie et du comportement. Les trois quarts de la population sont actifs physiquement, dans le sens où ils marchent ou font du vélo pendant au moins 30 minutes par jour, ou qu'ils pratiquent au moins 3 fois par semaine une activité physique pendant les loisirs, au jardin, dans le ménage ou au travail. 44% de la population atteint le niveau minimal d'activité sportive recommandé par l'Office fédéral des sports.

Les habitudes alimentaires ont nettement changé ces dix dernières années: aujourd'hui, les jeunes font moins attention à ce qu'ils mangent que leurs aînés. Malgré toutes les recommandations émises, la consommation de fruits et légumes a diminué chez les jeunes, tandis qu'elle a augmenté chez les plus âgés. On a aussi observé des changements dans la consommation d'alcool: les personnes qui consomment quotidiennement des boissons alcooliques sont moins nombreuses, à l'inverse de celles qui en boivent quelques fois par semaine. La part des abstinents s'est également accrue, de 16% à 23%, entre 1992 et 2002. Si la proportion de fumeurs dans la population est restée quasiment stable pendant ces dix ans (30%), le nombre de cigarettes consommées par les grands fumeurs a en revanche diminué. Les jeunes

notamment sont aujourd'hui moins nombreux à fumer 10 cigarettes ou plus par jour. Par contre, 37% d'entre eux fument, contre 29% de la population de plus de 25 ans.

La consommation de cannabis est surtout répandue chez les jeunes. 12% des 15 à 24 ans fument plus ou moins régulièrement du haschich, soit pour plus de la moitié au moins une fois par semaine. La proportion des personnes âgées de 15 à 39 ans qui ont déjà consommé du haschich a augmenté de 16% à 27% entre 1992 et 1997, mais ensuite seulement de 1% jusqu'en 2002.

Relativement peu de changements ont été observés dans le recours aux services de santé depuis le début des années 1990. Les trois quarts environ de la population suisse ont consulté un médecin au cours de l'année 2002. 15% ont eu recours à des prestations de médecines complémentaires. La proportion des consultations données dans les domaines des thérapies manuelles (physiothérapie, chiropratique) et des médecines complémentaires a légèrement augmenté. Plus d'une personne sur dix a été hospitalisée, mais le nombre moyen de journées d'hospitalisation par année et par patient a diminué, tandis que celui des traitements ambulatoires dispensés intra-muros s'est accru. Les principaux examens de prévention pratiqués sont la mesure de la tension artérielle, celle du taux de cholestérol et celle du taux de glucose. Plus de la moitié des femmes ont subi l'année précédente un examen des seins chez le médecin et près de la moitié a déjà fait une mammographie.

Signalons que l'aide non professionnelle joue toujours un rôle important dans le domaine de la prise en charge sanitaire de la population. Ainsi, si l'on compare les prestations d'aide dans leur ensemble, on constate que le volume de celles fournies de manière informelle par des proches, des voisins, etc. dépasse de loin celui des prestations des services d'aide et de soins à domicile. Les prestations d'aide informelle représentent environ 400 millions d'heures de travail non rémunéré par année.

# 1 Introduction

L'état de santé de la population suisse a été étudié en 2002 pour la troisième fois dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)<sup>1</sup>. Cette vaste enquête est réalisée tous les cinq ans auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus.

Les enquêtes de ce type font aujourd'hui partie des instruments standard qui fournissent les informations nécessaires à la politique de la santé et à la gestion du système de santé. L'Enquête suisse sur la santé vise trois objectifs:

1. rendre compte de la situation actuelle et suivre l'évolution de différents aspects de la santé et de la qualité de la vie de la population, afin de pouvoir planifier et prendre, suffisamment tôt, les mesures qui s'imposent;
2. identifier les principaux facteurs (conditions de vie, environnement social et physique, traits de personnalité et comportements) qui influent positivement ou négativement sur la santé afin de pouvoir définir des mesures et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies, des accidents et d'autres problèmes de santé;
3. produire des informations sur les relations qui existent, d'une part, entre la santé et les facteurs qui la déterminent ou qui l'influencent, et, d'autre part, entre la santé et l'utilisation des biens et des services du système de santé, afin que les ressources disponibles puissent être employées de façon à produire un bénéfice maximal pour la santé et la qualité de la vie de l'ensemble de la population. La réalisation de ce dernier objectif est particulièrement importante au moment où les coûts augmentent et où les ressources diminuent.

## 1.1 Contenu de l'enquête

Conformément aux objectifs précités, l'Enquête suisse sur la santé porte essentiellement sur les points suivants:

- bien-être et santé physique, psychique et sociale, troubles physiques, maladies, accidents, atteintes à la qualité de la vie consécutives à une infirmité, à une maladie ou à un accident;
- caractères socio-démographiques (sexe, âge, niveau de formation, activité professionnelle, etc.) et attitudes à l'égard de la santé;
- aspects stressants des conditions de vie en général (p. ex. manque de ressources financières, insécurité de l'emploi), des relations sociales (p. ex. conflits, violences), de l'activité professionnelle, des conditions de travail, des conditions de logement et de l'environnement;
- ressources de santé: soutien social, qualité des relations sociales, autonomie et possibilités de développement personnel, expériences de vie positives, sentiment de maîtrise dans la vie;
- mode de vie et comportements: activité corporelle ou sédentarité, habitudes alimentaires, consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, consommation de médicaments, etc.;
- situation en matière d'assurance-maladie (assurances complémentaires, franchises), activités d'entraide (dans le cadre de la famille ou du quartier) et recours à l'aide d'autrui;
- utilisation de l'offre des services de santé: mesures et examens préventifs, soins médicaux ambulatoires, services paramédicaux et soins à domicile, soins hospitaliers.

<sup>1</sup> Base légale: loi sur la statistique fédérale (LSF) du 9 octobre 1992 et ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30 juin 1993

## 1.2 Méthodes

L'Enquête suisse sur la santé n'est pas une enquête exhaustive comme le recensement de la population. Elle est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population résidente de la Suisse. Cet échantillon doit constituer une image réduite et aussi fidèle que possible de la population totale de sorte que les résultats obtenus puissent être considérés comme représentatifs de cette population. Pour garantir cette représentativité, on recourt à une méthodologie scientifiquement fondée, dont nous donnons ci-après une brève description. Des explications méthodologiques plus détaillées se trouvent dans Graf & Renfer (2005)<sup>2</sup>.

### 1.2.1 Définition de l'échantillon

L'Enquête suisse sur la santé est basée sur un **échantillon probabiliste stratifié à deux degrés** de la population résidente suisse (Suisse et étrangers établis) âgée de 15 ans et plus et vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique.

La sélection des personnes cibles s'est faite en **deux étapes**: **première étape**: échantillon régional de ménages privés, stratifié par cantons

Des échantillons régionaux ont d'abord été établis pour les sept grandes régions du pays (Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin). On a veillé à ce que les régions peu peuplées soient surreprésentées et les régions très peuplées sous-représentées. Ces échantillons régionaux, comportant au total 16'000 ménages, ont ensuite été stratifiés au sein de chaque région par cantons (proportionnellement). S'y sont ajoutés des échantillons cantonaux supplémentaires: 16 cantons (AG, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SO, SG, TI, VD, VS, ZG, ZH) ont, à leurs frais, étoffé leur échantillon afin qu'il soit suffisamment grand pour faire l'objet d'une exploitation fiable au plan cantonal.

Dans chaque canton, le nombre voulu de ménages a ensuite été tiré au sort dans l'annuaire téléphonique de Swisscom, à l'aide d'un générateur électronique de nombres aléatoires. Les 32'868 ménages sélectionnés ont été invités par courrier à participer à l'enquête.

Les adresses non valables (décès, déménagements à une adresse inconnue, refus) ont été corrigées ou éliminées.

**deuxième étape**: sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage

Parmi les 30'829 ménages restants après l'apurement des adresses, on a tenté de sélectionner par téléphone une personne cible parmi les membres du ménage âgés de 15 ans et plus. Il y a eu des refus de participer à l'enquête tant de la part des ménages contactés (7'668) que des personnes cibles sélectionnées (3'455).

### 1.2.2 Réalisation de l'enquête (travail sur le terrain)

L'élément essentiel de l'Enquête suisse sur la santé est une **interview téléphonique assistée par ordinateur** (système **CATI**: «computer assisted telephone interviewing») de la personne cible, d'une durée de 40 minutes environ. Les interviews se sont faites en français, en (suisse-)allemand, ou en italien. Si, pour une raison ou une autre (absence prolongée, méconnaissance de la langue, difficulté de communication) la personne cible n'était pas en mesure de répondre elle-même à nos questions, nous avons cherché une personne de confiance pouvant répondre à sa place («proxy-interview»).

Grâce à la densité du réseau téléphonique, l'enquête par téléphone est en Suisse la méthode d'enquête la plus efficace. Elle n'est toutefois pas très appropriée pour les personnes âgées, qui peuvent avoir des problèmes d'audition. Aussi avons-nous proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus de procéder à une **interview personnelle à domicile** (CAPI: computer assisted personal interview). Les questions posées étaient les mêmes que dans l'enquête téléphonique.

En complément du questionnaire téléphonique, les personnes ayant participé aux interviews téléphoniques ou personnelles ont encore reçu un **questionnaire écrit**. Ce questionnaire contenait des questions auxquelles il aurait été difficile de répondre par téléphone, et il a permis de maintenir dans des limites raisonnables la durée des interviews téléphoniques.

Tous les travaux sur le terrain ont été effectués par l'Institut IHA-GfK à Hergiswil, en étroite collaboration avec l'Office fédéral de la statistique. Les enquêteurs ont conduit leurs interviews à partir de stations de travail CATI surveillées, situées dans deux standards téléphoniques centraux, à Lucerne pour l'allemand, à Lausanne pour le français et l'italien.

<sup>2</sup> Graf E, Renfer J-P (2005): Rapport de méthodes: Enquête suisse sur la santé 2002: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Office fédéral de la statistique. Neuchâtel.

Les travaux sur le terrain se sont déroulés en quatre blocs saisonniers, répartis sur toute l'année 2002.

Sur les 30'829 ménages de l'échantillon, 19'501 personnes ont accepté de participer à l'interview téléphonique (947 proxy-interviews comprises). 205 personnes âgées de 75 ans et plus ont répondu à nos questions dans le cadre d'un interview personnelle à domicile. En tout, 19'706 personnes ont donc été interrogées, ce qui donne un **taux de réponse net de 64%**. Ce taux, très élevé en comparaison d'autres enquêtes internationales, a notablement contribué à la qualité de nos résultats.

Les personnes restantes (36%) n'ont pas pu être interrogées, soit parce qu'elles ont refusé de participer à l'enquête au niveau du ménage (14%) ou au niveau de la personne cible sélectionnée (7%), soit parce qu'elles n'étaient pas atteignables ou pas en mesure de répondre (15%) pour une autre raison (maladie, absence ou difficultés linguistiques).

Parmi les 18'759 personnes ayant participé aux interviews réalisées par téléphone et en face-à-face (sans les proxy), 16'141 (86%) ont finalement rempli le questionnaire.

Malgré le taux de réponse élevé, les refus de participer à l'enquête méritent d'être analysés de près. Les personnes ayant refusé de répondre à nos questions se distinguent-elles notablement de celles qui ont répondu? A la limite, s'agit-il de personnes en meilleure santé ou plus malades que les autres, ce qui fausserait l'image que notre enquête donne de la santé en Suisse? Ces questions sont importantes pour juger de la représentativité de nos résultats. Malheureusement, nous savons trop peu de choses sur les caractères socio-démographiques des ménages et des personnes cibles qui ont refusé de participer à l'enquête pour pouvoir y répondre avec certitude.

### 1.2.3 Contrôle de la représentativité et méthode de pondération

Pour nous assurer que les résultats obtenus sur la base de l'échantillon sont valables pour l'ensemble de la population suisse, nous avons comparé, à partir de quelques critères déterminés, la composition de l'échantillon à celle de la population totale. Les différences constatées ont été ajustées par des procédés mathématiques, le but étant de rendre optimale la représentativité de l'échantillon.

De tels ajustements ne sont le plus souvent possibles que pour certains critères bien définis, mais on espère – sans pouvoir en être certain – que la représentativité de l'échantillon s'étendra à toutes les caractéristiques étudiées. Il s'agit habituellement de critères sociodémographiques dont la distribution est connue dans la population totale grâce au recensement. Pour l'enquête sur la santé, l'échantillon a été comparé avec la population totale du point de vue du **sexe**, de l'**âge**, du **domicile** et de la **nationalité** (Suisse/étrangers). Sur la base de cette comparaison, un coefficient de pondération a été attribué à chaque individu de l'échantillon et ses réponses ont été multipliées par ce coefficient.

Par exemple, les hommes étrangers de 25 à 34 ans domiciliés dans le canton de Genève étaient légèrement sous-représentés dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population totale. Leurs réponses ont donc reçu un coefficient de pondération supérieur à 1. Inversement, les femmes d'âge moyen ont été affectées d'un coefficient inférieur à 1 en raison de leur taux de réponse plus élevé.

Les données non pondérées s'appuient sur une base de 19'706 personnes effectivement interrogées; les données pondérées se rapportent à la population résidente suisse âgée de 15 ans et plus à la fin de 2001, soit au total 6'017'638 personnes.

### 1.2.4 Comparaison des résultats de 1992, 1997 et 2002

Comme l'enquête de 2002 couvre les mêmes thèmes que les enquêtes de 1992 et/ou 1997, il est en principe possible de comparer leurs résultats et d'observer les changements survenus au cours des dix années écoulées. Il faut pour cela que les questions et les méthodes d'enquête soient identiques d'une fois à l'autre.

### 1.3 A propos du présent rapport

Ce rapport présente en sept chapitres une vue d'ensemble des principaux thèmes et résultats de l'Enquête suisse sur la santé de 2002.

A la suite de l'introduction, le chapitre 2 décrit l'état de santé de la population d'après les critères du bien-être et de la fréquence de certains troubles et de certaines maladies. La santé physique (chapitre 2.1), la santé psychique (chapitre 2.2) et certains aspects du bien-être psychosocial (chapitre 2.3) y sont examinés séparément.

Le chapitre 3 est consacré aux habitudes de la population dans le domaine de la santé, et plus particulièrement à celles qui sont généralement considérées dans la littérature spécialisée comme ayant une influence favorable (alimentation saine, activité physique suffisante) ou au contraire défavorable voire néfaste sur la santé (consommation de tabac, d'alcool et de drogues). L'utilisation des prestations de santé, autre aspect du comportement de la population dans ce domaine, est examinée au chapitre 4.1. Ces prestations vont du simple check-up préventif aux séjours hospitaliers, en passant par les traitements ambulatoires et les soins à domicile. Enfin, les différentes formes d'entraide bénévole dans le cadre de la famille, d'un cercle d'amis ou de voisins, sont passées en revue au chapitre 4.2, de même que leurs bénéficiaires et les personnes qui fournissent cette aide.

Le chapitre 5 porte sur quelques facteurs importants qui influencent ou qui déterminent la santé. Ces facteurs comprennent en premier lieu les conditions de vie au lieu de travail, notamment l'exposition à des agressions provenant de l'environnement physique (bruit, rejets polluants, etc.), de l'environnement social (conflits, tensions, stress) ou du contexte économique (insécurité de l'emploi, chômage).

La situation de certains groupes de population est ensuite analysée plus en détail: le chapitre 6 est consacré aux problèmes et aux besoins des adolescents et des jeunes adultes, tandis que le chapitre 7 décrit la situation des personnes âgées.

## 2 Etat de santé

Il n'est pas possible de donner une définition simple et univoque de la santé. Pour beaucoup, la santé c'est d'abord purement et simplement l'absence de maladie. Longtemps, la science s'est intéressée presque uniquement à l'aspect négatif de la santé, c'est-à-dire à la maladie sous ses diverses formes. Le langage courant dispose pourtant d'une grande variété d'expressions et de périphrases pour évoquer la santé. Etre en bonne santé, c'est «être en forme», se sentir bien, être capable de travailler et de remplir ses tâches et obligations quotidiennes, avoir un bon équilibre psychologique, maîtriser sa vie, entretenir de bonnes relations sociales. Tous ces aspects de la santé se retrouvent dans la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle la santé est un état de bien-être physique, psychique et social.

Il faut tenir compte de ces trois composantes de la santé, surtout si l'on veut décrire l'état de santé et la qualité de vie d'une collectivité, autrement dit établir le diagnostic d'une population. Dans ce chapitre, nous examinerons donc séparément les différents aspects de la santé physique, psychique et psychosociale.

### 2.1 La santé physique

L'état de santé physique d'une population peut s'évaluer d'après son degré de bien-être, ou plus précisément d'après le jugement subjectif que les gens portent sur leur santé. Plusieurs études ont montré que les personnes d'âge moyen ou avancé qui s'estiment en mauvaise santé présentent un risque de mortalité plus élevé<sup>1</sup> et ont généralement plus de mal à gérer les troubles liés à l'âge que les personnes qui s'estiment en bonne santé<sup>2</sup>.

Les autres indicateurs de la santé se rapportent pour la plupart aux altérations effectives de la santé: fréquence des troubles physiques, des maladies, des accidents et des infirmités. Les maladies chroniques peuvent conduire à des infirmités, elles compromettent la qualité de la vie et peuvent donner lieu à des traitements coûteux. Les accidents sont une importante cause de décès précoce et un facteur non négligeable de coûts. Il faut donc savoir comment évoluent la forme et la fréquence de ces événements afin de disposer d'une base solide de prévention et de planification dans le domaine de la santé. En plus de ces problèmes de santé manifestes, nous examinerons la fréquence de l'excès de poids, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, qui sont des facteurs de risque de maladies chroniques importantes, telles que les maladies cardio-vasculaires et le cancer.

#### 2.1.1 Etat de santé autoévalué et problèmes de santé chroniques

L'état de santé autoévalué a été mesuré à l'aide de la question «Comment allez-vous en ce moment?» Plus des quatre cinquièmes (86%) de la population résidente suisse âgée de 15 ans et plus se sentent en bonne, voire en très bonne santé. Seulement 3% dit aller mal, voire très mal, ce qui correspond tout de même à 200'000 personnes. Les femmes se sentent en un peu moins bonne santé que les hommes. Chez l'un et l'autre sexe, la proportion des personnes en bonne ou très bonne santé va diminuant avec l'âge (G2.1). Néanmoins, près de 70% des personnes âgées de 75 ans et plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé. Par rapport à 1992 et, surtout, à 1997, on constate une légère amélioration de l'état de santé de la population (85%, 83%, 86%).

<sup>1</sup> Kaplan GA, Goldberg DE, Evertson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J (1996): Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol* 25 (2): p. 259-65.

<sup>2</sup> Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP (1999): Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54 (2): p. 85-93.

Le fait d'être atteint ou non d'un problème de santé chronique constitue un autre critère d'évaluation de l'état de santé. On a demandé aux personnes interviewées par téléphone si elles avaient un problème psychique ou physique qui les limite dans leurs activités quotidiennes et qui dure depuis plus d'un an. 18% des femmes et 14% des hommes ont répondu par l'affirmative. De l'avis des personnes interrogées, trois quarts de ces problèmes sont d'origine physique, un dixième d'origine psychique et un dixième d'origine à la fois physique et psychique. Les problèmes de santé chroniques augmentent nettement avec l'âge et les femmes en sont plus fortement touchées que les hommes, et ce dans toutes les groupes d'âges (G2.1).

### 2.1.2 Troubles physiques

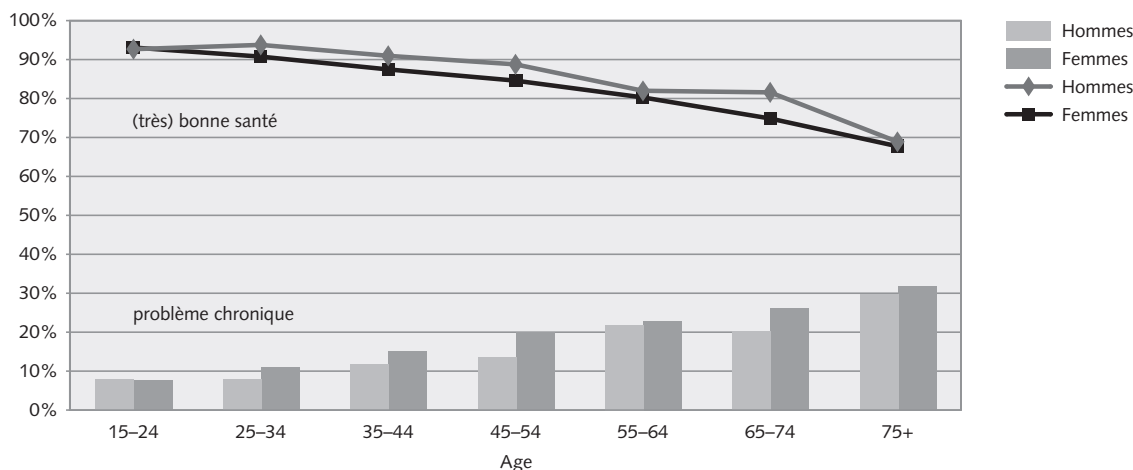
Nous appelons troubles physiques des altérations de la santé ayant un caractère essentiellement symptomatique. L'enquête a porté sur les maux de tête, les maux de dos, les douleurs dans la poitrine, les maux de ventre, la fatigue, la diarrhée ou la constipation, les troubles du sommeil et les troubles cardiaques, ressentis par les personnes interrogées durant les quatre semaines précédentes. Ces divers troubles – s'ils ne sont pas liés à une maladie aiguë – peuvent avoir une origine psychologi-

que, autrement dit être le résultat d'une forte pression psychosociale (stress). C'est à cet aspect des choses que nous nous intéresserons ici. Nous ne tiendrons donc pas compte des troubles survenus en association avec de la fièvre, c'est-à-dire avec une maladie aiguë.

Les troubles les plus fréquemment mentionnés sont les maux de dos ou de tête. Presque deux fois plus de femmes que d'hommes se plaignent de fortes douleurs dorsales (13% contre 8%) ou de forts maux de tête (10% contre 5%). La fréquence de ces troubles augmente avec l'âge et l'écart entre les sexes persiste à tous les âges. Ces proportions n'ont guère varié depuis 1992. Afin de savoir dans quelle mesure ces problèmes de santé sont en relation avec de fortes pressions psychosociales, nous avons réuni en un indice les huit troubles physiques mentionnés plus haut. Sur la base de cet indice, on constate que 16% des hommes et 30% des femmes disent avoir eu des troubles importants au cours des quatre semaines précédentes. Ces troubles sont déjà relativement fréquents chez les adultes jeunes: plus du quart des femmes de 15 à 34 ans et 13% des hommes jeunes en souffrent (G2.2). Après avoir progressé de 24% à 27% entre 1992 et 1997, la proportion des personnes qui souffrent de tels troubles est retombée à son niveau de 1992.

Part des personnes ayant une santé autoévaluée bonne à très bonne, et part des personnes qui ont un problème de santé chronique<sup>1</sup>, selon l'âge et le sexe

G 2.1



<sup>1</sup> d'origine physique ou psychique et durant depuis au moins un an

© Office fédéral de la statistique (OFS)



Outre les troubles mentionnés plus haut, les problèmes articulaires sont eux aussi relativement fréquents. Ceux-ci peuvent également compromettre fortement la qualité de la vie des personnes qui en souffrent (mobilité limitée, douleurs importantes, etc.). Plus du tiers des personnes interrogées, et davantage de femmes que d'hommes, se plaignent de problèmes articulaires: 10% des femmes et 7% des hommes éprouvent ainsi de fortes douleurs articulaires (prévalence sur 4 semaines). La situation n'a guère évolué depuis 1997.

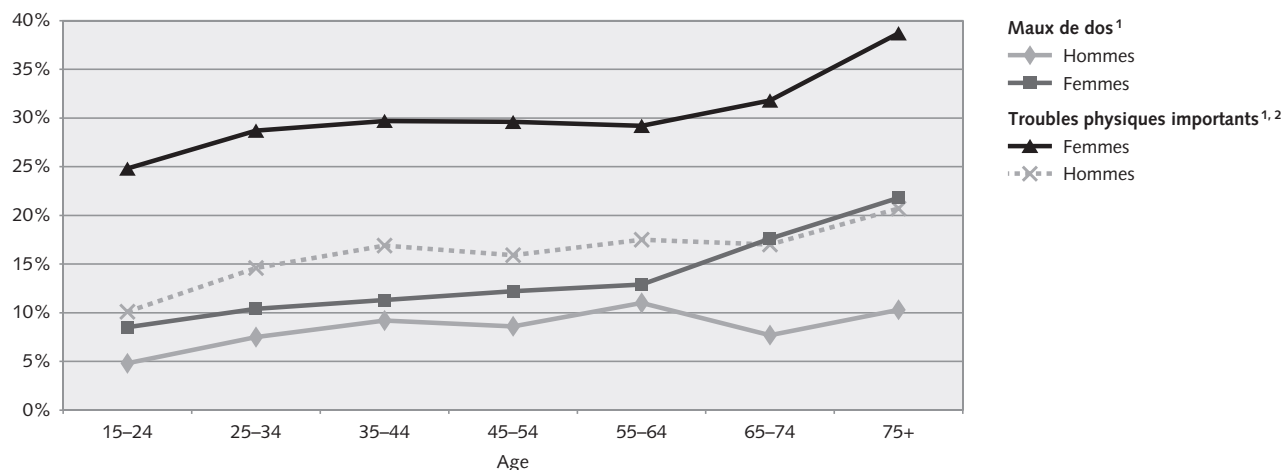
Tous ces troubles physiques engendrent dans le domaine de la santé des coûts qu'il ne faut pas sous-estimer. Les maux de dos constituent en effet, en Suisse comme dans tous les pays industrialisés, une des principales raisons des consultations médicales. Leurs causes, nous l'avons dit, peuvent être psychiques ou physiques (stress, charge de travail), mais elles peuvent aussi être liées à un manque d'activité physique ou au fait de passer beaucoup de temps dans la position assise (ordinateur, télévision)<sup>3</sup>. Quand ils deviennent chroniques, ces troubles engendrent des coûts élevés dans le secteur de la santé (thérapie) et constituent une charge importante pour l'économie (absentéisme).

### 2.1.3 Activités réduites pour raisons de santé

La santé se définit également dans son acception positive comme la jouissance des aptitudes fonctionnelles normales de l'individu. Il est par conséquent important de savoir avec quelle fréquence les gens sont empêchés d'exercer leurs activités quotidiennes pour des raisons de santé. 15% des personnes interrogées ont déclaré n'avoir pas pu toujours exercer leurs activités normalement au cours des quatre dernières semaines, les femmes plus fréquemment que les hommes (17% contre 14%). Cette proportion plus élevée chez les femmes s'observe dans tous les groupes d'âges, en particulier chez les personnes de 25 à 54 ans (G2.4). Les personnes qui se sentent le moins restreintes dans leurs activités sont en fait celles qui ont tout juste dépassé l'âge de la retraite.

#### Part des hommes et des femmes ayant des troubles physiques importants, notamment des maux de dos, selon l'âge

G 2.2



<sup>1</sup> Prévalence sur 4 semaines

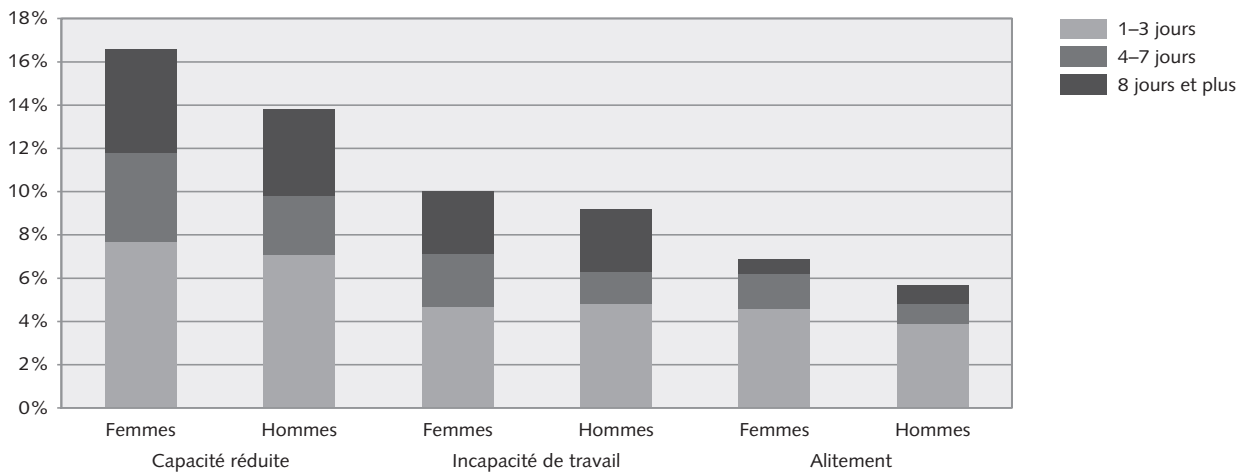
<sup>2</sup> Indice calculé sur la base des 8 troubles suivants: maux de tête ou de dos, douleurs dans la poitrine, maux de ventre, faiblesse générale, diarrhée/constipation, troubles du sommeil, troubles cardiaques; troubles importants: au moins 2 de forte intensité ou 4 de faible intensité. Sans les personnes souffrant de fièvre.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>3</sup> Keel P, Schütz-Petitjean D, Santos-Eggimann B (1996): Kreuzschmerzen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O (éd): Médecine préventive et sociale, Public Health. Berne: Hans Huber. p. 336-344.

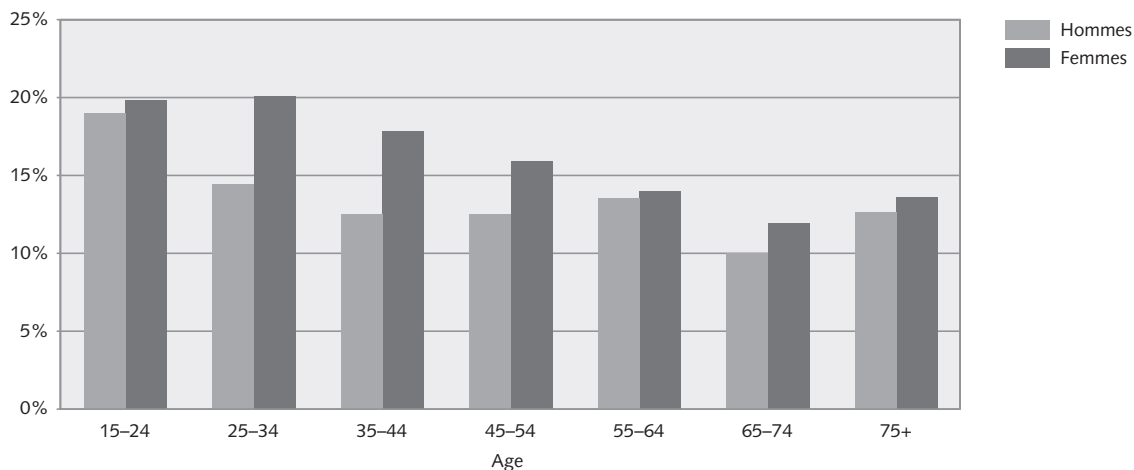
**Part des hommes et des femmes qui ont dû réduire leurs activités quotidiennes au cours de 4 semaines pour raisons de santé, selon le degré de gravité et la durée**

G 2.3



**Part des hommes et des femmes qui, au cours de 4 semaines, ont été empêchés au moins un jour d'exercer leurs activités habituelles pour raisons de santé, selon l'âge**

G 2.4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

A l'image des troubles physiques (G2.2), les incapacités se sont aggravées entre 1992 (13%) et 1997 (17%) avant de diminuer à nouveau en 2002 (15%). Ces variations sont observées principalement chez les personnes en âge de travailler (G2.5).

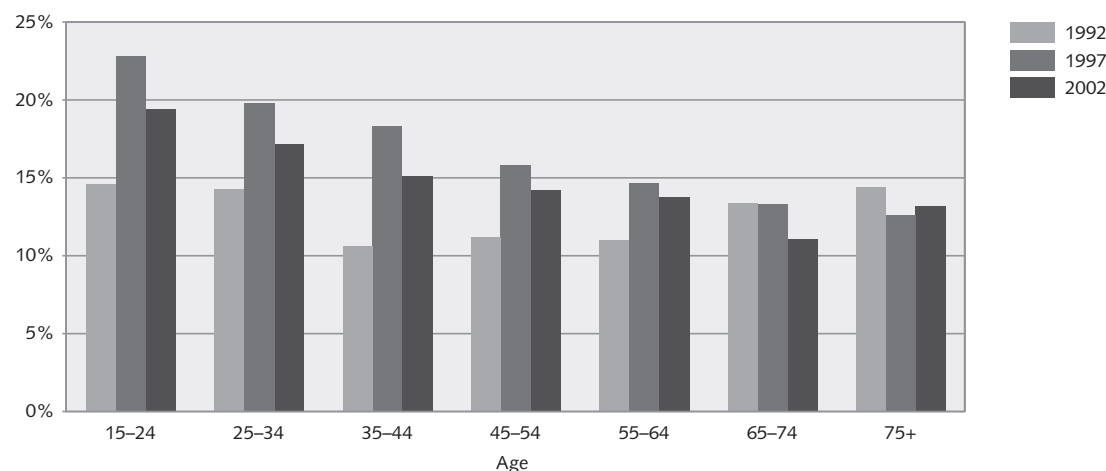
7% des hommes et plus de 9% des femmes ont vu leur activité réduite pendant au moins quatre jours. L'incapacité de travail et l'alitement nous renseignent sur la gravité de leurs cas. Chez les hommes comme chez les femmes, 10 personnes interrogées sur 100 se sont absentes de leur travail ou n'ont pas pu s'occuper de leur

ménage pendant au moins un jour, au cours des quatre semaines précédentes (G2.3). Environ 5% ont eu une incapacité de travail de 4 jours ou plus. Et quelque 6% ont dû garder le lit, 2% pendant au moins 4 jours. Dans l'un et l'autre de ces derniers cas, les femmes sont proportionnellement un peu plus nombreuses que les hommes.

Rapporté à l'année entière, le nombre moyen de jours d'activité réduite pour raisons de santé se chiffre à 18 chez les femmes et à 15 chez les hommes. Les uns comme les autres totalisent 11 jours d'incapacité de travail et 4 jours d'alitement par an.

**Part des hommes et des femmes qui, au cours de 4 semaines, ont été empêchés au moins un jour d'exercer leurs activités habituelles pour raisons de santé: comparaison 1992, 1997 et 2002, selon l'âge**

G 2.5



© Office fédéral de la statistique (OFS)

### 2.1.4 Maladies chroniques

Il est important pour la prévention<sup>4</sup> de disposer d'informations sur la fréquence des maladies chroniques. Actuellement, l'enquête sur la santé est, avec la statistique des causes de décès, la principale source de données en la matière.

L'estimation de la fréquence des maladies chroniques dans la population s'appuie sur plusieurs parties de l'enquête (groupes de questions). Outre l'indicateur général relatif aux problèmes de santé de longue durée, dont il a été question plus haut (G2.1), les gens ont été interrogés

sur quelques maladies chroniques importantes. Une liste de maladies leur a été présentée et on leur a demandé s'ils ont été traités médicalement pour certaines d'entre elles au cours des 12 derniers mois. L'hypertension, les rhumatismes et le rhume des foins (et autres allergies) ont été le plus souvent cités (T2.1). Les femmes souffrent de rhumatismes deux fois plus fréquemment que les hommes. La fréquence des rhumatismes et de l'hypertension augmente sensiblement avec l'âge. La prise de médicaments contre ces maladies varie en conséquence selon l'âge et le sexe (G2.6a/b).

### T2.1 Part des hommes et des femmes ayant subi un traitement médical<sup>1</sup> pour une maladie chronique, par groupe de maladies (en %)

Diagnostic	Hommes		Femmes		Total	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Hypertension	11,7	13,6	14,2	14,3	13,0	14,0
Rhumatismes	7,1	6,0	14,1	11,0	10,7	8,6
Rhume des foins/autres allergies	9,9	9,8	12,6	10,2	11,3	10,0
Bronchite chronique/emphysème	4,2	3,4	5,5	3,4	4,8	3,4
Dépression nerveuse	3,3	4,2	6,0	5,9	4,6	5,1
Maladies des reins/calculs rénaux	2,4	2,5	2,4	1,9	2,4	2,2
Cancer/tumeurs	1,7	2,2	2,7	3,2	2,2	2,7
Infarctus du myocarde	2,7	3,2	1,3	1,2	2,0	2,2
Attaque	0,8	1,2	0,6	0,7	0,7	1,0

<sup>1</sup> Traitement au cours de douze mois ou actuellement

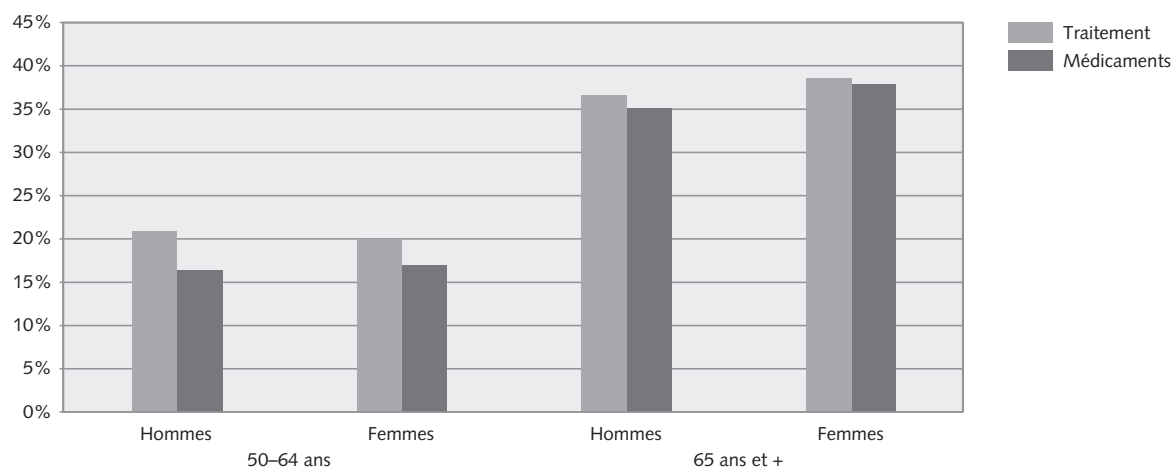
<sup>4</sup> Bisig B, Paccaud F, Levi F (2002): But 8: Faire reculer les maladies non transmissibles. Dans: Société suisse de santé publique (SSSP) (éd.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle (OMS Europe).

La proportion de personnes qui ont indiqué avoir été en traitement pour des rhumatismes a fortement diminué depuis 1992 dans tous les groupes d'âges (G2.7a/b). La même tendance est observée en ce qui concerne la prise de médicaments pour cette affection. Les rhumatismes de 2002 sont-ils identiques aux rhumatismes de 1992? Le fait que leur proportion ait fortement diminué dans chaque groupe d'âges semble traduire une réelle amélioration de la situation: à âge égal, on se plaint aujourd'hui moins de rhumatismes qu'il y a dix ans. Mais, chez les personnes d'une même cohorte (groupe de personnes nées la même année), l'amélioration est faible dix ans après et s'observe uniquement chez les plus âgées (G2.7a/b).

Les allergies sont assez répandues dans la population. 17% des femmes et 18% des hommes souffrent du rhume des foins (voir le tableau T2.1 pour les traitements médicaux du rhume des foins et d'autres allergies). Contrairement aux autres maladies mentionnées, ces troubles sont nettement plus fréquents chez les jeunes (24% chez les 15 à 34 ans) que chez les personnes âgées (9% chez les 65 ans et plus). Depuis 1992, on observe une légère augmentation de 2 points au total. 1,7% des femmes et 1,4% des hommes prennent régulièrement des médicaments contre l'asthme (une ou plusieurs prises dans la dernière semaine).

### Part des hommes et des femmes qui ont été traités<sup>1</sup> ou ont pris des médicaments<sup>2</sup> pour l'hypertension, selon l'âge

G 2.6a



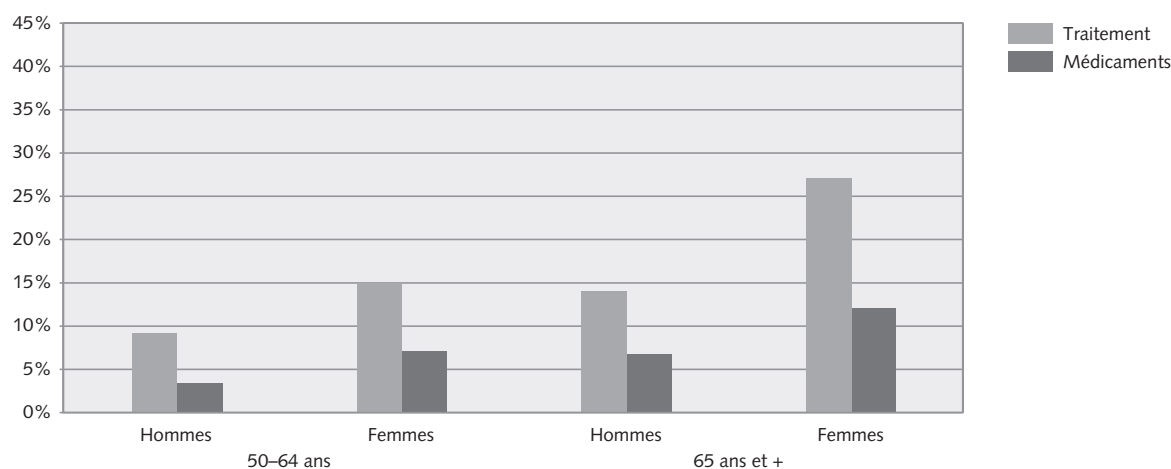
<sup>1</sup> Traité/e par un médecin au cours de 12 mois

<sup>2</sup> Plusieurs fois par semaine (prévalence sur 7 jours)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

### Part des hommes et des femmes qui ont été traités<sup>1</sup> ou ont pris des médicaments<sup>2</sup> pour des rhumatismes, selon l'âge

G 2.6b



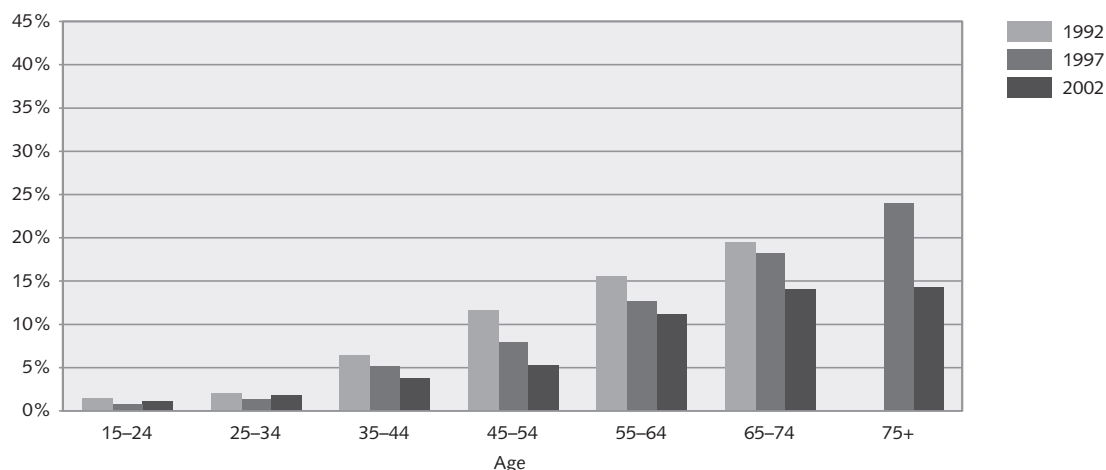
<sup>1</sup> Traité/e par un médecin au cours de 12 mois

<sup>2</sup> Plusieurs fois par semaine (prévalence sur 7 jours)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des hommes en traitement médical pour des rhumatismes: comparaison 1992, 1997 et 2002, selon l'âge<sup>1</sup>**

G 2.7a

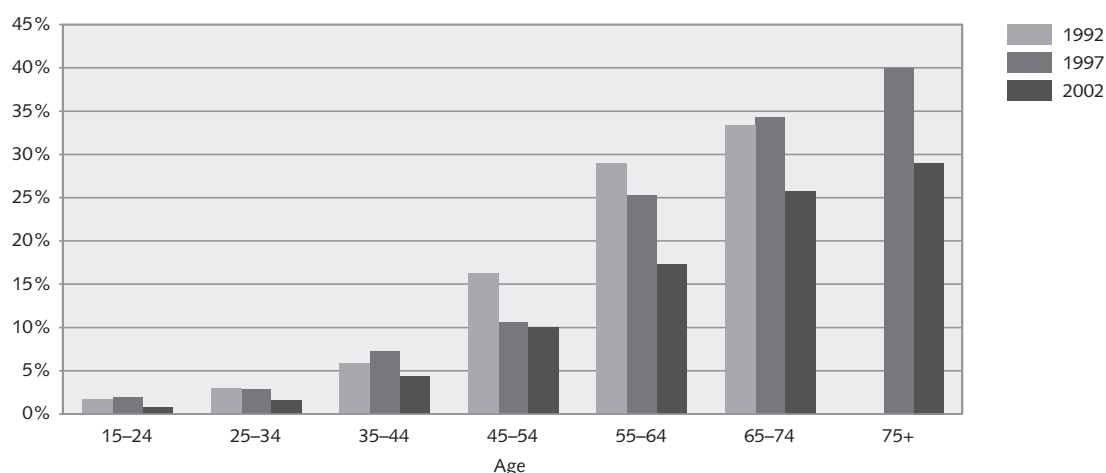


<sup>1</sup> Il n'y a pas de données se rapportant à l'année 1992 pour les personnes de 75 ans et plus.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des femmes en traitement médical pour des rhumatismes: comparaison 1992, 1997 et 2002, selon l'âge<sup>1</sup>**

G 2.7b



<sup>1</sup> Il n'y a pas de données se rapportant à l'année 1992 pour les personnes de 75 ans et plus.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le diabète<sup>5</sup> est une autre maladie chronique importante, surtout quand elle est associée avec des maladies cardio-vasculaires<sup>6</sup>. Non traitée ou traitée trop tard, elle est l'une des principales causes de cécité et d'amputation du pied chez les personnes âgées. Le diabète a déjà été diagnostiqué une fois chez environ 4% des femmes et des hommes. Mais un tiers seulement des personnes concernées, soit 80'000, prenaient de l'insuline à l'épo-

que de l'enquête (voir les explications plus détaillées au chapitre 7.1). D'une manière générale, l'information sur le facteur de risque que constitue le diabète est assez mauvaise: ainsi, la glycémie a été mesurée au cours des 12 derniers mois chez 31% des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Ce taux augmente régulièrement avec l'âge et atteint 77% chez les 75 ans et plus (voir aussi le chapitre 4.1.4).

