



Santé

1291-1200

Statistiques de la santé 2012

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

- 0** Bases statistiques et généralités
- 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** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education et science
- 16** Culture, médias, 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

Statistiques de la santé 2012

Rédaction Section Santé

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: e-mail: gesundheit@bfs.admin.ch, tél. 032 713 67 00

Comité de pilotage: Ulrich Wagner (responsable), Marco D'Angelo

Direction de projet: Jean-François Marquis

Conception et rédaction: David Altwegg, Jean-François Marquis

Auteurs et auteurs: David Altwegg, Tania Andreani, Sylvie Berrut, Pascale Gazareth, Eveline Hüttner, Martine Kaeser, Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis, Raymond Rossel, Elodie Roy, Giovanni Teotino, Natascha Wyss

Relecture: Walter Weiss

Cartes: ThemaKart, OFS

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: 1291-1200

Prix: 23 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: OFS; concept: Netthoewel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme/Layout: Section DIAM, Prepress / Print

Copyright: OFS, Neuchâtel 2012
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14179-3

Table des matières

Avant-propos	5	4.5 Accidents	57
L'essentiel en bref	7	4.6 Santé reproductive	59
1 Introduction	11	4.7 Santé de groupes particuliers	62
2 Conditions cadre	13	4.7.1 Nouveau-nés	62
3 Déterminants de la santé	16	4.7.2 Jeunes de 11 à 15 ans	63
3.1 Revenu et intégration sociale	16	4.7.3 Personnes âgées	65
3.2 Emploi et conditions de travail	17	4.7.4 Migrants	67
3.3 Environnement naturel	20	5 Système de santé	71
3.4 Conditions d'habitat	20	5.1 Hôpitaux	71
3.5 Comportements en matière de santé	21	5.2 Etablissements médico-sociaux	76
3.5.1 Activité physique	21	5.3 Institutions spécialisées	79
3.5.2 Alimentation	22	5.4 Prise en charge ambulatoire	80
3.5.3 Tabac	24	5.5 Aide et soins à domicile	83
3.5.4 Alcool	25	5.6 Aides informelles	85
3.5.5 Drogues illicites	26	5.7 Emplois et professions de la santé	86
4 Etat de santé et recours aux soins	28	5.8 Coûts du système de santé	88
4.1 Espérance de vie et santé	28	6 Financement du système de santé	90
4.2 Santé physique	35	7 Annexes	93
4.2.1 Maladies cardiovasculaires	35	7.1 Abréviations	93
4.2.2 Diabète	39	7.2 Glossaire	94
4.2.3 Excès de poids	40	7.3 Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé	98
4.2.4 Cancer	41	7.4 Bibliographie	100
4.2.5 Maladies de l'appareil musculo-squelettique	46		
4.2.6 Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire	48		
4.3 Santé psychique	50		
4.4 Handicap	54		

Avant-propos

La santé occupe une place de premier plan dans les préoccupations individuelles comme dans l'action des collectivités publiques. Des ressources croissantes lui sont directement consacrées, équivalentes à 10,9% du produit intérieur brut (PIB) en 2010.

Le développement de notre système de santé et son financement sont également des sujets politiques importants. Est-ce que les investissements effectués dans ce domaine ont vraiment contribué à améliorer l'état de santé de la population? Quelles sont les maladies dont l'importance s'est accrue au cours des dernières années et qui exigent une attention particulière? Dans quelle mesure les politiques de prévention, les normes environnementales ou encore les aménagements du droit du travail contribuent-ils à créer un cadre plus favorable pour la santé? Qui assume quelle part des dépenses de santé?

Une politique de la santé appropriée et efficace doit pouvoir disposer de bases fiables pour ses décisions. L'Office fédéral de la statistique y contribue de manière importante en fournissant une grande partie des données concernant ce domaine. Il coordonne les statistiques sanitaires au sein de la Confédération, en collaboration avec

les cantons. Jusqu'à aujourd'hui, il n'y avait pas de recueil présentant de manière synoptique l'ensemble des données statistiques disponibles en Suisse sur ce thème. La présente publication offre un tel survol. Les pages qui suivent permettent de prendre connaissance des principales données disponibles concernant la santé de la population et le recours aux soins, les conditions cadre et les déterminants qui les influencent, le système de santé, son coût et les modalités de son financement. Nous espérons ainsi apporter un éclairage supplémentaire sur notre système de santé.

Neuchâtel, décembre 2012

Jürg Marti
Directeur

L'essentiel en bref

La santé occupe une place de premier plan dans les préoccupations individuelles comme dans l'action des collectivités publiques. La présente publication offre une vue d'ensemble des données statistiques disponibles au sujet de la santé de la population et des déterminants qui l'influencent, ainsi que du système de santé, de son coût et de son financement.