<sup>5</sup> Waldhäusl W (2004): Diabetes in der Praxis. Berlin: Springer.

<sup>6</sup> Fondation Suisse de Cardiologie (éd.) (2004): Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse. 2<sup>e</sup> édition. Berne.

### 2.1.5 Facteurs de risque des principales maladies chroniques<sup>6</sup>

Pour pouvoir prendre des mesures de prévention des maladies chroniques, il importe de connaître la répartition des facteurs de risque de ces maladies, même si les renseignements qu'on peut obtenir à ce sujet dépendent des connaissances et de la mémoire des personnes interrogées. Un taux de cholestérol trop élevé, une tension artérielle trop haute et l'excès de poids<sup>7</sup> constituent – outre la consommation de tabac et le manque d'activité physique (voir le chapitre 3) – des facteurs de risque pour la santé et notamment pour les maladies cardio-vasculaires, qui sont l'une des principales causes de mortalité.

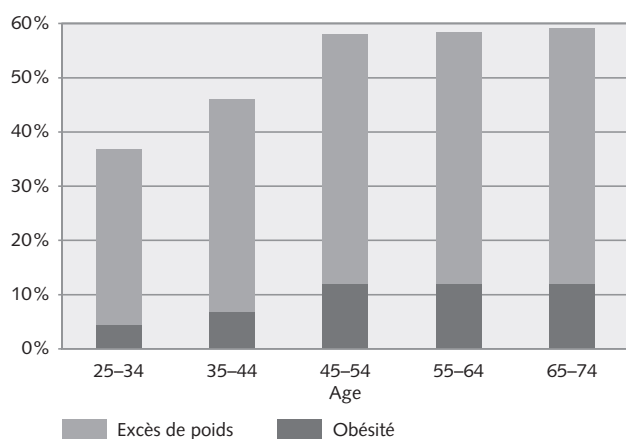
Taux de cholestérol trop élevé: 15% des personnes interrogées disent qu'un taux de cholestérol trop élevé a déjà été diagnostiqué chez elles par un médecin, mais environ 7% seulement disent que leur taux de cholestérol est trop élevé actuellement (au moment de l'enquête). Cela correspond à une augmentation de respectivement 3 et 2 points par rapport à 1997. Le taux de cholestérol a été mesuré une fois dans l'année chez environ la moitié de la population, cette proportion variant de 28% chez les plus jeunes à 76% chez les plus âgés (T4.3).

Hypertension: le diagnostic d'hypertension a déjà été posé chez 21% des personnes interrogées de l'un et l'autre sexe. Seulement 14% des personnes interrogées ont dit avoir une tension trop élevée au moment de l'enquête; cette proportion augmente avec l'âge pour atteindre 40% chez les 75 ans et plus<sup>8</sup>. Dans ce groupe d'âges, 92% des personnes disent avoir eu un contrôle de leur taux de cholestérol dans l'année, contre 76% dans l'ensemble de la population. La proportion de personnes traitées médicalement pour l'hypertension fournit d'assez bonnes indications indirectes sur la fréquence de l'hypertension dans la population (voir le tableau T2.1.).

Excès de poids: ce facteur de risque se calcule d'après l'indice de masse corporelle (Body Mass Index, BMI), qui est le rapport entre le poids du corps et la taille au carré (en mètres). Plus le BMI est élevé, plus le risque est grand d'être atteint de diabète, d'une maladie cardio-vasculaire ou de certaines formes de cancer, ou encore de souffrir de douleurs articulaires<sup>9</sup>.

Au total, 41% de la population suisse âgée de 25 à 74 ans<sup>10</sup> présente un excès de poids (BMI égal ou supérieur à 25). 9% souffre d'obésité (BMI égal ou supérieur à 30). Les hommes présentent plus souvent un

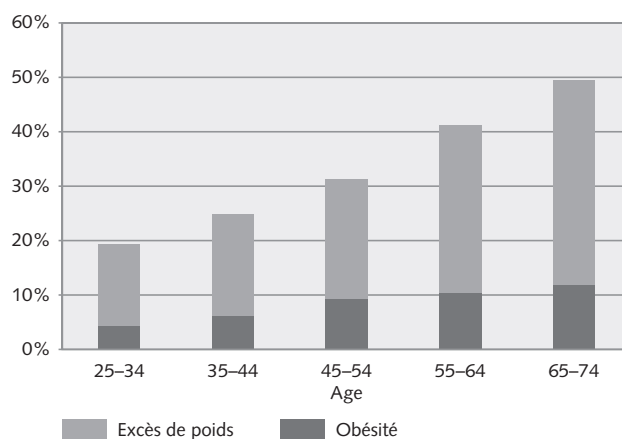
Part des hommes souffrant d'un excès de poids<sup>1</sup> ou d'obésité<sup>2</sup>, selon l'âge G 2.8a



<sup>1</sup> 25 ≤ BMI < 30; <sup>2</sup> BMI ≥ 30

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Part des femmes souffrant d'un excès de poids<sup>1</sup> ou d'obésité<sup>2</sup>, selon l'âge G 2.8b



<sup>1</sup> 25 ≤ BMI < 30; <sup>2</sup> BMI ≥ 30

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>6</sup> Fondation Suisse de Cardiologie (éd.) (2004): Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse. 2<sup>e</sup> édition. Berne.

<sup>7</sup> Office fédéral de la santé publique (éd.) (2004): Les coûts de l'adiposité en Suisse. Rapport final (résumé en français). HealthEcon sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Bâle.

<sup>8</sup> Ces chiffres ne peuvent pas être directement comparés avec ceux des enquêtes précédentes en raison de changements apportés à la méthode.

<sup>9</sup> [http://www.bpa.ch/recherche/statistique/statistique\\_2004/index.html](http://www.bpa.ch/recherche/statistique/statistique_2004/index.html). Accès au 31.3.2005

<sup>10</sup> Pour des raisons méthodologiques, nous nous limitons aux 25 à 74 ans parce que, pour les plus jeunes et les plus âgés, il faudrait appliquer d'autres valeurs limites.

excès de poids que les femmes. Chez l'un et l'autre sexe, l'excès de poids augmente sensiblement jusqu'à l'âge de la retraite, de manière régulière chez les femmes tandis que le maximum est déjà presque atteint chez les hommes de 45 à 54 ans (60%).

La comparaison des résultats de 2002 avec ceux de 1992 (33%) et de 1997 (39%) laisse apparaître une situation alarmante: le pourcentage de personnes souffrant d'un excès de poids dans le groupe des 25 à 74 ans a ainsi augmenté de 8 points; rapporté à la population, leur nombre s'est accru de 446'000 unités. La comparaison des résultats obtenus pour des cohortes identiques en 1992 et en 2002 confirme qu'il s'agit bien d'une aggravation de la situation dans le même groupe de personnes. Les personnes âgées de 45 à 54 ans en 2002 avaient entre 35 et 44 ans en 1992. Au sein de cette cohorte, on constate même que la proportion des personnes souffrant d'un excès de poids est passée de 29 à 45% (G2.9).

Trois quarts des personnes dont le poids est excessif souhaiteraient perdre du poids. La fréquence de ce souhait ne coïncide toutefois pas avec la répartition de ce facteur de risque (voir également le chapitre 3.2). Les hommes, qui ont plus fréquemment trop de poids que

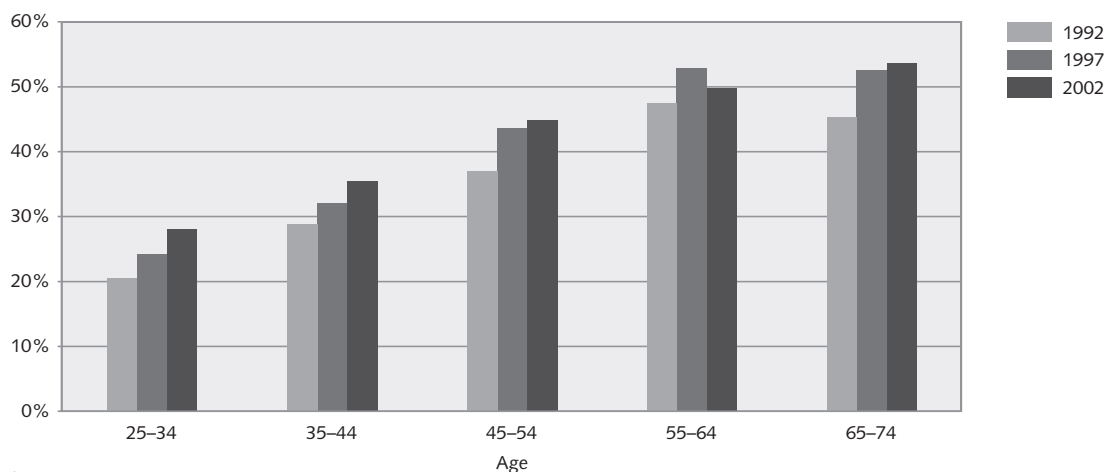
les femmes, souhaitent plus rarement en perdre. Bien que l'excès de poids augmente avec l'âge, la part des personnes qui souhaiteraient perdre du poids est relativement constante jusqu'à l'âge de la retraite.

Les facteurs de risque évoqués ici sont donc fréquents chez les deux sexes. Il y a donc là un grand potentiel de prévention. La lutte contre l'excès de poids revêt à cet égard une importance de premier plan. Une réduction de la consommation de graisses de même qu'un exercice physique régulier influencent favorablement le poids corporel. On trouvera au chapitre 3 (comportements pouvant influencer la santé) des données sur la fréquence des principaux comportements néfastes pour la santé.

Il convient d'améliorer – outre les comportements qui viennent d'être mentionnés (alimentation, activité physique) – l'information des patients sur les risques qu'ils courent dans le domaine de la santé: une part trop élevée de la population ne sait pas quand elle a subi un contrôle du taux de glucose, du taux de cholestérol et de la tension artérielle. Cette exigence ne s'adresse pas seulement aux patients (qui devraient se renseigner davantage) mais aussi aux médecins (qui devraient expliquer en termes simples leurs examens et leurs résultats).

Part des personnes souffrant d'un excès de poids<sup>1</sup> selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002

G 2.9



### 2.1.6 Accidents

Selon le Bureau suisse de prévention des accidents, environ 1,2 million de personnes par an sont victimes d'un accident, mortel pour 2150 d'entre elles<sup>11</sup>.

D'après l'Enquête suisse sur la santé, un million de personnes ont eu un accident en 2002. Si l'on tient compte du fait que cette enquête ne considère que les personnes résidant en Suisse et qu'elle exclut les enfants, on peut parler d'un bon recoupement des données de ces deux sources. C'est également le cas des données relatives aux décès: la statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique en dénombre 2000 environ par an, personnes domiciliées à l'étranger non comprises.

Il ressort de l'enquête sur la santé qu'une personne sur six, âgées de 15 ans et plus, a eu au moins un accident en l'espace d'un an. Deux tiers d'entre elles ont dû être traitées par un médecin, le tiers restant s'étant traitées elles-mêmes (T2.2).

Les accidents surviennent le plus fréquemment dans la pratique du sport. Une personne sur douze a eu au moins un accident de sport au cours des douze mois précédents, les hommes indiquant dans ce cas plus souvent que pour les autres accidents le recours à un autotraitement. Les accidents professionnels et les accidents domestiques sont environ moitié moins fréquents. Près de deux personnes de 15 ans et plus sur cent ont eu un accident de la route.

On constate des différences notables entre les sexes: les hommes ont plus fréquemment des accidents de travail ou de sport, les femmes des accidents dans la maison ou dans le jardin (T2.2). Le risque d'accident varie également selon l'âge: les accidents de sport, de travail et de la route diminuent avec l'âge, alors que les accidents domestiques vont en augmentant. La fréquence des accidents est restée dans l'ensemble constante depuis 1992 chez l'un et l'autre sexe.

### T2.2 Part des hommes et des femmes ayant eu un accident dans l'année<sup>1</sup>, par genre d'accidents et par type de traitement (en %)

Genre d'accidents	Hommes	Femmes	Total
Accident de travail, total <sup>2</sup>	7,6	2,4	5,4
autotraitement	1,4	(0,4)	1,0
traitement par le médecin	6,2	2,1	4,4
Accident de la route, total	1,9	1,8	1,9
autotraitement	0,6	0,6	0,6
traitement par le médecin	1,3	1,2	1,3
Accident domestique/de jardinage, total	4,1	5,5	4,8
autotraitement	1,6	1,7	1,7
traitement par le médecin	2,5	3,8	3,1
Accident de sport, de jeu, etc.	11,4	5,1	8,1
autotraitement	5,0	1,5	3,2
traitement par le médecin	6,4	3,6	4,9
Au moins un de ces accidents	20,6	12,8	16,6
autotraitement	6,6	3,6	5,0
traitement par le médecin	14,0	9,3	11,6

<sup>1</sup> Traitement au cours de douze mois

<sup>2</sup> Seulement les personnes actives occupées; personnes âgées de 15 à 64 ans  
Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

<sup>11</sup> Office fédéral des routes OFROU (éd.) (2002): Elaboration des fondements d'une politique nationale de sécurité routière: Rapport final. Bureau suisse de prévention des accidents bpa. Mandat de recherche OFROU 2000/447 sur mandat de l'OFROU. Berne.



Au cours des dernières décennies, les mesures de prévention des accidents ont entraîné une nette diminution de la fréquence des accidents aussi bien au travail que sur la route. Faire en sorte que cette diminution, en particulier des accidents graves, se poursuive reste un objectif important de la prévention, non seulement à cause de leurs coûts directs et indirects élevés, mais parce que chaque accident grave est un accident de trop. Il convient de prêter attention en particulier à la protection contre les accidents de sport, qui sont les plus fréquents. La pratique des sports extrêmes, où le risque d'accident est élevé, est toujours plus répandue, notamment parmi les jeunes adultes. En matière de prévention, il faut considérer que les accidents font partie intégrante d'une problématique complexe qui implique différents domaines de la société (les transports, l'urbanisme, l'industrie, etc.). La protection contre les accidents est donc une tâche collective qui engage tous ces domaines, avec la coopération des secteurs de l'éducation et de la santé<sup>12</sup>.

## 2.2 La santé psychique

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la santé psychique est une composante essentielle d'un bon état de santé. La santé psychique de la population est de ce fait devenue un enjeu public. Dans le cadre de la «Politique nationale suisse de la santé», un projet de stratégie nationale pour protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse a été élaboré dans les années 2002 à 2003<sup>13</sup>.

On entend par santé psychique, le sentiment de bien-être, d'assurance et d'équilibre d'une personne, sa capacité à avoir des relations, à affronter le quotidien, à se rendre à son travail et à participer à la vie sociale. Inversement, toute maladie psychique se caractérise par des symptômes cliniques de troubles psychiques ou par des comportements tels que l'alcoolisme ou la toxicomanie et par des troubles du système nerveux<sup>14</sup>.

L'Enquête suisse sur la santé permet d'analyser divers aspects de la santé psychique ou des maladies psychiques de la population suisse et de suivre leur évolution de 1992 à 2002.

### 2.2.1 Equilibre psychique

Un bon équilibre psychique est une condition importante pour pouvoir maîtriser sans stress et sereinement les tâches de la vie quotidienne. Les tensions psychiques, au contraire, sont source de stress et peuvent donc avoir un impact négatif sur la santé. L'équilibre psychique a été évalué sur la base de 4 questions portant sur la fréquence d'états émotionnels positifs et négatifs durant la semaine précédente. Les réponses à ces questions ont permis d'établir un indice à partir duquel trois niveaux d'équilibre psychique ont été définis: mauvais, moyen et bon.

Les personnes dotées d'un bon équilibre psychique se sentent rarement ou jamais déprimées, de mauvaise humeur, tendues, irritables ou nerveuses. Elles s'estiment au contraire presque tous les jours calmes, équilibrées ou sereines, pleines de force et d'optimisme. Inversement, les personnes souffrant d'un mauvais équilibre psychique se disent souvent, voire tous les jours déprimées, tendues et irritables et rarement calmes et équilibrées, pleines de force, d'énergie et d'optimisme.

En appliquant cette échelle à l'ensemble de la population suisse, on peut conclure à un niveau de bien-être psychique élevé pour une bonne moitié de la population, moyen pour un quart et mauvais pour un cinquième. Ces proportions varient toutefois considérablement selon l'âge: dans le groupe des 15 à 24 ans, on trouve seulement 41% de personnes équilibrées et détendues, mais 28% de personnes peu équilibrées et tendues (G2.10). Plus les personnes avancent en âge, mieux elles se sentent psychologiquement. Jusqu'à 65 ans on n'observe pas de grande différence entre les sexes. Au-delà, l'état de santé psychique des hommes est meilleur.

L'évolution constatée au cours des 10 dernières années est très positive. En effet, à chaque âge, l'équilibre psychique des femmes, comme celui des hommes, n'a cessé de s'améliorer de 1992 à 2002.

Ces observations ont déjà été faites dans d'autres contextes<sup>15</sup>. Elles pourraient indiquer que les jeunes – qui se disent plus souvent nerveux, instables et déprimés – sont préoccupés par leur avenir et que leur faible degré de satisfaction voire de bien-être traduit leurs difficultés à s'insérer dans la société d'adultes et à trouver leur

<sup>12</sup> Boillat MA (2002): But 9: Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents. In: Société suisse de santé publique (SSSP) (éd.): But pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle (OMS Europe). Berne. p. 29-31.

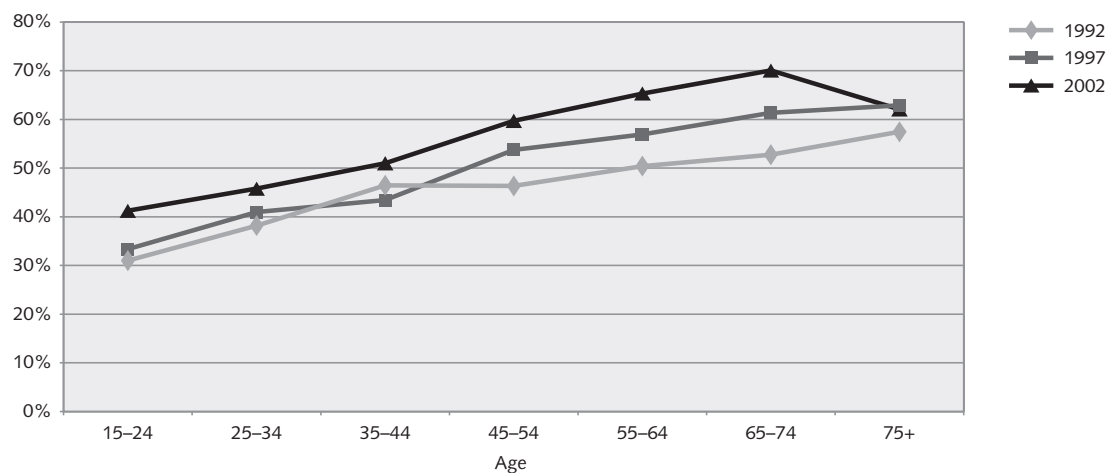
<sup>13</sup> [http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show\\$Id=1245.html](http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show$Id=1245.html). Accès au 31.3.2005

<sup>14</sup> Rüesch P, Manzoni P (2003): La santé psychique en Suisse – Monitoring. Ed. Obsan: Zollikofen.

<sup>15</sup> Campbell A (1981): The sense of well-being in America. New-York: Mc Graw Hill.

## Part des personnes ayant un bon équilibre psychique, selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002

G 2.10



© Office fédéral de la statistique (OFS)

place dans la vie professionnelle et dans la vie familiale. A l'opposé, les personnes âgées – du moins celles vivant chez elles, puisque celles vivant en home médicalisé ou en maison de retraite ne sont pas incluses dans cette étude –, ressentent un plus grand sentiment de bien-être. Celui-ci est vraisemblablement dû à la satisfaction qu'elles éprouvent eu égard à ce qu'elles ont réalisé dans leur vie et à leur situation et mode de vie actuels.

### 2.2.2 Dépressions

Nous traversons tous un jour ou l'autre des phases d'abattement, de tristesse, de manque d'énergie et éprouvons un sentiment d'infériorité. Les causes sont multiples: conflits personnels, angoisse existentielle, perte suite à un décès ou une séparation, etc. Si l'on voit le bout du tunnel, une conversation avec une personne de confiance peut déjà être très utile. Par contre, si cette phase d'abattement se poursuit sans signe d'amélioration, il est indiqué de consulter un médecin ou un spécialiste.

Lors de l'édition 2002 de l'ESS, une échelle d'évaluation de l'état dépressif des personnes interrogées a été utilisée pour la première fois dans le cadre d'une enquête

nationale sur la santé<sup>16,17</sup>. A partir de 10 questions portant sur des symptômes définis en psychiatrie comme étant ceux de la dépression, une valeur symptomatique a été établie pour chaque personne<sup>18</sup>.

Les questions portaient sur l'état de la personne au cours des deux dernières semaines; la personne pouvait choisir entre les réponses suivantes: «la plupart des jours», «quelquefois», ou «non, jamais».

Les résultats obtenus nous permettent de classer les personnes interrogées en quatre groupes selon les symptômes cliniques de dépression qu'elles ont ou qu'elles n'ont pas (T2.3):

<sup>16</sup> Wittchen HU (2001): Prevalence and recognition syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated. *International Clinical Psychopharmacology* 16:p. 121-135.

<sup>17</sup> Wittchen HU (1998): Test-retest reliability of the computerized DSMIV version of the Munich Composite International Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: p. 568-578.

<sup>18</sup> Avez-vous été triste, abattu ou déprimé la plupart du temps? Avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou éventuellement une absence de plaisir pour les choses qui habituellement en avaient? Vous êtes-vous sentie fatiguée, épuisée ou sans énergie (même sans avoir travaillé durement)? Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement? Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)? Avez-vous l'impression que vous vous déplacez ou que vous vous exprimez plus lentement que d'habitude? Votre intérêt sexuel a-t-il été plus faible que d'habitude ou même avez-vous perdu tout désir sexuel? Avez-vous ressenti une perte de confiance en vous-même, en vous jugeant inutile, coupable ou en vous faisant des reproches injustifiés? Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (par ex. en lisant ou en regardant la télévision) ou à prendre des décisions courantes? Avez-vous souvent pensé à la mort ou même avez-vous songé à mettre fin à vos jours?

**T2.3 Part des personnes ayant des symptômes cliniques de dépression, selon le sexe (en %)**

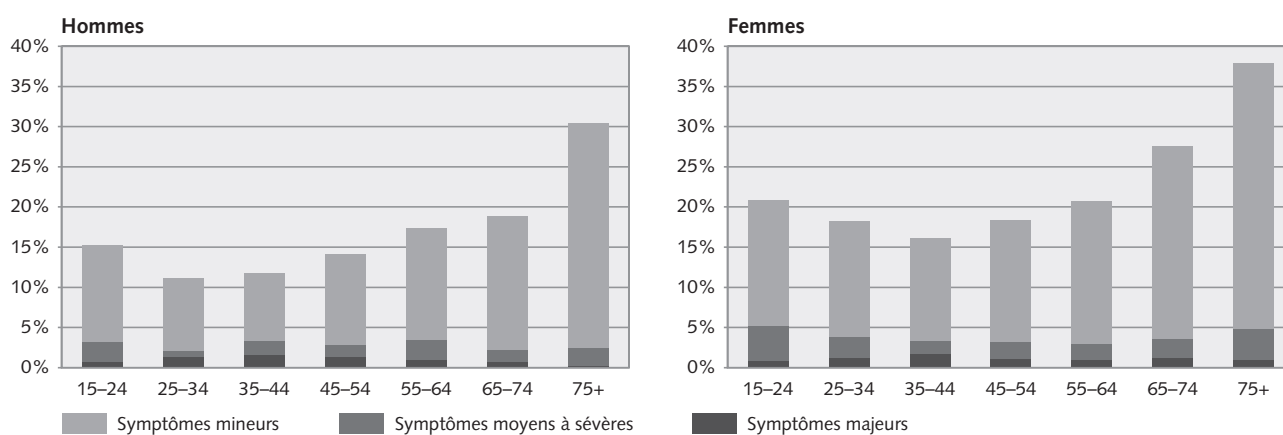
	Hommes	Femmes	Total
Aucun symptôme	85,1	79,4	82,3
Symptômes mineurs	12,1	16,9	14,5
Symptômes moyens à sévères	1,7	2,5	2,1
Symptômes majeurs	1,2	1,2	1,2

Celles ayant des symptômes moyens à sévères ou des symptômes graves souffrent d'une sérieuse dépression, nécessitant un traitement par un spécialiste. Elles sont près de 200'000. Quant aux 870'000 qui ont des symptômes faibles, un bon réseau social et des confidents pour parler de choses personnelles peuvent les aider à prévenir une détérioration de leur état.

On retrouve la même proportion d'hommes et de femmes souffrant fortement de dépression à tous les âges de la vie (G2.11). Des disparités existent en revanche pour ce qui est des symptômes mineurs. Ces derniers sont plus répandus chez les femmes, chez les jeunes et, surtout, chez les personnes d'un certain âge ou très âgées. Les jeunes doivent affronter toutes les difficultés liées à leur entrée dans la vie d'adulte et les risques

d'échec qui y sont associés (voir aussi le chapitre 6). La diminution des capacités physiques et intellectuelles, la solitude grandissante due à la disparition de proches et au relâchement des liens sociaux, ainsi que la perte d'autonomie caractérisent le troisième et le quatrième âges (voir aussi le chapitre 7).

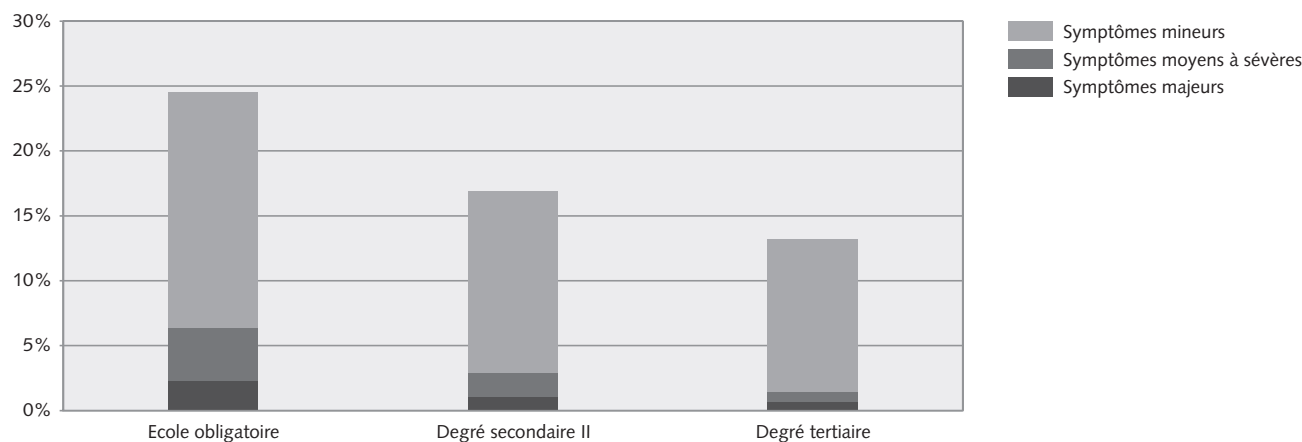
Une bonne formation se révèle être un facteur de protection important contre la dépression. En effet, les personnes dotées d'une formation supérieure ont nettement moins de symptômes cliniques de dépression que les autres (G2.12). Il n'y rien d'étonnant à cela, étant donné que les premières disposent également de plus de ressources matérielles et cognitives pour affronter les difficultés quotidiennes.

**Part des personnes ayant des symptômes cliniques de dépression, selon le sexe et l'âge****G 2.11**

© Office fédéral de la statistique (OFS)

### Part des personnes ayant des symptômes cliniques de dépression, selon la formation

G 2.12



© Office fédéral de la statistique (OFS)

#### 2.2.3 Maladies psychiques (déclarées)

Les problèmes de santé psychique ont fait l'objet de trois questions dans l'Enquête suisse sur la santé 2002. Ces questions devaient permettre de constater chez les personnes interrogées

- l'existence éventuelle d'un problème chronique de santé psychique,
- le recours à un médecin pour un problème de santé psychique,
- le traitement pour une dépression nerveuse.

L'enquête incluait en plus la consommation régulière de médicaments à visée psychologique, notamment de calmants.

#### T2.4 Part des hommes et des femmes ayant mentionné une origine psychique à un ennui de santé ou à une maladie chronique (durant depuis au moins 1 an), selon l'âge (en %)

	Hommes	Femmes	Total
15-24 ans	(2,2)	(2,2)	2,2
25-34 ans	(1,7)	2,9	2,3
35-44 ans	2,3	4,8	3,5
45-54 ans	2,7	5,1	3,9
55-64 ans	3,7	5,0	4,3
65-74 ans	(2,4)	3,2	2,9
75+ ans	(3,1)	4,7	4,1
<b>Total</b>	<b>2,5</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

Problèmes chroniques: près d'une personne sur six de la population suisse âgée de 15 ans et plus (14% des hommes et 18% des femmes) a déclaré souffrir d'un problème de santé depuis plus d'un an. Selon les dires des personnes concernées, la plupart des maladies évoquées avaient une origine physique (chapitre 2.1.1 ci-dessus). Les causes psychiques ont été beaucoup plus rarement évoquées. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à les mentionner; c'est également le cas des personnes d'âge moyen des deux sexes (T2.4).

Cette minimisation des causes psychiques et psychosociales des maladies chroniques est le résultat de la stigmatisation sociale dont fait l'objet la maladie mentale. Elle s'explique aussi par le long processus socio-historique qui a fait s'imposer le modèle biomédical dans l'approche de la maladie. De même, si les personnes âgées attribuent moins souvent leur maladie chronique à un problème d'origine psychique, c'est probablement parce que le modèle biomédical prédomine en psychogériatrie.

Problèmes psychiques: 3% des hommes et 6% des femmes ont déclaré avoir été en traitement pour un problème psychique durant les 12 derniers mois, soit une proportion relativement constante depuis les enquêtes précédentes (T2.5 et G2.13a/b). Ce type de consultation est plus fréquent chez les personnes plus jeunes, avec un pic autour de la quarantaine, puis se raréfie à mesure que les personnes avancent en âge. Ce résultat est à mettre en rapport avec le bien-être psychique plus élevé dont jouissent les personnes âgées.

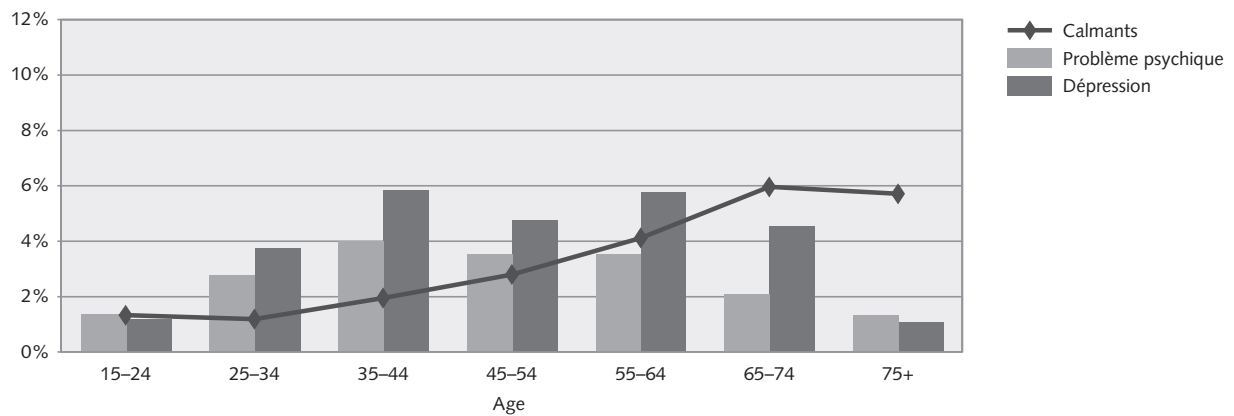
**T2.5 Part des hommes et des femmes traités pour un problème psychique au cours d'une année, selon l'âge (%)**

	Hommes	Femmes	Total
15-24 ans	(1,4)	4,5	2,9
25-34 ans	2,8	7,2	5,0
35-44 ans	4,0	8,0	6,0
45-54 ans	3,5	7,1	5,3
55-64 ans	3,5	6,0	4,8
65-74 ans	(2,1)	3,2	2,7
75+ ans	(1,3)	3,2	2,5
<b>Total</b>	<b>2,9</b>	<b>6,0</b>	<b>4,5</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

Trois professions principales se partagent l'administration de ces traitements: les médecins généralistes (31%), les psychiatres (31%) et les psychologues/psychothérapeutes (29%); les 9% restants étant assurés par d'autres professions de la santé non médicales. A noter que les hommes disent consulter plus fréquemment un psychiatre alors que les femmes s'adressent davantage à un généraliste.

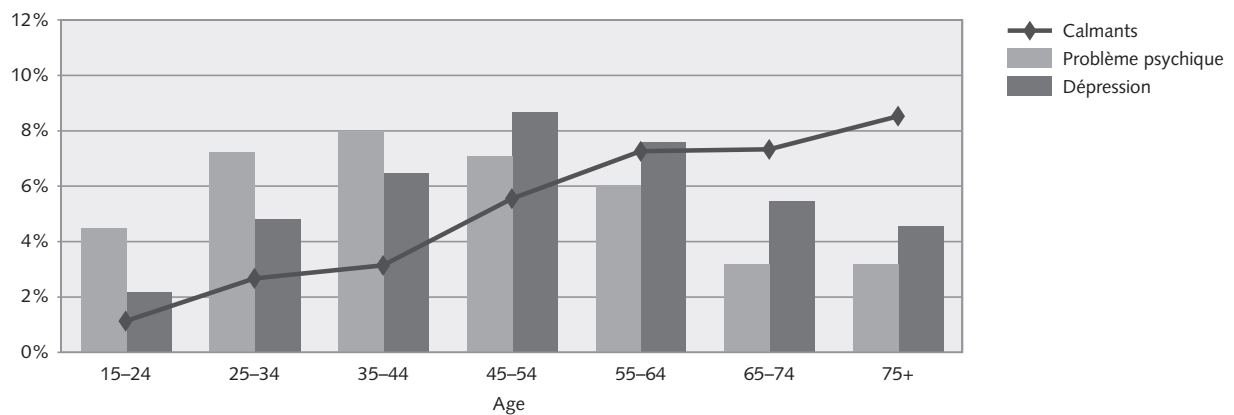
**Part des hommes qui ont été traités pour un problème psychique<sup>1</sup> ou une dépression nerveuse<sup>1</sup> ou qui prennent des calmants<sup>2</sup>, selon l'âge G 2.13a**



<sup>1</sup> au cours de 12 mois  
<sup>2</sup> au cours de 7 jours

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des femmes qui ont été traitées pour un problème psychique<sup>1</sup> ou une dépression nerveuse<sup>1</sup> ou qui prennent des calmants<sup>2</sup>, selon l'âge G 2.13b**



<sup>1</sup> au cours de 12 mois  
<sup>2</sup> au cours de 7 jours

© Office fédéral de la statistique (OFS)

## T2.6 Part des personnes traitées médicalement pour cause de dépression au cours d'une année, selon l'âge et le sexe (en %)

	Hommes	Femmes	Total
15–24 ans	(1,2)	(2,2)	1,7
25–34 ans	3,7	4,8	4,3
35–44 ans	5,9	6,5	6,2
45–54 ans	4,7	8,7	6,7
55–64 ans	5,8	7,6	6,7
65–74 ans	4,5	5,5	5,1
75+ ans	(1,1)	4,6	3,3
<b>Total</b>	<b>4,2</b>	<b>5,9</b>	<b>5,1</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

Dépressions traitées: le questionnaire mentionnait la dépression nerveuse traitée médicalement parmi des maladies chroniques déclarées, au même titre que le diabète, la bronchite chronique ou les maladies des reins. Plusieurs travaux récents d'épidémiologie psychiatrique justifient ce statut de maladie chronique puisqu'ils indiquent que les troubles dépressifs majeurs sont souvent récidivants (entre 70 et 80%)<sup>19,20</sup>.

Pour l'ensemble de la Suisse, la prévalence de la dépression traitée médicalement s'élève à 5% et concerne environ 300'000 personnes. Les femmes sont plus souvent touchées par cette maladie que les hommes. Les dépressions sont plus fréquentes à l'âge moyen, chez l'un et l'autre sexe (T2.6 et G2.13a/b).

Consommation de calmants: en comparant, selon le sexe, la prévalence du traitement pour des causes psychiques, celle de la dépression traitée ainsi que la consommation régulière de calmants prescrits par un médecin (G2.13a/b), on remarque de grandes différences selon l'âge. Les courbes représentant les problèmes psychiques et les dépressions traitées ont la forme d'un U renversé, avec une prévalence maximale à l'âge moyen; celle correspondant à la consommation de calmants prescrits par un médecin ne cesse de progresser avec l'âge, en dépit de traitements peu fréquents. Les traitements jouent un plus grand rôle chez les personnes assez jeunes, alors que ce sont les médicaments chez les personnes âgées et très âgées.

### 2.2.4 Qualité du sommeil et consommation de somnifères et de calmants

Un indice des troubles du sommeil a été établi à partir de quatre questions concernant les difficultés d'endormissement, le sommeil agité, le réveil plusieurs fois au cours de la nuit et le réveil prématuré le matin. Cet indice isole les personnes qui ont souvent un sommeil agité et de fréquents réveils dans la nuit (troubles pathologiques) de celles qui ont des difficultés d'endormissement (souvent), de réveil prématuré (souvent) ou des troubles occasionnels liés à des difficultés passagères (troubles moyens). Selon ces définitions, 72% de la population n'a pas ou peu de troubles du sommeil, 23% a des troubles occasionnels et 5% des troubles pathologiques. Extrapolé

## T2.7 Part des hommes et des femmes ayant des troubles du sommeil, selon la gravité des troubles et l'âge (en %)

	Hommes		Femmes		Total	
	moyens	pathologiques	moyens	pathologiques	moyens	pathologiques
15–24 ans	13,4	(2,0)	22,3	(4,2)	17,8	3,1
25–34 ans	14,1	(2,4)	22,5	4,6	18,4	3,5
35–44 ans	17,7	2,9	20,1	4,3	18,9	3,5
45–54 ans	20,8	4,9	23,7	7,4	22,3	6,1
55–64 ans	26,1	5,7	29,8	9,0	28,0	7,4
65–74 ans	28,0	5,3	33,2	7,4	30,9	6,5
75+ ans	32,7	(6,3)	36,9	6,0	35,3	6,1
<b>Total</b>	<b>20,1</b>	<b>3,9</b>	<b>25,8</b>	<b>6,0</b>	<b>23,0</b>	<b>5,0</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

<sup>19</sup> Wittchen HU, Zerssen D (1988): Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen: Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin: Springer.

<sup>20</sup> Angst J (1992): How recurrent and predictable is depressive illness? In: Montgomery SA, Rouillon F (1992): Long-term treatment of depression. John Wiley.

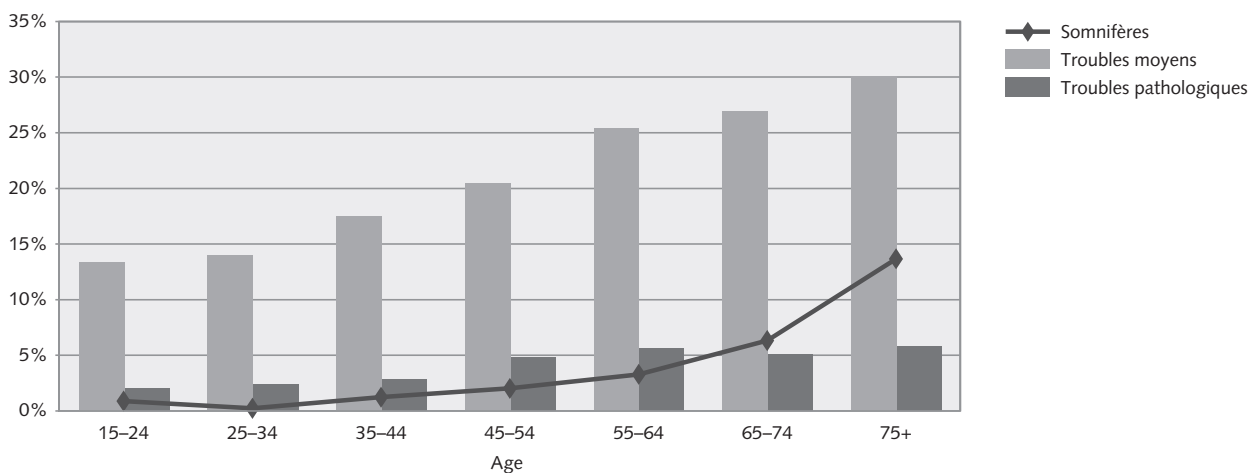
à l'ensemble de la population, ce dernier pourcentage équivaut à 300'000 personnes.

Les femmes souffrent davantage de troubles du sommeil que les hommes (T2.7). La proportion (quelque 5%) de troubles pathologiques du sommeil correspond d'ailleurs aux taux de prévalence observés dans la plupart des sociétés industrielles.

Si l'on compare les troubles du sommeil et la consommation régulière de somnifères, on observe à peu près la même corrélation que celle qui existe entre les problèmes psychiques faisant l'objet d'un traitement et la con-

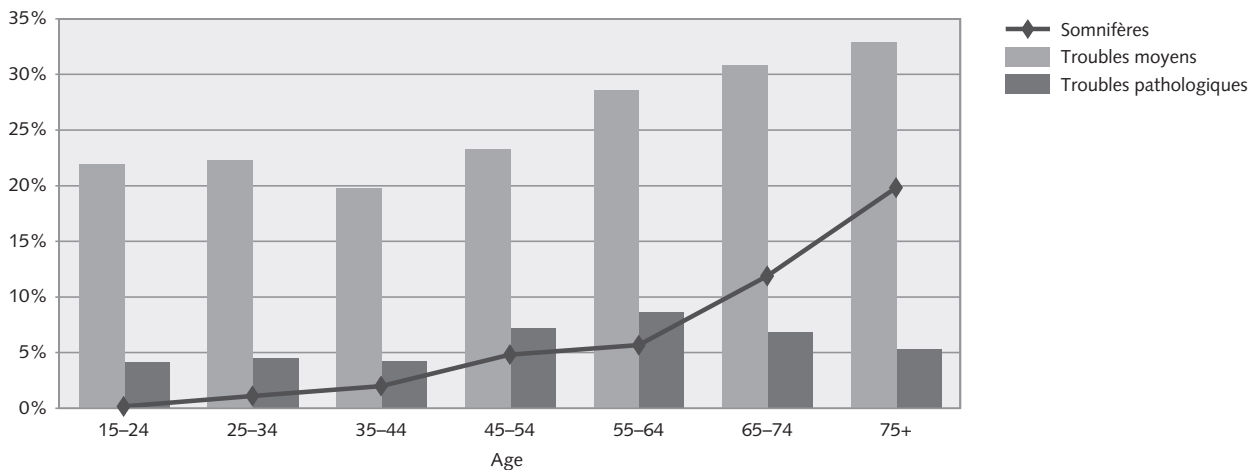
sommation de calmants (G2.14a/b): chez les hommes et chez les femmes, on constate une augmentation de la consommation régulière de somnifères liée à l'âge. Cette augmentation dépasse nettement l'accroissement des troubles pathologiques, lesquels se stabilisent lorsque les personnes atteignent un grand âge, ainsi que, dans une moindre mesure, la progression des troubles moyens. Cela signifie en d'autres termes qu'en vieillissant, les personnes font une plus grande consommation de somnifères, sans que ces derniers soient toujours très indiqués dans leur cas.

**Part des hommes ayant des troubles du sommeil ou prenant des somnifères, selon la gravité des troubles et l'âge** G 2.14a



© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des femmes ayant des troubles du sommeil ou prenant des somnifères, selon la gravité des troubles et l'âge** G 2.14b



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Il est toutefois réjouissant de constater que la consommation de somnifères a diminué depuis 1992 chez les femmes âgées parallèlement au recul de leurs troubles du sommeil, que ces derniers soient pathologiques ou moyens: de 9 à 5% chez les femmes de 55 à 64 ans, de 14 à 12% chez celles de 65 à 74 ans et de 34 à 20% chez les 75 ans et plus. Ce recul est dû vraisemblablement à une prescription médicamenteuse plus prudente.

La consommation répétée de somnifères et de calmants est un phénomène qui touche 7% de la population. Environ 400'000 personnes prennent de tels médicaments au moins une fois par semaine, pour la plupart sur ordonnance; l'automédication est moins courante.

Les femmes, quel que soit leur âge, en utilisent davantage que les hommes; de plus, l'écart se creuse considérablement avec l'avancée en âge (T2.8). Cette surconsommation chez les femmes âgées, déjà relevée lors des enquêtes précédentes, pose le problème de l'usage social des médicaments et de la prescription médicamenteuse comme moyen de contrôle social, dans la mesure où les problèmes psychosociaux des personnes âgées sont ainsi minimisés ou occultés<sup>21</sup>.

### 2.2.5 Remarques finales

La santé psychique de la population résidant en Suisse a été étudiée à partir de différents types d'indicateurs, dont certains avaient déjà été utilisés en 1992 ou en

1997. Il s'agit notamment du sentiment d'équilibre psychique, de la dépression traitée médicalement, de la qualité du sommeil et de la consommation de calmants et de somnifères, des maladies psychiques chroniques et du traitement des personnes pour des problèmes psychiques. Ces indicateurs permettent de se faire une idée de l'évolution de ces aspects de la santé psychique et psychosociale. Dans le cadre de l'ESS 2002, une échelle a été utilisée pour la première fois pour mesurer le caractère dépressif des personnes.

Par rapport aux enquêtes précédentes, on constate des améliorations chez les personnes âgées au niveau de l'équilibre psychique, des troubles du sommeil et de la consommation de calmants et de somnifères.

Ces résultats soulignent la différence qui existe entre la prévalence des troubles psychiques et celle de la consommation de médicaments pour les traiter. Comme de nombreux travaux l'ont montré, la prévalence de cette consommation dépasse le plus souvent la prévalence des troubles psychiques pour lesquels ces médicaments sont prescrits<sup>21</sup>, une prévalence qui augmente avec l'âge davantage chez les femmes que chez les hommes<sup>22</sup>. Un numéro de la revue Santé Mentale au Québec a abordé de façon détaillée dans un dossier ces aspects psychosociaux des médicaments psychotropes<sup>23</sup>.

Les données de l'ESS coïncident avec l'état international des connaissances, tout en faisant ressortir certains aspects psychosociaux spécifiques au cours de la vie. Plus d'une personne sur trois, de 15 à 24 ans, est sou-

### T2.8 Part des hommes et des femmes ayant pris des calmants ou des somnifères au cours d'une semaine, selon l'âge (en %)

	Hommes		Femmes		Total	
	Somnifères	Calmants	Somnifères	Calmants	Somnifères	Calmants
15-24 ans	(0,9)	(1,3)	(0,2)	(1,1)	(0,5)	(1,2)
25-34 ans	(0,2)	(1,2)	(1,1)	2,7	(0,7)	1,9
35-44 ans	1,2	2,0	2,0	3,1	1,6	2,5
45-54 ans	2,0	2,8	4,8	5,6	3,4	4,2
55-64 ans	3,3	4,1	5,7	7,3	4,5	5,7
65-74 ans	6,3	6,0	11,9	7,3	9,5	6,7
75+ ans	13,7	5,7	19,8	8,5	17,5	7,5
<b>Total</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>5,4</b>	<b>4,7</b>	<b>4,1</b>	<b>3,8</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

<sup>21</sup> Ashton H (1991): Psychotropic drugs prescribing for women. *British Journal of Psychiatry* 158 (suppl 10): p. 30-35.

<sup>22</sup> Morabia A, Fabre J, Dunand JP (1992): The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *Journal of Clinical Epidemiology* 45: p. 111-116.

<sup>23</sup> Santé Mentale au Québec. Thérapies et patient borderline et médicaments psychotropes: aspects psychosociaux. Volume XXII, Numéro 1 (Printemps 1997). Montreal.



vent tendue, irritable, nerveuse et ressent un fort sentiment de mal-être. Les adultes d'âge moyen, en particulier les femmes, se font plus souvent traiter pour une dépression nerveuse alors que les personnes âgées, et plus spécifiquement les femmes, consomment davantage de calmants et de somnifères, le plus souvent prescrits par leur médecin.

Les facteurs psychosociaux de vulnérabilité à la dépression chez les adultes, notamment les femmes, devraient faire l'objet de programmes appropriés. Lorsque l'on connaît les effets des médicaments psychotropes sur les risques de chutes, de fractures, de troubles de la mémoire et de la vigilance chez les personnes âgées, des efforts d'information et de formation des professionnels de la santé sont de première urgence.

### 2.3 Aspects psychosociaux de la santé

Pour décrire la situation psychosociale de la population, nous considérons des critères qui, d'une part, sont en rapport direct avec l'état de santé des individus et qui, d'autre part, constituent des facteurs influençant la santé. L'absence de relations sociales stables, par exemple, augmente la réceptivité à certains troubles de la santé. Le sentiment de solitude plus ou moins permanent est déjà en soi le signe d'un bien-être (social) perturbé.

Nous nous concentrerons dans les pages qui suivent sur deux thématiques: premièrement les relations sociales, qui constituent un potentiel de soutien pour l'individu mais qui peuvent être aussi un facteur de détérioration de la santé, notamment quand ces relations sont conflictuelles ou quand elles comportent un élément de violence. Deuxièmement, nous examinerons des attitudes spécifiques qui ont des incidences sur la santé, sur la qualité de la vie et sur les comportements dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment de la conviction personnelle d'avoir prise sur sa vie.

#### 2.3.1 Ressources sociales

Les relations sociales d'une personne et l'appui qu'elle peut trouver dans son réseau de connaissances sont une condition importante de son bien-être et peuvent même influencer son espérance de vie. La recherche a montré

que certaines ressources sociales ont un effet direct sur la santé tandis que d'autres agissent plutôt indirectement, un peu comme des «amortisseurs» dans les situations de crise<sup>24,25</sup>. Y a-t-il suffisamment de personnes avec qui nous pouvons partager nos loisirs, avec qui nous pouvons non seulement parler de nos problèmes quotidiens, mais aussi personnels, à qui nous pouvons nous confier et qui nous apportent au besoin leur aide et leur réconfort?

**Importance des relations de confiance dans les situations de crise:** Les relations de confiance sont une composante essentielle de la vie sociale. Par relations de confiance, on entend les relations qui existent avec les personnes avec lesquelles nous pouvons parler de tout. Ces relations jouent un rôle particulièrement important dans les situations de crise, où d'ailleurs une seule personne véritablement proche suffit<sup>26</sup>.

Environ 5% des personnes interrogées ont indiqué ne pas avoir de telles relations. Mais deux cinquièmes d'entre elles seulement ressentent cette situation comme un manque. Elles disent regretter l'absence d'une telle relation. Par extrapolation, on peut estimer que plus de 100'000 personnes en Suisse sont dans ce cas. Le fait d'avoir quelqu'un à qui se confier joue un rôle important pour la santé et cela apparaît notamment sur le plan de l'équilibre psychique<sup>27</sup>: 40% des personnes qui regrettent de n'avoir pas de confident présentent un mauvais équilibre psychique, contre à peine 20% des personnes qui n'éprouvent pas de regret à cet égard. Il en va de même pour ce qui est du bien-être psychique (respectivement 23% et 9%).

La situation s'est légèrement améliorée depuis les enquêtes précédentes. Parmi les personnes qui n'ont pas de confident, la part de celles qui le regrettent a diminué.

Avec l'âge, l'étendue des relations sociales diminue et les confidents se font plus rares, comme le montre le graphique G2.15. Il est intéressant de noter que chez les jeunes, les hommes ont plus rarement un confident que les femmes et que chez les personnes âgées, c'est l'inverse. Les premiers vivent encore seuls, tandis que les secondes, qui ont une espérance de vie plus longue que leur conjoint ou partenaire vivent à nouveau seules.

<sup>24</sup> Borgetto B (2004): Entraide et santé – Analyses, résultats et perspectives en Suisse et en Allemagne. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Ed. Hans Huber: Berne / Göttingen / Toronto.

<sup>25</sup> Röhrle B (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.

<sup>26</sup> Cohen S, Wills TA (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(2): p. 310-357.

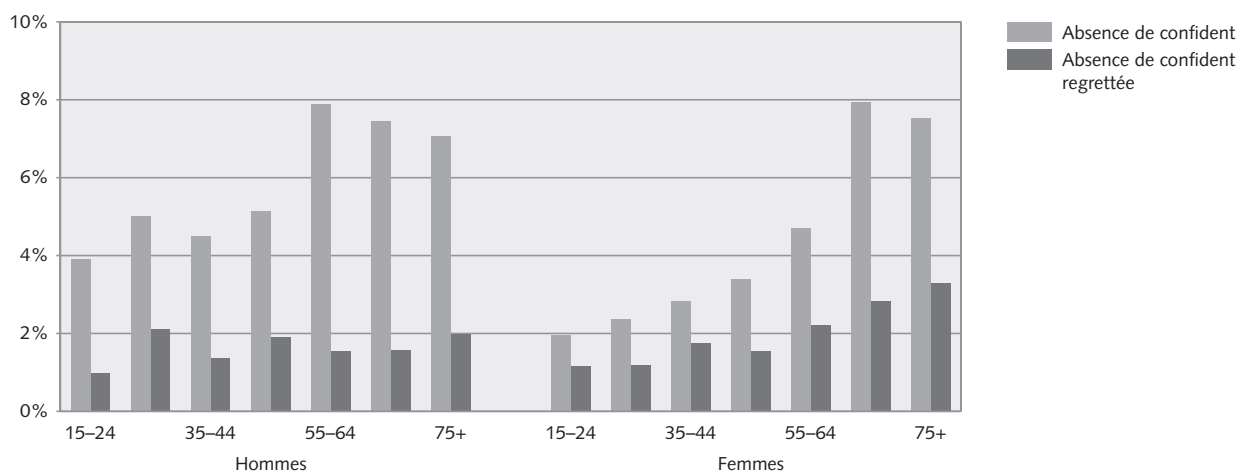
<sup>27</sup> Mesuré d'après quatre items (dépression, calme, nervosité, optimisme); voir le chapitre 2.2.

On constate par ailleurs que la part des femmes qui regrettent de n'avoir personne à qui se confier augmente avec l'âge, ce qui n'est pas le cas chez les hommes. Mais, comparée à la proportion des femmes qui n'ont pas de confident, la part de celles qui regrettent cette situation diminue aussi légèrement. Environ trois cinquièmes des femmes assez jeunes et deux cinquièmes des plus âgées regrettent de n'avoir personne à qui se confier (G2.15). Il semble que ce soit moins le cas chez les hommes. Parmi les adultes d'âge moyen, la part des hommes sans confident augmente, contrairement à celle des hommes qui regrettent cette absence. On est tenté d'en conclure que les femmes ressentent davantage que les hommes le besoin leur vie durant d'être entourées de personnes de confiance.

Les femmes semblent avoir un meilleur réseau social qu'autrefois: depuis 1992, la part de celles qui n'ont personne à qui se confier a diminué à chaque âge de la vie, tout comme parallèlement la part de celles qui en déplorent l'absence. Chez les hommes, la situation est restée stable. Lors de chaque enquête, c'est dans le groupe des 55 à 64 ans que l'on trouve la plus forte proportion de ceux qui n'ont pas de confident.

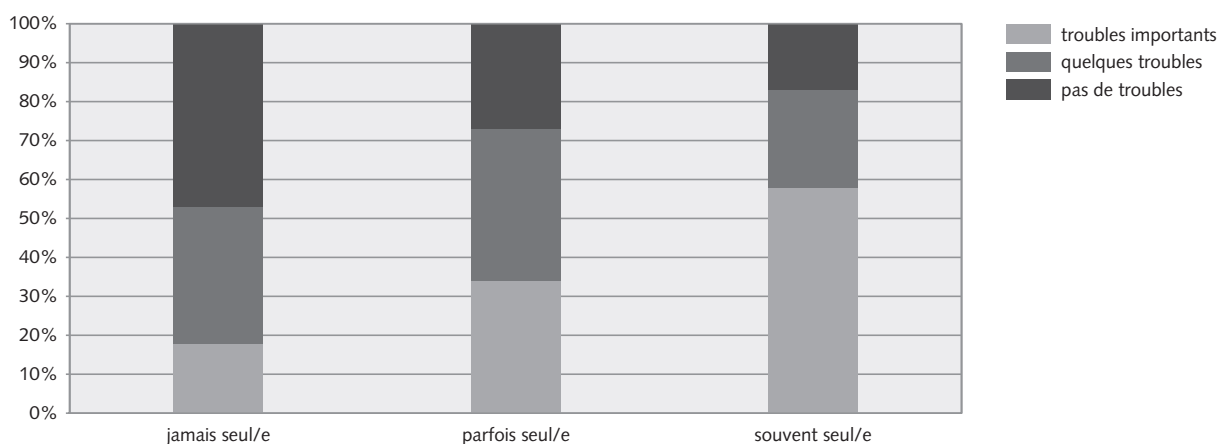
On relève également des disparités entre les différents groupes de la population: la part des personnes sans confident est par exemple plus élevée chez celles qui ont une formation basse par rapport à celles disposant d'une formation élevée (8% contre 4% pour les autres). La part des gens qui n'ont personne à qui se confier est plus élevée en Suisse romande (7%). Cette part est deux fois plus faible en Suisse alémanique; elle atteint 5% en Suisse italienne. On n'observe en revanche aucune diffé-

**Part des personnes qui n'ont pas de confident et de celles qui le regrettent, selon l'âge et le sexe** **G 2.15**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des personnes ayant des troubles physiques, selon le degré de solitude** **G 2.16**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

rence entre les personnes habitant une grande ou une petite commune, ni entre les habitants des villes et des campagnes.

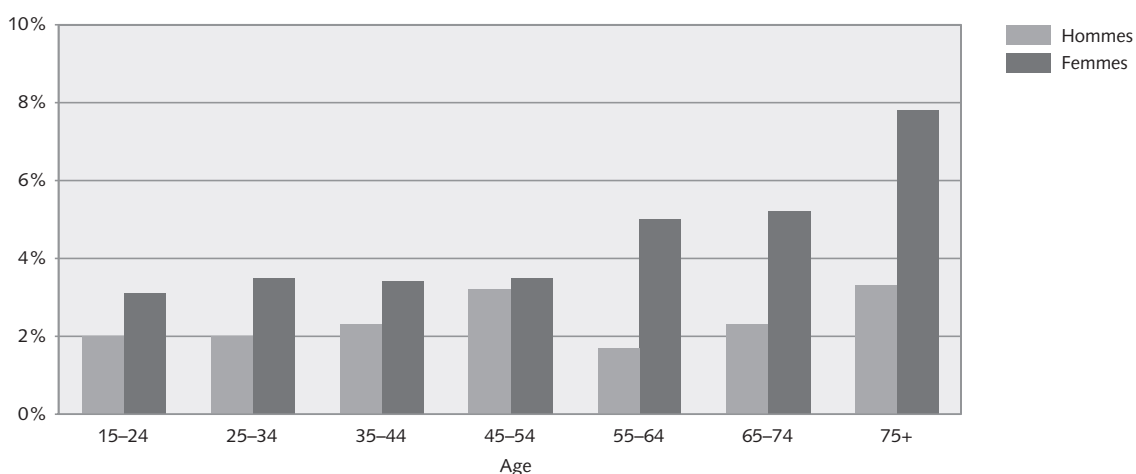
**Sentiment de solitude:** les contacts sociaux, outre leur rôle protecteur de la santé en cas de crise, ont une influence directe sur le bien-être quotidien et sur la santé. Cela apparaît très clairement dans le phénomène de la solitude. Pour se sentir bien, psychologiquement et physiquement, et pour se développer sur les plans intellectuel et social, les êtres humains ont besoin d'une certaine quantité et de certains types de contacts sociaux. Le sentiment de solitude est l'expression subjective d'un manque de ressources sociales ou d'un besoin de contacts sociaux supplémentaires ou différents. Il est normal et il arrive à tout le monde de se sentir seul de temps à autre. Mais quand cet état de manque persiste, il peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé et le bien-être des personnes concernées. On observe ainsi une corrélation entre la fréquence du sentiment de solitude et l'apparition de troubles physiques, tels que les maux de tête ou de dos, les troubles du sommeil ou de la digestion, qui

peuvent être considérés comme des réactions typiques à une situation psychosociale pénible. Comme le montre le graphique G2.16, la part des personnes souffrant de troubles physiques importants ou fréquents est environ trois fois plus élevée parmi les personnes qui se sentent souvent seules que parmi celles qui ne se sentent jamais seules<sup>28</sup>.

Si la majorité de la population suisse ne connaît apparemment pas le sentiment de solitude, un bon quart des personnes interrogées se sentent parfois seules et un peu plus de 3%, soit 200'000 personnes, se sentent souvent, voire très souvent seules. Avant d'atteindre l'âge de la retraite, environ 2% des hommes et 3% des femmes, tous groupes d'âges confondus, se sentent seuls, comme le montre le graphique G2.17. La solitude augmente progressivement chez les femmes à partir de 55 ans, puis plus nettement lorsqu'elles atteignent un âge avancé. Cela tient probablement au fait qu'elles sont alors de plus en plus nombreuses à vivre seules. Dans tous les groupes d'âges, les femmes souffrent plus fréquemment de la solitude que les hommes. Il y a aussi nettement moins de

**Part des personnes qui se sentent souvent ou très souvent seules, selon l'âge et le sexe**

**G 2.17**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>28</sup> Ce résultat ne permet toutefois pas de déterminer le sens de la corrélation. D'une part, il se peut que d'autres variables, telles que l'âge ou les dispositions psychologiques, influencent la perception du bien-être physique et de l'environnement social. D'autre part, on sait, notamment grâce aux recherches menées dans le domaine de la maîtrise de la maladie, que la survenue d'une maladie grave ou chronique peut entraîner des pertes douloureuses au niveau des relations sociales (mariages qui se brisent, amis ou proches qui se retirent, craignant d'avoir à parler de la maladie, de l'infirmité ou de la mort, etc.). Cette perte relationnelle devient alors un problème en soi à un moment où l'on aurait justement besoin de bonnes relations sociales. Le risque d'être insuffisamment soutenu par l'entourage social naturel est particulièrement élevé dans certaines situations de maladie ou de crise. Ce risque existe notamment quand se produit un événement taboué, à forte charge émotionnelle ou de longue durée, et quand les gens n'ont pas le savoir nécessaire pour apporter une aide appropriée (p. ex. en cas de violence familiale, d'alcoolisme, de maladies comme le cancer, le sida ou la démence sénile). Le groupes d'entraide peuvent dans ces cas-là jouer un rôle particulièrement utile.

femmes qui ne se sentent jamais seules (65%) que d'hommes (76%). Il n'est pas possible de dire si c'est parce que les hommes sont mieux intégrés socialement du fait de leurs nombreux rôles sociaux et professionnels, ou si les femmes ont davantage besoin de relations et de contacts sociaux. Les personnes âgées sont celles qui souffrent le plus de la solitude. Toutefois, la situation s'est améliorée depuis 1997, dans ce groupe d'âges en particulier, mais aussi légèrement chez les jeunes.

Le fait d'avoir au moins une personne à qui l'on peut parler de problèmes très personnels est un facteur important de protection contre la solitude: 11% des personnes qui n'ont pas cette possibilité se sentent souvent seules. Mais la différence entre les personnes qui ont un seul confident et celles qui en ont plusieurs est minime, ce qui montre qu'ici le seuil critique est vraiment  $n=1$ . Les femmes, plus que les hommes, semblent avoir besoin d'avoir quelqu'un à qui elles peuvent s'ouvrir de tout (G2.18). Les femmes qui n'ont personne à qui se confier sont deux fois plus nombreuses à se sentir souvent ou très souvent seules. Face à ce constat, il semble important d'accorder davantage d'attention, notamment pour des raisons de politique de la santé, à l'isolement des femmes âgées dans notre société.

Le fait de vivre seul, comme de ne pas avoir de confident, représente un risque accru de solitude. Qu'en est-il de l'opinion fort répandue selon laquelle un animal de compagnie peut en quelque sorte remplacer dans bien des cas une personne? Le tableau T2.9 ne montre aucune corrélation de ce type ni chez les personnes qui ne vivent pas seules ni chez les autres.

### 2.3.2 Problèmes de santé liés à l'environnement social

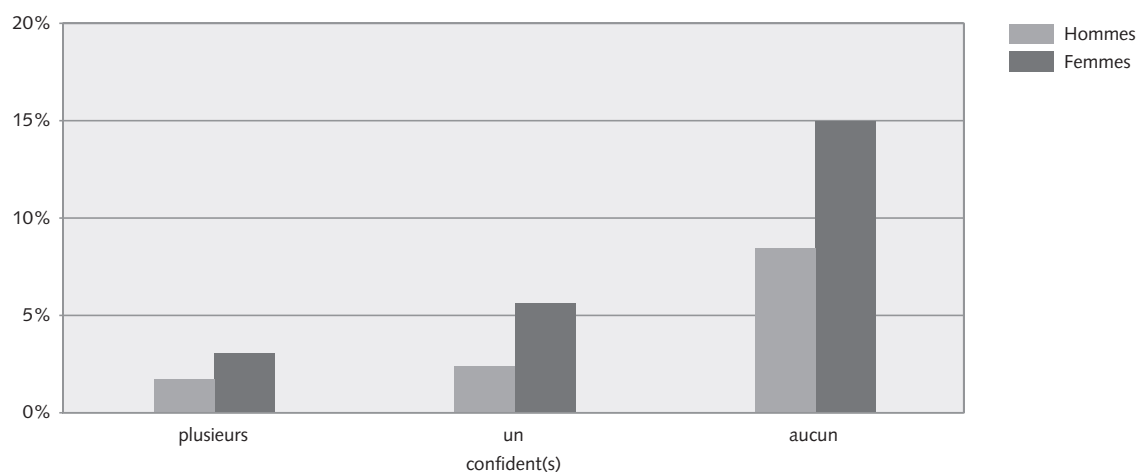
Les relations humaines ne vont pas sans des conflits qui peuvent se manifester par de la violence psychologique ou physique. La violence interpersonnelle, vu les dommages considérables qu'elle provoque, est perçue aujourd'hui comme un problème non seulement sur le plan social, mais aussi sur le plan de la politique de la santé. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté en 1996 une résolution qui inscrit la lutte contre la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes, parmi les principaux objectifs de la politique de la santé. En Suisse, la loi sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI, RS 312.5), entrée en vigueur en 1993, vise à faciliter, par des mesures médicales, psychologiques, sociales et financières efficaces, la réinsertion rapide des victimes. Par rapport à l'ensemble des victimes de la

**T2.9 Part des personnes souffrant de solitude, selon le type de ménage et la présence d'un animal de compagnie (en %)**

	Souvent	Quelquefois	Jamais
Vit seul/e, avec un animal	7,7	40,3	51,9
Vit seul/e, sans animal	10,0	37,9	52,2
Ne vit pas seul/e, avec un animal	2,5	23,3	74,2
Ne vit pas seul/e, sans animal	2,2	24,5	73,3

**Part des personnes qui se sentent seules, selon le nombre de confidents et le sexe**

**G 2.18**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

violence, les personnes prises en charge par les services d'aide aux victimes ne constituent toutefois que la pointe de l'iceberg. Seuls, en effet, sont traités les cas présentant une atteinte à la santé physique ou psychique, et l'on sait que beaucoup de victimes hésitent à s'adresser à de tels services. En 1998, les services d'aide aux victimes ont traité 11'165 personnes, dont trois quarts étaient des femmes ou des jeunes filles<sup>29</sup>. 43% avaient été victimes d'atteintes à l'intégrité sexuelle.

Lors de l'Enquête suisse sur la santé 2002, les personnes interrogées devaient dire si elles craignaient d'être victimes d'actes de violence à l'avenir. Les formes de violence mentionnées dans les questions étaient les suivantes:

1. Violence verbale: injures ou menaces directes ou indirectes (par écrit ou par téléphone)
2. Violence corporelle (coups, blessures, harcèlement sexuel, contrainte à des actes sexuels)
3. Délits contre la propriété (vols, cambriolages, agressions).

La peur de la violence, comme la violence vécue, peut être préjudiciable au bien-être et entraver sérieusement la liberté de mouvement et le développement d'une personne. Les personnes interrogées dans le cadre de l'ESS ont donc dû estimer le risque encouru d'être victimes de différentes formes de violences au cours des 12 mois suivants. Les réponses obtenues sont présentées, par genre de violence et par sexe, dans le tableau T2.10.

Le quart des personnes interrogées estiment très probable d'être victimes d'un délit contre la propriété dans l'année à venir. Cette proportion est très élevée, comparée au petit 4%<sup>30</sup> de personnes qui ont effectivement été victimes d'un tel délit dans les 12 mois précédents. Nettement

moins nombreuses sont les personnes qui s'attendent à subir des menaces ou des agressions verbales. Peu de personnes craignent d'avoir à subir des violences physiques.

Environ deux fois plus de femmes que d'hommes craignent d'être menacées ou importunées par des lettres ou des appels téléphoniques. On constate également sans surprise que la peur de subir des violences sexuelles est nettement plus fréquente chez les femmes: 14% des femmes interrogées, âgées de 15 à 24 ans, jugent élevé le risque d'être harcelées sexuellement dans les 12 mois à venir. Un peu plus de 6% des femmes de ce groupe d'âges estiment qu'il est probable ou très probable qu'elles soient contraintes à des actes sexuels durant ces 12 mois. En ce qui concerne les délits contre la propriété, l'estimation du risque est également plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

D'une manière générale, beaucoup plus de femmes que d'hommes ont donc peur de subir quelque forme de violence. Dans quelle mesure cette situation porte-t-elle atteinte au bien-être, à la qualité de la vie et aux possibilités de développement des femmes dans notre société? Sur ce point, nous en sommes pour l'instant réduits aux spéculations. Sans doute est-il plus raisonnable et plus juste du point de vue éthique d'adopter à cet égard des mesures de prévention structurelles (rendre les lieux publics et privés plus sûrs pour les femmes) que d'intervenir directement auprès des femmes par des mises en garde qui risqueraient d'augmenter encore leur peur.

L'estimation des risques de violence varie également selon les groupes d'âges. Les personnes d'un certain âge se sentent, avec raison, moins menacées par la violence verbale ou corporelle que les jeunes, mais elles craignent

**T2.10 Part des personnes qui estiment grande ou très grande la probabilité d'être victimes d'une forme de violence dans les 12 mois à venir, selon le genre de violence et le sexe (en %)**

Genre de violence	Forme spécifique de violence	Hommes	Femmes	Total
Verbale	Indirecte (courrier, téléphone)	6,3	10,3	8,4
	Directe	14,1	13,8	14,0
Physique	Coups, blessures	5,8	5,2	5,5
	Harcèlement sexuel	0,7	5,4	3,1
	Contrainte à des actes sexuels	0,7	3,3	2,0
Délit contre la propriété	Vol	22,7	26,9	24,9
	Cambriolage	21,2	22,5	21,8
	Agression	14,7	18,7	16,7

<sup>29</sup> Département de justice et police (2000): Troisième rapport concernant l'exécution et l'efficacité de l'aide aux victimes d'infractions: De plus en plus de personnes recourent à l'aide aux victimes. Communiqué de presse du 23.8.2000. Berne.

<sup>30</sup> Ce pourcentage provient de l'enquête sur la santé de 1997.

davantage les cambriolages et les agressions, quand bien même notre enquête ne montre pas à cet égard de risque plus élevé pour la population âgée.

Par rapport à 1997, la crainte d'être importuné verbalement et indirectement (par écrit ou par téléphone) a légèrement régressé, de 11% à 8%. Cette amélioration est peut-être liée aux changements importants survenus dans le monde des communications. La crainte de subir des délits contre la propriété a aussi diminué dans des proportions semblables. Ces deux évolutions représentent une amélioration de la qualité de vie.

### 2.3.3 Attitudes en rapport avec la santé

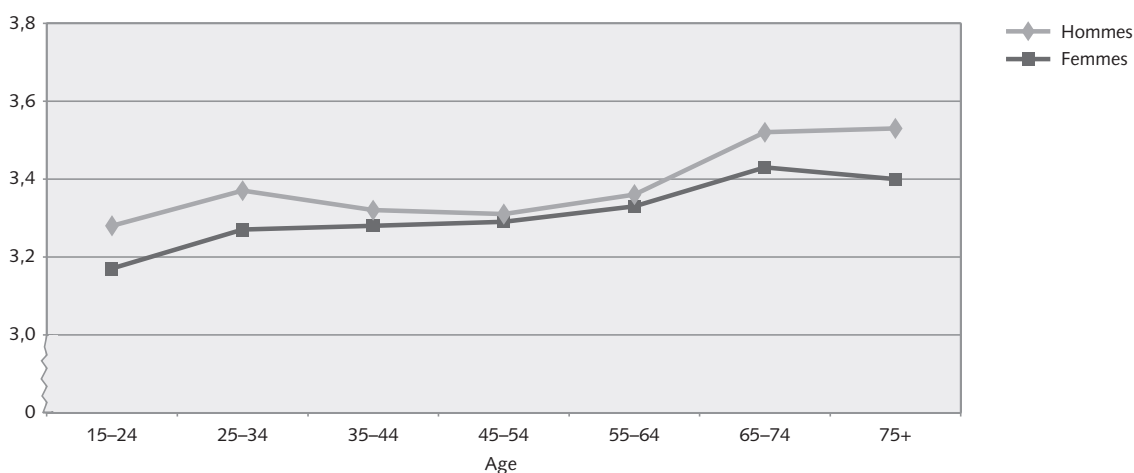
Parmi les facteurs qui jouent un rôle important pour la santé, il faut, outre la constitution physique, ainsi que les épreuves et les crises qui surviennent au cours de la vie, considérer les traits de caractère et les attitudes personnelles de l'individu. L'estime de soi, l'optimisme et l'assurance face à la vie, par exemple, sont des traits de personnalité favorables à la santé<sup>31</sup>. Ces dispositions, appelées également ressources personnelles de santé, sont généralement assez stables à l'âge adulte, mais elles sont influencées par les expériences que l'individu accumule au cours de la vie. Ainsi, des situations fortement éprouvantes, comme le chômage de longue durée, peuvent entamer sérieusement l'estime de soi et diminuer l'assurance de l'individu dans la vie.

**Sentiment d'assurance dans la vie:** le sentiment de

pouvoir déterminer personnellement le cours de sa vie joue un rôle important pour la santé. Inversement, le sentiment d'impuissance, le sentiment d'être le jouet des événements, conduit à la longue à un état dépressif. Le sentiment d'assurance est donc important en premier lieu pour le bien-être psychique de l'individu; il est en outre une condition importante pour gérer de manière constructive les problèmes quotidiens et les situations de crise, et pour oeuvrer efficacement à la conservation de la santé et à la prévention des maladies. Plusieurs études ont montré, par exemple, que les personnes qui ont beaucoup d'assurance arrivent plus facilement à se dés-habituer de la nicotine et qu'elles réussissent mieux dans les programmes de perte de poids. On a pu observer également que les jeunes qui ont beaucoup d'assurance sont plus aptes, dans un groupe, à se détourner des comportements à risque.

Ce trait de personnalité favorable et important est inégalement réparti dans la population. Les hommes ont en général davantage que les femmes le sentiment de pouvoir déterminer personnellement le cours de leur vie, comme le confirment des recherches menées au plan international. Il est intéressant de comparer à cet égard les différents groupes d'âges (G2.19): deux pics apparaissent, l'un entre 25 et 34 ans, l'autre à partir de 65 ans. Les adolescents et les jeunes adultes présentent en revanche les valeurs les plus faibles. Ces résultats ne sont pas faciles à interpréter. Observons simplement que le premier pic coïncide avec l'entrée dans la vie active et le

Sentiment moyen de maîtrise de la vie, selon l'âge et le sexe G 2.19



© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>31</sup> Schwarzer R (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.

second avec la sortie de la vie active, ce qui pourrait expliquer aussi la hausse sensible du sentiment d'assurance chez les hommes retraités.

Le statut socio-économique, tout comme l'âge et le sexe, peut influencer sur les ressources personnelles de santé. Ainsi, c'est parmi les travailleurs peu ou pas qualifiés que l'on trouve le moins de personnes estimant pouvoir maîtriser et déterminer le cours de leur vie, et c'est parmi les cadres supérieurs qu'on en trouve le plus. Cette observation vaut également pour le niveau de formation. Dans toutes les couches socio-économiques, la part des personnes qui ont le sentiment de maîtriser leur vie est néanmoins plus faible chez les femmes que chez les hommes.

**Attitude face à sa propre santé:** un autre facteur qui joue un rôle important pour la promotion de la santé est l'attitude que les individus ont face à leur propre santé. Selon la valeur qu'une personne accorde à sa santé dans la vie quotidienne, elle sera en effet plus ou moins réceptive aux mesures de prévention.

C'est un phénomène bien connu en psychologie de la santé que les personnes jouissant d'une bonne santé voient l'avenir sous un jour trop optimiste et sous-estiment par exemple le risque d'avoir un accident ou de tomber gravement malade. Par ailleurs, les personnes qui ont une confiance aveugle dans leurs propres défenses immunitaires et le sentiment d'être invulnérables peuvent être amenées à négliger des mesures de protection vitales («safer sex», p. ex.) ou des symptômes d'affections graves.

Les personnes qui jugent très faible le risque de tomber malade n'ont pas nécessairement un mode de vie plus sain que les autres – c'est même plutôt le contraire: ce groupe comprend davantage de personnes qui ont peu d'activités physiques durant les loisirs, qui fument beaucoup (plus de 20 cigarettes par jour) et qui disent ne pas se soucier particulièrement de leur santé. L'estimation personnelle du risque ne procède donc pas nécessairement d'une réflexion rationnelle. Cette constatation nous place, en matière de prévention, face à un «dilemme»: les personnes trop anxieuses sont fragilisées dans leur santé psychique; celles qui, au contraire, se sentent invulnérables se laissent difficilement convaincre par les mesures de prévention. Sans doute convient-il de trouver, pour être et rester en bonne santé, un «juste milieu» entre l'insouciance et le souci de se protéger contre les risques de maladie. Ce dernier élément surtout est un aspect important à considérer lors de la mise en place de mesures de prévention destinées à réduire les comportements à risque.

Environ deux tiers des personnes interrogées, et à peu près autant d'hommes que de femmes, déclarent que l'attention qu'elles portent à leur santé influe sur leur mode de vie. Un cinquième affirme même que leurs préoccupations en la matière déterminent en grande partie leur vie, les femmes étant ici proportionnellement plus nombreuses que les hommes (25% contre 18%). La santé est pour elles quelque chose d'important et elles sont ouvertes à toutes les informations et les recommandations données dans ce domaine.

La part de la population qui ne se soucie pas de sa santé ou qui vit sans s'en préoccuper représente tout de même près de 12%. Cette attitude est la plus fréquente chez les hommes, chez les jeunes, chez les personnes les moins bien formées et en Suisse romande (T2.11). Il semble bien qu'il soit plus difficile de convaincre ces personnes de l'importance de la prévention en matière de santé. Or, c'est précisément chez elles que cela serait souvent nécessaire.

**T2.11\* Part des personnes qui vivent sans se soucier de leur santé, selon le sexe, l'âge, la formation, la région linguistique, en 2002; total en 1997 et en 2002 (en %)**

	%
Hommes	14,4
Femmes	9,4
15–24 ans	23,3
25–34 ans	13,4
35–44 ans	11,8
45–54 ans	9,9
55–64 ans	8,2
65–74 ans	6,0
75 ans et +	7,3
école obligatoire	15,9
degré secondaire II	10,7
degré tertiaire	8,4
Suisse alémanique	9,5
Suisse romande	18,8
Suisse italienne	11,8
1997 Total	12,3
2002 Total	11,8





## 3 Comportements pouvant influencer sur la santé

C'est une évidence, la santé dépend de facteurs nombreux et divers, dont certains, comme le hasard ou les prédispositions génétiques, jouent un rôle sans qu'on ait pour autant prise sur eux. Il ne fait en revanche aucun doute que le style de vie, l'environnement et la qualité des rapports sociaux – autant de facteurs sur lesquels on peut agir – sont essentiels à la santé psychique et physique de l'individu. Ces facteurs sont dès lors particulièrement intéressants d'un point de vue préventif. Le présent chapitre aborde divers thèmes relatifs à des comportements dont l'individu peut gérer les effets qu'ils ont sur lui. Parmi ces comportements figurent notamment l'activité physique, la fréquence de consommation de certains types d'aliments ainsi que le rapport entre alimentation contrôlée et charge pondérale; la consommation d'alcool et de tabac, le souhait d'arrêter de fumer et la fumée passive; la prise de médicaments psychotropes et, enfin, la consommation de drogues, en particulier de haschisch.

### 3.1 Activité physique

Commencer et, a fortiori, continuer à pratiquer une activité physique régulière a un effet bénéfique et prévient de nombreuses affections: maladies cardiovasculaires, ostéoporose, surcharge pondérale et obésité. Malheureusement, dans nos sociétés occidentales, l'exercice physique est devenu rare du fait de la tertiarisation de l'activité professionnelle, de la mécanisation de la vie domestique et des transports<sup>1</sup>.

Globalement, trois quarts des hommes et des femmes (76% de la population) pratiquent régulièrement l'une des activités physiques suivantes: marcher ou faire du vélo chaque jour pendant au moins 30 minutes, exercer au moins trois fois par semaine une activité faisant transpirer – que ce soit durant ses loisirs, au travail, au jardin ou en effectuant les tâches ménagères – ainsi que faire du sport de manière intensive. Si le pourcentage des per-

sonnes exerçant de telles activités recule légèrement avec l'âge, il reste tout de même relativement élevé puisque il est encore de 73% dans la population de plus de 74 ans (comparés aux 85% des 15 à 24 ans).

Hommes et femmes choisissent des activités physiques bien différentes. Ce choix résulte probablement, en partie du moins, de différences quant à leur éducation et à leur situation de vie ou professionnelle, les premiers ayant plus d'occasions de fournir un effort physique pendant leur travail et leurs loisirs. A l'inverse, les femmes sont plus nombreuses à se déplacer quotidiennement à pied ou à vélo pendant au moins 30 minutes (T3.1). Le pourcentage élevé des personnes physiquement actives expliquerait en partie pourquoi la Suisse est l'une des nations où l'on enregistre un des taux les plus faibles de décès dus à des maladies cardio-vasculaires<sup>2</sup>.

En cinq ans, la part des personnes pratiquant au moins trois fois par semaine, durant leurs loisirs, une activité physique les faisant transpirer n'a pas évolué (27%). Par contre, la proportion de personnes se déplaçant à pied ou à vélo pour leurs trajets quotidiens a augmenté de 3 points, passant de 40% à 43%. Ceci malgré une augmentation de la durée recommandée<sup>3</sup> prise en considération.