Déterminants de la santé

Revenu et intégration sociale	Disposer d'un revenu suffisant et être intégré socialement influe sur la possibilité de mener une vie saine et d'avoir accès au système de santé. En 2010, 14% de la population de 16 ans et plus vivant en ménage privé étaient à risque de pauvreté et près de 6% étaient exposés à des privations matérielles.	p. 16
Emploi et conditions de travail	L'insécurité de l'emploi et le chômage, de même que de mauvaises conditions de travail accroissent le risque d'atteintes à la santé physique ou psychique ainsi que le risque d'accidents. En 2007, 14% des personnes salariées âgées de 25 à 64 ans déclaraient avoir peur de perdre leur emploi.	p. 17
Nuisances sur le lieu d'habitation	53% de la population déclaraient en 2007 être exposés à des nuisances sur leur lieu d'habitation, les plus fréquentes étant celles liées aux transports et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage.	p. 20
Activité physique	Une activité physique régulière est bénéfique à la santé. En 2007, 41% de la population avaient durant leurs loisirs une activité physique correspondant aux recommandations. Cette proportion est en hausse depuis 2002 (36%).	p. 21
Alimentation	Une alimentation déséquilibrée peut accroître le risque de surpoids, de cancer, de diabète ou de maladies cardiovasculaires. Les femmes font davantage attention à leur alimentation que les hommes (77% contre 63% en 2007). Elles sont également plus nombreuses que les hommes à manger des fruits ou des légumes au moins une fois par jour (83% contre 68%).	p. 22
Tabagisme	Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, ainsi que pour plusieurs cancers (poumon, œsophage, etc.). Environ 15% des décès en Suisse sont imputables à des maladies en lien avec la fumée. Les hommes fument davantage que les femmes (32% contre 24% en 2007). La part des fumeurs est la plus élevée parmi les hommes de 15 à 34 ans.	p. 24
Alcool	La consommation excessive d'alcool est une cause importante d'atteinte à la santé et de décès prématurés. 6% des hommes et 5% des femmes avaient en 2007 une consommation d'alcool représentant un risque moyen à élevé pour la santé. La part des personnes hospitalisées suite à une intoxication aiguë à l'alcool a augmenté entre 2002 et 2010, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans.	p. 25

Etat de santé

Espérance de vie	En 2010, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,2 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes. Elle a doublé depuis 1876 et est une des plus élevées au monde. L'espérance de vie varie selon la position sociale. Dans les années 90, elle était de 73,3 ans pour un homme de 30 ans avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire, contre 80,4 ans pour son contemporain avec une formation universitaire.	p. 28
Santé auto-évaluée	87% de la population considéraient en 2007 que leur santé était bonne ou très bonne. Cette proportion diminue avec l'âge mais était encore de 65% parmi les personnes âgées de 75 ans et plus.	p. 30
Maladies cardiovasculaires	Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès, surtout parmi les personnes très âgées. Entre 45 et 64 ans, les hommes sont presque trois fois plus nombreux que les femmes à en décéder (1106 contre 347): les infarctus du myocarde et les autres cardiopathies ischémiques sont la principale cause de cette différence. Entre 1995 et 2010, les taux de mortalité standardisés pour l'infarctus aigu du myocarde et pour l'attaque cérébrale ont diminué de moitié.	p. 35
Diabète et excès de poids	Le diabète est une maladie chronique qui accroît le risque de maladies cardiovasculaires, notamment. En 2007, un médecin l'avait diagnostiqué chez 5% de la population, cette proportion augmentant avec l'âge. La part de la population en excès de poids, autre facteur de risque des maladies cardiovasculaires, s'est stabilisée en Suisse entre 2002 et 2007 (37%).	p. 39
Cancer	Le cancer est globalement la deuxième cause de décès, la première entre 45 et 84 ans. Quatre personnes sur dix vont développer un cancer au cours de leur vie. Les cancers de la prostate chez l'homme, du sein chez la femme, ainsi que ceux du poumon et du côlon-rectum représentent un peu plus de 50% des nouvelles tumeurs diagnostiquées. Les chances de guérison du cancer chez l'enfant se sont nettement améliorées, passant de moins de 20% en 1950 à 80% aujourd'hui.	p. 41
Maladies de l'appareil musculo-squelettique	Les maladies de l'appareil musculo-squelettique sont la deuxième cause d'hospitalisation (14% du total). Les poses de prothèses ont fortement augmenté entre 2002 et 2010: +37% pour celles de la hanche et +98% pour celles du genou.	p. 46
Santé psychique	Une très grande majorité de la population ressent beaucoup plus souvent des émotions positives, comme être calme ou heureux, que négatives, comme être déprimé ou très nerveux. En 2007, 5% de la population étaient en traitement pour des problèmes psychiques.	p. 50
Handicap	26% de la population connaissaient en 2007, en raison d'un problème de santé, des limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle (travail, ménage). Ces limitations sont le plus souvent légères: seuls 7% de la population indiquent être fortement limités. Elles augmentent avec l'âge, en fréquence et en gravité.	p. 54
Accidents	Les accidents sont une des principales causes de mortalité prématurée et d'hospitalisation. Le plus grand nombre de personnes sont blessées dans le cadre de l'habitat ou des loisirs, ainsi que lors d'activités sportives (respectivement 605'560 et 308'200 par an en moyenne pour la période 2006–2010). 327 personnes ont été tuées et près de 90'000 blessées lors d'accidents de la circulation en 2010. 267'000 personnes actives ont également été victimes d'un accident de travail en 2010.	p. 57
Mortalité infantile	Après avoir fortement diminué durant des décennies, la mortalité infantile s'est stabilisée entre 4 et 4,5 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Les décès infantiles concernent avant tout des enfants avec un très faible poids de naissance ou nés avec une prématurité importante. Les naissances avant 28 semaines de grossesse représentent ainsi 0,3% des naissances vivantes, mais 45% des cas de mortalité infantile.	p. 62
Personnes de 65 ans et plus	Durant l'année 2010, 8% des personnes de 65 ans et plus (109'197) vivaient pour une longue durée (trente jours et plus) dans un établissement médico-social (EMS). Cette proportion augmente fortement avec l'âge. Les personnes âgées en EMS souffrent beaucoup plus souvent que celles à domicile de limitations fonctionnelles (vue, ouïe, locomotion, parole) et de limitations dans les activités de la vie quotidienne (faire sa toilette, s'habiller, manger, etc.). 53% des personnes résidant en EMS sont atteintes de démence, de dépression ou de ces deux maladies à la fois.	p. 65

Système de santé

Hôpitaux	En 2010, 299 hôpitaux (avec 482 sites) mettaient à disposition 38'852 lits, ce qui correspondait en moyenne à 4,9 lits pour 1000 habitants. Les services de soins aigus représentaient 63% des lits disponibles, la psychiatrie 19% et la réadaptation/gériatrie 18%. Entre 2000 et 2010, le nombre de lits a diminué de 12,8%.	p. 71
Etablissements médico-sociaux	1523 établissements médico-sociaux offraient 90'116 places d'hébergement pour des personnes âgées en 2010, ce qui correspondait à un taux de 67,8 places pour 1000 personnes de 65 ans et plus.	p. 76
Institutions spécialisées	Les 768 institutions spécialisées pour la prise en charge des personnes handicapées, dépendantes ou souffrant de troubles psychosociaux comptabilisaient en 2010 quelque 27'100 places d'hébergement et 24'300 places pour externes.	p. 79
Médecins et dentistes	16'232 médecins pratiquaient en 2011 dans le secteur ambulatoire. On comptait par ailleurs 4123 dentistes en activité. En 2007, 80% de la population ont consulté au moins une fois un médecin et 65% un dentiste.	p. 80
Aide et soins à domicile	En 2010, 1162 fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile (organisations à but non lucratif, entreprises à but lucratif ainsi qu'infirmières indépendantes) ont fourni des prestations à 245'636 clients. 47% des bénéficiaires de l'aide et des soins à domicile avaient 80 ans et plus.	p. 83
Emploi dans le domaine de la santé	En 2008, 541'800 personnes étaient actives dans le domaine de la santé, ce qui représente 13,5% de l'emploi total. Ce chiffre comprend les personnes travaillant dans l'industrie pharmaceutique et dans celle des appareils médico-techniques. Entre 1985 à 2008, la progression de l'emploi dans le domaine de la santé a été forte et régulière (3,1% par an), contre 0,9% pour l'ensemble de l'économie.	p. 86
Coûts du système de santé	Les coûts du système de santé se sont élevés à 62,5 milliards de francs en 2010. Cela correspond à une dépense de 661 francs par mois et par habitant: 45% couvrent des soins en milieu hospitalier (soins aigus, réadaptation, soins de longue durée), 33% des soins ambulatoires et 12% l'achat de médicaments ou d'appareils thérapeutiques. Les dépenses de santé sont passées de 7,9% du produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 10,9% en 2010.	p. 88