L'activité physique et le sport sont importants et peuvent être – pour autant qu'ils soient pratiqués de manière suffisamment régulière et intense – gage de bien-être physique et psychologique. Les Offices fédéraux du sport (OFSP) et de la santé publique (OFSP) ont émis un certain nombre de recommandations en faveur de la pratique d'une activité favorable à la santé. Ils préconisent ainsi de bouger de manière moyennement intensive au moins une demi-heure par jour, que ce soit en effectuant des activités quotidiennes courantes ou en pratiquant du sport, et ce quel que soit l'âge ou le sexe. La pratique d'une activité physique d'intensité moyenne essouffle légèrement sans toutefois faire transpirer comme

<sup>1</sup> Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): But no 11: Adopter des modes de vie plus sains, dans Société suisse de santé publique (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle (OMS Europe). Berne. p. 35

<sup>2</sup> WHO/Europe, Health for All – MDB (Jan 2004). Database

<sup>3</sup> En 1997, la durée recommandée était de 20 minutes, contre 30 minutes en 2002.

**T3.1 Part de la population pratiquant différentes formes d'activités corporelles, selon le sexe (en %)**

	Femmes	Hommes	Total
<b>Déplacements quotidiens à pied ou à vélo</b>			
non	39,6	53,3	46,1
oui, < 30 minutes par jour	11,9	10,3	11,1
oui, ≥ 30 min/ jour	48,5	36,4	42,8
<b>Efforts physiques pendant les loisirs faisant transpirer</b>			
non	41,0	32,2	36,8
oui, 1 à 2 fois par semaine	35,2	37,1	36,1
oui, 3 fois par semaine ou plus	23,8	30,7	27,1
<b>Activité professionnelle, domestique ou de jardin faisant transpirer</b>			
non	43,9	42,8	43,4
oui, 1 à 2 fois par semaine	30,7	26,7	28,8
oui, 3 fois par semaine ou plus	25,4	30,5	27,8
<b>Pratique du sport, de la gymnastique ou de la mise en forme</b>			
aucune	47,3	45,2	46,3
peu intense	3,6	3,4	3,5
moyennement intense	24,5	23,1	23,8
très intense	24,6	28,3	26,4

**T3.2 Part de la population ayant des niveaux d'activités physiques différents, selon le sexe et l'âge (en %)**

	<b>Entraîné:</b> Activité d'au moins 150 minutes, répartie sur au moins 5 jours par semaine	<b>Actif régulier:</b> Activité d'au moins 150 minutes, répartie sur 1 à 4 jours par semaine	<b>Actif irrégulier:</b> Activité de 30 à 149 minutes, répartie sur la semaine	<b>Actif partiel:</b> Activité de moins de 30 minutes ou <b>Inactif</b>
Hommes	19,0	29,5	23,9	27,6
Femmes	16,6	23,2	26,7	33,5
15–24 ans	21,0	38,0	23,8	17,2
25–34 ans	18,1	27,9	28,6	25,4
35–44 ans	16,5	24,9	29,8	28,8
45–54 ans	16,1	25,0	27,3	31,6
55–64 ans	17,2	23,7	24,1	35,0
65–74 ans	19,2	24,1	18,7	38,0
75+ ans	16,8	13,7	16,4	53,1
Total	17,8	26,2	25,3	30,7

le montre le rapport de Lamprecht et Stamm<sup>4</sup>. Cette recommandation a notamment été évaluée, dans l'enquête (ESS), au moyen de questions portant sur le nombre hebdomadaire de jours et le temps consacrés à chaque fois à ce type d'activités, dont les exemples cités étaient «la marche rapide, les excursions à pied, la danse, le jardinage ou différents sports». Sur la base de ces activités de loisirs<sup>5</sup>, 44% de la population remplissent ces recommandations et peuvent être ainsi considérés comme actifs (18% étant qualifiés d'entraînés et 26% de régulièrement actifs<sup>6</sup>) (T3.2).

### 3.2 Alimentation

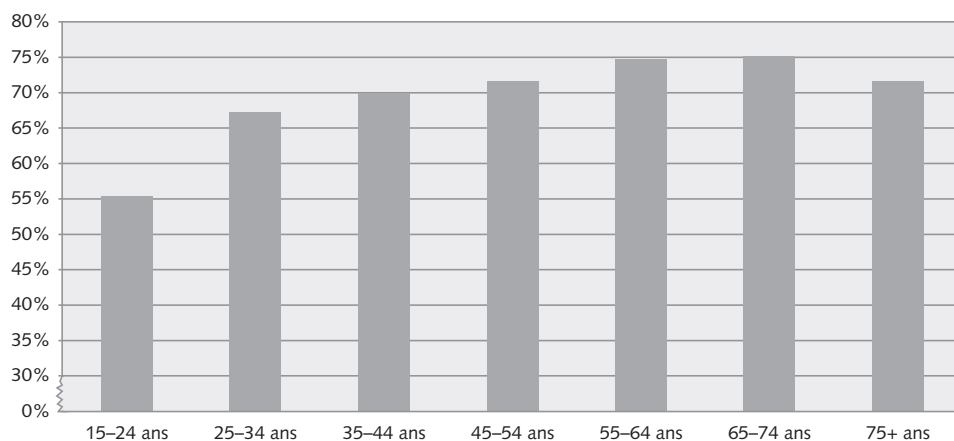
L'état actuel des connaissances scientifiques en matière de nutrition et de santé permet d'affirmer qu'il existe un lien direct entre le comportement alimentaire et les maladies dites de civilisation telles que surcharge pondérale, diabète, maladies cardiovasculaires et cancers. Ces maladies prospèrent – en termes de mortalité précoce et de morbidité – à la faveur d'habitudes alimentaires erronées. Outre le facteur de risque que représente une consommation élevée de lipides, certains facteurs –

tels les micronutriments, les antioxydants ou les fibres alimentaires – jouent quant à eux un rôle protecteur important<sup>7</sup>. C'est pourquoi l'alimentation et l'activité physique sont des thèmes importants en matière de prévention<sup>8</sup>.

Se nourrir de manière appropriée suppose de connaître de quoi est composé ce que l'on mange. Cette nourriture se doit de plus d'être saine, équilibrée et modérée. Or il apparaît que 69% de la population surveille son alimentation, les femmes nettement plus que les hommes (76% contre 62%)<sup>9</sup>. Le pourcentage plus faible des hommes ne signifie toutefois pas forcément qu'ils mangent moins équilibré: mais que s'ils surveillent moins leur alimentation, c'est peut-être qu'un autre de leurs proches y prend garde pour eux. D'autre part, en comparant les groupes d'âges, on note que cette attention croît régulièrement pour atteindre son point culminant entre 55 et 74 ans – où trois quarts de la population sont attentifs à leur alimentation – avant de fléchir quelque peu après 75 ans (G3.1). Mais cette attention est-elle un choix ou une obligation découlant du fait que l'apparition de certaines maladies implique un contrôle alimentaire ciblé? En comparant les trois régions linguistiques, on constate une différence très nette entre la

Part de la population surveillant son alimentation, selon l'âge

G 3.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>4</sup> Lamprecht M, Stamm H (2004): *Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002*. In *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz* c/o L & S, Sozialforschung und Beratung AG, Zürich

<sup>5</sup> Les activités physiques professionnelles ne sont pas prises en considération dans cette évaluation.

<sup>6</sup> Selon les critères de l'OFSP et de l'OFSP, une personne est «entraînée» lorsqu'elle exerce hebdomadairement une activité physique d'au moins deux heures et demie réparties sur au moins 5 jours; elle est qualifiée de «régulièrement active» en exerçant hebdomadairement une activité physique de deux heures et demie aussi, mais réparties sur un à quatre jours.

<sup>7</sup> Office fédéral de la santé publique (2001): *Plan d'action alimentation et santé: une politique nutritionnelle pour la Suisse*. Berne

<sup>8</sup> Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): *But no 11: Adopter des modes de vie plus sains*, dans *Société suisse de santé publique* (Ed.): *Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle* (OMS Europe). Berne. p. 35-36

<sup>9</sup> Tschannen A, Calmonte R (2005): *«Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz»*: StatSanté (im Druck), Bundesamt für Statistik Neuchâtel

Romandie et les deux autres régions linguistiques: en effet si, en Suisse alémanique et italienne, pratiquement trois personnes sur quatre (resp. 74% et 73%) font attention à ce qu'elles mangent, en Suisse romande elles sont à peine plus d'une sur deux (54%).

Afin de diminuer le risque de maladies liées à l'alimentation, il est important de manger plusieurs fois par jour (en principe 5 fois) des fruits et des légumes, dont une consommation régulière et suffisante a un effet protecteur contre certains types de cancer. Malgré cela, seuls 59% de la population mangent chaque jour des fruits et des légumes.

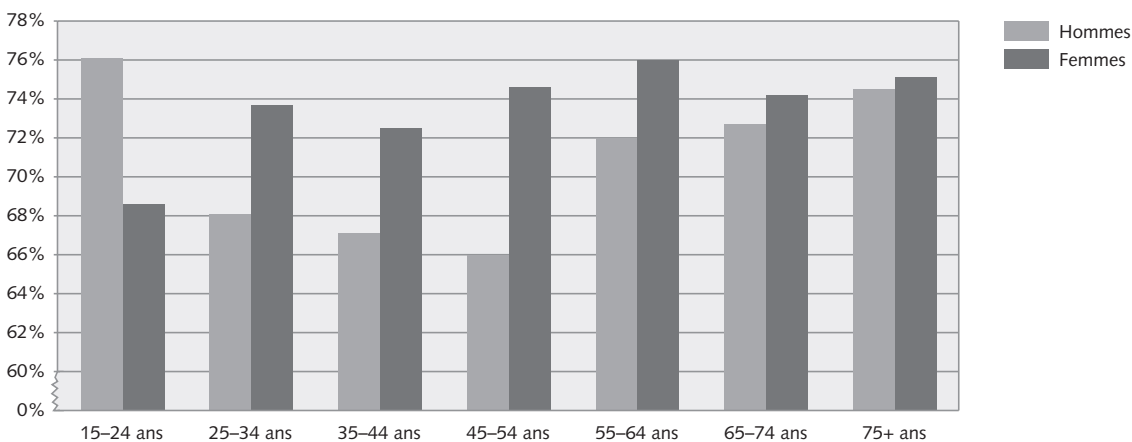
La fréquence de consommation de ces produits varie beaucoup selon le sexe et l'âge. D'une part, si 70% des femmes – contre seulement 49% des hommes – en font une consommation journalière, il apparaît d'autre part que moins d'un jeune de 15 à 24 ans sur deux (45%) en consomme quotidiennement alors que près des trois quarts (74%) des retraités (65 ans et plus) en mangent tous les jours.

Le lait et les produits laitiers – tels le yogourt, le séré ou le fromage – sont une source importante de calcium et leur consommation quotidienne est connue pour diminuer le risque d'ostéoporose. En plus du calcium, ces aliments contiennent bien entendu des protéines, mais aussi des acides gras saturés susceptibles de favoriser les maladies cardiovasculaires. Aussi, plutôt que d'en bannir toute consommation, la Société suisse de nutrition recommande-t-elle vivement de privilégier des produits

dont la teneur en graisses a été réduite ainsi que du lait partiellement ou complètement écrémé. De cette manière, leur consommation exerce-t-elle une action positive sur l'ostéoporose sans favoriser pour autant d'autres maladies. Globalement, quelque 72% de la population boit ou mange des produits laitiers au moins une fois par jour, les femmes étant légèrement plus nombreuses à le faire que les hommes (73% contre 70%). Avoir une alimentation riche en calcium dès le plus jeune âge aide à former et à fortifier les os durant leur croissance. A l'âge adulte par contre, une consommation suffisante permet de maintenir cet effet pour contribuer – dès le troisième âge – à ralentir la décalcification osseuse. Il est intéressant de constater que, vers la cinquantaine, la plupart des gens augmentent la fréquence de leur consommation de produits laitiers, changement qui se produit au moment de la ménopause (45-54 ans) chez les femmes et un peu plus tard, vers 55 ans, chez les hommes (G3.2).

L'organisme d'un adulte a quotidiennement besoin d'un apport de 2,5 litres de liquide, dont en moyenne 1,5 litres sous forme de boissons, le reste étant fourni par les aliments. L'apport hydrique indispensable varie en fonction de différents facteurs tels qu'une transpiration abondante, une température élevée ou même certaines maladies<sup>10</sup>. Si l'on se base sur cette moyenne quotidienne, on voit que la population suisse, avec une moyenne de 1,8 litres par jour de boissons non alcoolisées, boit suffisamment pour couvrir ses besoins corporels. Cette consommation n'est cependant pas répartie

### Part des hommes et des femmes consommant quotidiennement des produits laitiers, selon l'âge

**G 3.2**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>10</sup> Association Suisse pour l'alimentation (2004): Apport hydrique et boissons. Feuille d'information nutritionnelle, CD vol. 2, Berne.

**T3.3 Part des femmes et des hommes satisfaits de leur poids et faisant attention à l'alimentation ou pratiquant une activité physique, en fonction de la charge pondérale (BMI)<sup>1</sup> (en %)**

	Satisfait du poids	Attention à l'alimentation	Activité physique au moins 3 fois par semaine	Total du BMI
<b>Femmes</b>				
sous-poids	87,2	72,3	27,3	20,3
poids normal	68,5	77,3	24,8	50,4
poids trop élevé	31,3	76,4	19,9	21,8
obésité	18,8	77,4	20,3	7,5
<b>Hommes</b>				
sous-poids	76,3	53,6	34,6	5,2
poids normal	87,5	63,1	36,6	49,3
poids trop élevé	55,4	61,8	24,8	37,5
obésité	29,3	58,3	19,5	7,9

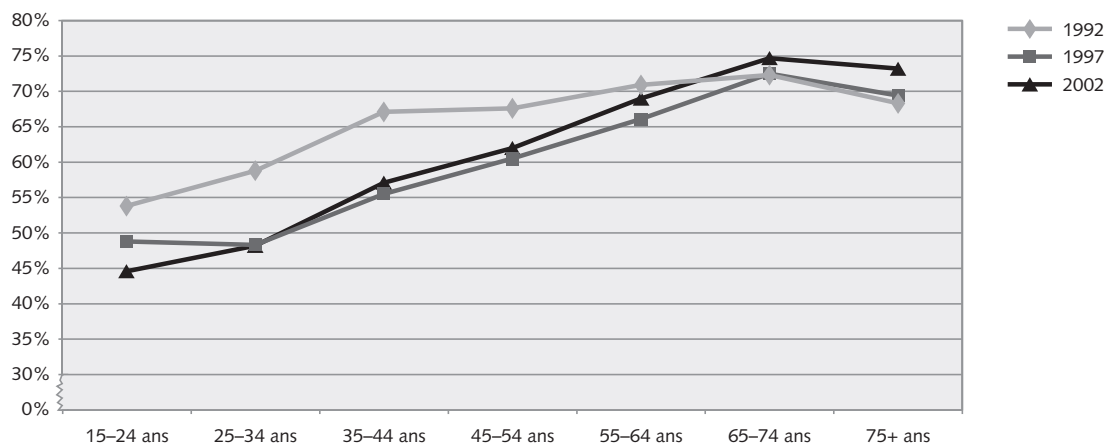
<sup>1</sup> Sous-poids: 20<BMI; poids normal: 20≤BMI<25; poids trop élevé: 25≤BMI<30; obésité: BMI 30≤

uniformément, un peu plus d'un quart de la population (27%) ne boit pas plus d'un litre de liquide exempt d'alcool par jour. De surcroît, ce pourcentage augmente fortement avec l'âge passant de 22% chez les 15-24 ans à 38% chez les personnes de 75 ans et plus. Si une consommation abondante ne pose guère de problème à l'organisme, une consommation insuffisante, elle, non seulement favorisera à long terme la constipation mais peut aussi provoquer un dessèchement de la peau et conduire à une déshydratation (p.ex. lors de fortes chaleurs).

Sachant que 69% de la population résidant en Suisse surveille son alimentation, on peut se demander si les gens sont satisfaits de leur poids; et il s'avère que c'est le cas de 60% des femmes et de 71% des hommes. Lorsqu'on analyse ces chiffres par sexe puis en fonction des différents groupes d'âges, on s'aperçoit que la courbe de satisfaction tend à former un U chez les hommes – les

plus insatisfaits se situant entre 45 et 54 ans – tandis que, chez les femmes, la satisfaction diminue constamment pour n'augmenter à nouveau qu'à partir de 75 ans. Les mesures objectives effectuées au moyen de l'indice de masse corporelle (Body Mass Index, BMI) montrent une étroite corrélation entre celui-ci et le degré de satisfaction: plus le BMI est élevé, plus le degré de satisfaction est bas. Par contre, cela n'a qu'une légère influence sur l'activité physique et aucune sur l'attention portée à l'alimentation (T3.3).

L'attention portée par la population à son alimentation n'a pratiquement pas évolué en dix ans (68% en 1992 pour 69% en 2002), à l'exception des personnes de 75 ans et plus chez qui elle a sensiblement augmenté, passant de 65% en 1992 à 72% en 2002. La consommation de fruits et légumes, aliments importants pour l'équilibre alimentaire, a connu une même augmentation

**Part de la population déclarant manger quotidiennement des fruits et des légumes, selon l'âge**
**G 3.3**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

dans cette tranche d'âge, alors qu'elle a nettement diminué entre 1992 et 2002 chez les jeunes de 15 à 24 ans. S'ils étaient 54% à manger tous les jours au moins un fruit et un légume en 1992, ils n'étaient plus que 49% en 1997 et même 45% en 2002. En revanche, on observe le phénomène inverse chez les personnes âgées dont la consommation quotidienne de fruits et légumes a passé de 68% à 73% en dix ans (G3.3).

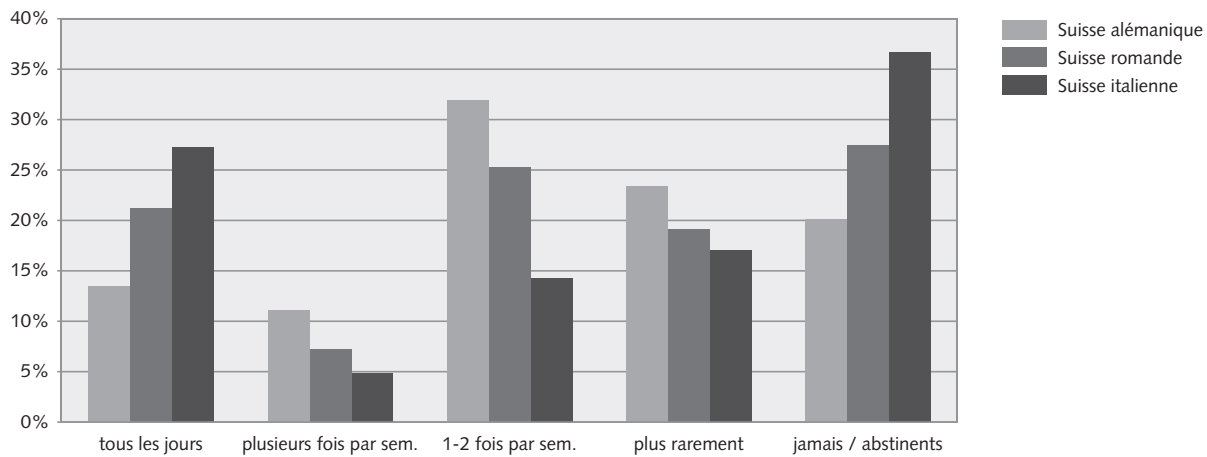
### 3.3 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool n'est pas sans revers: si d'un côté, une consommation modérée a un effet protecteur en prévenant l'apparition de certains troubles cardiovasculaires ou en freinant leur évolution, d'un autre côté, sa consommation abusive coûte un grand nombre d'années de vie, cause nombre de maladies chroniques et d'accidents<sup>11</sup> et coûte chaque année quelque 6,5 milliards à la société<sup>12</sup>. Par ailleurs, il est important de souligner que l'alcool (en tant que cause d'accidents de la route par exemple) est à l'origine d'un grand nombre d'infirmités ou d'années de vie perdues chez les jeunes.

La répartition de la consommation habituelle d'alcool diverge d'une région linguistique à l'autre. Si les Suisses alémaniques consomment moins d'alcool quotidiennement et boivent une à deux fois par semaine – plutôt le week-end – ils sont aussi moins nombreux à être abstinents (20%). A l'inverse, les Tessinois – bien que plus nombreux à répartir uniformément leur consommation d'alcool sur la semaine (27% en boivent quotidiennement) – sont plus nombreux à se déclarer abstinents (37%). Quant aux Romands, leur comportement se situe entre ceux des Tessinois et des Suisses alémaniques (G3.4).

Dans l'ensemble, on estime qu'une consommation quotidienne de 20 g d'alcool pur pour les femmes et de 40 g pour les hommes fait courir un risque moyen de se voir atteint dans sa santé. On parle de risque élevé à partir d'une consommation quotidienne de 40 g pour les femmes et de 60 g pour les hommes. A l'inverse, l'alcool a un effet protecteur pour autant que sa consommation ne dépasse pas un verre chez les femmes (soit 10 g d'alcool pur) et 2 verres chez les hommes. Ces quantités s'appliquent toutefois à une consommation régulière et non cumulées de manière à se permettre, le week-end par exemple, une consommation massive.

#### Répartition de la fréquence de la consommation de boissons alcooliques selon la région linguistique

**G 3.4**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>11</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002): Rapport sur la santé dans le monde. Genève

<sup>12</sup> Jeanrenaud C, Priez f, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Neuchâtel

En Suisse, 3 % des femmes et 4 % des hommes font courir à leur santé un risque moyen de par leur consommation d'alcool, ce risque devenant élevé pour un peu plus de 1 % des femmes et un peu moins de 3 % des hommes (T3.4). Les régions linguistiques présentent à cet égard des différences notoires, les Suisses alémaniques s'exposant dans l'ensemble à un moins grand risque que les Romands et les Tessinois. Il serait donc faux de parler d'un mode de consommation uniforme en Suisse.

Le mode de consommation est largement déterminé par les hommes. Les femmes, quant à elles, optent plutôt pour le vin et ce dans toutes les régions linguistiques, bien que cette préférence soit encore plus marquée chez les Romandes et les Tessinoises. Contrairement à une idée largement répandue, ce n'est pas en Suisse alémanique que l'on boit le plus de bière mais bien au Tessin et en Romandie, même si leur préférence va au vin. Il est vrai, par contre, que la quantité consommée par occasion est plus élevée chez les alémaniques (T3.5). Il ressort de l'analyse de la fréquence de la consommation de bière en fonction de l'âge et du sexe que c'est entre 35 et 54 ans que les hommes en boivent le plus souvent alors que chez les femmes, cette fréquence diminue avec l'âge. Pour ce qui est du vin, tant les hommes que les femmes multiplient, avec l'âge, les occasions de boire,

tandis que la fréquence de consommation des spiritueux est la plus élevée aux deux extrêmes de la pyramide des âges: chez les jeunes de 15 à 24 ans et dès 65 ans, en particulier chez les hommes.

Au début des années 80, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a chargé un groupe d'experts de développer un instrument devant permettre de déceler assez tôt les problèmes liés à l'alcool. Cet instrument, baptisé AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), devait aussi pouvoir être utilisé comme moyen d'observation lors de sondages au sein de la population<sup>13</sup>.

Selon AUDIT, quelque 424'000 personnes, soit 9 % de la population résidant en Suisse et consommant de l'alcool (cet instrument ne prend pas en compte les abstinentes) le font de manière problématique (4 % des femmes; 14 % des hommes). La comparaison des différences liées au sexe fait apparaître que la part des femmes dont la consommation pose problème est pratiquement identique dans les trois régions linguistiques (4 %), alors que c'est en Suisse romande qu'on trouve le plus fort pourcentage d'hommes ayant une consommation problématique (19 %; contre 13 % en Suisse alémanique et 11 % au Tessin). De plus, si l'on tient compte des différents taux d'abstinentes, on constate que la consommation problématique d'alcool constitue un problème plus aigu en Suisse romande que dans les autres régions linguistiques.

### T3.4 Répartition des risques en fonction de leur consommation quotidienne d'alcool pur (en grammes), selon la région linguistique (en %)

	Suisse alémanique	Suisse romande	Suisse italienne	Total
<b>Femmes</b>				
abstinentes	27,9	36,4	50,1	31,0
risque faible (<20gr./jour)	68,3	58,3	41,2	64,6
risque moyen (20≤gr.<40/jour)	2,9	3,9	6,3	3,3
risque élevé (≥40gr./jour)	0,9	1,5	(2,4)	1,1
<b>Hommes</b>				
abstinentes	13,2	17,6	22,2	14,6
risque faible (<40gr./jour)	80,8	72,6	65,2	78,3
risque moyen (40≤gr.<60/jour)	3,7	5,1	7,7	4,2
risque élevé (≥60gr./jour)	2,3	4,7	5,0	2,9

Les chiffres entre ( ) se réfèrent à un nombre d'observations inférieur à 30.

<sup>13</sup> Babor T F, De La Fuente JR, Saunderson J, Grant M. (1998): Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva

### T3.5 Nombre d'occasions de boire et quantités consommées par occasion, selon le genre de boissons (abstinents exclus)

		Nombre d'occasions de boire par année			Quantité par occasion (en litres)		
		Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
<b>Femmes</b>	Suisse alémanique	24	108	22	0,25	0,17	0,03
	Suisse romande	27	161	20	0,26	0,16	0,02
	Suisse italienne	36	213	26	0,28	0,15	0,02
	15-24 ans	33	38	33	0,37	0,13	0,04
	25-34 ans	26	87	22	0,28	0,17	0,03
	35-44 ans	23	112	17	0,24	0,18	0,03
	45-54 ans	21	135	18	0,24	0,17	0,02
	55-64 ans	31	170	23	0,23	0,17	0,02
	65-74 ans	20	173	19	0,20	0,16	0,02
	75+ ans	17	183	23	0,14	0,16	0,02
	Total	25	123	22	0,25	0,16	0,03
<b>Hommes</b>	Suisse alémanique	94	120	39	0,54	0,19	0,04
	Suisse romande	119	213	42	0,48	0,19	0,04
	Suisse italienne	120	276	53	0,45	0,16	0,03
	15-24 ans	87	40	48	0,75	0,15	0,06
	25-34 ans	89	93	36	0,60	0,20	0,04
	35-44 ans	111	129	36	0,53	0,21	0,04
	45-54 ans	118	168	39	0,50	0,20	0,03
	55-64 ans	105	203	35	0,42	0,19	0,03
	65-74 ans	99	242	50	0,41	0,18	0,03
	75+ ans	69	247	47	0,30	0,15	0,02
	Total	101	146	40	0,53	0,19	0,04

Le graphique G3.5 relativise quelque peu les pourcentages élevés de personnes ayant une consommation problématique d'alcool. Il y apparaît en effet qu'une telle consommation recule avec l'âge. Or, il faut environ 10 à 20 ans pour que se développe une dépendance à l'alcool. Les adolescents et les jeunes adultes présentent donc rarement une telle dépendance, même s'ils peuvent avoir une consommation problématique. C'est aussi pourquoi la plupart des alcooliques en traitement sont d'âge moyen<sup>14</sup>. AUDIT ne vise donc pas à détecter les cas d'alcoolisme chez les adolescents et les jeunes adultes, population qui, apparemment, porte un regard différent de celui des experts sur les problèmes liés à l'alcool. Ce constat se retrouve d'ailleurs dans d'autres cultures aux habitudes de consommation différentes.

Il est important de noter qu'en dix ans le taux de personnes se déclarant abstinents a sensiblement progressé, et ce indépendamment du sexe. Alors qu'en 1992 il y en avait 16%, ce chiffre a progressé à 23% en 2002, les hommes passant de 9% à 14% et les femmes de 22% à 30%. Les modalités usuelles de consommation ont elles aussi changé: les gens sont ainsi moins nombreux à boire tous les jours de l'alcool, optant plutôt pour une consommation hebdomadaire, essentiellement en fin de semaine.

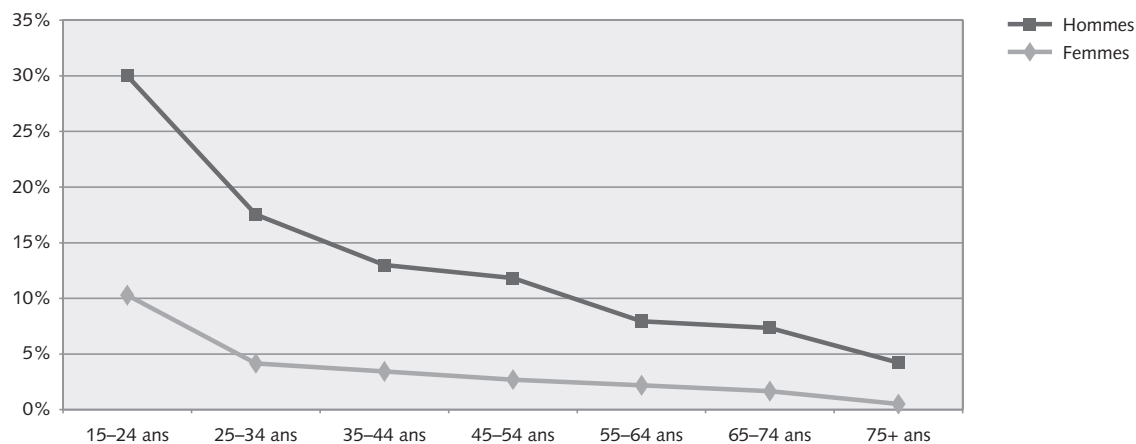
L'analyse spécifique du nombre d'occasions de boire par année révèle un changement de comportement différent, quoique léger, selon le sexe: alors qu'on constate une légère diminution du nombre d'occasions de boire chez les hommes (du moins pour la bière et le vin), les femmes, elles, ont tendance à augmenter la fréquence de leur consommation e vin et de spiritueux (T3.6).

<sup>14</sup> Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004): Alcool. Dans: Chiffres et données. Lausanne. p. 6-41.



**Part de la population ayant une consommation d'alcool problématique (d'après AUDIT), selon le sexe et l'âge**

G 3.5



© Office fédéral de la statistique (OFS)

**T3.6 Comparaison entre 1997 et 2002 des occasions de boire et des quantités consommées par occasion, selon le genre de boissons (abstinents exclus)**

		Nombre d'occasions de boire par année			Quantité par occasion (en litres)		
		Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
<b>Femmes</b>	1997	25	120	17	0,24	0,17	0,02
	2002	25	123	22	0,25	0,16	0,03
<b>Hommes</b>	1997	110	151	40	0,54	0,20	0,04
	2002	101	146	40	0,53	0,19	0,04

**3.4 Consommation de tabac**

Le tabagisme est probablement la principale cause de décès évitable dans le monde. Sachant que près de 8'300 personnes meurent encore chaque année en Suisse des suites de leur consommation de tabac<sup>15,16</sup>, on ne peut que s'interroger sur l'efficacité des mesures préventives. En réalité, la proportion de fumeurs est demeurée relativement stable durant ces dix dernières années.

Quelque 31% de la population résidante de 15 ans et plus fument (36% des hommes, 26% des femmes). Dans l'ensemble, la part des fumeurs recule avec l'âge tandis que celle des ex-fumeurs augmente, puis diminue légèrement à partir de 55 ans. En conséquence, le pourcentage des personnes qui n'ont jamais fumé commence par reculer, pour s'accroître nettement à un âge plus avancé, ce qui est certainement lié à leur espérance de vie plus longue (G3.6).

<sup>15</sup> Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004): Tabac. Dans: Chiffres et données. Lausanne. p. 44-62.

<sup>16</sup> Frei A (1998): Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz. Teil 1: Epidemiologie, Teil 2: Direkte Kosten, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basel: Health Econ.

Les femmes fument en moyenne un peu moins que les hommes (l'équivalent de 11,6 cigarettes par jour, contre 14,1 pour les hommes).

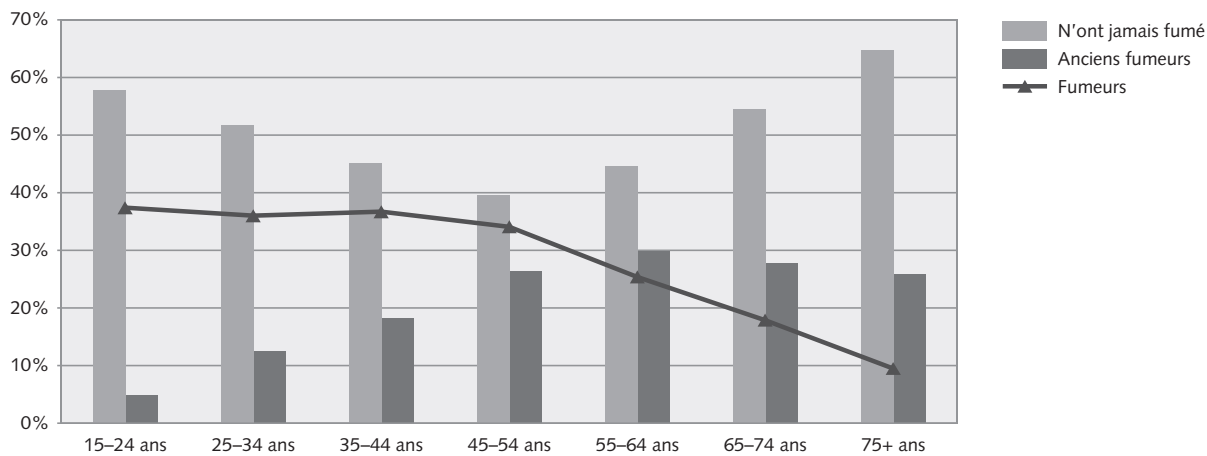
On peut parler de dépendance au tabac à partir d'une consommation équivalant à 10 cigarettes<sup>17</sup> par jour. Dans l'ensemble, un peu plus de 60% des fumeurs présentent une telle consommation, ce qui fait plus d'un million de personnes dépendantes de la nicotine en Suisse. Bien que les femmes soient moins nombreuses à fumer et que leur consommation soit un peu plus faible, elles sont proportionnellement autant à dépendre du tabac. On compte d'ailleurs relativement moins de femmes parmi les «fumeurs occasionnels» (consommation non quotidienne).

De 1992 à 2002, la proportion de personnes s'adonnant au tabac en Suisse est restée pratiquement stable, avec quelque 30%. Cela est essentiellement dû à la stabilisation de la consommation de tabac des hommes,

<sup>17</sup> Cette mesure inclut tous les produits du tabac (cigares, cigarillos et pipes) convertis en équivalent de cigarettes.

### Part de fumeurs, d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé, selon l'âge

G 3.6



© Office fédéral de la statistique (OFS)

alors que celle des femmes marquait une légère progression, passant de 24% (1992) à 26% (2002). Des analyses détaillées par âge montrent toutefois une progression importante, entre 1992 et 2002, du nombre de fumeurs parmi les jeunes de 15 à 24 ans (31% en 1992; 37% en 2002)<sup>18</sup>. Si en dix ans, le nombre de fumeurs n'a globalement que peu évolué, le nombre de cigarettes consommées a, lui, sensiblement diminué. C'est ainsi qu'un fumeur consommait en moyenne 15,3 cigarettes par jour en 1992, contre 13,0 en 2002. Si donc, il y a dix ans, 71% des fumeurs étaient tenus pour dépendants (équivalent de 10 cigarettes et plus par jour); en 2002 ce pourcentage était descendu à 62%. Enfin si, durant ce même laps de temps, les jeunes sont devenus plus nombreux à fumer, ils ont par contre nettement diminué la quantité de cigarettes consommées (G3.7). Les moyens de prévention mis en oeuvre entre temps ont-ils joué un rôle? Dans tous les cas, l'augmentation répétée du prix des cigarettes semble avoir influé sur la quantité de cigarettes consommées et exercer aussi un effet dissuasif, surtout auprès des jeunes.

La capacité de la nicotine d'engendrer une dépendance est très grande: parmi les personnes ayant essayé d'arrêter de fumer durant les 12 mois précédant l'enquête, seuls 16% d'entre elles y sont parvenus. Pourtant, on ne compte que 40% de fumeurs ne souhaitant pas arrêter de fumer, contre 33% qui en font le vœu et 28% qui l'ont sérieusement tenté (c.-à-d. n'ont pas

fumé pendant au moins 14 jours), mais sans succès (tous ces chiffres variant peu en fonction du sexe). A partir de 25 ans, la part de celles et ceux qui tentent d'arrêter de fumer est de 26%. Le pourcentage de ceux qui souhaitent arrêter de fumer recule, quant à lui, avec l'âge alors que, parallèlement, le nombre de personnes qui ne songent pas à arrêter progresse. On ne saurait dire si cette attitude résulte d'échecs successifs ayant convaincu ces personnes qu'elles ne parviendront plus à cesser de fumer, ou si elles se sentent confortées dans leurs habitudes en ayant atteint un âge avancé tout en fumant. Pourtant, cesser de fumer peut sauver, à n'importe quel âge, de précieuses années de vie et il est toujours possible, en dépit d'échecs répétés, de se libérer de sa dépendance<sup>19</sup>.

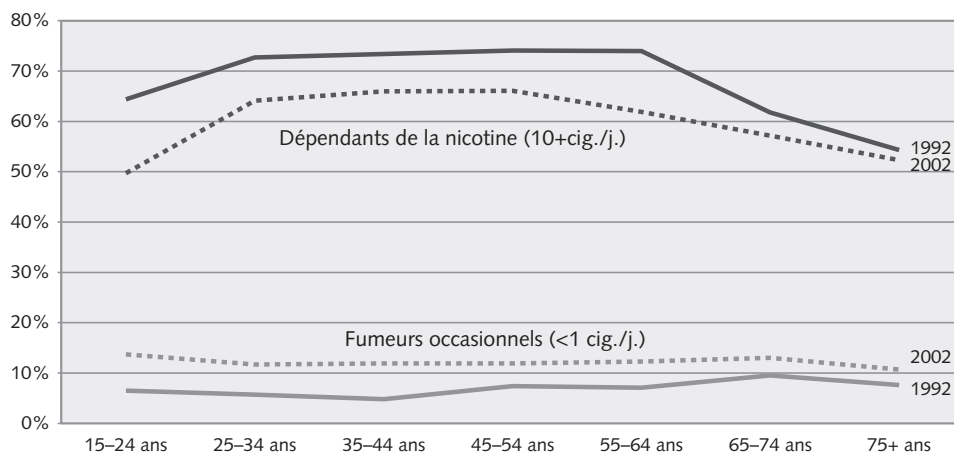
Sur dix personnes ayant sérieusement essayé ou réussi à arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, huit avaient décidé de n'utiliser aucun moyen auxiliaire, alors que les deux autres avaient opté pour un quelconque moyen, y compris à base de nicotine<sup>20</sup>. Certains moyens peuvent apporter une aide certaine, surtout lors des premières tentatives. Néanmoins, la clé du succès réside essentiellement dans la détermina-

<sup>18</sup> voir aussi chapitre 6: Adolescents et jeunes adultes: conditions psychosociales, santé et consommation de substances psychotropes

<sup>19</sup> Cornuz J, Besson J (2002): But n° 12: Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme. Dans: Société suisse de santé publique (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle (OMS Europe), Berne. p. 37-39.

<sup>20</sup> L'enquête ne fournissait aucune précision sur les «autres moyens auxiliaires», sinon qu'ils devaient être exempts de nicotine. Ce moyen pouvait donc être, par exemple, de sucer un bâton de réglisse ou un bonbon, ou encore d'entreprendre une activité spécifique afin de détourner l'envie de fumer.

**Répartition des fumeurs en fonction du nombre (moyen) de cigarettes fumées, selon l'âge** **G 3.7**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

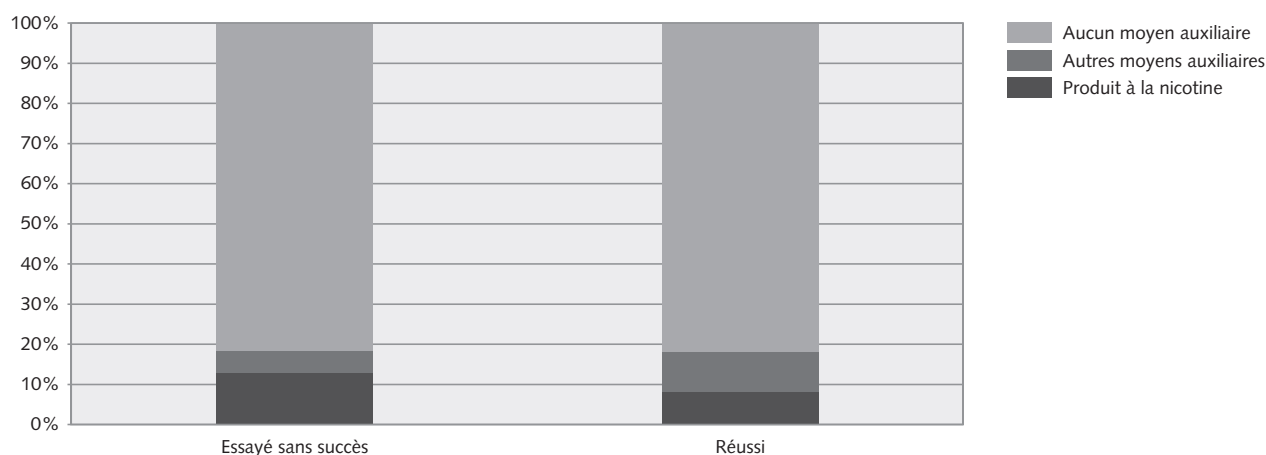
tion d'arrêter et cela nécessite sans nul doute une préparation psychique ainsi qu'un apprentissage de la manière de gérer le sevrage (G3.8).

Il est encourageant de constater que la prise de conscience des méfaits du tabac a augmenté entre 1992 et 2002. En effet si, en 1992, un fumeur sur deux (55%) souhaitait arrêter de fumer, ils sont six sur dix (61%) à le vouloir en 2002 (G3.9).

La fumée passive est constituée de la fumée de tabac exhalée par le fumeur et, surtout, du courant secondaire

que répandent dans l'atmosphère les cigarettes allumées. Du point de vue de sa composition chimique, la fumée inhalée passivement est analogue à celle qu'inhalé activement le fumeur, tout en contenant une proportion parfois plus élevée de substances cancérigènes et toxiques<sup>21</sup>. C'est pourquoi le tabagisme passif peut causer chez les non-fumeurs exposés, – selon leur degré d'exposition à la fumée passive – cancer du poumon, maladies cardiovasculaires, asthme et infections des voies respiratoires<sup>22</sup>. Des tests ont prouvé qu'une seule demi-

**Part des fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer en fonction du résultat et des moyens utilisés** **G 3.8**



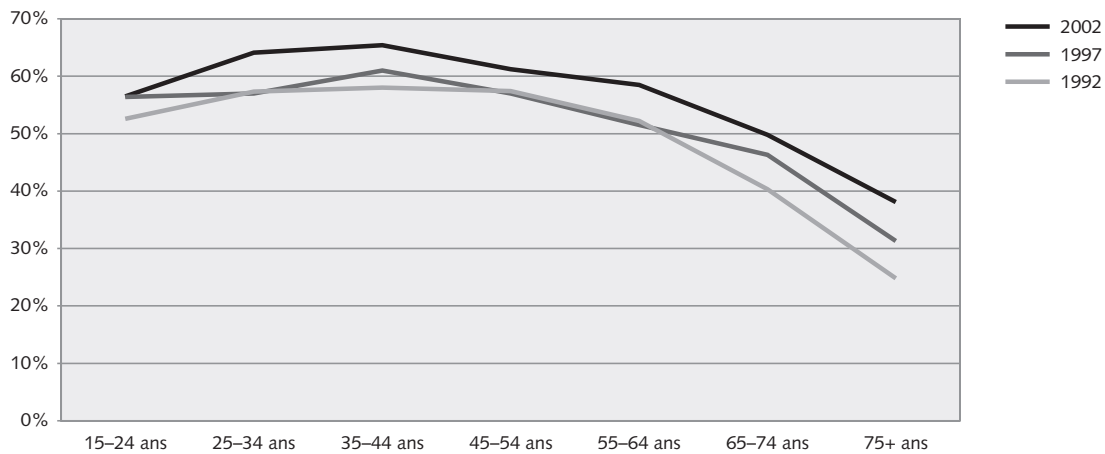
© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>21</sup> Factsheet (mai 2004): Tabagisme passif, Office fédéral de la santé publique, Berne.

<sup>22</sup> Bonita R. et al.: Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tobacco Control 1999; 8:156-160.

## Part des fumeurs souhaitant arrêter de fumer, selon l'âge

G 3.9



© Office fédéral de la statistique (OFS)

heure d'exposition à la fumée passive suffit à affaiblir momentanément le cœur d'un non-fumeur. D'autres analyses très précises montrent qu'une exposition constante à la fumée passive augmente d'environ 25% le risque de cancer du poumon ou d'une maladie cardiovasculaire. Ce chiffre peut paraître dérisoire, comparé au risque – de 15 à 20 fois plus élevé – encouru par les fumeurs actifs, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une nuisance environnementale qui n'a rien à voir avec une habitude de vie résultant d'un choix personnel<sup>23</sup>. Or, en Suisse, un non fumeur sur quatre (27%) est exposé à la fumée de tabac d'autres personnes durant au moins une

heure par jour, proportion qui bondit à un sur deux (48%) chez les jeunes de 15 à 24 ans. L'analyse de ces chiffres par région linguistique révèle une exposition à la fumée passive bien différente en Suisse alémanique et dans les régions latines. Es-ce à dire que la Suisse alémanique est moins tolérante à l'égard des fumeurs? Ou impose-t-elle une infrastructure plus rigoureuse dans son souci de protéger la santé des non-fumeurs? Ce qui est certain en tout cas, c'est que 24% des non-fumeurs subissent la fumée pendant au moins une heure par jour outre Sarine, alors qu'ils sont 32% du côté latin (romand et tessinois) (T3.7).

### T3.7 Part des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au moins une heure par jour, selon le sexe, l'âge et la région linguistique (en %)

	Suisse alémanique	Suisse romande	Suisse italienne	Total
Hommes	32,7	37,3	40,7	34,0
Femmes	17,9	27,7	25,8	20,6
15-24 ans	48,1	60,5	65,8	51,5
25-34 ans	32,7	35,0	38,5	33,6
35-44 ans	27,6	40,2	34,0	30,8
45-54 ans	26,1	31,6	39,2	27,9
55-64 ans	17,9	24,4	24,7	19,7
65-74 ans	7,7	12,3	(13,3)	9,0
75+ ans	4,0	7,6	(9,3)	5,1
<b>Total</b>	<b>24,5</b>	<b>31,7</b>	<b>32,1</b>	<b>26,5</b>

Les chiffres entre ( ) se réfèrent à un nombre d'observations inférieur à 30.

<sup>23</sup> Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2005): Infodrogue Tabac. Lausanne.

### 3.5 Consommation de médicaments

Les progrès de la médecine en général et de la recherche pharmaceutique en particulier ont permis de traiter et de guérir nombre de maladies contre lesquelles on était impuissant il y a seulement quelques décennies, ou à tout le moins de soulager les douleurs causées par ces maladies. Le développement constant de substances actives utilisables en médecine est allé de pair avec l'augmentation du nombre de médicaments disponibles. En 2002, quelque 6'700 préparations thérapeutiques étaient enregistrées en Suisse, dont plus de la moitié vendue sur ordonnance (57%)<sup>24</sup>. Les dépenses pour les médicaments représentaient, cette même année, 10% de l'ensemble des dépenses de santé; deux tiers des médicaments en question étant soumis à ordonnance.

Bien que le recours aux médicaments existants contribue indéniablement à la santé de la population, il n'en demeure pas moins que la consommation de substances thérapeutiques sans contrôle médical peut produire des effets indésirables et s'avérer risquée lorsqu'elle n'obéit pas aux conditions requises. Selon des estimations grossières, près de 10% des médicaments seraient plus ou moins susceptibles d'être utilisés à mauvais escient, la plupart d'entre eux – aux effets psychotropes par ailleurs bénéfiques dans le cadre de thérapies – appartenant aux catégories suivantes: hypnotiques (somnifères), tranquillisants, analgésiques et stimulants. Les abus d'antidépresseurs et de neuroleptiques semblent moins fréquents, probablement en raison de leur indication thérapeutique particulière et de leurs effets spécifiques ainsi que des effets secondaires souvent observés. Les autres préparations susceptibles de faire l'objet d'abus contiennent également pour la plupart des substances psychotropes, dont on ne peut exploiter qu'indirectement les effets thérapeutiques. C'est le cas de la plupart des antitussifs (opioïdes) et des coupe-faim (substances apparentées aux amphétamines). Les laxatifs constituent une exception: ils sont connus pour les abus dont ils peuvent faire l'objet, alors même qu'ils n'ont pas d'effet psychotrope direct. Environ 1% de la population (les femmes deux fois plus que les hommes) prend quotidiennement des laxatifs; proportion qui est restée relativement stable, du moins depuis la première enquête de 1992. Le faible nombre de cas relevés parmi les 19'700 personnes constituant, en 2002, l'échantillon de l'Enquête suisse sur la

santé (ESS) ne permet pas de pousser plus avant les analyses statistiques, par exemple selon l'âge ou l'appartenance linguistique.

En Suisse comme partout ailleurs<sup>25</sup>, les femmes consomment nettement plus de médicaments que les hommes (T3.8). Plusieurs théories tentent d'expliquer ce phénomène observable à l'échelon mondial: les femmes prendraient plus au sérieux et problématiseraient plus que les hommes les problèmes psychiques et physiques, allant jusqu'à une stratégie de refoulement et d'automédication lorsqu'elles sont confrontées à des situations de stress. Alors que les hommes recourent à l'alcool, les femmes préféreraient les médicaments. Le schéma de la répartition des rôles dans le monde du travail pourrait également fournir un début d'explication. Plusieurs études réalisées en Suisse ont en effet montré que les différences entre les sexes – en matière de consommation de médicaments – vont en partie de pair avec les différences observées dans la participation à la vie active. Les femmes au foyer n'exerçant aucune activité professionnelle sont plus nombreuses à consommer des médicaments que celles qui travaillent à temps complet ou partiel.

L'ESS de 2002 vient confirmer un autre phénomène: indépendamment du sexe, les habitants de Suisse alémanique consomment nettement moins de médicaments que ceux de la partie latine du pays (T3.9). Cette différence demeure même si l'on tient compte de facteurs de santé, de l'âge ou du nombre de visites chez le médecin<sup>26</sup>. Les facteurs culturels, comme une manière différente de percevoir la maladie, ne semblent donc pas fournir d'explication suffisante, ces différences résultant probablement plutôt des pratiques médicales en matière de prescription médicamenteuse. A cet égard, les différences entre régions linguistiques sont plus marquées concernant les somnifères et les tranquillisants que les analgésiques.

Dans l'ensemble, 88% des somnifères et 85% des tranquillisants sont consommés sur ordonnance, contre «seulement» 56% des analgésiques.

<sup>24</sup> Interpharma (2003). Le marché du médicament en Suisse. Bâle.

<sup>25</sup> Maffli E (2000): L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance. Dans E. Maffli (Ed.), L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques (pp.39-47). Lausanne: ISPA-Press).

<sup>26</sup> Gmel G (2000): Ampleur et facteurs d'influence de la consommation de somnifères, analgésiques et de tranquillisants. Dans: Maffli E (Ed.) L'abus de médicaments en Suisse Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne: ISPA-Press. pp. 25-38.

### T3.8 Part de la population utilisant plusieurs fois par semaine des somnifères, tranquillisants et/ou antalgiques, selon le sexe et l'âge (en %)

Sexe	Groupe d'âges	Somnifères		Tranquillisants		Antalgiques	
		1992	2002	1992	2002	1992	2002
<b>Hommes</b>	15–34 ans	(0,3)	(0,2)	1,6	(0,9)	5,5	4,2
	35–54 ans	1,6	1,3	1,8	2,1	5,3	6,4
	55–74 ans	5,1	3,3	3,9	3,7	7,8	8,1
	75+ ans	12,3	10,7	5,5	5,2	(7,7)	9,1
	<b>Total</b>	2,5	2,0	2,4	2,3	6,1	6,3
<b>Femmes</b>	15–34 ans	(0,8)	(0,5)	2,1	1,6	7,6	8,1
	35–54 ans	2,7	2,6	3,3	3,5	7,9	10,3
	55–74 ans	9,4	6,5	7,9	6,2	9,1	11,8
	75+ ans	29,1	17,1	10,9	6,3	15,6	16,3
	<b>Total</b>	5,4	4,4	4,5	3,9	8,6	10,6
<b>Total</b>	15–34 ans	0,5	(0,4)	1,8	1,2	6,6	6,1
	35–54 ans	2,1	1,9	2,6	2,8	6,6	8,4
	55–74 ans	7,4	5,0	6,0	5,0	8,5	10,1
	75+ ans	22,0	14,7	8,7	5,9	12,3	13,6
	<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>3,2</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>7,4</b>	<b>8,5</b>

Les chiffres entre ( ) se réfèrent à un nombre d'observations inférieur à 30.

### T3.9 Part de la population utilisant au moins une fois par semaine des somnifères, tranquillisants et/ou antalgiques, selon le sexe, l'âge et la région linguistique (en %)

	Région linguistique	Hommes	Femmes	15-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75+ ans	Total
<b>Somnifères</b>	Suisse alémanique	1,4	3,6	0,8	2,2	6,5	13,1	<b>2,6</b>
	Suisse romande	3,4	6,1	2,3	5,7	9,6	20,1	<b>4,8</b>
	Suisse italienne	4,3	5,9	(2,2)	(6,9)	(10,9)	(14,5)	<b>5,2</b>
<b>Tranquillisants</b>	Suisse alémanique	1,6	2,7	1,4	3,6	3,3	4,9	<b>2,2</b>
	Suisse romande	4,5	6,9	4,2	7,8	12,4	8,7	<b>5,8</b>
	Suisse italienne	(2,3)	5,3	(2,2)	(5,5)	(8,4)	(6,8)	<b>3,9</b>
<b>Antalgiques</b>	Suisse alémanique	5,4	8,9	6,0	8,4	9,7	12,2	<b>7,2</b>
	Suisse romande	8,9	14,8	11,2	12,6	12,9	17,9	<b>12,1</b>
	Suisse italienne	7,7	13,7	9,0	15,1	13,8	(13,5)	<b>10,9</b>

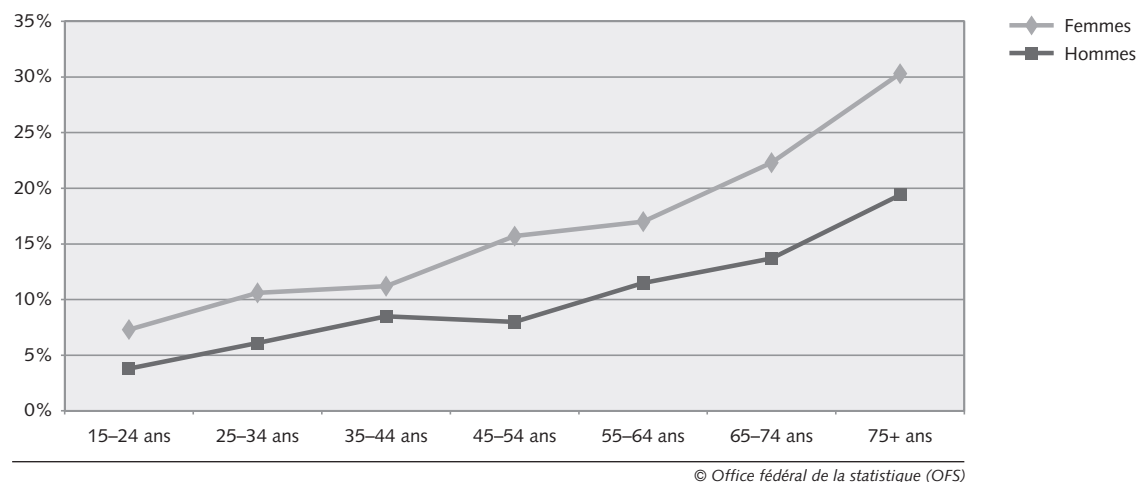
Les chiffres entre ( ) se réfèrent à un nombre d'observations inférieur à 30.

Si l'on considère les personnes qui prennent plusieurs fois par semaine au moins l'un des trois médicaments cités (analgésiques, somnifères, tranquillisants), on peut dire que 12% de la population suisse en fait une consommation régulière (15 % des femmes, 9% des hommes). Ces pourcentages grimpent à 30% chez les femmes de plus de 74 ans et à 19% chez les hommes du

même âge (G3.10). Or on peut à tout le moins douter du bien-fondé d'une utilisation aussi massive de ces substances.

Le nombre de personnes consommant plusieurs fois par semaine des tranquillisants ou des somnifères a légèrement changé en dix ans: de 1992 à 2002, on observe une tendance à la baisse, d'autant plus distincte en dé-

**Part des femmes et des hommes consommant plusieurs fois par semaine des somnifères, tranquillisants et/ou antalgiques, selon l'âge** G 3.10



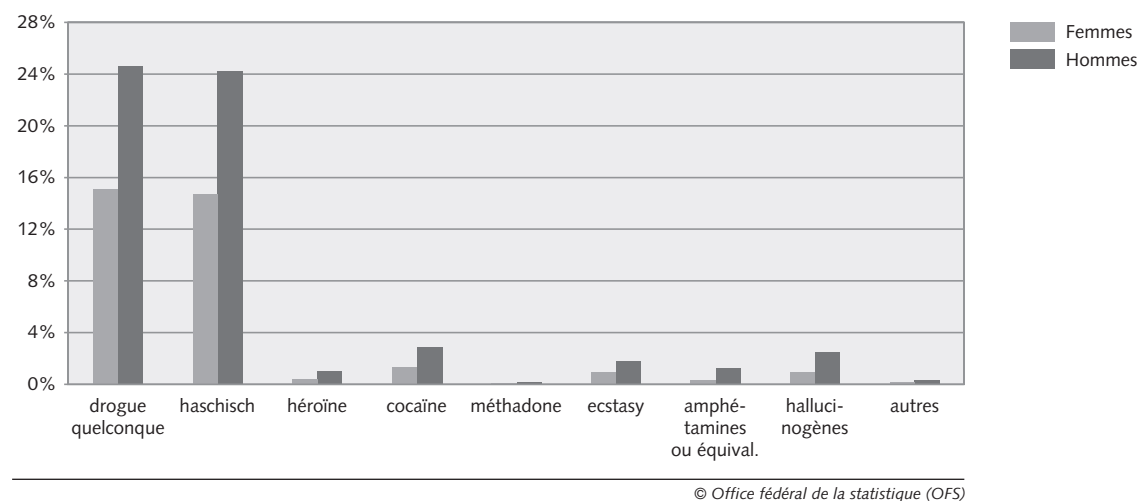
taillant les résultats en fonction de l'âge, surtout chez les femmes de 75 ans et plus<sup>27</sup>. Pour ce qui est des analgésiques par contre, cette tendance est inversée (T3.8).

### 3.6 Drogues illégales

En Suisse, 20% de la population âgée de 15 à 64 ans (15% des femmes et 25% des hommes) – soit près de 1 million d'individus – ont consommé au moins une fois dans leur vie une drogue illégale. Les 15 à 19 ans sont 26% à en avoir essayé, les 20 à 24 ans 38%, les chiffres

régressant ensuite avec l'âge. Le plus grand groupe (20%) se compose de consommateurs de cannabis (15% des femmes, 24% des hommes) (G3.11). A l'exception de ce dernier, la consommation des autres drogues est le plus souvent motivée par la curiosité ou le désir d'essayer: c'est ce qu'indiquent les faibles pourcentages de personnes qui en consommaient encore au cours des 12 mois précédant l'enquête<sup>28</sup>. A noter que, de manière générale, les enquêtes effectuées sur ce thème au sein de la population ne touchent pas le «noyau dur» des consommateurs de drogues dites dures et ne fournissent que des tendances.

**Part des 15 à 64 ans ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues illégales, selon le sexe** G 3.11



<sup>27</sup> voir aussi chapitre 2.2: La santé psychique

<sup>28</sup> Ainsi, concernant l'héroïne, seules 5 des personnes interrogées ont déclaré en consommer lors de l'enquête. Ce nombre est tellement faible qu'il ne peut être fiable.

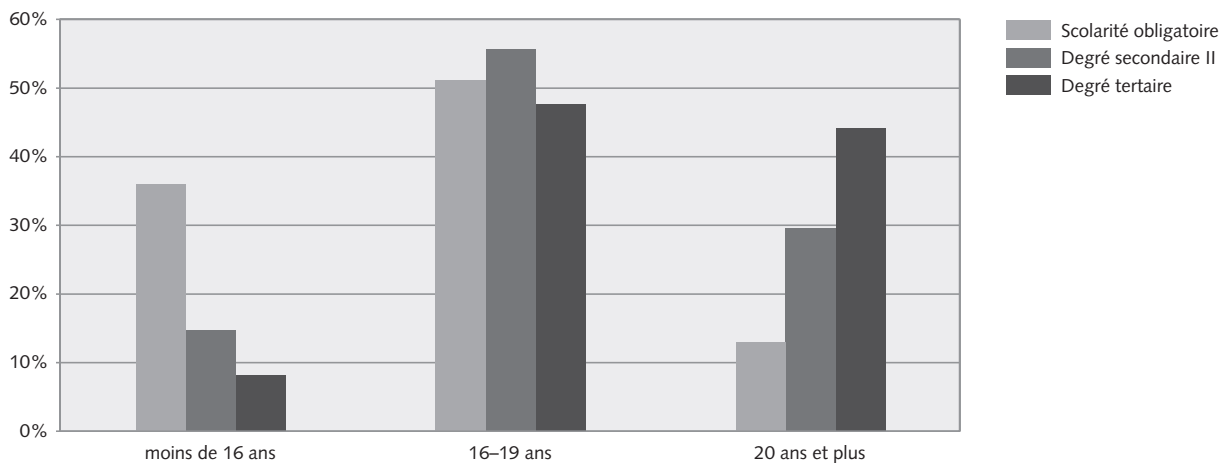
Près de 5% des 15 à 64 ans ont fait usage de cannabis au cours de l'année précédant l'enquête et près d'un consommateur sur deux (48%) en prend au moins une fois par semaine. Quant à l'âge de la première consommation de haschisch/marijuana, il est largement déterminé par le niveau de formation: plus celui-ci est bas, plus la consommation débute tôt (G3.12).

De 1992 à 2002<sup>29</sup>, on constate une progression de plus de 12 points de la prévalence de consommation de haschisch, qui passe ainsi de 16% à 28%. A noter toutefois que cette progression fulgurante s'est opérée essentiellement entre 1992 et 1997. Depuis lors, la courbe de prévalence tend globalement à se stabiliser (augmentation de 1% entre 1997 et 2002). Pour les drogues dures, la prévalence de consommation reste stable pour des drogues telles que la cocaïne, les amphétamines ou l'ecstasy, alors qu'elle tend à diminuer pour l'héroïne. Faut-il voir dans cette baisse un phénomène de mode<sup>30</sup> dans la mesure où ces tendances, comparées à d'autres sources (police notamment), confirment le recul de sa consommation depuis 1993?

Cette accalmie est certes réjouissante, mais doit être mise en perspective avec la progression de la consommation de cannabis et qui correspond à une évolution observée depuis plusieurs années dans de nombreux pays<sup>31,32</sup>.

La forte progression de la consommation de cannabis n'est pas sans soulever de nombreuses questions et le fait que cette consommation débute généralement bien avant 18 ans laisse songeur. Quand bien même le cannabis n'est plus autant stigmatisé qu'auparavant et que nombre de personnes sont aujourd'hui davantage disposées à reconnaître en consommer, il faut souligner que l'accès à ce type de drogues est devenu bien plus aisé et le temps où son acquisition se faisait dans la rue est pratiquement révolu.

### Répartition des 15 à 64 ans selon leur âge lors de leur 1<sup>er</sup> consommation de haschisch/marijuana et leur niveau de formation

**G 3.12**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>29</sup> La comparaison 1992-1997-2002 se base sur une population âgée de 15 à 39 ans car, en 1992, les questions sur les drogues ont été posées uniquement à cette tranche de population.

<sup>30</sup> Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (s.a): Héroïne. Flyer. Lausanne.

<sup>31</sup> Office fédéral de la police, Statistique suisse des stupéfiants 1993 – 2003. Dans: Chiffres et données 2004, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Lausanne. p. 92

<sup>32</sup> Observatoire européen des drogues et toxicomanies (2004): Rapport annuel. Etat du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège. Luxembourg.



## 4 Services de santé et aides informelles

Depuis la première Enquête suisse sur la santé (ESS), réalisée en 1992-1993, le système de santé suisse a connu d'importantes réformes avec l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. Les principales innovations ont consisté en une participation accrue des assurés aux coûts de la santé, en une restriction des prestations remboursées selon des critères de coût-efficacité et en un financement plus rigoureux des hôpitaux sur la base d'une enveloppe budgétaire. Dans l'intervalle, les répercussions de la LAMal ont été analysées dans le cadre de diverses études<sup>1</sup>.

On ne dispose cependant pour l'heure que de peu de sources de données pour observer les changements sur une longue période. La troisième ESS, réalisée en 2002, permet aujourd'hui de décrire les évolutions au cours des dix dernières années du recours aux différents prestataires tels que les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de médecine complémentaire et les hôpitaux. Le présent chapitre comporte une première partie consacrée à une description épidémiologique de l'utilisation des services de santé en Suisse en 2002. Puis il s'intéresse aux aides informelles et aux soins à domicile. Les principaux changements observés dans cette utilisation entre 1992 et 2002 sont présentés et analysés dans la dernière partie, pour autant qu'il y ait des données comparables dans les trois enquêtes.

### 4.1 Recours aux prestations des soins ambulatoires et hospitaliers

En règle générale, les résultats présentés ci-après sont exprimés en taux annuels de consultation. Ces taux correspondent à la proportion des personnes qui ont déclaré avoir eu recours au moins une fois à un prestataire de soins donné au cours des 12 derniers mois.

#### 4.1.1 Consultations au cabinet du médecin

Les personnes interrogées ont été priées d'indiquer, d'une part, combien de fois elles avaient consulté un médecin (sans les dentistes) au cours de la dernière année, et, d'autre part, le type de consultation médicale concerné parmi les trois types suivants:

- 1) consultation auprès du médecin personnel ou médecin de famille (en principe, un généraliste ou interniste);
- 2) consultation auprès d'un autre médecin (en principe, un spécialiste), à l'exception d'un gynécologue;
- 3) consultation auprès d'un gynécologue.

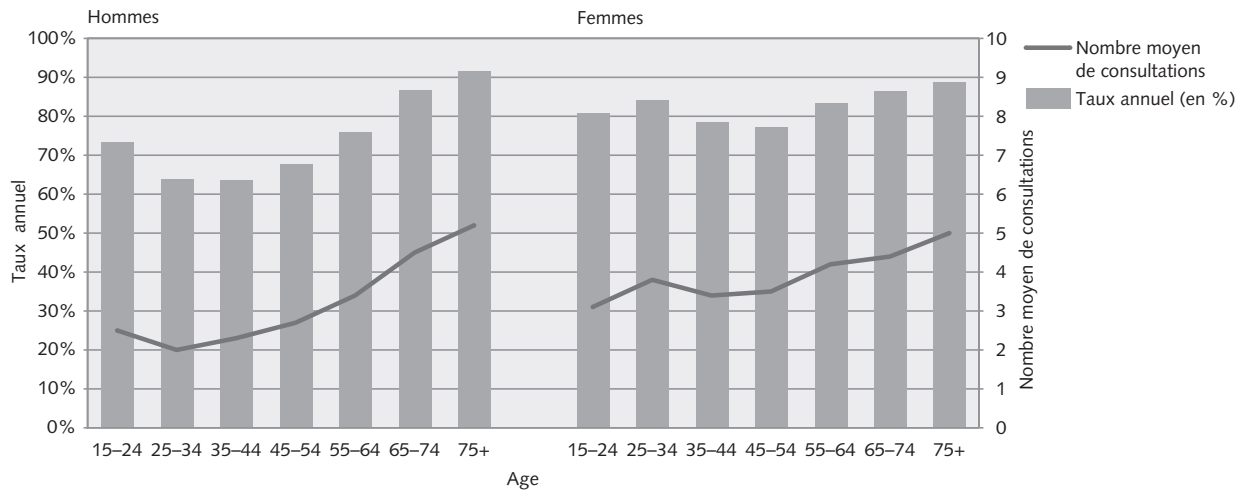
Au total 77% des Suisses ont consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. Cette part se situe à 71% chez les hommes et à 82% chez les femmes. On voit sur le graphique G4.1 que les taux annuels de consultation ne diffèrent que peu selon l'âge chez les femmes, alors qu'ils diminuent nettement chez les hommes d'âge moyen pour remonter ensuite à partir de 45 ans. Cette différence entre les sexes est sans doute due en premier lieu au nombre accru de consultations des femmes entre 25 et 44 ans en relation avec une grossesse.

En moyenne, les gens consultent un médecin 3,4 fois par année, les femmes plus fréquemment que les hommes (3,8 fois contre 2,9). La fréquence des visites augmente avec l'âge, passant de 3 à 5 fois par année (G4.1). Comme le montrent les résultats ventilés selon la catégorie de médecin dans le tableau T4.1, cette progression est surtout le fait des visites chez le médecin généraliste, alors que le nombre moyen de consultations chez des spécialistes ne varie guère. Ces évolutions s'expliquent par le fait qu'avec l'âge, les visites de contrôle («check-up») représentent une part de plus en plus importante des consultations médicales. Au total, deux tiers des personnes interrogées (65%) ont consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois et à peine un tiers (29%) un médecin spécialiste. En ce qui concerne les visites chez un spécialiste, on remarque que les

<sup>1</sup> Office fédéral des assurances sociales (2001): Analyse des effets de la LAMal: rapport de synthèse. Contributions à la sécurité sociale, rapport de recherche n° 16/01. Berne.

**Consultations chez le médecin au cours d'une année: taux de consultation et nombre moyen de consultations par habitant, selon l'âge et le sexe**

G 4.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

**T4.1 Part de la population qui a consulté un médecin au cours d'une année (en %), et nombre annuel moyen de consultations par personne (Mc), selon le sexe et l'âge**

	Généraliste		Spécialiste (sans gynéco.)		Gynécologue	
	%	Mc	%	Mc	%	Mc
<b>Hommes</b>	62,1	2,0	27,8	1,0	-	-
15-24 ans	62,6	1,8	22,0	0,8	-	-
25-34 ans	53,3	1,2	23,2	0,9	-	-
35-44 ans	54,9	1,5	21,6	0,8	-	-
45-54 ans	58,5	1,9	29,4	1,0	-	-
55-64 ans	67,9	2,6	33,5	1,1	-	-
65-74 ans	79,1	3,2	41,6	1,2	-	-
75ans et +	83,7	4,4	40,6	1,3	-	-
<b>Femmes</b>	67,2	2,5	30,3	1,1	53,3	1,1
15-24 ans	65,6	2,2	25,7	0,8	48,9	0,9
25-34 ans	63,3	1,7	28,2	1,3	70,2	2,2
35-44 ans	59,3	2,0	28,6	1,1	60,7	1,3
45-54 ans	60,6	2,2	28,2	1,0	56,9	1,0
55-64 ans	70,7	2,8	34,8	1,3	51,9	0,8
65-74 ans	79,9	3,1	34,5	1,1	38,8	0,5
75+ ans	82,0	4,2	35,5	0,8	20,4	0,3
<b>Total</b>	<b>64,8</b>	<b>2,3</b>	<b>29,1</b>	<b>1,0</b>	-	-

taux de consultation sont plus élevés pour les hommes âgés (plus de 65 ans) que pour les femmes dans la même tranche d'âges. Mais la fréquence des consultations est aussi fonction du niveau de formation: alors que 27% des personnes sans formation postobligatoire ont consulté un spécialiste, les parts correspondantes atteignent 29% pour les personnes ayant achevé une formation du degré secondaire II et 34% pour celles ayant obtenu un diplôme du degré tertiaire. A l'inverse, les personnes ayant le niveau de formation le plus bas sont allées plus souvent chez un médecin généraliste (70%) que celles dont le niveau de formation est le plus élevé (61%). On observe aussi de légères différences sur ce plan entre les régions linguistiques: en Suisse romande, 33% des gens se sont rendus chez un spécialiste, contre 29% au Tessin et 28% en Suisse alémanique.

Par ailleurs, une bonne moitié des femmes interrogées ont consulté leur gynécologue dans l'année. Le niveau de formation a également une incidence dans ce cas:

seuls 45% des femmes n'ayant pas étudié au-delà de l'école obligatoire se sont rendues chez leur gynécologue dans l'année, contre 57% de celles au bénéfice d'une formation de degré secondaire II et 62% de celles qui ont obtenu un diplôme du degré tertiaire. Le taux de consultation des gynécologues est le plus élevé aux âges de grande fécondité (de 25 à 45 ans), puis il diminue rapidement aux âges plus avancés.

#### 4.1.2 Consultations auprès d'un dentiste ou d'un représentant d'une profession paramédicale

Les taux annuels de consultation de dentistes et de représentants d'une profession paramédicale sont indiqués dans le tableau T4.2, de même que leur nombre moyen de consultations par patient. Parmi les différents prestataires de ce groupe, les dentistes ont été le plus fréquemment consultés au cours de douze derniers mois (62%), suivis des hygiénistes dentaires (37%), des pharmaciens

**T4.2 Part des personnes qui ont consulté un dentiste ou un représentant d'une profession paramédicale au cours d'une année, selon le type de profession, le sexe et l'âge (en %), et nombre annuel moyen de consultations par patient et par habitant, selon le type de profession paramédicale**

	Dentiste	Hygiéniste dentaire	Pharmacien	Opticien	Physiothérapeute	Podologue	Chiropraticien	Psychologue
<b>Hommes</b>	<b>59,7</b>	<b>33,9</b>	<b>24,6</b>	<b>25,4</b>	<b>12,7</b>	<b>5,5</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1</b>
15-24 ans	65,0	19,4	21,9	32,9	12,2	(3,3)	(2,9)	(1,8)
25-34 ans	54,4	30,6	39,1	20,0	11,1	(1,1)	5,3	3,8
35-44 ans	57,4	39,6	27,4	16,4	13,4	3,2	5,0	3,8
45-54 ans	63,7	40,8	23,0	29,5	12,4	5,2	4,9	4,6
55-64 ans	61,1	40,3	18,2	27,5	16,5	6,7	4,1	3,5
65-74 ans	62,5	34,5	16,8	27,3	10,3	11,9	3,7	(1,1)
75+ ans	50,7	21,8	12,4	35,5	11,8	18,9	(3,7)	(0,2)
<b>Femmes</b>	<b>64,3</b>	<b>39,3</b>	<b>33,6</b>	<b>28,6</b>	<b>16,4</b>	<b>17,5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>
15-24 ans	71,5	27,4	41,2	37,5	14,6	5,9	4,5	6,2
25-34 ans	61,7	39,7	52,4	25,2	12,8	7,6	5,3	7,0
35-44 ans	66,4	46,0	39,6	21,0	16,6	10,3	7,5	7,1
45-54 ans	70,2	48,3	30,0	31,4	18,8	17,3	5,1	6,3
55-64 ans	69,5	44,9	26,3	29,7	19,1	23,3	5,1	5,0
65-74 ans	59,9	36,5	18,4	33,2	18,0	33,4	4,5	(2,4)
75+ ans	42,8	21,0	15,1	25,2	14,5	36,4	3,8	(2,2)
<b>Total</b>	<b>62,1</b>	<b>36,7</b>	<b>29,3</b>	<b>27,1</b>	<b>14,6</b>	<b>11,8</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>
Nbre moy.consult./patient	2,0	1,3	2,6	1,6	11,8	3,6	5,7	9,0
Nbre moy. consult./habitant	1,2	0,5	0,8	0,4	1,7	0,4	0,3	0,4

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

(29%) et des opticiens (27%). D'autres prestations paramédicales n'ont été sollicitées que par une faible part de la population. Si le nombre de visites par patient est relativement faible pour les premières professions citées (entre 1,3 et 2,6 par an), les soins prodigués par les autres prestataires de ce groupe exigent un nombre de séances nettement plus élevé (entre 3,6 et 11,8 par an). Le profil des taux de consultation selon le sexe et l'âge varie également entre les différentes professions paramédicales. Les femmes tendent à solliciter des prestations plus souvent que les hommes. Elles sont en particulier proportionnellement plus nombreuses à demander conseil à leur pharmacien et à se faire soigner les pieds. Dans les groupes d'âges plus élevés, les taux de consultations des dentistes, des hygiénistes dentaires, des chiropraticiens et des psychologues diminuent, alors que ceux des podologues augmentent.

#### 4.1.3 Consultations auprès de praticiens de médecine complémentaire

Dans les 12 derniers mois, 15% de la population résidente de Suisse ont eu recours à des prestations de médecine complémentaire. Les femmes l'ont fait près de deux fois plus fréquemment (19%) que les hommes (10%). Les types de traitement les plus sollicités sont, par ordre décroissant, l'homéopathie (6%), le shiatsu/réflexologie et l'acupuncture (4% chacun) et la naturopathie (3%). Les autres offres dans ce domaine (médecine chinoise traditionnelle, training autogène, médecine anthroposophique, neuralthérapie) ne sont utilisées que par environ 1% de la population résidente du pays. Les taux de consultation sont à la baisse avec l'âge. Le nombre moyen de consultations par patient se situe entre 3,4 (homéopathie) et 6,6 (shiatsu/réflexologie et médecine chinoise traditionnelle). La plupart des thérapeutes consultés sont titulaires d'un diplôme de médecine, notamment les médecins anthroposophes (85%), les neuralthérapeutes (68%), les acupuncteurs (66%) et les homéopathes (64%).

#### T4.3 Part des personnes qui ont subi des examens préventifs au cours d'une année, selon le type d'examen, le sexe et l'âge (en %)

	Tension	Cholestérol	Glycémie	Prostate	Frottis	Mammographie	Examen médical des seins	Grains de beauté	Test HIV
<b>Hommes</b>	<b>71,0</b>	<b>47,6</b>	<b>48,2</b>	-	-	-	-	<b>8,5</b>	<b>5,8</b>
15-24 ans	60,7	24,2	26,1	-	-	-	-	9,4	6,1
25-34 ans	59,3	31,0	31,4	-	-	-	-	6,2	8,5
35-44 ans	64,1	38,7	38,8	-	-	-	-	5,5	7,5
45-54 ans	71,6	51,8	51,6	16,8	-	-	-	6,6	5,9
55-64 ans	82,2	64,9	65,9	32,3	-	-	-	12,3	3,5
65-74 ans	91,5	74,6	76,3	36,8	-	-	-	12,5	(1,9)
75+ ans	93,8	80,9	78,8	30,1	-	-	-	15,0	(1,4)
<b>Femmes</b>	<b>80,9</b>	<b>51,8</b>	<b>55,3</b>	-	<b>47,6<sup>1</sup></b>	<b>13,6<sup>1</sup></b>	<b>55,2<sup>1</sup></b>	<b>8,2</b>	<b>4,4</b>
15-24 ans	71,6	32,0	36,6	-	47,0 <sup>1</sup>	1,8 <sup>1</sup>	60,2 <sup>1</sup>	9,2	7,4
25-34 ans	78,7	42,4	48,1	-	54,8	2,7	65,6	9,3	11,5
35-44 ans	74,6	41,7	44,2	-	53,5	6,3	59,3	7,9	5,1
45-54 ans	80,4	50,5	54,1	-	53,9	21,4	58,2	6,7	1,9
55-64 ans	87,2	61,9	64,0	-	49,5	28,7	56,1	6,6	1,4
65-74 ans	89,2	71,1	74,9	-	34,2	19,5	45,3	9,3	(0,6)
75+ ans	91,6	73,7	75,6	-	13,7	10,1	29,4	8,5	(0,1)
<b>Total</b>	<b>76,2</b>	<b>49,8</b>	<b>51,9</b>	-	-	-	-	<b>8,3</b>	<b>5,1</b>

<sup>1</sup> Question posée aux femmes de 20 ans et plus. Le premier groupe d'âges comprend donc les femmes âgées de 20 à 24 ans et le total, les femmes de 20 ans et plus. Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

#### 4.1.4 Examens de dépistage

La prévention a une grande importance dans le cadre des soins de santé, car une prise en considération précoce des facteurs de risque augmente les chances de guérison. Le tableau T4.3 donne la fréquence annuelle des principaux examens de dépistage.

76% des personnes interrogées ont fait contrôler leur tension artérielle dans les 12 derniers mois; la tension artérielle est un important facteur de risque des maladies cardio-vasculaires, la principale cause de décès en Suisse. La mesure de la pression est ainsi le test de dépistage le plus souvent pratiqué. Elle est suivie par la mesure du taux de glucose (52%) et par celle du taux de cholestérol (50%). Le taux de glucose donne une indication concernant le risque de diabète, une maladie chronique importante (voir le chapitre 2.1). Le taux de cholestérol, quant à lui, représente un autre facteur de risque des maladies cardio-vasculaires. Ces trois mesures, qui sont faites souvent de routine lors d'une visite chez le généraliste, sont réalisées plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Leur fréquence annuelle augmente progressivement avec l'âge: ainsi, presque toutes les personnes de plus de 65 ans ont fait contrôler leur pression artérielle au cours de l'année précédente, alors que ce n'est le cas que pour les trois quarts de la population dans son ensemble.

Le contrôle de la prostate (par toucher rectal) permet de dépister suffisamment tôt une hypertrophie de la glande prostatique, relativement fréquente chez les hommes à partir de 50 ans et pouvant être bénigne ou maligne. Cet examen est effectué aussi plus souvent avec l'âge, mais pourtant nettement plus rarement que les trois mesures de routine susmentionnées: seul un tiers des hommes de plus de 55 ans ont indiqué avoir fait un tel examen dans les 12 mois précédents. Les tests de dépistage du mélanome malin sont importants, car le cancer de la peau peut souvent être soigné lorsqu'il est dépisté à temps. Au cours de l'année précédente, 8% des personnes interrogées ont fait un tel examen, les hommes de 55 ans et plus et les jeunes adultes des deux sexes plus souvent que les autres groupes de population. Enfin, le test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est le plus pratiqué entre 25 et 34 ans chez les femmes et entre 25 et 44 ans chez les hommes. Dans l'ensemble, ce test a néanmoins été peu fréquemment cité par les personnes interrogées (5%).

#### Examens de dépistage spécifiques aux femmes

Le cancer du sein est la première cause d'années de vie perdues prématurément chez les femmes. Deux méthodes sont utilisées pour le dépister: l'examen des seins par palpation, une méthode simple qui permet de déceler une grosseur susceptible d'être une tumeur, et un examen radiographique spécial des seins, la mammographie, qui est actuellement la méthode la plus efficace de dépistage du cancer du sein. 55% des femmes à partir de 20 ans ont recouru à l'une de ces deux méthodes l'année dernière. Comme l'examen médical du sein est pratiqué principalement par les gynécologues, leur fréquence de réalisation diminue chez les femmes plus âgées en parallèle avec le taux de consultation gynécologique (T4.1). C'est l'inverse qui se produit avec les nouveaux cas du cancer du sein, dont l'incidence augmente avec l'âge<sup>2</sup>. La mammographie a été admise en 1996 comme prestation obligatoire dans l'assurance de base pour les femmes de 50 à 69 ans<sup>3</sup>. C'est dans ce groupe d'âges que la mammographie est pratiquée le plus souvent (28%), mais le taux de couverture reste encore loin de ce qui est recommandé: seuls 43% des femmes de 20 ans et plus ont déclaré avoir déjà subi une mammographie, et seuls 14% l'ont fait au cours de 12 derniers mois (T4.3). Le taux de couverture sur ce plan est deux fois plus élevé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (22% contre 11%; Tessin: 16%), sans doute en raison notamment de l'organisation de programmes de dépistage dans les cantons de Genève, Vaud et Valais. Cela semble d'autant plus vraisemblable que la participation à un programme de prévention a été notamment plus souvent citée comme raison d'avoir subi une mammographie au cours des 12 derniers mois en Suisse romande (12%) que dans les autres régions linguistiques (Tessin < 1%; Suisse alémanique: 2%<sup>4</sup>). Mais cet examen est le plus souvent réalisé à la demande du médecin (78%), puis sur initiative personnelle (16%).

<sup>2</sup> Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, France: IARC Scientific Publications.

<sup>3</sup> Faist K, Ricka Heidelberger R (2001): Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Untersuchung der Umsetzung. ISPM Zurich, sur mandat de la Ligue suisse contre le cancer, de l'Office fédéral de la santé publique, du Concordat des assureurs-maladie et de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Zurich.

<sup>4</sup> Ces chiffres se réfèrent à moins de 30 personnes interrogées.

Les frottis cervico-vaginaux permettent de constater la présence de cellules précancéreuses ou cancéreuses avant qu'une forme invasive de cancer du col de l'utérus ne se déclare. Près de la moitié des femmes de 20 ans et plus ont déjà subi un tel examen, ce qui est un taux de couverture relativement important. A l'instar de l'examen médical du sein, le frottis cervico-vaginal fait partie des examens de routine effectués chez le gynécologue; il tend donc lui aussi à être moins fréquent avec l'âge (T4.3), ce qui est en contradiction (comme pour le cancer du sein) avec l'incidence croissante du cancer de l'utérus chez les femmes à mesure qu'elles avancent en âge<sup>5</sup>. Comme dans les enquêtes de 1992 et de 1997, on constate en outre que les femmes âgées bénéficient d'une couverture toujours insuffisante: 23% des femmes de 65 à 74 ans et 48% des 75 ans et plus déclarent en effet n'avoir jamais subi de frottis cervico-vaginal.

#### 4.1.5 Traitements ambulatoires et hospitalisations

Les traitements ambulatoires dans une polyclinique ou un hôpital et les hospitalisations en particulier représentent un facteur de coûts de grande importance. Au cours de l'année précédente, 13% des personnes interrogées ont subi un traitement ambulatoire et 12% ont dû être hospitalisées (T4.4). Ces taux sont plus élevés chez les jeunes adultes, notamment chez les femmes en âge de procréation, baissent chez les adultes d'âge moyen, puis augmentent à nouveau à partir de 45 ans. Les personnes hospitalisées ont connu en moyenne 1,3 séjour à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, et cette moyenne reste stable pour les deux sexes et les différents groupes d'âges. Par contre, le nombre de jours passés à l'hôpital au cours d'une année, qui s'élève à 9,2 en moyenne générale<sup>6</sup>, varie fortement selon le sexe et l'âge des patients. Dans l'ensemble, les femmes sont un peu plus souvent hospitalisées (13% contre 11%) et restent un

#### T4.4 Part des personnes ayant subi un traitement ambulatoire (hôpital ou polyclinique) ou une hospitalisation au cours d'une année (en %), et nombre annuel moyen d'hospitalisations ou nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par patient et par habitant, selon le sexe et l'âge

	Traitement ambulatoire	Hospitalisations	Nombre moyen d'hospitalisations		Nombre moyen de jours d'hospitalisation	
	%	%	par patient	par patient	par habitant	
<b>Hommes</b>	<b>12,4</b>	<b>10,7</b>	<b>1,3</b>	<b>8,7</b>	<b>0,9</b>	
15-24 ans	10,7	7,9	1,2	3,2	0,2	
25-34 ans	12,0	7,6	1,2	6,3	0,5	
35-44 ans	11,0	7,0	1,3	8,5	0,6	
45-54 ans	11,8	9,8	1,2	8,7	0,8	
55-64 ans	11,6	14,1	1,4	8,7	1,2	
65-74 ans	15,2	17,2	1,5	9,7	1,7	
75+ ans	21,0	22,6	1,3	15,1	3,4	
<b>Femmes</b>	<b>13,3</b>	<b>13,0</b>	<b>1,3</b>	<b>9,6</b>	<b>1,2</b>	
15-24 ans	11,0	7,2	1,1	7,7	0,6	
25-34 ans	13,0	18,8	1,1	6,2	1,2	
35-44 ans	12,1	11,1	1,4	9,7	1,1	
45-54 ans	11,7	9,1	1,3	8,8	0,8	
55-64 ans	13,9	12,0	1,3	7,8	0,9	
65-74 ans	16,5	14,0	1,4	12,5	1,7	
75+ ans	17,1	21,0	1,3	15,1	3,2	
<b>Total</b>	<b>12,8</b>	<b>11,8</b>	<b>1,3</b>	<b>9,2</b>	<b>1,1</b>	

<sup>5</sup> Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, France: IARC Scientific Publications.

<sup>6</sup> Ce chiffre correspond bien avec la statistique des hôpitaux à propos de la durée de séjour dans les hôpitaux de soins généraux (Office fédéral de la statistique (2004): statistique des hôpitaux et statistique des établissements médico-sociaux 2002: résultats présentés sous forme de tableaux standards. Neuchâtel).

peu plus longtemps à l'hôpital que les hommes (9,6 contre 8,7 jours en moyenne); cet écart entre les sexes est notamment le fait des femmes jeunes et de celles de 65 à 74 ans. Au total, si l'on considère à la fois les personnes hospitalisées et non hospitalisées dans l'année, on arrive à 1,1 jour d'hospitalisation par habitant.

**4.1.6 Aspects de la santé sexuelle et reproductive: contraception et traitement hormonal de substitution**

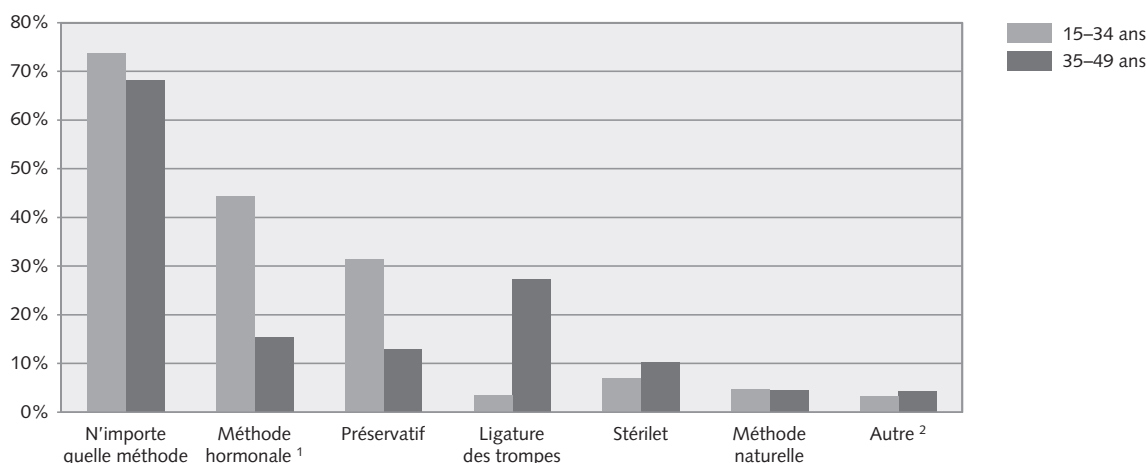
Deux thèmes liés à la santé sexuelle sont abordés dans le présent paragraphe: il s'agit, d'une part, de la contraception et, d'autre part, du traitement hormonal de substitution, utilisé pour réduire les troubles de la ménopause. Les recommandations quant à l'utilisation de ce traitement sont considérablement plus restrictives aujourd'hui en raison des controverses soulevées à son sujet et de nouveaux résultats de recherche sur les effets secondaires (en particulier un risque accru de développer un cancer du sein), notamment en ce qui concerne son utilisation dans le domaine de la prévention des maladies cardio-vasculaires et de l'ostéoporose. Au moment où

l'enquête a été réalisée, on ne disposait pas encore de ces nouveaux résultats. Autre thématique liée à la santé reproductive, l'hystérectomie (ablation de la matrice) sera évoquée dans le paragraphe suivant, consacré aux opérations.

A l'échelle suisse, 57% des personnes de 15 à 74 ans déclarent avoir recours à un moyen de contraception. Les indications concernant cette question ont été recueillies, conformément au standard international en la matière<sup>7</sup>, auprès des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)<sup>8</sup>. Car dans ce groupe d'âges, la part des femmes utilisant des moyens de contraception (71%) est plus importante que dans la population totale. Si l'on considère les divers moyens de contraception utilisés, on observe de nettes différences selon le groupe d'âges (G4.2): les femmes de 15 à 34 ans recourent le plus souvent à des méthodes hormonales (pilule ou piqûre trimestrielle: 44%), puis au préservatif (31%). Les femmes de 35 à 49 ans privilégient la ligature des trompes (27%) et ne négligent pas le stérilet (10%), mais utilisent moins souvent les méthodes hormonales (15%) et le préservatif (13%).

**Part des femmes qui ont recours à une méthode contraceptive, selon la méthode et l'âge (15-49 ans)**

**G 4.2**



<sup>1</sup> Pilule ou piqûre trimestrielle  
<sup>2</sup> Diaphragme, cape cervicale ou autre

© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>7</sup> United Nations (2004): World Contraceptive Use 2003. United Nations Publications: New York.

<sup>8</sup> Les femmes ont eu la possibilité de répondre également au niveau des partenaires, autrement dit d'indiquer la méthode de contraception utilisée par elles-mêmes ou par leur partenaire. Une prise en compte des hommes interrogés ne change que peu les résultats, sauf en ce qui concerne l'utilisation du préservatif, un peu en progression dans ce cas (15-34 ans: 37%, 35-49 ans: 27%).

16% des femmes de 35 ans et plus suivent actuellement un traitement hormonal de substitution. La part correspondante est bien sûr plus importante chez les femmes de 50 à 64 ans (34%) du fait que la ménopause chez les femmes en Suisse survient généralement vers la cinquantaine. Les femmes de 39 à 45 ans ne sont que 5% à suivre un tel traitement et celles de plus de 65 ans sont 12% à être dans ce cas. Interrogées sur les raisons de se soumettre à ce traitement, les femmes ont eu la possibilité d'en indiquer plusieurs. Les raisons les plus souvent citées ont été la réduction des symptômes de la ménopause (36%) et la prévention de l'ostéoporose (32%). La lutte contre une ostéoporose existante (11%) et la prévention des maladies cardio-vasculaires (10%) ont été mentionnées bien moins souvent. On observe ici aussi des disparités entre les régions: les traitements hormonaux de substitution sont pratiqués plus fréquemment en Suisse romande (20%) qu'en Suisse alémanique (16%) et en Suisse italienne (12%). Il en va de même en ce qui concerne les raisons avancées pour suivre un tel traitement: La prévention de l'ostéoporose est mentionnée moins souvent au Tessin (24%) que dans les autres régions linguistiques (Suisse allemande: 32%, Suisse romande: 34%).

#### 4.1.7 Opérations

Plusieurs questions avaient trait aux opérations dites électives, autrement dit aux opérations souvent pratiquées de manière non urgente, que les personnes interrogées ont subi au cours de leur vie. Les taux de prévalence de ces opérations sont présentés dans le tableau T4.5. Il convient ici de relever que certaines opérations sont pratiquées à des âges spécifiques, par exemple l'amygdalectomie pendant l'enfance, l'appendicectomie chez les enfants et les jeunes adultes ou l'opération de la cataracte chez les personnes âgées. La prévalence de ces opérations dans les différents groupes d'âges reflète aussi les progrès techniques et médicaux ainsi que les «phénomènes de mode» que l'on peut retracer au fil des décennies dans le domaine des opérations.

L'amygdalectomie est une opération assez fréquente, puisque près d'un tiers (29%) des personnes interrogées l'ont subie. Mais les deux plus jeunes groupes d'âge présentent un faible taux de prévalence, ce qui indique que cette opération est moins souvent pratiquée que par le passé. L'écart de fréquence entre jeunes et moins jeunes est encore plus net en ce qui concerne l'appendicectomie. De plus, on observe pour cette dernière une différence entre les sexes qui va en augmentant avec l'âge:

**T4.5 Part des personnes qui ont déjà subi une opération au cours de leur vie, selon le type d'opération, le sexe et l'âge (en %)**

	Amygdales	Appendicite	Matrice	Genou	Cheville	Cataracte	Hanche
<b>Hommes</b>	28,4	16,5	-	14,0	5,8	2,8	2,5
15-24 ans	15,9	6,1	-	3,8	(1,5)	(0,1)	(0,8)
25-34 ans	23,3	10,0	-	11,8	7,1	(0,1)	(0,9)
35-44 ans	31,8	13,7	-	15,6	9,8	(0,3)	(0,8)
45-54 ans	35,0	18,4	-	17,3	6,2	(0,9)	(1,4)
55-64 ans	33,6	24,7	-	18,1	4,5	2,5	3,0
65-74 ans	30,5	28,3	-	18,9	4,0	8,5	7,0
75+ ans	27,0	28,7	-	13,4	(3,0)	25,4	13,3
<b>Femmes</b>	30,2	25,1	-	9,2	4,6	4,2	2,1
15-24 ans	17,6	4,4	-	4,2	(2,2)	(0,0)	(0,1)
25-34 ans	26,0	10,9	(0,8)	7,0	4,8	(0,0)	(0,3)
35-44 ans	32,0	18,1	4,9	8,0	5,5	(0,2)	(0,7)
45-54 ans	37,7	26,2	18,6	9,7	5,1	(1,0)	(0,7)
55-64 ans	35,9	38,9	32,8	10,5	5,1	1,9	(1,0)
65-74 ans	33,8	43,8	36,9	13,6	5,2	8,7	6,2
75+ ans	25,9	47,6	25,7	14,0	3,8	29,3	10,7
<b>Total</b>	29,3	21,0	-	11,4	5,2	3,5	2,3

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.



si 28% des 65 à 74 ans ont subi une telle opération, la prévalence est nettement plus élevée (44%) chez les femmes de ce groupe d'âges. Comme rien n'indique que les femmes âgées souffrent plus fréquemment d'une appendicite<sup>9</sup>, l'écart constaté pourrait s'expliquer par le fait que les femmes se faisaient autrefois plus fréquemment enlever l'appendice lorsque l'occasion se présentait dans le cadre d'une autre opération. Ces appendicectomies «de circonstance» ne sont de nos jours plus recommandées (et ne sont plus prises en charge par l'assurance-maladie actuelle).

L'opération de la cataracte est avant tout pratiquée chez les personnes très âgées. 25% des hommes de 75 ans et plus, ainsi que près d'un tiers (29%) des femmes du même groupe d'âges l'ont subie. Il semble ici que les femmes souffrent plus souvent de la cataracte que les hommes (ce qui n'est pas le cas pour l'appendicite)<sup>10</sup>.

La question portant sur l'ablation de la matrice (hystérectomie) n'a été posée qu'aux femmes de 21 ans et plus: 17% d'entre elles ont répondu par l'affirmative. Le tableau T4.5 montre que la fréquence de cette opération progresse jusqu'à l'âge de 74 ans. Les raisons de cette augmentation sont avant tout d'ordre biologique: cette opération est pratiquée notamment sur des femmes atteintes d'un cancer de la matrice, lequel devient plus fréquent avec l'âge. L'évolution observée est difficile à interpréter, car l'effet de l'âge se superpose aux changements intervenus dans la pratique médicale ces dix dernières années: ces derniers pourraient en effet expliquer en partie le plus fort taux de prévalence de cette opération chez les femmes plus âgées. De plus, ce dernier varie nettement selon le niveau de formation: il est plus élevé pour les femmes sans formation postobligatoire (24%) que pour celles ayant un diplôme du degré secondaire II (16%) ou un diplôme du degré tertiaire (9%).

Les opérations du genou et de la cheville, liées à des problèmes articulaires ou musculaires, sont pratiquées plus souvent chez les hommes. Cette situation pourrait s'expliquer par des différences entre hommes et femmes sur le plan des charges physiques au travail et des activités de loisir (par ex. pratique de sports comme le football). La pose d'une prothèse de la hanche est une intervention chirurgicale qui concerne les personnes à partir de 55 ans (elle est due notamment à l'usure). Les plus de 75 ans sont 10% à porter une telle prothèse, les hommes un peu plus fréquemment que les femmes.

## 4.2 Aides et systèmes d'entraide

Les aides évoquées dans le présent paragraphe comprennent, d'une part, les soins infirmiers, les soins de santé et l'aide dispensés en dehors des hôpitaux et des homes, autrement dit les soins dits à domicile. Une certaine partie des coûts de prestations de soins fournies sur prescription médicale sont pris en charge par les caisses-maladie depuis l'introduction de la LAMal. Les aides comportent, d'autre part, les aides informelles entre les membres de la famille, les amis ou les voisins; ce deuxième type d'aide contribue lui aussi à la santé et au bien-être des individus et à la diminution des coûts de la santé.

### 4.2.1 Services d'aide à domicile

On voit sur le tableau T4.6 que respectivement 1% des hommes et 4% des femmes ont fait appel à ce type de prestations au cours des 12 derniers mois. Si l'on ne considère que la semaine précédente, ces parts diminuent de moitié environ. Les hommes n'utilisent que peu les services d'aide à domicile avant l'âge de 75 ans. Mais lorsqu'ils y recourent, c'est de manière un peu plus régulière que les femmes. Quand ces dernières font appel à ces services, elles y ont recours plus souvent, en partie pour des besoins liés à des grossesses, donc bien avant d'avoir 65 ans. Mais elles y recourent de manière accrue à partir de 65 ans. Chez les personnes âgées, la plus grande utilisation de l'aide à domicile par les femmes s'explique par le fait que ces dernières se retrouvent plus souvent seules à la maison à la suite du décès ou du placement en institution de leur conjoint (voir à ce sujet le chapitre 7).

<sup>9</sup> Salomon EM, Schey D, Penalver M, Gomez-Marín O, Lambrou N, Almeida Z, Mendez L (1997): Incidence of acute non perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg.* 21(3): 313-317.

<sup>10</sup> Lundström M, Stenevi U, Thornburn W (1999): Gender and cataract surgery in Sweden 1992-1997. *Acta Ophthalmol. Scand.* 77: 204-208.

#### T4.6 Part des personnes qui ont eu recours aux services de soins à domicile au cours d'une année ou au cours d'une semaine, selon l'âge et le sexe (en %)

	Au cours de 12 mois	dont régulièrement	Au cours de 7 jours
<b>Hommes</b>	<b>1,1</b>	<b>60,3</b>	<b>0,6</b>
moins de 65 ans	0,5	(56,9)	(0,2)
65–74 ans	(1,9)	(46,4)	(0,6)
75 ans et plus	8,8	67,4	5,4
<b>Femmes</b>	<b>4,0</b>	<b>46,8</b>	<b>1,4</b>
moins de 65 ans	2,4	24,8	(0,4)
65–74 ans	6,1	54,7	2,9
75 ans et plus	15,2	71,5	8,1
<b>Total</b>	<b>2,6</b>	<b>50,4</b>	<b>1,0</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

#### 4.2.2 Aides informelles apportées

La question destinée aux prestataires informels était formulée de la façon suivante: «Aidez-vous régulièrement d'autres personnes – sans être payé pour cela – par ex. en rendant visite à des malades, des personnes handicapées ou des personnes âgées, en les aidant dans leur ménage, en leur apportant à manger ou en effectuant des transports?»

En Suisse, 36% des hommes et 40% des femmes apportent une aide régulière non rémunérée à des proches (famille, amis ou voisins). A cet égard, un homme sur cinq (21%) et une femme sur quatre (25%) la fournissent de manière fréquente, à savoir au moins une fois par semaine. Si l'aide régulière reste relativement stable chez les hommes, cette pratique s'intensifie chez les femmes à partir de 35 ans (G4.3). Les 25 à 34 ans sont le groupe d'âges qui apporte le moins souvent une aide bénévole. Les personnes aidées sont en majoritairement des membres de la famille (68% de toutes les réponses) ou des amis ou voisins (22%); les aides apportées aux personnes vivant en institution ne représentent qu'une faible partie de l'aide globale (10%).

Numériquement, ce sont en Suisse quelque 1,4 million de personnes qui fournissent une aide régulière au moins une fois par semaine et plus de 210'000 personnes de leur entourage qui en profitent (voir à ce sujet le paragraphe 4.2.3). La disparité observée entre l'aide apportée et l'aide reçue est manifeste sur la graphique G4.3. Ce n'est qu'à partir de 75 ans que le volume des aides reçues se rapproche des aides fournies. En effet, l'aide apportée va massivement des générations plus jeunes vers les plus âgées. Par ailleurs, les personnes

âgées reçoivent souvent de l'aide de plusieurs personnes proches, ce qui explique en partie le nombre plus élevé de prestataires.

#### 4.2.3 Aides informelles reçues

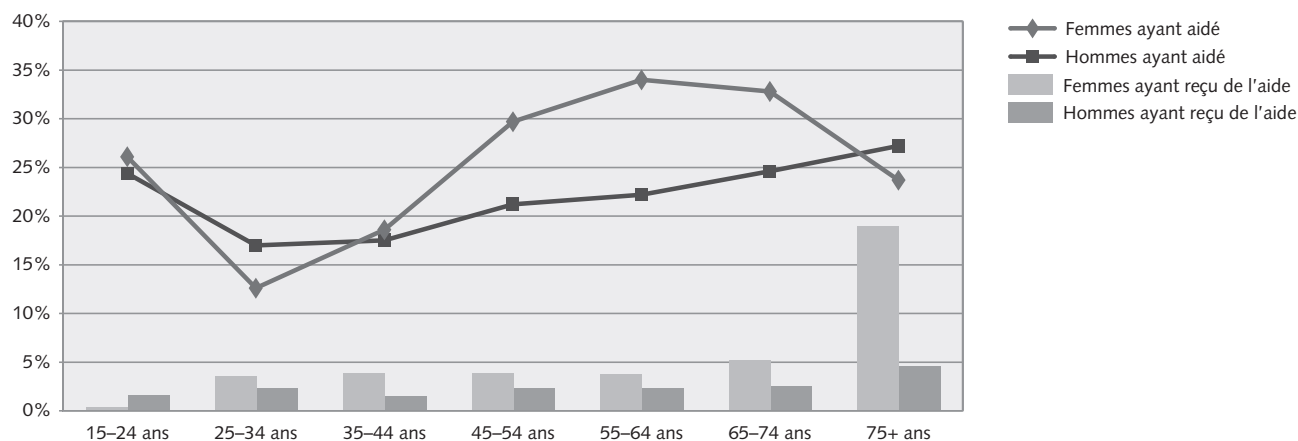
10% de la population résidante de Suisse ont indiqué en 2002 avoir reçu au cours des 12 derniers mois, pour des raisons de santé, de l'aide de parents, connaissances ou voisins, par ex. une aide pour faire les commissions, pour les soins, pour apporter à manger. Parmi les personnes aidées, près de la moitié (4%) a reçu une telle aide durant la semaine passée, soit – en rapportant ce taux à l'ensemble de la population – quelque 210'000 personnes: 64'000 hommes et 146'000 femmes. La question du type d'aide reçue est abordée plus en détail au chapitre 7.

L'aide informelle, selon le point de vue des bénéficiaires, est apportée principalement par l'entourage familial: conjoint, conjointe, partenaire (29%), enfants (24%), parents (12%) et autres membres de la famille (13%). Les voisins et les connaissances ne fournissent quant à eux que 23% de cette aide. Le réseau familial joue donc un rôle de premier plan dans les systèmes d'entraide, tant du côté des prestataires que de celui des bénéficiaires.

La part des personnes ayant reçu une aide informelle au cours de sept derniers jours augmente légèrement à partir de 65 ans et très nettement à partir de 75 ans, notamment chez les femmes (G4.3). L'image change lorsque l'on considère l'aide sollicitée en chiffres absolus. Le besoin d'aide est en effet plus important pour les personnes de moins de 65 ans que pour les personnes âgées: 127'000 personnes de moins de 65 ans ont reçu de l'aide au cours de la semaine précédente, alors que

### Part des personnes ayant fourni ou reçu de l'aide au moins une fois par semaine, selon le sexe et l'âge

G 4.3



© Office fédéral de la statistique (OFS)

les plus de 65 ans n'étaient qu'environ 87'000 à être dans ce cas. L'aide informelle a en outre l'importance la plus grande pour les personnes à faibles revenus: 7% des personnes dont le revenu se situe dans le quintile inférieur reçoivent de l'aide, contre 2% seulement de celles ayant un revenu situé dans le quintile supérieur. Il existe aussi des disparités sur ce plan entre les régions linguistiques: l'aide informelle est deux fois plus répandue en Suisse italienne (7%) qu'en Suisse romande (3%) et en Suisse alémanique (3%).

#### 4.2.4 Dimension économique des aides informelles

A l'heure où les coûts de la santé et en particulier aussi les coûts des soins<sup>11</sup> font l'objet de débats, il est nécessaire de rendre compte du travail domestique de santé<sup>12</sup> et des aides informelles, exclus de la sphère marchande. En Suisse, un homme sur cinq et une femme sur quatre apportent une aide informelle fréquente à une ou plusieurs personnes de leur entourage, réduisant ainsi le recours aux services de santé et de soins à domicile. Les systèmes d'entraide informelle s'organisent d'abord dans

la sphère familiale et surtout au bénéfice des personnes âgées; l'aide aux voisins et amis n'est cependant pas négligeable. Les alternatives à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation s'appuient fortement, quoique de manière presque invisible socialement et économiquement, sur le travail informel des familles et des femmes en particulier. Une comparaison globale des aides informelles reçues et du recours aux services d'aide à domicile montre que le volume sur 12 mois des premières, 10%, dépasse largement celui du second, qui n'est que de près de 3%. En outre, on constate que la plupart des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également en plus une aide informelle (64%).

Extrapolé à la population résidente de Suisse, le travail bénévole réalisé dans ce contexte totalise environ 400 millions d'heures. Il faut relever ici que la diminution des budgets, par exemple dans le domaine des soins de longue durée, accroît la part de travail bénévole, un travail qui est effectué principalement par des femmes, qui assument déjà maintenant la plus grande partie du travail non rémunéré<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Fuhrer B, Brunner-Patthey O, Jost A, Bandi T, Eberhard P (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Bericht des Netzwerks Oekonomie des Bundesamt für Sozialversicherung (BSV). Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 22/03. Office fédéral des assurances sociales. Berne.

<sup>12</sup> Cresson G (1998): Le travail domestique de santé. Editions L'Harmattan: Paris.

<sup>13</sup> Office fédéral de la statistique (2004): Compte satellite de la production des ménages: projet pilote pour la Suisse. Neuchâtel.

L'importance de l'entraide ne se résume toutefois pas aux seuls aspects économiques: ceux et celles qui ne peuvent mobiliser ce système d'entraide en cas de mauvaise santé expriment aussi davantage un sentiment de solitude. Cet aspect est abordé plus en détail au chapitre 2.3.

### 4.3 Comparaison entre les enquêtes de 1992, 1997 et 2002

En considérant les changements intervenus entre les trois enquêtes, on peut mesurer l'évolution de l'utilisation des services de santé en Suisse. Les principaux changements dans cette utilisation sont résumés dans le tableau T4.7. Pour des raisons liées à la technique du relevé des données, il n'est cependant pas possible de comparer dans le temps tous les indicateurs étudiés.

La réduction de 30% du nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par patient au cours des dix dernières années peut être liée à l'introduction, en vertu de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), du paiement des hôpitaux par une enveloppe budgétaire, et non plus sur la base d'un forfait journalier. La nette progression des soins ambulatoires à l'hôpital est aussi le fruit de la LAMal. Des effets se font aussi sentir sur le plan de l'assurance complémentaire pour séjour hospitalier. De 1992 et 1997 notamment, la part des personnes

au bénéfice d'une assurance complémentaire pour la division semi-privée et privée a diminué d'un tiers à une moitié, alors que celle des personnes assurées en division commune a nettement progressé. La LAMal a eu une faible incidence sur la fréquence des consultations chez le médecin et l'introduction d'une participation accrue des patients aux frais médicaux ne semble pas avoir exercé l'effet escompté sur ce plan. En revanche, on a observé une légère évolution dans les motifs indiqués par les personnes interrogées pour se rendre chez le médecin: les contrôles préventifs et en particulier les vaccinations ont gagné en importance, même si celle-ci est faible pour ces dernières. La plus grande disposition des caisses-maladie à prendre en charge des prestations de médecine manuelle (physiothérapie, chiropraxie) et de médecine complémentaire (naturopathie, homéopathie, acupuncture) n'a entraîné qu'une légère augmentation des taux de consultation.

L'extension des prestations des soins à domicile et des coûts s'y rapportant observée dans d'autres enquêtes<sup>14</sup> n'est pas perceptible dans l'enquête sur la santé: les taux hebdomadaires de recours aux prestations de ce type sont restés stables pour le groupe d'âges concerné. La statistique de l'aide et des soins à domicile fournit un élément de réponse: ce n'est pas le nombre de bénéficiaires de ces prestations qui a augmenté, mais les coûts des prestations par client.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Office fédéral des assurances sociales (2001): Analyse des effets de la LAMal: rapport de synthèse. Contributions à la sécurité sociale, rapport de recherche n° 16/01. Berne.

<sup>15</sup> Office fédéral des assurances sociales (2003): Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2002. Statistiques de la sécurité sociale.

**T4.7 Evolution du recours aux services de santé entre les enquêtes de 1992, 1997 et 2002**

	1992	1997	2002	Evolution (%) (par rapport à 1992 ou 1997)
<b>Consultations chez le médecin</b>				
Taux annuels (%)	76,9	- <sup>1</sup>	76,9	+0
Consultations par patient (nbre moy.)	4,6	-	4,4	- 4
<b>Raisons de la dernière consultation (%)</b>				
Troubles, maladie, accident	- <sup>1</sup>	73,5	66,9	- 9
Examen préventif	-	20,5	25,1	+ 22
Vaccination	-	1,9	3,4	+ 79
Autres raisons	-	4,1	4,6	+ 12
<b>Autres consultations</b>				
Taux annuels (%)				
– Dentiste	70,2	64,8	62,1	- 12
– Opticien	26,5	28,0	27,1	+ 2
– Thérapie manuelle <sup>2</sup>	14,1	17,2	18,2	+ 29
– Médecine complémentaire <sup>3</sup>	- <sup>1</sup>	12,2	13,0	+ 7
<b>Hospitalisations</b>				
Taux annuels d'hospitalisation (%)	11,6	12,4	11,8	+ 2
Nbre de jours d'hospit. <sup>4</sup> (moyenne)	13,2	11,1	9,2	- 30
Nbre de jours d'hospit. <sup>4</sup> (médiane)	7,0	6,0	4,0	- 43
Taux annuels de trait. ambulatoire (%)	- <sup>1</sup>	9,0	12,8	+ 42
<b>Division assurée (%)</b>				
commune	47,5	61,5	67,5	+ 42
semi-privée	33,8	26,8	23,0	- 32
privée	18,7	11,6	9,5	- 49
<b>Services de soins à domicile</b>				
Taux sur 7 jours, 65 ans et plus (%)	- <sup>1</sup>	4,0	4,1	+ 3

<sup>1</sup> La question n'a pas été posée cette année-là ou le résultat n'est pas comparable avec ceux des autres années.

<sup>2</sup> Physiothérapie, chiropraxie

<sup>3</sup> Phytothérapie, homéopathie, acupuncture, hypnose, training autogène, shiatsu, réflexologie plantaire

<sup>4</sup> Personnes hospitalisées au moins une fois au cours de 12 mois



## 5 Conditions de travail et santé

Le monde du travail déterminant dans une large mesure l'état de santé – puisqu'il peut le favoriser ou l'affecter – certains aspects de l'activité professionnelle ayant un impact sur la santé sont abordés dans l'Enquête suisse sur la santé.

En favorisant l'intégration sociale de l'individu, le travail contribue puissamment à la santé: preuves en soient les atteintes, aujourd'hui bien connues<sup>1</sup>, de la santé physique et psychique dues à la privation de travail. Cependant, le travail a des effets positifs évidents sur la santé, il n'en a pas moins aussi des effets délétères comme en attestent les risques d'accident et les diverses pathologies liés à l'activité professionnelle (cancers et maladies cardio-vasculaires<sup>2</sup> notamment).

On sait bien aujourd'hui que les relations entre travail et santé sont multiples et réciproques. Si plusieurs aspects du travail influencent chaque aspect de la santé et en renforcent ou atténuent les effets, la santé influe elle aussi sur l'affectation à un poste de travail et sur la manière de travailler. Encore faut-il tenir compte du biais que les épidémiologistes nomment «healthy worker effect» (effet du travailleur en bonne santé) qui renvoie au fait que les individus capables d'exercer un travail régulier sont a priori en meilleure santé que la population générale, au sein de laquelle se trouvent des malades dans l'incapacité de travailler.

Quand bien même les conditions physiques de travail restent source de préoccupation, l'attention se porte aujourd'hui davantage sur des facteurs psychologiques et sociaux liés à l'intensification du travail. Le présent chapitre aborde donc plutôt des affections de santé non spécifiques, résultant essentiellement de facteurs psychosociaux.

Selon les estimations de l'Enquête suisse sur la population active (ESPA), la Suisse comptait en 2002 un peu plus de 2 millions d'hommes âgés de 15 à 65 ans (2'175'000) et un peu plus de 1,5 millions de femmes âgées de 15 à 63 ans (1'790'000) travaillant à plein temps ou à temps partiel ou effectuant un apprentissage. Les analyses ci-dessous se rapportent à ce groupe de population.

### 5.1 Nuisances au lieu de travail et santé

Examinons d'abord les nuisances sur le lieu de travail, dont les questions abordaient douze sortes, que l'on peut classer en deux grands groupes<sup>3</sup>:

- **Nuisances physiques directes (liées aux conditions d'hygiène):** nuisances causées par le bruit des machines; les poussières, la suie et la saleté; les courants d'air; des substances chimiques; des vapeurs, des odeurs, des gaz; l'humidité.
- **Nuisances indirectes subies dans le domaine des services:** nuisances causées par les systèmes de climatisation; des températures trop élevées ou trop basses; une lumière naturelle insuffisante; un éclairage trop faible.

La première de ces catégories est typique des nuisances que l'on rencontre dans l'industrie, tandis que la seconde comprend des atteintes propres au monde des services et concernant toujours plus de gens en ce 21<sup>e</sup> siècle. Trois niveaux de nuisances ont été définis pour chacune de ces catégories: aucune nuisance, une nuisance, deux nuisances ou plus.

<sup>1</sup> Zempel J, Bacher J (2001): Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Leske & Budrich: Opladen.

<sup>2</sup> A titre d'exemple: selon un consensus scientifique bien établi, la part des décès dus au cancer attribuables à des expositions professionnelles est de 4 à 10% (Conne-Perréard E, Glardon MJ, Parrat J, Usel M (2001): Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. Office cantonal de l'inspection et des relations de travail: Genève.

<sup>3</sup> Ces deux groupes résultent d'une analyse factorielle (analyse en composantes principales au moyen d'une rotation Varimax) du rapport 1997 (Calmonte R, Koller C, Weiss W (2000): Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Office fédéral de la statistique: Neuchâtel).

En matière de nuisances physiques directes, on observe d'importantes disparités entre les sexes (G5.1), les hommes étant presque trois fois plus nombreux que les femmes à subir plus d'une forme de nuisance physique directe. Cette différence est probablement due à celle qui prévaut entre les sexes dans le choix des professions. En termes d'âge, il apparaît que les femmes souffrent à peu près également à tous les âges de deux nuisances ou davantage. Chez les hommes par contre, les différences sont plus marquées, la proportion de ceux qui souffrent de nuisances diminuant avec l'âge jusqu'à 54 ans et remontant très légèrement chez les 55-64 ans. Les hommes de 15 à 24 ans sont ainsi les plus nombreux à subir deux nuisances ou plus (40%), et ceux de 45 à 54 ans les moins nombreux (27%).

On peut décrire les relations entre nuisances physiques directes et indicateurs de santé de la façon suivante:

- Les nuisances physiques semblent n'affecter l'équilibre psychique d'aucun des deux sexes, la prévalence d'un mauvais équilibre psychique étant relativement semblable chez les hommes et les femmes, qu'ils souffrent de nuisances ou non.
- Seules les femmes présentent un lien notable entre la fréquence d'apparition de troubles physiques importants (comme des maux de dos, de tête ou des articulations) et les nuisances physiques subies au travail. La proportion de femmes souffrant de tels troubles augmente en effet de 12 points chez celles subissant au moins deux formes de nuisances par rapport à celles qui en sont épargnées alors que chez les hommes, la prévalence correspondante ne varie que de 4 points.

- Les nuisances physiques causées par le travail affectent également davantage les femmes dans leur sommeil. Entre les personnes qui ne souffrent d'aucune nuisance et celles qui sont soumises à au moins deux formes de nuisances, le pourcentage des personnes présentant des problèmes de sommeil varie de 9 points chez les femmes contre 3 points chez les hommes.
- On n'observe par contre aucune différence notable pour ce qui est de l'absentéisme au travail: les femmes et les hommes souffrant de deux nuisances ou plus présentent une prévalence à peine plus élevée que celles et ceux qui ne subissent aucune nuisance.

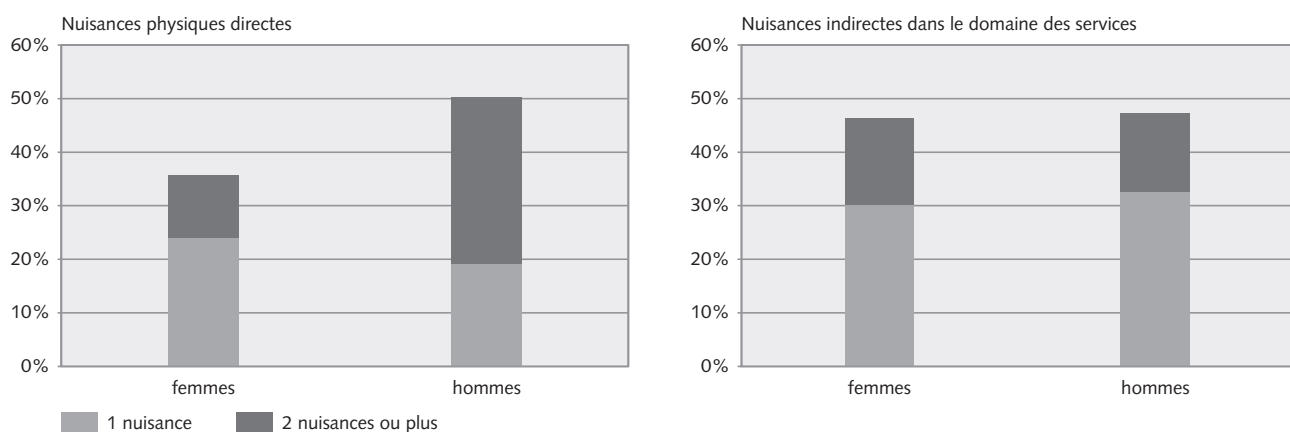
En résumé, les nuisances physiques directes subies sur le lieu de travail affectent la santé de manière plus nette chez les femmes que chez les hommes.

Les nuisances subies dans les activités du domaine des services concernent presque la moitié de la population active ayant une occupation de manière relativement semblable chez les hommes et les femmes (47% en subissant au moins une). Si, parmi les 25-34 ans, les hommes sont plus nombreux à subir deux nuisances et davantage, chez les femmes, ce sont les 15-24 ans qui sont le plus touchées, et ce dans une proportion deux fois plus élevée que chez les hommes du même âge.

Le rapport entre les nuisances subies dans les services et les indicateurs de santé considérés (T5.1) est beaucoup plus homogène que pour les nuisances physiques directes. Plus les individus souffrent de deux nuisances indirectes, plus leur santé est affectée, et ceci de manière plus marquée chez les femmes.

### Part des personnes exposées à des nuisances physiques directes et à des nuisances indirectes dans le domaine des services, selon le nombre de nuisances et le sexe

G 5.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)



### T5.1 Part de la population ayant des troubles de la santé, selon les nuisances subies dans le domaine des services et le sexe (en %)

Personnes ayant:	Femmes		Hommes		Total	
	aucune nuisance	2 nuisances ou plus	aucune nuisance	2 nuisances ou plus	aucune nuisance	2 nuisances ou plus
mauvais équilibre psychique	20,0	29,2	18,2	22,2	19,0	25,3
troubles physiques importants	24,6	35,7	12,5	19,4	17,6	26,6
insomnies moyennes	21,3	26,8	17,2	18,5	19,0	22,1
troubles pathologiques du sommeil	4,9	6,5	2,5	5,3	3,5	5,8
absence de travail d'au moins 1 jour par mois	8,9	17,0	7,4	12,1	8,0	14,2
consommé des médicaments psychotropes <sup>1</sup>	17,2	28,0	10,5	16,2	13,3	21,4

<sup>1</sup> Somnifères, tranquillisants ou analgésiques; consommation sur 7 jours.

Outre la santé physique des individus, les nuisances indirectes semblent affecter de manière relativement forte la santé mentale, que ce soit en termes d'équilibre psychique ou de consommation de médicaments psychotropes. Par ailleurs, l'absentéisme professionnel d'un jour au moins augmente chez les individus subissant deux nuisances indirectes. Et ce de manière plus marquée chez les femmes où sa prévalence est deux fois plus élevée chez celles qui subissent deux nuisances que chez celles qui en sont épargnées.

Depuis 1997, aucun changement important n'a été observé à propos des nuisances, qu'elles soient physiques ou qu'elles concernent le domaine des services. En effet, tant la part d'individus souffrant de nuisances sur leur lieu de travail n'a pas augmenté, tant la proportion des diverses sortes de nuisances subies est restée stable.

Par contre, les troubles de la santé liés à des nuisances ont vu, eux, leur évolution varier, depuis 1997, en fonction des catégories de nuisances subies. Alors que les troubles des travailleurs exposés à des nuisances physiques directes ont globalement diminué, ceux des employés soumis à des nuisances indirectes dans le domaine des services ont globalement augmenté, en particulier chez les femmes.

## 5.2 Contraintes psychosociales au travail: une menace pour la santé des travailleurs

Les changements intervenus depuis une vingtaine d'années dans les conditions de travail (intensification, automatisation, flexibilisation, informatisation, nouvelles formes d'organisation) ne sont pas restés sans répercussions sur la santé des travailleurs. Alors qu'auparavant les conditions d'hygiène ou des tâches physiquement pénibles

constituaient la plus grande part des problèmes<sup>4</sup>, ce sont aujourd'hui des facteurs psychologiques et sociaux tels qu'une importante charge de travail<sup>5</sup>, une concentration prolongée, des délais pressants, ou une interdépendance croissante qui sont à l'origine de stress et finissent par peser sur l'état de santé.

### 5.2.1 Tension nerveuse au travail et santé

En 2002, près de la moitié (44%) des personnes actives disent ressentir une forte tension nerveuse au travail, un bon tiers (38%) avouent une tension moyenne et un petit cinquième (18%) une faible tension. Les hommes étant plus nombreux (47%) que les femmes (41%) à affirmer ressentir une forte tension nerveuse.

De faibles différences apparaissent entre les sexes en fonction de l'âge. Alors que la proportion de femmes disant ressentir une forte tension reste relativement proche dans les différentes classes d'âge, chez les hommes, les jeunes de 15 à 24 ans sont nettement moins nombreux (35%) que les autres classes d'âge (46 à 50%) à ressentir une forte tension.

Le risque d'être exposé à de fortes pressions psychologiques augmente avec le niveau de formation et le statut socioprofessionnel. C'est ainsi que la proportion de personnes disant ressentir une forte tension nerveuse au travail passe de 33% chez les travailleurs ayant une formation du niveau de la scolarité obligatoire à 44% chez

<sup>4</sup> Jaufmann D, Pfaff M (1999): Krankheitsbedingte Fehlzeiten, Belastungen und Einstellungen zur Erwerbsarbeit im internationalen Vergleich. Zusammenfassende Anmerkungen und ein Blick nach vorne unter sozialpolitischen Perspektiven. Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg. <http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/194.pdf> (consulté le 31.03.05).

<sup>5</sup> Semmer N, Mohr G (2001): Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. Psychologische Rundschau. 52 (3): p. 150-158.

ceux ayant une formation de niveau secondaire II pour atteindre plus de la moitié (56%) de celles et ceux qui sont au bénéfice d'une formation de degré tertiaire. La proportion de personnes actives occupées soumises à une forte tension nerveuse dépend aussi beaucoup du statut socioprofessionnel, passant de 36% chez les manœuvres et autres ouvriers spécialisés à 61% chez les dirigeants et dans les professions libérales.

Lié au niveau de formation et au statut socioprofessionnel, le taux d'activité semble pondérer le risque de subir de fortes tensions nerveuses au travail, puisque 47% des personnes travaillant à temps complet ressentent une forte tension, contre 37% de celles ne travaillant qu'à temps partiel.

Le tableau T5.2 montre qu'un certain nombre de troubles de la santé sont plus marqués chez les personnes subissant une forte tension nerveuse au travail, cette tension affectant davantage les femmes que les hommes.

- Une grande tension nerveuse ou un stress important au travail peut entraîner de nombreuses affections non spécifiques se traduisant fréquemment par des troubles physiques – maux de dos, de tête ou de poitrine, palpitations, problèmes de sommeil ou de digestion – ou par un mal-être psychique (irritabilité, nervosité, abattement). C'est ainsi que 38% des femmes et 21% des hommes éprouvant de très fortes tensions nerveuses liées à leur activité professionnelle présentent des troubles physiques importants, contre respectivement 20% et 14% de celles et ceux qui indiquent un très faible niveau de tension.
- En 2002, 28% des femmes et 21% des hommes présentent des troubles du sommeil. Les tensions nerveuses ressenties au travail affectent davantage les femmes dans leur sommeil. Preuve en soit que le pourcentage des personnes présentant des troubles du sommeil passe de 25% chez les femmes (hommes:

18%) qui ne ressentent qu'une faible tension nerveuse au travail à 33% chez celles subissant de fortes tensions (hommes: 24%).

- Une forte tension nerveuse au travail peut également être à l'origine de troubles de la santé mentale. C'est ainsi que la proportion de personnes ayant un mauvais équilibre psychique passe de 16% à 28% selon que le niveau de tension est très faible ou des plus élevé. Il apparaît en outre que la consommation de médicaments psychotropes (somnifères, calmants, analgésiques) – que l'on peut aussi considérer comme indicatrice d'une souffrance psychique – est plus élevée chez les personnes – en particulier les hommes – affirmant ressentir une forte tension au travail que chez celles qui disent ne ressentir qu'une faible tension.

En résumé, la charge psychosociale a des effets significatifs sur la santé des travailleurs. A titre d'exemple, en 2002, plus de 320'000 personnes présentant des troubles physiques importants disent ressentir de fortes tensions nerveuses au travail. Or, en raison de la définition restrictive des maladies professionnelles de la LAA qui se limite aux maladies physiques, les coûts de ces atteintes psychosociales sont aujourd'hui reportés sur les assurances maladie, les entreprises ou l'assurance invalidité (AI).

### 5.3 La peur de perdre son emploi

Au cours des années 90, les pays industrialisés de longue date comptaient pour la plupart une proportion importante de chômeurs au sein de leur population active. Là encore, la Suisse ne fait plus exception, quoique la situation y soit moins dramatique que dans d'autres pays: d'après les statistiques officielles, le taux de chômage a baissé de 5.2% en 1997 à 1.7% en 2001, pour remonter à 2.5% en 2002.

#### T5.2 Part de la population présentant des troubles de la santé, selon la tension nerveuse au travail et le sexe (en %)

Personnes ayant:	Femmes		Hommes		Total	
	tension faible	tension forte	tension faible	tension forte	tension faible	tension forte
mauvais équilibre psychique	19,7	29,3	14,5	24,4	17,2	26,3
troubles physiques importants	21,6	33,6	13,6	16,9	17,8	23,2
insomnies moyennes	21,7	25,9	15,1	19,2	18,5	21,7
troubles pathologiques du sommeil	(3,2)	7,7	(2,9)	4,4	3,1	5,7
absence de travail d'au moins 1 jour par mois	9,8	11,9	7,7	9,2	8,8	10,2
consommé des médicaments psychotropes <sup>1</sup>	17,5	20,1	8,7	14,8	13,3	16,8

<sup>1</sup> Somnifères, tranquillisants ou analgésiques; consommation sur 7 jours.

Il apparaît qu'actuellement 12% des personnes actives occupées interrogées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé indiquent craindre beaucoup (3%) ou passablement (9%) de perdre leur emploi, ce qui représente, en chiffres absolus, un peu moins de 380'000 personnes. Si la peur de perdre son emploi touche presque autant les femmes (11%) que les hommes (12%), elle varie par contre selon l'âge, tout en évoluant de la même manière chez les hommes et les femmes: augmentant avec l'âge, du moins de 15 ans à 54 ans, la crainte de perdre son emploi diminue à nouveau légèrement dès 55 ans.

La crainte de perdre son emploi touche davantage les personnes faiblement formées. Si 8% des personnes actives au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire et 11% de celles avec une formation de niveau secondaire craignent de perdre leur emploi, cette proportion s'élève à 20% chez les travailleurs dont la formation n'a pas dépassé la scolarité obligatoire. En outre, même si ses enjeux s'expriment différemment pour eux, l'insécurité semble également toucher les indépendants, puisque 6% d'entre eux en font état.

Un des facteurs qui renforcent cette crainte est la conviction qu'il serait difficile de retrouver un emploi équivalent, 53% des personnes actives (55% des hommes et 51% des femmes) partageant cet avis. Comme on peut s'y attendre, plus l'âge avance, plus la conviction des travailleurs de ne retrouver un emploi qu'au prix de grandes difficultés est forte, passant de 40% chez les jeunes de 15 à 24 ans à 81% chez les personnes en fin de carrière, âgées de 55 à 65 ans.

Dans quelle mesure la peur de perdre son emploi influe-t-elle sur l'état de santé? Le tableau T5.3 donne un aperçu global de la question. Deux éléments sautent aux yeux: pour tous les indicateurs de santé examinés, on observe une différence marquée entre les personnes qui craignent de perdre leur emploi et celles qui se montrent confiantes. Ce constat confirme les résultats d'une étude comparable<sup>6</sup> effectuée il y a quelques années en Suisse. De manière générale, et dans des proportions variables, cette crainte influe davantage sur la santé des femmes que celle des hommes.

Les personnes ayant une activité craignent moins de perdre leur emploi en 2002 (11%) qu'en 1997 (18%). De même, ils sont plus confiants quant à la facilité de retrouver un emploi équivalent, 45% des hommes et 49% des femmes en 2002 partageant cet avis, contre 31% des hommes et 32% des femmes en 1997. Ce phénomène pourrait simplement s'expliquer par un effet de la conjoncture économique, la situation de 2002 étant globalement meilleure qu'en 1997, comme l'indique par exemple le recul du taux de chômage. Par ailleurs, on peut également s'interroger sur la part qu'exerce, par rapport à 1997, sur cette baisse de la crainte de perdre son emploi, le phénomène plus qualitatif d'une certaine «familiarisation» avec la précarité et des parcours professionnels discontinus, et l'abandon de l'idée d'un travail ou d'un emploi pour la vie.

### T5.3 Part de la population ayant des troubles de la santé, selon la crainte de perdre son emploi et le sexe (en %)

Personnes ayant:	Femmes		Hommes		Total	
	aucune crainte	crainte	aucune crainte	crainte	aucune crainte	crainte
mauvais équilibre psychique	21,3	33,5	19,1	28,7	20,0	30,6
troubles physiques importants	26,1	38,1	12,9	23,8	18,5	29,4
insomnies moyennes	21,9	32,3	15,2	31,8	18,0	31,9
troubles pathologiques du sommeil	4,8	7,0	3,2	(4,4)	3,9	5,4
absence de travail d'au moins 1 jour par mois	10,0	15,0	8,1	12,2	8,9	13,3
consommé des médicaments psychotropes <sup>1</sup>	18,9	27,0	11,4	16,8	14,5	20,8

<sup>1</sup> Somnifères, tranquillisants ou analgésiques; consommation sur 7 jours

<sup>6</sup> Domenighetti G, d'Avanzo B, Bisig B (1999): Health Effects of Job Insecurity among Employees in Swiss General Population. Cahiers de recherches économiques du DEEP No 9907. Université de Lausanne, Ecole HEC, Département d'économétrie et d'économie politique: Lausanne.

## 5.4 Satisfaction dans le travail et effets sur la santé

Malgré la part croissante des services dans l'économie et la modernisation des entreprises, la proportion de salariés faisant état de conditions de travail insatisfaisantes semble persister au niveau européen<sup>7</sup>.

L'Enquête suisse sur la santé révèle que 4% de l'ensemble des personnes actives interviewées se montrent plutôt insatisfaites, très insatisfaites ou totalement insatisfaites de leur situation professionnelle, et ce sans différence entre hommes et femmes (4%).

Concernant la santé, les personnes insatisfaites de leur situation professionnelle présentent pour presque tous les indicateurs des troubles témoignant d'un certain mal-être (T5.4), particulièrement pour les troubles psychiques, physiques et du sommeil. De même que pour la crainte de perdre son emploi, l'insatisfaction au travail influe davantage sur la santé des femmes que sur celle des hommes. Si un bon tiers (35%) des femmes insatisfaites de leur travail a consommé des médicaments psychotropes, ce pourcentage n'est que de 15% chez les hommes. Quant aux troubles physiques associés à l'insatisfaction au travail, plus de la moitié des femmes (54%) en éprouvent, soit presque le double de la proportion relevée chez les hommes (28%).

### T5.4 Part de la population ayant des troubles de santé, selon la satisfaction liée au travail et le sexe (en %)

Personnes ayant:	Femmes		Hommes		Total	
	satisfaites	insatisfaites	satisfaits	insatisfaits	satisfaits	insatisfaits
mauvais équilibre psychique	20,3	43,7	17,8	37,1	18,9	39,7
troubles physiques importants	25,6	54,0	12,9	27,8	18,3	37,7
insomnies moyennes	21,2	38,0	15,8	27,4	18,1	31,5
troubles pathologiques du sommeil	4,8	(13,4)	2,9	(6,1)	3,7	8,9
absence de travail d'au moins 1 jour par mois	9,7	(15,9)	8,2	(8,7)	8,8	11,6
consommé des médicaments psychotropes <sup>1</sup>	18,8	36,2	11,4	14,8	14,5	23,1

<sup>1</sup> Somnifères, tranquillisants ou analgésiques; consommation sur 7 jours

<sup>7</sup> Merllié D, Paoli P (2001): Troisième enquête européenne sur les conditions de travail. Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne. Résumé. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: Dublin.

## 6 Adolescents et jeunes adultes: conditions psychosociales, santé et consommation de substances psychotropes

La jeunesse est la période où se forment en grande partie les attitudes du rapport au corps et les habitudes face à la santé. C'est également une phase au cours de laquelle les jeunes s'insèrent dans le monde adulte et adoptent de nouveaux comportements, propres au rôle d'homme ou de femme. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte se révèle donc complexe et entraîne chez les jeunes diverses transitions importantes, à l'intersection des sphères familiale, culturelle, sociale, économique et professionnelle. Or la jeunesse contemporaine se caractérise par la désynchronisation des étapes d'intégration sociale habituelles (fin de scolarité et acquisition d'une qualification professionnelle, prise d'un emploi stable, départ de la famille d'origine et fondation d'un nouveau foyer). Cette désynchronisation s'accompagnerait d'un mode de construction basé plutôt sur l'expérimentation<sup>1</sup>, correspondant à une élaboration progressive de l'identité sociale et personnelle par expérimentation des définitions de soi et des façons d'être ensemble. Si les maladies physiques et chroniques sont encore peu fréquentes (cf. chapitres 2 et 4), le stress et les problèmes d'ordre psychosocial se font en revanche plus importants durant cette phase de la vie. Ces aspects – nombre d'études l'ont montré – influencent les rapports au corps, les comportements relatifs à la santé et les stratégies de recherche d'aide en cas de difficultés ou de maladies<sup>2</sup>.

Aussi notre approche se centrera-t-elle sur des thématiques largement abordées dans le domaine de la santé des jeunes – situation sociale, conditions psychosociales, consommation de substances psychotropes<sup>3</sup> – ainsi que sur les questions et problèmes ayant trait à la charge pondérale. Les analyses qui suivent traiteront

d'abord de malaises souvent liés à des problèmes psychosociaux: faible sentiment de contrôle sur sa vie, sentiment de solitude, troubles physiques non spécifiques tels que maux de tête, de dos ou de poitrine et palpitations, manque de bien-être psychique, ou encore troubles du sommeil. Nous étudierons ensuite les comportements relatifs à des substances psychotropes (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes) dont la consommation peut porter préjudice à la santé et qui constituent actuellement un enjeu important pour la prévention<sup>4</sup>. Nous aborderons enfin la question du poids des jeunes, thème central dans les débats actuels de santé publique.

Ce chapitre se fonde sur les renseignements obtenus auprès d'un échantillon de 1'701 personnes âgées de 15 à 24 ans, représentatives d'un peu plus de 840'000 personnes de cette classe d'âge dans la population.

### 6.1 Situation sociale et psychosociale des jeunes

Nous disposons d'informations relatives à leur occupation pour 94% des jeunes de 15 à 24 ans interviewés, dont plus de la moitié (54%) se trouve en formation postobligatoire (formation générale ou professionnelle), 25% en emploi, 4% au chômage, et les autres (17%) encore à l'école obligatoire. Les deux sexes sont représentés dans des proportions très semblables dans ces divers groupes d'occupation. Si la moyenne d'âge des jeunes en formation est de 18 ans et demi, celle des chômeurs et des jeunes en emploi est respectivement de 20 ans et 21 ans, sans véritable différence par rapport au sexe.

<sup>1</sup> Galland O (2001): Sociologie de la jeunesse. Armand Colin (3<sup>e</sup> éd.): Paris.

<sup>2</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Büttikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Lausanne.

<sup>3</sup> Par substances psychotropes, nous entendons des substances douées d'effets sur l'humeur et le psychisme et englobant, outre le cannabis et les drogues de synthèse, l'alcool et les médicaments psychotropes.

<sup>4</sup> Kolip P, Wydler H, Michaud PS, Addor V, Narring F, Stronkski S (2002): But 4: Santé des jeunes. Dans: Société suisse de santé publique (Ed.): Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle (OMS Europe). Berne: p. 16-17.

Nous recourons, pour traiter les conditions psychosociales aux deux échelles ci-dessous, qui traduisent des ressources plus psychologiques pour l'une, plus sociales pour l'autre:

1. Maîtrise de la vie mesurant, d'une part, la capacité de faire face aux difficultés et aux événements auxquels les jeunes sont confrontés et contrôle, d'autre part, sur ce qui leur arrive, par opposition à l'impression d'être ballotté en tous sens et submergé par les problèmes,
2. Soutien social émotionnel dû au fait de disposer d'une ou de plusieurs personnes de confiance à qui parler de problèmes personnels, ainsi que sentiment de solitude.

Un quart des jeunes de 15 à 24 ans a le sentiment de peu maîtriser sa vie, les filles légèrement davantage que les garçons. Concernant leurs ressources sociales, 3% des jeunes de 15 à 24 ans n'ont, parmi leurs proches, aucune personne de confiance à qui parler de problèmes personnels, et un peu moins de la moitié d'entre eux éprouve plus ou moins fréquemment un sentiment de solitude (42% parfois et 2% souvent), avec une nette différence entre hommes et femmes, ces dernières étant relativement plus nombreuses (52% contre 37%) à se sentir seules.

Les conditions psychosociales des jeunes paraissent un peu plus défavorables que celles du reste de la population suisse: ils sont plus nombreux (26%) que le reste de la population (21%) à avoir un faible sentiment de maîtriser la vie. Leur santé psychique semble également moins bonne; outre un bien-être psychique plus faible que celui du reste de la population, les jeunes sont plus nombreux

à avoir un mauvais équilibre psychique (28% contre 19%). Quant aux ressources sociales, s'ils sont aussi nombreux (97%) que leurs aînés (95%) à disposer dans leur entourage de personnes de confiance à qui parler de problèmes personnels, ils sont par contre plus nombreux (44%) qu'eux (27%) à ressentir de la solitude.

Les conditions psychosociales plutôt défavorables que révèlent les jeunes dans l'Enquête suisse sur la santé pourraient ainsi être le reflet de cette phase de vie complexe que représente la jeunesse, avec toutes les fragilités que suppose la construction identitaire spécifique de cet âge.

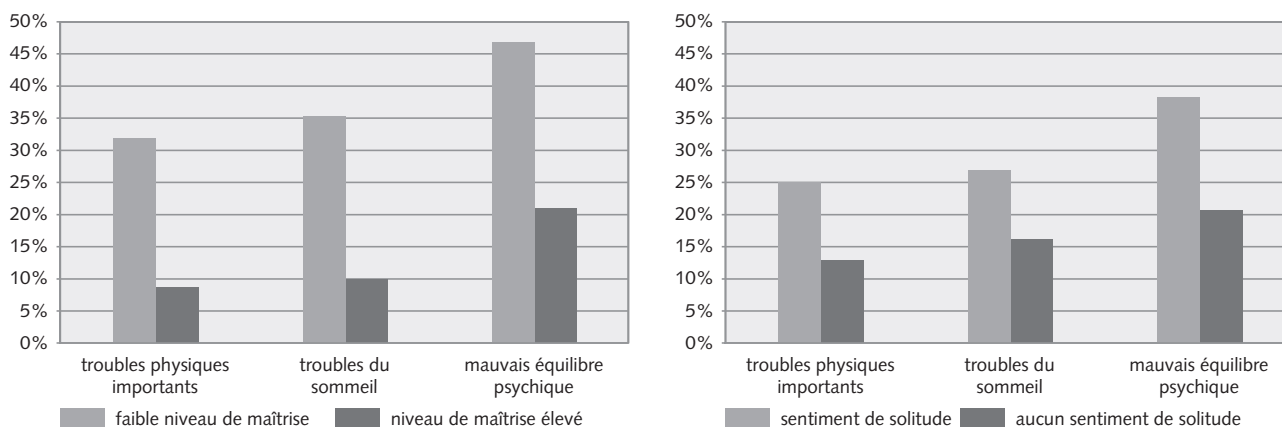
## 6.2 Conditions psychosociales et santé

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent des liens relativement étroits entre les ressources psychologiques et sociales des jeunes et leur santé, des conditions psychosociales défavorables s'accompagnant clairement d'une moins bonne santé (G6.1).

Les jeunes ayant un faible sentiment de maîtriser leur vie ont presque quatre fois plus (32%) de troubles physiques importants (maux de tête, de dos, de poitrine, palpitations) que ceux ayant un sentiment élevé de maîtriser leur vie (9%). Quant aux jeunes manquant de ressources sociales, ils éprouvent davantage de troubles physiques que ceux qui disposent de personnes à qui parler ou qui n'éprouvent pas de sentiment de solitude. A titre d'exemple, un quart des jeunes éprouvant un sentiment de solitude ont des troubles physiques importants, contre 13% de ceux qui n'en ressentent jamais.

**Part des jeunes de 15 à 24 ans avec des troubles physiques importants, des troubles du sommeil ou un mauvais équilibre psychique, selon le niveau de maîtrise et le sentiment de solitude**

G 6.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le sommeil des jeunes paraît également affecté par le manque de ressources psychologiques et sociales. En effet, les jeunes ayant un faible sentiment de maîtrise ainsi que ceux éprouvant un sentiment de solitude sont plus nombreux à souffrir de troubles du sommeil que ceux qui bénéficient de meilleures conditions psychosociales (G6.1).

Des conditions psychosociales favorables protègent également d'une mauvaise santé psychique. L'équilibre psychique est plus faible chez les jeunes ayant un faible sentiment de maîtriser leur vie ou un déficit de soutien social (G6.1).

### 6.3 Consommation de substances psychotropes

L'aspect le plus médiatisé de la santé des jeunes est sans doute la consommation de substances psychotropes. Répondre à des questions sur ce sujet dans le cadre d'une interview n'est donc pas facile. Plus la substance est stigmatisée par la société, plus la fréquence des réponses positives à ces questions est probablement inférieure à la réalité. Cet état de fait ne devrait cependant avoir que peu d'incidence sur la part effectivement consommée de chacune de ces diverses substances. Or le contexte social de cette consommation a grandement changé ces dernières années, que ce soit avec la baisse du prix des spiritueux, la possibilité de se procurer en toute illégalité du cannabis à usage stupéfiant dans des magasins de chanvre, la lutte contre le tabagisme avec l'interdiction de fu-

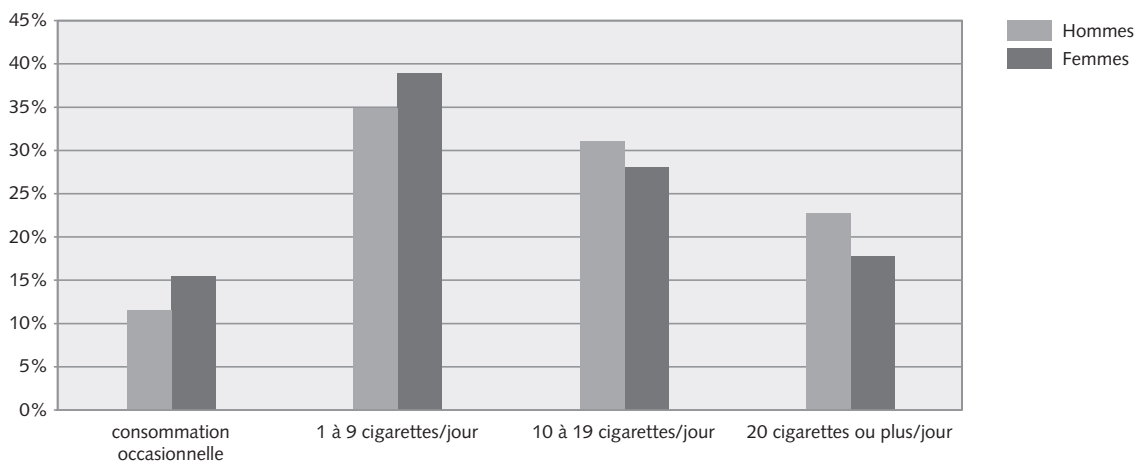
mer dans divers lieux publics ou du fait de l'augmentation du prix des cigarettes. Aussi présentons-nous ci-dessous les réponses aux questions sur la fréquence de la consommation habituelle de tabac, d'alcool et de drogues illicites, ainsi que de médicaments psychotropes.

#### 6.3.1 Consommation de tabac

Un bon tiers (37%) des jeunes de 15 à 24 ans disent fumer – dont une grande majorité (91%) fume exclusivement des cigarettes –, les fumeurs étant plus nombreux (40%) que les fumeuses (35%). Une analyse plus détaillée révèle que la prévalence de la consommation tabagique passe de 16% à 15 ans à 36% à 17 ans, atteint son maximum à 18 ans (48%), pour se stabiliser ensuite autour de 42% entre 19 et 24 ans. La consommation quotidienne des jeunes fumeurs varie selon le sexe, près d'un quart des hommes (23%) consomment un paquet et plus par jour, contre 18% chez les femmes, qui sont quant à elles plus nombreuses que les hommes à ne fumer qu'occasionnellement ou pas plus de 1 à 9 cigarettes par jour (G6.2).

Si plus de la moitié (57%) des jeunes fumeurs aimerait arrêter de fumer, seul un tiers (32%) a vraiment essayé au cours de l'année écoulée, sans véritable différence entre hommes et femmes. La légère augmentation des jeunes désirant, depuis dix ans, cesser de fumer (de 53% à 57%, sans différence due au sexe) s'accompagne d'une légère hausse des jeunes ayant effectivement tenté d'arrêter de fumer (28% à 32%, de manière un peu plus marquée chez les jeunes femmes).

**Proportion de fumeurs de 15 à 24 ans selon la quantité de cigarettes consommées quotidiennement et le sexe (fumeurs de cigarettes exclusivement) G 6.2**



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Il faut cependant ajouter, à la consommation active de tabac, l'exposition passive à la fumée d'autrui, dangereuse pour la santé: une personne exposée à la fumée du tabac, par exemple au travail ou au restaurant, voit notablement croître son risque de développer un cancer ou une maladie cardiovasculaire. C'est ainsi que 52% des jeunes hommes et femmes non-fumeurs subissent au moins une heure par jour la fumée passive (dont 10% plus de trois heures).

La proportion de fumeurs n'a cessé de s'élever depuis 1992 (T6.1): l'augmentation plus marquée enregistrée chez les jeunes femmes (de 26% à 35%) que chez les jeunes hommes (de 36% à 40%) rapproche la consommation féminine de celle des jeunes hommes. Si le nombre de fumeurs a augmenté depuis dix ans, la proportion de gros fumeurs a quant à elle baissé. La proportion de

jeunes fumeurs qui fument un paquet et plus par jour a ainsi passé de 33% en 1992 à 20% en 2002, cette évolution étant plus marquée chez les hommes (de 40% à 23% pour eux; de 22% à 18% pour elles). L'écart de consommation de tabac entre jeunes hommes et jeunes filles s'est ainsi fortement réduit depuis 1992.

Les jeunes sont plus nombreux (37%) que le reste de la population (29%) à fumer. Une différence qualitative distingue ces deux groupes, les premiers étant plus nombreux que leurs aînés à fumer exclusivement des cigarettes ces derniers ayant, eux, une consommation plus diversifiée (cigares, pipes, cigarillos). Parmi les personnes usant exclusivement de cigarettes, la proportion de celles et ceux qui fument un paquet et plus par jour est deux fois plus élevée dans le reste de la population (40%) que chez les jeunes de 15 à 24 ans (20%). Plus nombreux par

**T6.1 Evolution, parmi les jeunes de 15 à 24 ans, de la consommation de substances psychotropes entre 1992, 1997 et 2002 (en %)**

	1992	1997	2002
<b>Consommation de tabac</b>			
Fumeurs	30,9	43,6	37,4
Consommation d'un paquet de cigarettes ou plus par jour <sup>1</sup>	32,5	23,4	20,4
Tentative d'arrêter de fumer <sup>2</sup>	27,8	33,8	31,8
Ex-fumeurs	5,7	4,1	4,8
<b>Consommation d'alcool</b>			
Consommateurs	75,0	74,2	73,4
Tous les jours et 3 à 6 fois par semaine <sup>3</sup>	16,7	12,2	9,4
Une à deux fois par semaine <sup>3</sup>	44,1	44,8	53,3
Moins d'une fois par semaine <sup>3</sup>	39,2	43,0	37,3
Consommateurs de bière	- <sup>4</sup>	61,0	57,5
Consommateurs de vin	- <sup>4</sup>	62,1	55,2
Consommateurs de spiritueux	- <sup>4</sup>	53,9	58,7
<b>Consommation de drogues</b>			
Consommateurs de cannabis au moins une fois dans la vie	17,7	30,7	30,3
Consommateurs actuels de cannabis	7,1	12,4	12,0
Consommateurs hebdomadaires de cannabis <sup>5</sup>	36,1	49,3	55,8
<b>Consommation de médicaments</b>			
Consommateurs de médicaments <sup>6</sup>	26,4	27,8	25,3
Consommateurs de médicaments psychotropes <sup>7</sup>	13,5	16,9	12,4

<sup>1</sup> Proportion se référant aux fumeurs de cigarettes.

<sup>2</sup> Au moins deux semaines pendant 12 mois.

<sup>3</sup> Proportion se référant aux consommateurs d'alcool.

<sup>4</sup> La méthode étant différente en 1992, les résultats ne peuvent pas être comparés.

<sup>5</sup> Une fois par semaine ou plus. Proportion se référant aux consommateurs de cannabis.

<sup>6</sup> Au cours de 7 jours.

<sup>7</sup> Somnifère, tranquillisant ou analgésique. Au cours de 7 jours.



contre à avoir essayé d'arrêter de fumer que le reste de la population (32% contre 26%), les jeunes sont cependant moins nombreux qu'eux à avoir effectivement arrêté (anciens fumeurs: 5% contre 22%). Enfin, les jeunes sont non seulement plus nombreux que leurs aînés à fumer, mais aussi nettement plus exposés à la fumée passive qu'eux (52% contre 23% parmi les non-fumeurs).

### 6.3.2 Consommation d'alcool

Presque trois jeunes sur quatre (73%) âgés de 15 à 24 ans consomment de l'alcool, dont 53% une à deux fois par semaine (T6.2), corroborant ainsi les résultats de diverses études mettant en exergue le phénomène des ivresses ponctuelles des jeunes<sup>5</sup>. La précocité de l'accès à l'alcool reste importante puisqu'à 15 ans 47% des jeunes disent être habitués à consommer de l'alcool, la proportion de jeunes consommateurs d'alcool se stabilisant autour de 80% à partir de 19 ans.

Parmi les buveurs d'alcool, 3% en consomment quotidiennement et 7% plusieurs fois (3 à 6 fois) par semaine. Moins nombreuses que les hommes (78%) à consommer de l'alcool, les femmes (69%) ont également une fréquence de consommation quotidienne et hebdomadaire plus faible qu'eux pour tous les types de boissons alcooliques, avec une exception pour la consommation hebdomadaire (3 à 6 fois par semaine) de vin (T6.2).

La prévalence des jeunes buvant préférentiellement du vin, de la bière ou des spiritueux est relativement identique (de 55% à 59%), les hommes étant plus nombreux que les femmes à consommer chacune de ces trois boissons. A noter que l'usage de chacune de ces trois boissons alcooliques concerne plus de la moitié des jeunes dès l'âge de 17 ans. Plus généralement, certaines

différences se relèvent entre ces trois alcools. En effet, plus de la moitié des jeunes consomment du vin ou des spiritueux moins d'une fois par semaine; pour ce qui est de la bière par contre, les jeunes sont à peu près en nombre égal à en consommer occasionnellement (une à deux fois par semaine) ou plus rarement. Par ailleurs, alors que la proportion de jeunes qui font une consommation régulière de vin et de spiritueux est relativement faible, elle est plus forte pour la bière, s'élevant à 11% pour celles et ceux qui en consomment plusieurs fois (3 à 6 fois) par semaine et à 3% pour les consommateurs quotidiens.

Depuis 1992, la proportion de consommateurs d'alcool chez les jeunes de 15 à 24 ans est restée stable, passant de 75% à 73% (T6.1). Dans le même temps, la tendance globale, concernant la fréquence, a été une diminution de la consommation régulière – quotidienne et plurihebdomadaire (3 à 6 fois par semaine) – et une augmentation de la consommation occasionnelle (de 44% en 1992 à 53% en 2002).

Si l'on détaille la consommation des divers types de boissons alcooliques depuis 1997, on remarque un recul de la proportion des consommateurs de bière (de 61% à 58%) et de vin (de 62% à 55%), cela de manière plus marquée chez les femmes, alors que la fréquence de leur consommation est restée relativement stable. Par contre, la consommation globale de spiritueux a augmenté dans la même période, tant au niveau de la proportion de buveurs (de 54% à 59%) que de la fréquence de leur consommation régulière et occasionnelle, ce qu'expliquerait en partie l'accessibilité accrue de ces boissons consécutive à la baisse de leur prix.

## T6.2 Fréquence de consommation d'alcool parmi les consommateurs de 15 à 24 ans, selon le sexe (en %)

Alcool	Tous les jours			3 à 6 fois par semaine			1 à 2 fois par semaine			Moins d'une fois par semaine/ plus rarement		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Alcool en général	4,1	0,8	2,6	9,8	3,2	6,8	60,6	44,7	53,3	25,5	51,3	37,4
Bière	4,7	1,4	3,4	15,0	3,6	10,6	50,4	34,3	44,2	29,8	60,7	41,8
Vin	2,3	2,0	2,2	2,4	3,8	3,0	31,4	36,2	33,5	63,9	58,1	61,3
Spiritueux	1,3	0,7	1,1	6,0	2,4	4,4	40,5	34,4	37,8	52,3	62,5	56,8

<sup>5</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Lausanne.

Les jeunes boivent moins d'alcool que le reste de la population, en ce sens qu'ils sont un peu plus nombreux à être abstinentes (27% contre 22%). De plus, la nature de la consommation de ces deux groupes diffère (G6.3), celle des jeunes semblant moins régulière et davantage liée à des occasions particulières, puisqu'ils sont plus nombreux (53%) que leurs aînés (36%) à ne consommer de l'alcool qu'une à deux fois par semaine. Leur consommation quotidienne ou plurihebdomadaire (3 à 6 fois) se révèle ainsi nettement moins élevée que celle des plus de 25 ans (3% contre 23% pour la consommation quotidienne; 7% contre 14% pour la consommation plurihebdomadaire).

L'examen du type d'alcool consommé montre que les jeunes sont plus nombreux que le reste de la population à boire des spiritueux (59% contre 49%) ou de la bière (58% contre 54%), la consommation occasionnelle de ces deux boissons étant la plus forte chez les jeunes qui, par contre, consomment moins de vin que leurs aînés.

### 6.3.3 Consommation de drogues

Si l'on détaille la consommation actuelle de drogues des jeunes, il apparaît qu'ils consomment, pour l'essentiel du cannabis (12%); la consommation actuelle de drogues dures se limitant à 1% d'entre eux. Noter que seuls 3% des jeunes de 15 à 24 ans disent avoir déjà consommé au moins une fois des drogues dures.

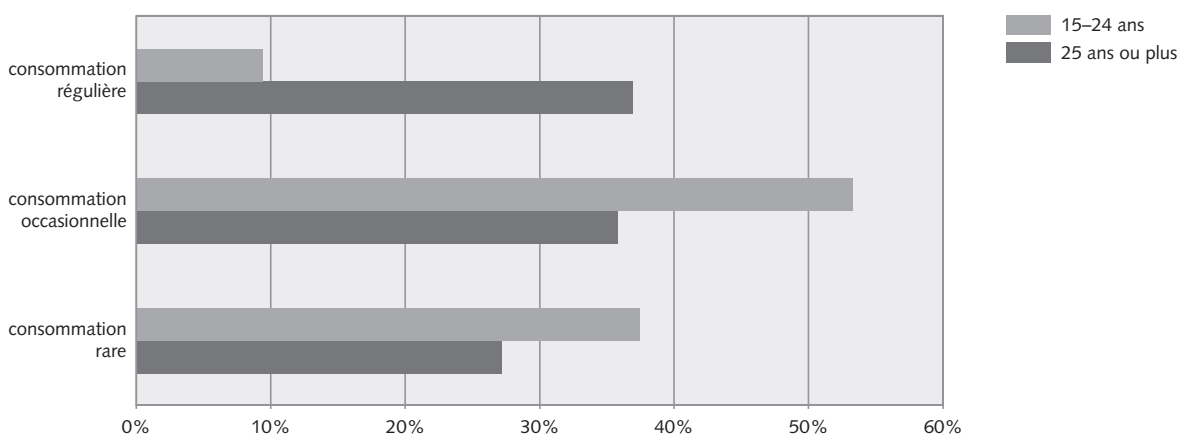
Près d'un jeune sur trois (30%) de 15 à 24 ans a déjà consommé au moins une fois dans sa vie du cannabis, les hommes étant plus nombreux (36%) que les femmes

(24%) à l'avoir fait. A 15 ans, 14% des jeunes ont déjà essayé le haschisch, les hommes en plus grande proportion (20%) que les femmes (8%). A l'âge de 20 ans, alors que presque la moitié (45%) des jeunes ont essayé le cannabis, seuls 16% en consomment actuellement. La proportion de jeunes consommant du cannabis de manière relativement régulière s'avère importante puisque plus de la moitié (56%) des jeunes fumeurs de cannabis en consomment une fois ou davantage par semaine. Les différences de sexe (G6.4) sont nettes: moins nombreuses que les hommes à avoir fait l'expérience du cannabis au moins une fois dans leur vie, les femmes sont aussi moins nombreuses à en consommer actuellement. De plus, parmi les jeunes consommant actuellement du cannabis, la fréquence de consommation des femmes est également plus basse que celle des hommes, puisque 49% d'entre elles consomment du cannabis hebdomadairement contre 59% chez les jeunes hommes.

Tant qu'elle reste occasionnelle, festive et initiatique, la consommation de cannabis peut n'avoir que des conséquences insignifiantes pour la vie du jeune, pour sa vie amoureuse ou son ancrage scolaire. Elle devient cependant plus problématique dès le moment où elle devient régulière et prend la forme d'une automédication chez des jeunes en difficultés psychologiques ou existentielles (se donner du courage le matin pour aller aux cours, trouver un effet sédatif ou hypnotique le soir avant de dormir), avec le risque que s'installe une dépendance psychologique. La consommation régulière de cannabis s'avère ainsi d'autant plus alarmante qu'elle est solitaire, le jeune s'enfermant alors dans une indifférence et un

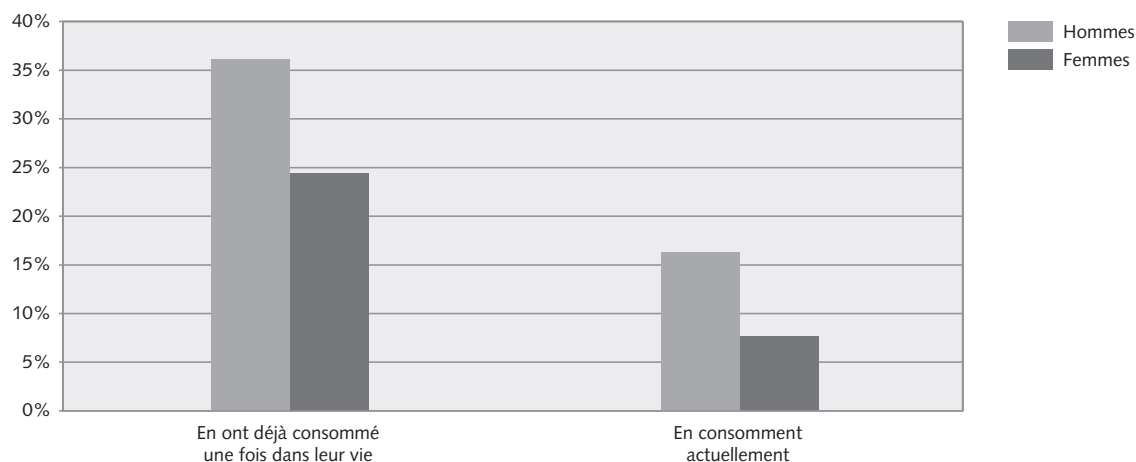
Comparaison de la consommation d'alcool des consommateurs âgés de 15 à 24 ans et de 25 ans ou plus

G 6.3



consommation régulière: tous les jours ou 3 à 6 fois par semaine  
 consommation occasionnelle: une à deux fois par semaine  
 consommation rare: moins d'une fois par semaine

© Office fédéral de la statistique (OFS)

**Part des jeunes de 15 à 24 ans ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie et de ceux qui en consomment actuellement, selon le sexe**
**G 6.4**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

désintérêt de tout, qui vont rejaillir sur son intégration sociale (dialogue familial, relations amicales, formation).

De même qu'ils sont plus nombreux que le reste de la population<sup>6</sup> à avoir essayé une drogue (31% contre 18%), les jeunes de 15 à 24 ans sont également plus nombreux que leurs aînés à avoir essayé du cannabis au moins une fois dans leur vie (30% contre 17%) et à en consommer actuellement (12% contre 3%).

Depuis 1992, la prévalence de la consommation d'une drogue quelconque au cours de la vie a augmenté, mais s'est stabilisée depuis 1997, cette tendance étant vraie tant pour les hommes que pour les femmes. Si le nombre de jeunes à avoir consommé au moins une fois dans leur vie du haschisch a fortement augmenté depuis 1992, il s'est également stabilisé depuis 1997 (T6.1). L'augmentation est légèrement plus forte chez les femmes que chez les hommes, sans atténuer cependant le fait que les jeunes femmes restent moins nombreuses que les hommes à avoir essayé une fois ou l'autre du cannabis. Un autre changement semble avoir eu lieu durant ces dix dernières années, à savoir la plus grande précocité d'accès au cannabis, confirmée d'ailleurs par d'autres enquêtes<sup>7</sup>. La tendance qui s'en dégage montre une augmentation, depuis 1992, du nombre de jeunes de 15 ans à avoir essayé le haschisch (ce résultat est donné en ter-

mes de tendance car le nombre de sujets – inférieur à 30 – est faible). Quant aux consommateurs actuels de cannabis parmi les jeunes de 15 à 24 ans, leur part a presque doublé depuis 1992 (de 7% à 12%). La proportion de consommateurs hebdomadaires de cannabis s'est renforcée parmi les consommateurs de cette substance, passant d'un bon tiers en 1992 à plus de la moitié en 2002.

### 6.3.4 Consommation conjointe de substances psychotropes et conditions psychosociales

Si on se penche à présent sur la consommation conjointe de ces substances psychotropes (consommation actuelle de tabac, d'alcool, de drogue), on peut remarquer qu'un jeune sur cinq (20%) de 15 à 24 ans n'en consomme aucune, presque un sur deux (46%) se limite à une seule substance, un sur quatre (25%) consomme deux produits psychotropes et presque un sur dix (9%) cumule les trois substances, les hommes étant plus nombreux que les femmes à en consommer deux ou davantage. Il apparaît que si, à 15 ans, la moitié (49%) des jeunes ne consomme aucun de ces produits, cette proportion descend à 31% à 16 ans, et se stabilise autour de 11% dès 19 ans.

Dans la mesure où le recours aux substances psychotropes, licites ou illicites, peut être vu comme une réaction à la désorientation, un moyen de faire face aux problèmes ou simplement d'échapper à la frustration, on peut s'attendre à trouver une relation entre l'importance de la consommation de telles substances et les conditions psychosociales. Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé révèlent une consommation plus élevée de tabac et

<sup>6</sup> Les questions concernant les drogues n'ont été posées qu'aux personnes âgées de 15 à 64 ans.

<sup>7</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Lausanne.

de cannabis chez les jeunes connaissant des conditions psychosociales défavorables; par contre, de mauvaises conditions psychosociales ne semblent pas provoquer une augmentation significative de la consommation d'alcool.

### 6.3.5 Consommation de médicaments

Alors qu'un quart des jeunes de 15 à 24 ans a consommé un médicament quelconque au cours d'une semaine, seuls 12% des jeunes disent consommer un médicament psychotrope (somnifère, calmant ou analgésique). Parmi les consommateurs de médicaments psychotropes, la grande majorité (93%) se limite à un seul psychotrope, principalement des analgésiques, et 7% en consomment deux ou trois. Des différences de sexe relativement nettes apparaissent, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à consommer tant un médicament quelconque (30% contre 21%) que des psychotropes (16% contre 9%). Par rapport au reste de la population, les jeunes sont moins nombreux (12%) à consommer des médicaments psychotropes qu'eux (20%).

Si la consommation d'un médicament quelconque a très légèrement diminué chez les jeunes depuis 1992, cela l'a été de manière légèrement plus marquée chez les hommes (de 24% à 21%) que chez les femmes, dont la proportion est restée stable (de 29% à 30%). Depuis 1992, la consommation de médicaments psychotropes est restée stable, hormis une hausse en 1997 (T6.1).

## 6.4 Poids corporel

L'obésité est actuellement l'un des problèmes majeurs de santé publique dans nos sociétés, certains soulignant même son caractère épidémique. Elle constitue un facteur de risque connu pour plusieurs maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires et les troubles musculo-squelettiques. En outre, la surcharge pondérale des jeunes et des enfants est d'autant plus préoccupante sachant qu'un enfant obèse le reste souvent à l'âge adulte.

### T6.3 Charge pondérale selon l'âge et le sexe (en %)

Age		Poids léger / insuffisance pondérale <sup>1</sup>	Poids normal	Excès de poids <sup>1</sup>	Obésité <sup>1</sup>
15–18 ans	Femmes	18,1	76,6	4,7	0,6
	Hommes	12,0	78,0	9,1	1,0
	Total	14,9	77,3	7,0	0,8
19–24 ans	Femmes	43,4	45,6	6,8	4,3
	Hommes	13,6	65,8	18,2	2,3
	Total	28,6	55,6	12,5	3,3
25 ans et plus	Femmes	16,7	50,7	24,3	8,2
	Hommes	2,8	46,5	41,8	9,0
	Total	10,0	48,7	32,7	8,6

<sup>1</sup> Afin de prendre en considération le développement corporel différent dans la jeunesse, les valeurs des diverses limites du BMI ont été adaptées pour les 15 à 18 ans selon des normes internationales. Ainsi, la limite inférieure du poids normal est plus basse pour eux (BMI  $\geq$  18.5) que pour les plus âgés de 19 à 24 ans (BMI  $\geq$  20). En ce qui concerne l'excès de poids et l'obésité, les seuils ont été définis pour les 15–18 ans selon Cole<sup>[1]</sup>. Pour les 19–24 ans, les limites du BMI sont les mêmes que celles des adultes (excès de poids:  $25 \leq$  BMI < 30; obésité:  $30 \leq$  BMI).

[1] Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320: p. 1–6.

Près des deux tiers des jeunes de 15 à 24 ans ont un poids normal<sup>8</sup>, cette proportion s'élevant même à trois quarts chez ceux de 15 à 18 ans (T6.3), l'excès de poids concerne environ un jeune sur dix de 15 à 24 ans, et l'obésité touche de 2% d'entre eux. De manière générale, la prévalence de poids léger apparaît supérieure à celle de la surcharge pondérale dans ces deux groupes de jeunes. Les différences de sexe sont très nettes: moins touchées que les hommes par un excès de poids, les femmes sont plus nombreuses qu'eux à présenter un poids léger.

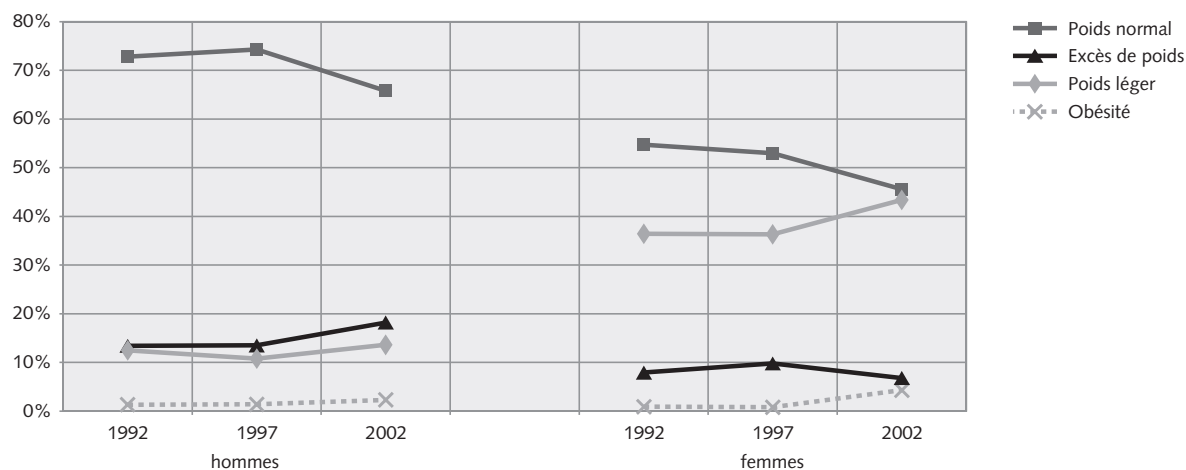
Comme les trois quarts des jeunes environ sont satisfaits de leur poids, la majorité des jeunes (62% chez les 15-18 ans et 58% chez les 19-24 ans) ne désirent pas modifier leur poids. Néanmoins, plus insatisfaites de leurs poids que les hommes, les femmes désirent davantage qu'eux le modifier – de manière plus marquée chez les 15-18 ans – et ce essentiellement par une perte de poids (46% des femmes de 15 à 24 ans veulent maigrir). Ce désir des jeunes femmes de perdre du poids semble davantage ressortir de normes et d'images corporelles (la

publicité et l'industrie de la mode par ex. véhiculent un modèle de femme très mince, voire maigre) que d'un réel problème de surcharge pondérale, puisque 5% des femmes de 15 à 18 ans et 11% de celles de 19 à 24 ans en souffrent.

C'est surtout la situation des jeunes filles de 19 à 24 ans qui paraît quelque peu préoccupante, 43% d'entre elles ayant un poids léger, et un quart (24%) de celles-ci désirant encore maigrir. A part cela, les jeunes en surcharge pondérale désirent en grande majorité maigrir. D'un autre côté, 13% des jeunes hommes de 15 à 18 ans et 16% de ceux de 19-24 désirent grossir.

Si le poids des jeunes de 15 à 18 ans est resté très stable ces dix dernières années, celui des jeunes de 19 à 24 ans a subi quelques changements, la surcharge pondérale ayant un peu augmenté, passant de 12% en 1992, à 13% en 1997 et à 16% en 2002, et ce de manière plus nette chez les hommes. L'insuffisance pondérale a elle aussi augmenté, passant de 24% à 29%, de manière plus marquée chez les femmes (G6.5). Le poids normal a, quant à lui, diminué.

### Modifications de la charge pondérale chez les jeunes de 19 à 24 ans entre les enquêtes de 1992, 1997 et 2002, selon le sexe

**G 6.5**


© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>8</sup> Pour des raisons pratiques, les participants à cette étude n'ont pas pu être mesurés et pesés. Nous les avons donc priés d'indiquer eux-mêmes leur taille et poids, tout en sachant que les chiffres ainsi donnés ne donnent qu'une approximation des valeurs objectives. Même si elles sont influencées par les attentes et les souhaits, les valeurs indiquées par les jeunes sont généralement proches des mesures objectives (corrélation de .97 dans l'étude de Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP (1989): The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. *Journal of Early Adolescence* 9: p. 269-290).

Depuis 1997, les jeunes de 15 à 24 ans semblent davantage accepter leur poids puisqu'ils sont plus nombreux qu'il y a cinq ans à ne pas désirer le modifier, ceci de manière plus marquée chez les 15-18 ans (62% contre 54% chez les 15-18 ans; 58% contre 53% chez les 19-24 ans), et de manière un peu plus marquée chez les hommes. En outre, le désir de maigrir a, depuis 1997, diminué parmi les jeunes, de manière plus marquée chez les 15-18 ans (de 35% à 28%) et les filles de cet âge (de 55% à 46%).

Les problèmes de poids s'expriment différemment chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport à leurs aînés (T6.3). Plus nombreux que le reste de la population à avoir un poids normal, les jeunes souffrent moins qu'eux de surcharge pondérale, mais affichent davantage un poids léger. Les jeunes sont aussi plus nombreux (75%) à exprimer de la satisfaction concernant leur poids que le reste de la population suisse (64%).

En bref, les résultats de l'Enquête suisse sur la santé sont largement comparables à ceux d'une autre étude récemment effectuée, l'enquête SMASH<sup>9</sup> 2002: les tendances concernant le poids et les substances psychoactives restent identiques, seule leur intensité diffère parfois légèrement.

---

<sup>9</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. IUMSP: Lausanne.

## 7 La santé à partir de 65 ans

En Suisse, l'espérance de vie, qui atteint 83,0 ans chez les femmes et 77,6 ans chez les hommes (situation en 2002), est l'une des plus élevées au monde. Les femmes aujourd'hui âgées de 65 ans peuvent escompter vivre encore 21 ans et les hommes du même âge, un peu moins de 18 ans<sup>1</sup>. Des données de l'Enquête suisse sur la santé, il ressort que les femmes et les hommes âgés vivent non seulement plus longtemps, mais aussi en meilleure santé<sup>2</sup>.

Ce chapitre fournit des informations détaillées sur l'état de santé des personnes âgées de 65 ans ou plus. Etant donné que l'Enquête suisse sur la santé – qui a lieu tous les cinq ans – en est déjà à sa troisième édition, il est désormais possible de suivre l'évolution de l'état de santé et du comportement en matière de santé de ce groupe de population.

L'analyse présentée ci-après porte, d'une part, sur le recours aux soins (médicaux) et, d'autre part, sur l'état de santé ainsi que sur le comportement en matière de santé (état de santé autoévalué, état de santé physique et psychique, problèmes de santé spécifiques, handicaps et prise de médicaments). Les données concernent la population âgée de 65 ans ou plus vivant dans des ménages privés. Les personnes d'un âge avancé désignent ci-après les personnes de 75 ans ou plus. Les informations

à la base de cette analyse ont été obtenues lors de 4362 entretiens menés avec 2588 femmes et 1774 hommes âgés de 65 ans et plus. Au début de l'année 2002, la Suisse comptait 267 509 hommes âgés de 65 à 74 ans et 193 543 hommes de 75 ans ou plus. Chez les femmes, 325 987 étaient alors âgées de 65 à 74 ans et 344 106 avaient 75 ans ou plus. Selon le recensement de 2000, 94,7% de la population masculine âgée de 65 ans ou plus et 89,4% de la population féminine âgée de 65 ans ou plus vivaient dans des ménages privés (T7.1). S'agissant des personnes qui vivaient en institution au moment de l'enquête, on peut partir du principe qu'elles nécessitaient beaucoup plus de soins en raison de leurs handicaps que les personnes vivant dans des ménages privés. C'est un aspect dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats suivants.

### 7.1 Etat de santé et comportement en matière de santé

Tant pour l'état de santé autoévalué que pour l'état de santé psychique et physique, on constate des différences selon l'âge et le sexe. Pour les quatre caractères mentionnés dans le tableau T7.2, les femmes et les person-

**T7.1 Part des personnes âgées qui vivent dans un ménage privé ou en institution, selon l'âge et le sexe (en %) (sur la base des données du recensement de la population de 2000)**

Age	Ménages privés			Ménages collectifs (hôpitaux, EMS)			Autres ménages collectifs		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
65–74 ans	97,6	97,3	97,4	0,4	1,5	1,4	2,0	1,2	1,2
75 ans et plus	90,6	81,8	85,0	9,1	15,5	12,7	0,3	2,7	2,3
<b>65 ans et plus</b>	<b>94,7</b>	<b>89,4</b>	<b>91,5</b>	<b>4,0</b>	<b>8,6</b>	<b>6,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>

<sup>1</sup> Office fédéral de la statistique (éd.) (2004): Annuaire statistique de la Suisse 2004. Zurich: Éditeur NZZ.

<sup>2</sup> Guillely E (2005): Longévité et santé. Dans: Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guillely E, Hussy C: Âges et générations: la vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

### T7.2 Part des personnes âgées ne se sentant pas en bonne santé, ayant un mauvais équilibre psychique, souffrant de troubles physiques importants ou de fortes douleurs articulaires, selon l'âge et le sexe (en %)

Age	Ne se sentent pas en bonne santé		Mauvais équilibre psychique		Troubles physiques importants <sup>1</sup>		Fortes douleurs articulaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
65–74 ans	18,4	25,0	7,2	13,0	17,1	31,8	8,8	17,3
75 ans et plus	31,1	32,2	14,2	16,7	20,7	38,7	12,5	18,5
<b>65 ans et plus</b>	<b>23,4</b>	<b>28,2</b>	<b>9,8</b>	<b>14,6</b>	<b>18,5</b>	<b>34,9</b>	<b>10,3</b>	<b>17,9</b>

<sup>1</sup> Maux de tête ou de dos, fatigue, troubles du sommeil et de la digestion, palpitations, douleurs dans la poitrine

nes de 75 ans ou plus présentent des prévalences plus élevées que les autres groupes de population considérés.

28% des femmes et 23% des hommes âgés de 65 ans ou plus ont qualifié leur santé de moyenne ou mauvaise, ce qui correspond à peu près à 296 000 personnes (189'000 femmes et 107'000 hommes).

La fréquence d'apparition de troubles physiques multiples au cours des quatre semaines est presque deux fois plus élevée chez les femmes de 65 ans ou plus (35%) que chez les hommes (19%) du même âge.

Les écarts entre ces deux groupes s'avèrent moins importants en ce qui concerne l'équilibre psychique. Avec l'âge, l'état psychique des hommes se détériore pour s'équilibrer avec celui des femmes.

Si l'on compare les situations de 1992, 1997 et 2002, il ressort que l'équilibre psychique des personnes âgées s'est nettement amélioré (T7.3). Par rapport à 1992, la part des personnes ayant un mauvais équilibre psychique a diminué de près de moitié pour passer de 23% à 13%. L'enquête sur la santé de 2002 indique également (en termes relatifs) qu'un peu moins de personnes souffraient de troubles physiques importants qu'il y a cinq ou dix ans. Conformément à ces résultats, l'état de santé autoévalué est aussi meilleur chez les personnes âgées

de 65 ans ou plus. Si en 1992, 29% et en 1997 30% d'entre elles estimaient être en mauvaise santé, cette proportion n'était plus que de 26% en 2002.

Mener une vie aussi autonome que possible sans être trop gravement entravé dans ses activités par des troubles d'ordre psychique ou physique est un objectif pour bien des personnes âgées. Parmi les personnes souffrant d'un problème de santé depuis plus d'un an, la prévalence est plus élevée chez les femmes âgées de 65 ans ou plus (29%) que chez les hommes du même âge (24%), comme l'indique le tableau T7.4. La situation est encore plus marquée pour les maladies chroniques traitées médicalement: sur trois femmes de 65 ans ou plus, deux suivent un traitement médical, tandis que chez les hommes, ce rapport est de trois sur cinq.

Aucune différence notable selon l'âge et le sexe n'apparaît chez les personnes qui ont souffert, au moins un jour au cours des quatre semaines d'une capacité d'action réduite due à des problèmes de santé. Par capacité d'action réduite, on entend que toutes les tâches n'ont pu être effectuées comme à l'accoutumée. Indépendamment de l'âge et du sexe, ce genre de handicap concerne entre 10 et 14% des personnes concernées.

### T7.3 Part des personnes âgées ne se sentant pas en bonne santé, ayant un mauvais équilibre psychique, souffrant de troubles physiques importants ou de fortes douleurs articulaires, selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002 (en %)

Age	Ne se sentent pas en bonne santé			Mauvais équilibre psychique			Troubles physiques importants <sup>1</sup>		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65–74 ans	27,1	27,3	22,2	22,1	16,6	10,6	28,2	29,0	25,6
75 ans et plus	33,3	34,1	31,8	23,5	17,3	15,8	34,0	30,6	31,9
<b>65 ans et plus</b>	<b>29,3</b>	<b>30,2</b>	<b>26,3</b>	<b>22,5</b>	<b>16,9</b>	<b>12,7</b>	<b>30,2</b>	<b>29,6</b>	<b>28,2</b>

<sup>1</sup> Maux de tête ou de dos, fatigue, troubles du sommeil et de la digestion, palpitations, douleurs dans la poitrine



#### T7.4 Part des personnes âgées souffrant d'un problème de santé chronique, de celles en traitement pour maladie chronique, et de celles ayant une capacité d'action réduite, selon l'âge et le sexe (en %)

Age	Problème de santé chronique <sup>1</sup>			En traitement pour maladie chronique <sup>2</sup>			Capacité d'action réduite <sup>3</sup>		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
65–74 ans	20,1	26,1	23,5	59,2	64,7	62,3	10,0	11,9	11,1
75 ans et plus	29,7	31,9	31,1	66,4	71,8	69,7	12,6	13,6	13,2
<b>65 ans et plus</b>	<b>23,9</b>	<b>28,7</b>	<b>26,8</b>	<b>61,9</b>	<b>67,6</b>	<b>65,3</b>	<b>11,0</b>	<b>12,6</b>	<b>12,0</b>

<sup>1</sup> Problème physique ou psychique durant depuis au moins un an

<sup>2</sup> en traitement chez un médecin durant 12 mois précédant l'enquête ou actuellement pour: hypertension, rhumatismes, rhume des foins/autres allergies, bronchite chron./emphysème, dépression nerveuse, maladie des reins/calculs rénaux, cancer/tumeurs, infarctus du myocarde, attaque

<sup>3</sup> au cours de 4 dernières semaines

Le diabète est analysé ici de façon plus détaillée pour illustrer une maladie chronique relativement fréquente à un âge avancé (T7.5). Un diabète a été diagnostiqué chez quelque 8% des femmes âgées de 65 ou plus vivant dans un ménage privé, et chez 11% des hommes du même groupe d'âges. Avec l'âge, la prévalence n'augmente que faiblement. Parmi les personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué par un médecin, une femme sur quatre et un homme sur cinq âgé de 65 ans ou plus prend de l'insuline.

La consommation de médicaments (T7.6) constitue une autre unité de mesure indirecte pour déterminer l'état de santé. A noter ici que la prise de somnifères et de calmants est un indice révélateur du bien-être psychique. Les femmes âgées sont une fois et demie (13%) plus nombreuses que les hommes (8%) à consommer chaque jour des somnifères et/ou des tranquillisants. Cette proportion augmente fortement au fil des années; elle atteint 15% chez les femmes âgées de 75 ans ou plus. Une tendance similaire peut être observée avec les analgésiques. En revanche, la prise de médicaments con-

tre les maladies cardio-vasculaires est à peu près aussi fréquente pour chaque sexe, bien qu'on constate également une augmentation avec l'âge.

Alors que les médicaments pour le système cardio-vasculaire sont presque exclusivement prescrits par un médecin, environ 10% des somnifères et des calmants sont achetés sans ordonnance, une part qui équivaut à 25% pour les analgésiques.

En prenant pour point de départ l'année 1992, une image hétérogène se dégage de la consommation de médicaments en l'espace de sept jours<sup>3</sup>. Dans l'ensemble, la part de personnes âgées qui ont pris un médicament, tous types confondus, pendant la période de référence a légèrement augmenté, de 68 à 71%. Cette faible progression est surtout imputable à la consommation plus importante de médicaments par le groupe des 65-74 ans (1992: 63%; 1997: 62%; 2002: 67%). Pour la catégorie de population de plus de 75 ans, aucune hausse n'a été observée depuis 1992 (1992: 78%; 1997: 77%; 2002: 75%).

#### T7.5 Part des personnes âgées diabétiques et de celles prenant de l'insuline, selon l'âge et le sexe (en %)

Age	Diabète diagnostiqué			Prise d'insuline		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
65–74 ans	9,9	7,5	8,5	24,9	26,4	25,7
75 ans et plus	12,5	9,3	10,4	15,4	25,9	21,5
<b>65 ans et plus</b>	<b>10,9</b>	<b>8,3</b>	<b>9,3</b>	<b>20,9</b>	<b>26,1</b>	<b>23,8</b>

#### T7.6 Part des personnes âgées qui prennent quotidiennement des médicaments<sup>1</sup>, selon le type de médicaments, l'âge et le sexe (en %)

Age	Somnifères et/ou calmants			Analgésiques			Médicaments pour le système cardio-vasculaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
65–74 ans	5,7	10,2	8,3	3,8	6,9	5,6	44,2	38,1	40,7
75 ans et plus	10,9	15,4	13,7	5,7	10,6	8,7	49,5	51,3	50,6
<b>65 ans et plus</b>	<b>7,8</b>	<b>12,5</b>	<b>10,6</b>	<b>4,5</b>	<b>8,5</b>	<b>6,9</b>	<b>46,3</b>	<b>44,0</b>	<b>44,9</b>

<sup>1</sup> Consommation sur 7 jour

<sup>3</sup> Le chapitre 2.2 contient également des informations relatives à cette évolution.

## 7.2 Limitations des activités de la vie quotidienne

Comme l'illustre le graphique G7.1, les personnes souffrant d'incapacités dues à l'âge peuvent voir leur qualité de vie baisser et, par conséquent, dépendre de diverses formes d'aide. Fait caractéristique ici, les divers types de handicap augmentent sensiblement avec l'âge, tandis qu'on ne constate guère de différences entre les sexes dans un même groupe d'âge. Environ 4% des 65-74 ans éprouvent une gêne pour marcher qui limite le trajet parcouru à 200 m ou moins. Cette proportion est de 10% chez les hommes âgés de 75 ans ou plus et de 16%, chez les femmes du même âge. Pour ce qui est des troubles de la vue, c.-à-d. la difficulté à lire un journal ou un livre, quelque 3% des hommes et 4% des femmes âgés sont concernés. La prévalence des troubles de l'ouïe (difficultés à suivre une conversation) est à peu près identique; elle est toutefois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, contrairement aux autres incapacités examinées (vue, déplacement à pied, activités de la vie quotidienne). Cette différence résulte vraisemblablement de l'exposition à un son continu dans le cadre de l'activité professionnelle exercée par le passé (travaux sur des machines) ou d'une brève exposition à de fortes émissions sonores (exercices de tirs dans le cadre de l'armée ou des loisirs).

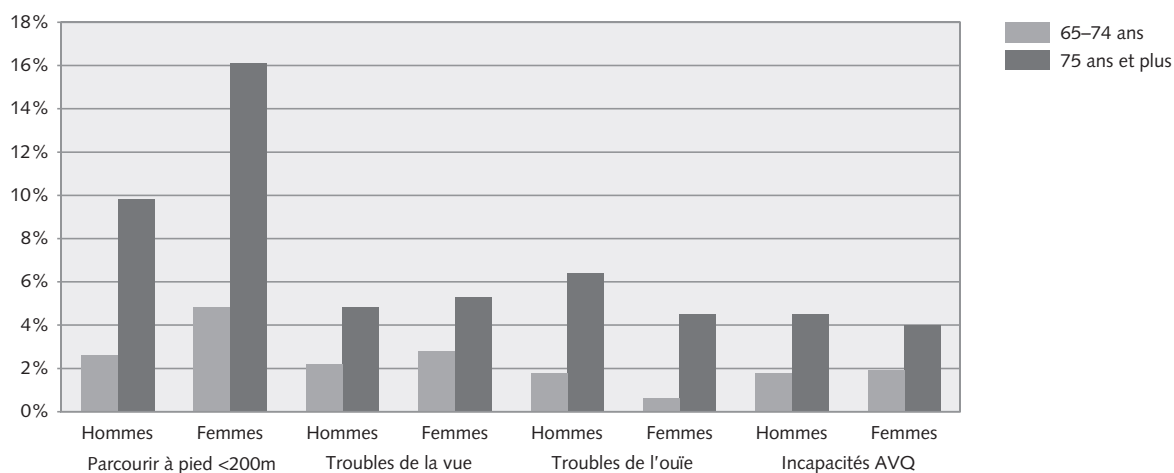
Afin de bien planifier les soins à domicile, il importe de déterminer les difficultés se présentant dans l'exercice

des activités de la vie quotidienne, abrégées AVQ (activities of daily living, ADL<sup>4</sup>). Les incapacités AVQ désignent les problèmes rencontrés pour s'habiller ou se déshabiller, manger, se laver, etc. Si l'on considère que les personnes requérant une aide éprouvent des difficultés à se nourrir, à sortir du lit, à s'habiller ou à se déshabiller, environ 2% de la population âgée de 65 à 74 ans vivant dans des ménages privés (soit quelque 11 000 personnes) se trouve dans ce cas. Chez les plus de 75 ans, cette part oscille entre 4 et 5% (à peu près 22 000 personnes).

Par ailleurs, 13% des personnes de plus de 65 ans (femmes: 15%; hommes: 11%) souffrent au minimum d'un handicap important, que ce soit au niveau de la vue, de l'ouïe, des déplacements à pied ou des AVQ. Cela correspond à 147 000 personnes vivant dans des ménages privés. Avec l'âge, la proportion de personnes touchées par une incapacité au moins augmente sensiblement. Dans la catégorie des 65-74 ans, cette part représente 8%; elle atteint environ 20% chez les personnes de plus de 75 ans.

Ces limitations fonctionnelles (dues à l'âge) ont légèrement diminué au cours de la dernière décennie, en particulier chez les personnes de 75 ans ou plus (T7.7). La prévalence des troubles de la vue a enregistré une forte baisse par rapport à 1992 et à 1997. Comme c'était le cas lors des deux précédentes enquêtes sur la santé, plus de 97% des personnes âgées qui vivaient à la maison n'éprouvaient aucune difficulté à effectuer leurs activités quotidiennes (AVQ) en 2002.

**Part des personnes âgées ayant une mobilité réduite, des troubles de la vue, de l'ouïe et des incapacités AVQ, selon l'âge et le sexe** G 7.1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

<sup>4</sup> Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 185: p. 914-9.

### T7.7 Part des personnes âgées ayant une mobilité réduite, des troubles de la vue, de l'ouïe et des incapacités AVQ, selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002 (en %)

Age	Parcourir à pied < 200m			Troubles de la vue			Troubles de l'ouïe			Incapacités AVQ <sup>1</sup>		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 ans	3,8	5,9	3,9	2,9	2,2	2,6	2,2	(1,5)	1,1	(1,7)	(1,8)	1,9
75 ans et plus	17,2	14,2	13,7	10,8	8,3	5,1	5,9	7,0	5,2	5,5	4,6	4,2
<b>65 ans et plus</b>	<b>8,4</b>	<b>9,4</b>	<b>8,0</b>	<b>5,6</b>	<b>4,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>3,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>

<sup>1</sup> Activités de la vie quotidienne

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

### T7.8 Taux d'hospitalisation au cours d'une année (en %), nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par habitant ou par patient, selon l'âge et le sexe

Age	Hospitalisés au cours 12 mois (en %)			Jours d'hospitalisation par habitant (population)			Jours d'hospitalisation par patient		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
65-74 ans	17,2	14,0	15,3	1,7	1,7	1,7	9,7	12,5	11,2
75 ans et plus	22,6	21,0	21,6	3,4	3,2	3,3	15,1	15,1	15,1
<b>65 ans et plus</b>	<b>19,3</b>	<b>17,1</b>	<b>18,0</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>12,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,2</b>

## 7.3 Recours aux prestations du système de santé

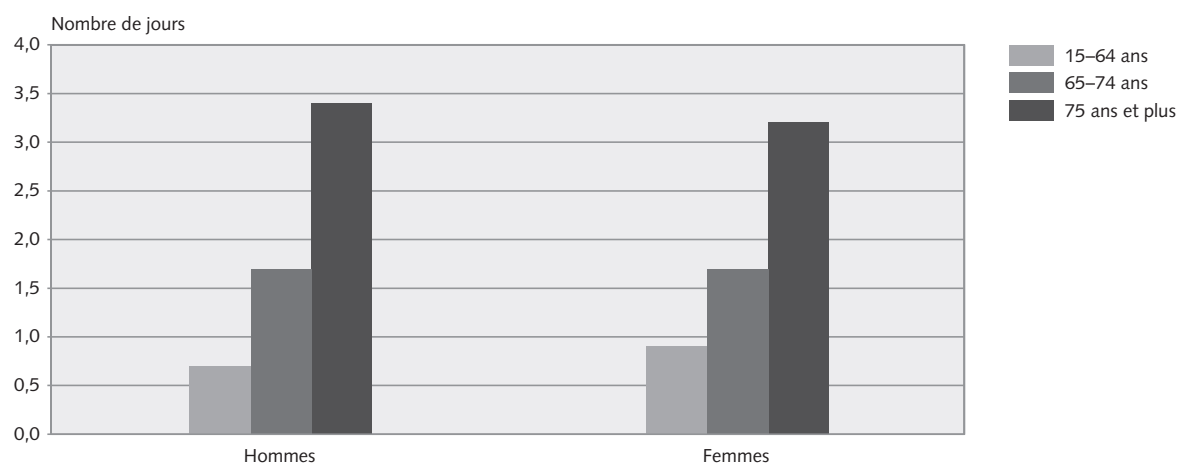
En 1992, 77% de la population âgée de 15 ans ou plus avait consulté un médecin au cours d'une année. Bien que ce pourcentage soit identique pour l'année 2002, des changements au sein des catégories d'âge ont pu être constatés par rapport à 1992. Ainsi, la part d'hommes et de femmes dans la catégorie des 65-74 ans ou des plus de 75 ans qui se sont rendus chez un médecin

(dentiste non compris) au cours des douze mois précédant l'enquête est plus élevée qu'en 1992 (total 65+: 1992: 83%; 2002: 88%). Chez les personnes de moins de 65 ans, une légère baisse des consultations a été observée par rapport à 1992 (total 15-64: 1992: 76%; 2002: 74%).

Près d'une personne sur cinq âgée de 65 ans ou plus a été hospitalisée au moins une fois au cours des douze mois (T7.8). La différence entre les femmes (17%) et les hommes (19%) est relativement faible ici.

### Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par habitant, selon l'âge et le sexe

G 7.2



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le graphique G7.2 indique le nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par âge et par sexe. La durée d'hospitalisation dépend davantage de l'âge que du sexe. Ainsi, plus une personne est âgée, plus l'hospitalisation moyenne est longue.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient se situait à environ 12 jours chez les hommes âgés et à 14 jours chez les femmes âgées. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes de 65 ans ou plus vivant dans des ménages privés au moment de l'enquête était de 2,4 jours pour les deux sexes, contre 0,7 jour chez les hommes de 15 à 64 ans et 0,9 jour chez les femmes de la même catégorie d'âge (voir chapitre 4 à ce sujet).

Lors de l'enquête de 1992, 16% des personnes âgées de 65 ans ou plus avaient été hospitalisées au moins une fois au cours des douze mois précédents, contre 18% (T7.9) en 1997 et en 2002. La proportion des personnes âgées hospitalisées au moins une fois en l'espace de douze mois a donc légèrement augmenté ces dix dernières années, tandis que la durée d'hospitalisation moyenne a nettement baissé durant la même période. Alors que cette dernière se situait encore à 22 jours en 1992, elle a presque diminué de moitié (13 jours) en une décennie. Cette évolution peut être attribuée à deux facteurs: d'une part, les traitements dispensés en ambulatoire sont plus fréquents. En effet, la proportion de personnes âgées traitées dans des polycliniques ou des cliniques de jour a augmenté depuis 1997. D'autre part, les hôpitaux (motivés par des incitations financières) veillent à garder les patients le moins longtemps possible. Le raccourcissement de la durée d'hospitalisation pourrait éga-

lement résulter de l'extension de l'offre des soins à domicile ces dernières années. Mais il pourrait aussi être révélateur d'une réduction du degré de gravité des maladies ou d'une amélioration générale de l'état de santé des personnes âgées.

L'offre de prestations du système de santé comprend également les soins à domicile. Le graphique G7.3 présente le recours aux soins à domicile sur une période de douze mois. Notons la forte progression chez les personnes à partir de 75 ans par rapport à la catégorie des 65-74 ans. Dans tous les groupes d'âge, les femmes font davantage appel aux services de soins à domicile que les hommes. Cet écart peut s'expliquer par le fait que les hommes nécessitant une aide sont souvent épaulés par leur partenaire, tandis que les femmes, en raison de leur veuvage plus précoce, ne peuvent plus compter sur le soutien de leur conjoint (en 2002, l'espérance de vie des hommes était inférieure d'environ six ans à celle des femmes).

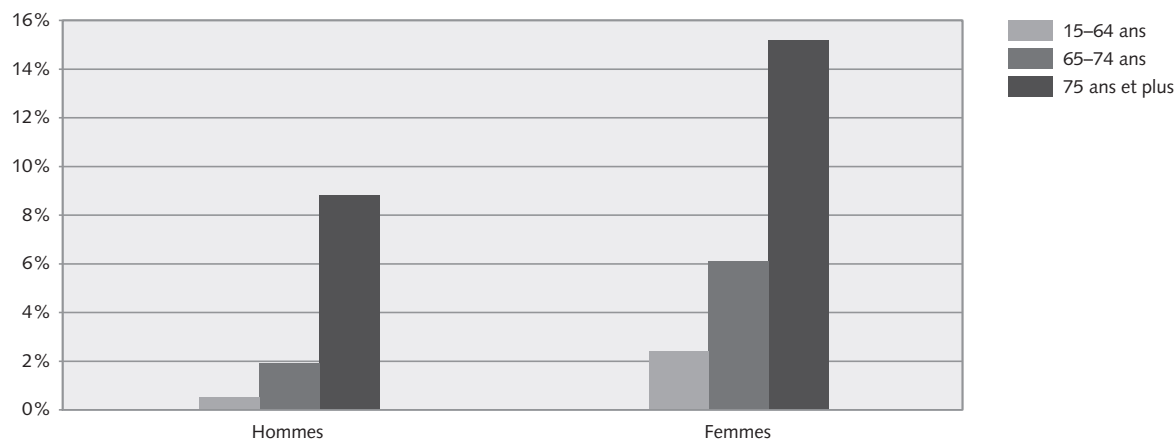
En l'espace d'un an, 15% des femmes de 75 ans ou plus vivant à la maison ont bénéficié de soins à domicile, contre 9% des hommes du même groupe d'âge. Dans la catégorie des 65-74 ans, cette proportion atteint 6% chez les femmes et 2% chez les hommes. Et 4% des personnes de 65 ans ou plus ont reçu des soins à domicile au cours des sept derniers jours. Par rapport à 1997, la part des personnes âgées qui ont sollicité les services de soins à domicile au cours des sept jours précédents est restée inchangée à 4% (1997: femmes 65+: 5%; hommes 65+: 3%; 2002: femmes 65+: 5%; hommes 65+: 2%).

### T7.9 Part des personnes âgées ayant subi une hospitalisation au cours d'une année (en %), et nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation, selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002

Age	Hospitalisation au cours 12 mois (en %)			Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 ans	14,1	16,8	15,3	22,5	13,6	11,2
75 ans et plus	19,4	19,4	21,6	20,6	15,3	15,1
<b>65 ans et plus</b>	<b>15,9</b>	<b>17,9</b>	<b>18,0</b>	<b>21,7</b>	<b>14,4</b>	<b>13,2</b>

### Part des personnes qui ont eu recours aux soins à domicile au cours d'une année, selon l'âge et le sexe

G 7.3



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le nombre des personnes très âgées au sein de la population va continuer à augmenter ces prochaines années en raison de l'allongement escompté de l'espérance de vie. Quant à savoir si cette évolution entraînera une augmentation des besoins en termes de soins à domicile, il n'est pas possible d'apporter une réponse catégorique à cette question. Certes, les personnes d'un âge avancé recourent davantage aux services de soins à domicile, mais leur état de santé est comparativement meilleur que par le passé.

#### 7.4 Aide informelle: qui a besoin d'aide, qui la fournit et sous quelle forme?

Il incombe à l'Etat de veiller à ce que chaque membre de la communauté reçoive au bon moment l'aide (médicale)

dont il a besoin<sup>5</sup>. L'Etat assume cette responsabilité dans la mesure où il met en place les structures requises ou contribue à les financer. Outre la mise à disposition d'un système de prise en charge formel adapté aux besoins des personnes d'un âge avancé (service de soins à domicile), la possibilité de recourir à une aide informelle en cas d'une détérioration de l'état de santé due à l'âge représente un aspect important, car elle permet d'éviter ou de retarder une hospitalisation durable ou l'admission dans un établissement médicosocial.

4% des femmes et des hommes de 65 à 74 ans ont déclaré avoir été aidés par un membre de leur famille ou un voisin au cours des sept jours précédents (T7.10). Dans la catégorie des 75 ans ou plus, cette part se situait à 14%. Au total, 87 000 personnes ont bénéficié de ce type de soutien.

#### T7.10 Part des personnes âgées ayant bénéficié d'une aide informelle au cours d'une semaine, selon la personne ayant fourni de l'aide, le genre d'aide reçue et l'âge (en %)

Age	Aide reçue	Qui a fourni de l'aide? (% de fois citées)				Genre d'aide (% de fois citées)			
		Partenaire	Fille/fils	Autre membre de la famille	Voisins/ connaissances	Courses, ménage, repas	Transport/ compagnie	Questions administratives	Autres formes (soins, p. ex.)
65-74 ans	4,0	(26,2)	41,8	(9,4)	22,6	62,8	(15,8)	(6,0)	(15,4)
75 ans et plus	13,6	20,7	32,5	17,0	29,8	57,9	15,3	11,2	15,6
<b>65 ans et plus</b>	<b>7,7</b>	<b>22,5</b>	<b>35,4</b>	<b>14,6</b>	<b>27,5</b>	<b>59,6</b>	<b>15,4</b>	<b>9,4</b>	<b>15,6</b>

Les chiffres entre parenthèses se basent sur moins de 30 observations.

<sup>5</sup> Abelin Th, Santos-Eggimann B (2002): Objectif 5: Vieillir en bonne santé. Dans: Société suisse de santé publique (éd): Buts pour la santé en Suisse – la santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle (OMS Europe), Berne. P. 18-19.

La proportion de femmes âgées qui ont bénéficié d'une aide informelle est, avec 5%, deux fois plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge. Une femme sur six âgée de 75 ans ou plus a pu compter sur le soutien d'un membre de sa famille ou de voisins au cours de la semaine précédant l'enquête.

Dans les deux catégories d'âge, les prestations d'aide informelle sont principalement fournies par les enfants. L'âge avançant, on constate que le soutien apporté par des voisins ou connaissances ainsi que par d'autres membres de la famille augmente légèrement, alors que l'aide reçue des partenaires ou conjoints diminue quelque peu, car ceux-ci ont eux-mêmes besoin d'être soutenus ou sont décédés.

Près de 60% de l'aide informelle concerne les activités domestiques (courses, ménage, repas). Assurer la mobilité des personnes âgées (transport) et leur tenir compagnie représentent 15% des prestations informelles. Quant aux tâches administratives, elles entrent pour 10% dans ce type d'aide. Les 15% restants sont composés de prestations telles que soins, prise en charge des autres membres de la famille, soutien financier ou fonction d'intermédiaire pour trouver de l'aide ou une organisation.

Si, pour les personnes malades ou infirmes, il est important d'avoir quelqu'un qui les soigne, s'occupe de leurs tâches ménagères ou administratives, il apparaît aussi essentiel de pouvoir se confier à un interlocuteur privilégié en cas de problèmes personnels (psychiques). S'agissant de la présence d'une personne de confiance, on observe une certaine stabilité au cours des ans (T7.11): la proportion de personnes âgées n'ayant pas de confident oscillait, indépendamment du sexe, entre 7 et 9% lors des trois enquêtes. Et 3% d'entre elles regrettaient de ne pas avoir quelqu'un à qui se confier.

Nombre de personnes âgées (entre 29 et 41%) sont membres d'une association, d'un club ou d'un parti. La possibilité de nouer des contacts au sein de telles structures et, partant, d'éviter un isolement éventuel, constitue un facteur fondamental. Au cours des dix dernières années, la proportion de personnes âgées qui faisaient partie d'une association est plus ou moins restée inchangée.

## 7.5 Conclusions

En Suisse, la majorité des femmes (90%) et des hommes (95%) âgés sont en assez bonne santé pour pouvoir vivre dans des ménages privés (recensement de 2000). Un grand nombre de ces personnes ne dépendent d'aucune aide extérieure et peuvent apprécier la fin de leur vie sans être entravées dans leurs activités par de graves problèmes de santé. Une personne sur deux âgée entre 65 et 74 ans (femmes 53%, hommes 45%) et 46% des personnes de plus de 75 ans (femmes 45%, hommes 47%) sont en assez bonne santé pour aider régulièrement d'autres personnes.

Les variables présentées ici indiquent que l'état de santé des femmes âgées est, à quelques exceptions près, moins bon que celui des hommes âgés. Cette différence entre les sexes existe aussi dans les groupes d'âge plus jeunes. En dépit de leur plus mauvais état de santé, l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes. Ceci vaut également pour l'espérance de vie en bonne santé. En théorie, divers facteurs permettent d'expliquer ces disparités. La durée de survie des hommes malades est probablement inférieure à celle des femmes malades. Autre possibilité: les maladies contractées par les hommes sont en moyenne plus graves que celles dont souffrent les femmes. Quant à savoir si et

### T7.11 Part des personnes âgées qui n'ont pas de confident, des personnes qui regrettent cette absence et des personnes membres d'une association, selon l'âge, en 1992, 1997 et 2002 (en %)

Age	Absence de confident			Absence regrettée			Membre association, club, parti		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 ans	9,1	9,4	7,7	3,5	4,2	2,3	41,2	40,2	41,2
75 ans et plus	8,8	9,3	7,4	3,1	5,4	2,8	32,0	31,1	29,0
<b>65 ans et plus</b>	<b>9,0</b>	<b>9,4</b>	<b>7,6</b>	<b>3,4</b>	<b>4,7</b>	<b>2,5</b>	<b>38,0</b>	<b>36,4</b>	<b>36,0</b>

dans quelle mesure le fait de ne plus avoir une vie comblée (p. ex. retraite pour les hommes) exerce une influence sur l'état de santé et l'espérance de vie, cela est quasiment impossible à dire (ou à quantifier). On part, par ailleurs, du postulat que des facteurs biologiques ou sociaux (p. ex. la situation familiale ou professionnelle, le comportement en matière de santé) sont susceptibles d'expliquer les écarts constatés entre les sexes<sup>6</sup>.

Des indicateurs de santé analysés dans ce chapitre, il ressort que l'état de santé des femmes et des hommes âgés vivant en Suisse s'est amélioré au cours des dix dernières années, conformément aux résultats obtenus dans d'autres études. La part des personnes âgées qui déclarent se sentir en mauvaise santé est inférieure à celle observée il y a cinq ans ou dix ans. On constate en outre une nette amélioration de l'équilibre psychique et une diminution des handicaps (troubles de la vue, de l'ouïe, gêne pour se déplacer à pied, incapacités AVQ). Si cette tendance positive devait se confirmer en Suisse, il faut s'attendre à un allongement des années de vie exemptes de tout handicap ou à une augmentation de l'espérance de vie sans problèmes de santé.

L'amélioration de l'état de santé des personnes âgées devrait en fait réduire le recours aux prestations du système de santé (médecin, hôpital et soins à domicile), mais ce n'est pas le cas. La proportion des personnes âgées qui ont consulté un médecin est restée stable par rapport à 1992. Et la part de celles qui ont été hospitalisées a aussi augmenté, même si la durée des hospitalisations a diminué. Le recours aux services de soins à domicile n'a pas non plus reculé. Quant à la part des personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont pris des médicaments au cours des sept derniers jours, elle a progressé par rapport à 1992. Le recours accru aux prestations du système de santé devrait expliquer, du moins en partie, l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans ou plus.

<sup>6</sup> A ce sujet, voir OFSP (2004): Frauengesundheit – Männergesundheit. [http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/fm\\_gesundheit\\_lang.pdf](http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/fm_gesundheit_lang.pdf) (accès le 24.03.2005).









# Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

<i>Moyen de diffusion</i>	<i>N° à composer</i>
Service de renseignements individuels	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'OFS sur Internet	www.statistique.admin.ch
Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents	www.news-stat.admin.ch
Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banque de données (accessible en ligne)	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

La liste des publications, mise à jour régulièrement, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Elle se trouve sur Internet à l'adresse [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) → Actualités → Publications.

## Santé

- Enquête suisse sur la santé, Premiers résultats, Dépliant, Neuchâtel 2003, no de commande 213-0202
- Enquête suisse sur la santé 2002, Tableaux standards niveau suisse, CD-Rom, Neuchâtel 2004, no de commande 213-0205-01, Fr. 300.– prix de base (pour usage commercial, prix sur demande)
- Enquête suisse sur la santé 2002, Rapport de méthodes, Neuchâtel 2005, no de commande 338-0030, 69 pages, gratuit
- Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997, Neuchâtel 2000, no de commande 213-9702, 125 pages, Fr. 19.–
- Enquête suisse sur la santé, Inégalité sociale et santé en Suisse, Exploitation spéciale du questionnaire sur la santé 1997, Neuchâtel 2002, no de commande 213-9707, 115 pages, Fr. 16.–
- Statistique de causes de décès, Causes de mortalité 2001 et 2002, Neuchâtel 2005, no de commande 069-0200, 72 pages, Fr. 9.–
- Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue, Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002, Neuchâtel 2004, no de commande 229-0200, Fr. 12.–
- Coût et financement du système de santé en 2002, Résultats détaillés 2002 et évolution récente, Neuchâtel 2004, no de commande 026-0200, 67 pages, Fr. 10.–
- Coûts de la santé en Suisse, Evolution de 1960 à 2000, statSanté 1/2003, Neuchâtel 2003, no de commande 515-0301, 30 pages, gratuit
- Statistique médicale 2003, Tableaux de la statistique de la santé 2003, Résultats (tableaux standards), Actualités OFS, Neuchâtel février 2005, no de commande 532-0501-05, gratuit
- Statistique des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003, tableaux des statistiques de santé, résultats (tableaux standard), Actualités OFS, Neuchâtel février 2005, no de commande 532-0502-05, gratuit
- Emploi dans le domaine de la santé, Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises 1995, 1998 et 2001, StatSanté 2/2004, no de commande 515-0402, gratuit

Ce rapport dresse un bilan de santé de la population résidante de Suisse. Il décrit l'état de santé et les comportements pouvant avoir une influence sur la santé en considérant l'âge et le sexe des personnes. Une attention particulière a été accordée dans cette publication à la situation des jeunes et des personnes de 65 ans et plus au plan de la santé. La description du recours aux services du système de santé et aux aides informelles ainsi que la relation entre travail et santé complètent le tableau. Réalisée tous les 5 ans, l'Enquête suisse sur la santé fait partie du programme pluriannuel de la statistique fédérale. L'enquête de 2002, la troisième après celles de 1992 et 1997, a été menée auprès de 19'700 personnes environ.

Ce rapport est le premier à décrire en détail les changements qui se sont produits en Suisse entre 1992 et 2002 dans l'état de santé et le comportement de la population en la matière.

Cette publication s'adresse aussi bien aux professionnels de la santé qu'au grand public.

*N° de commande*

213-0207

*Commandes*

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

*Prix*

14 francs (TVA excl.)

ISBN 3-303-14091-X