Financement du système de santé

Financement selon le régime	En 2010, 41,8% des dépenses de santé étaient financées par les assurances sociales, dont 35,2% par la seule assurance-maladie de base (LAMal). Les ménages privés étaient le second régime de financement le plus important, avec 25,1% du total. Quant aux pouvoirs publics, ils assumaient 19% de la facture.	p. 90
Financement selon la source	Lorsqu'on considère la répartition de la charge financière entre les trois agents économiques de base (Etat, entreprises, ménages), elle se présentait ainsi en 2010: 61,3% du financement du système de santé étaient assumés par les ménages privés (cotisations à l'assurance-maladie incluses), 31,8% par les pouvoirs publics et 6,9% par les entreprises (cotisations aux assurances sociales).	p. 91

1 Introduction

Notre santé dépend de nombreux facteurs, comme l'environnement social et naturel, les conditions de travail, la qualité de l'habitat, les habitudes et comportements adoptés en matière de santé, sans oublier les prédispositions génétiques. Lorsqu'elle se dégrade, nous recourons aux soins de médecins ou d'autres professionnels de la santé, fournis dans le cadre d'institutions très diverses. Cela suppose l'existence d'infrastructures, dotées d'un personnel bénéficiant de qualifications spécifiques, et dont le financement est assuré par les différents acteurs concernés. Le domaine de la santé comprend donc plusieurs dimensions et il est en relation, plus ou moins étroite, avec de nombreuses caractéristiques démographiques, sociales, économiques, politiques, culturelles ou environnementales d'une société. Pour le présenter de manière intelligible, il est par conséquent nécessaire de l'ordonner selon une structure claire. C'est dans ce but que l'Office fédéral de la statistique (OFS) a établi un schéma de structure de la statistique de la santé. Ce schéma est bâti sur quatre piliers – les déterminants de la santé, l'état de santé de la population, le recours aux soins et le système de santé – et sur les interactions intervenant entre eux ainsi qu'avec les conditions cadre (G1.1). Il sert de base pour l'organisation du présent rapport.

Structure du rapport

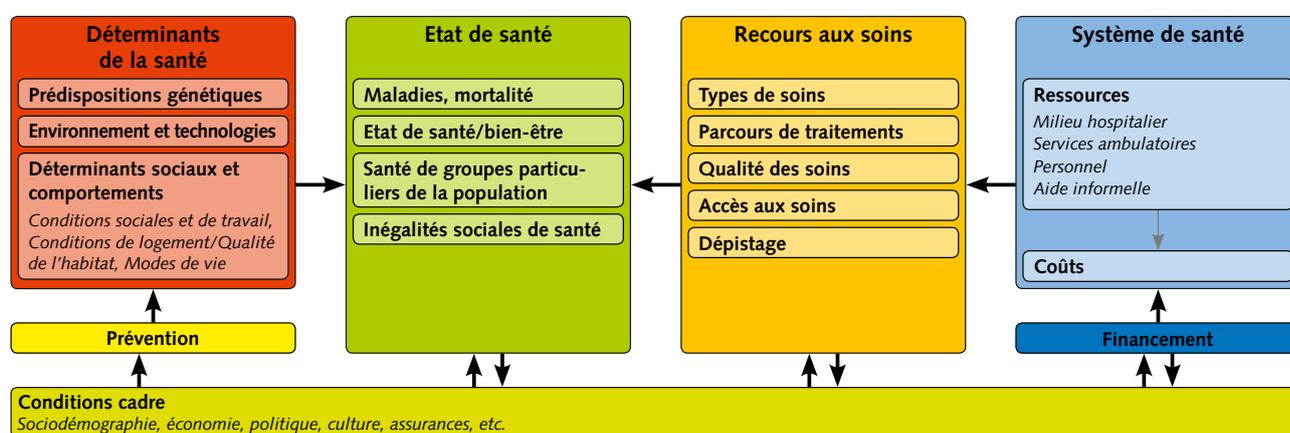
Le présent rapport est divisé en cinq chapitres, abordant successivement les conditions cadre, les déterminants de la santé, la santé de la population et le recours aux soins, le système de santé et, finalement, son financement. Les annexes comprennent une liste des abréviations, un glossaire, une présentation des sources de données ainsi qu'une bibliographie.

Deux des piliers du schéma de structure de la statistique de la santé sont moins développés dans les pages qui suivent:

- Les déterminants de la santé englobent potentiellement l'ensemble de l'environnement naturel et social. Leur présentation exhaustive déborderait hors du format de cette publication. De plus, seule une partie de ces déterminants et des relations qu'ils peuvent entretenir avec l'état de santé sont documentés par des statistiques nationales. Le chapitre qui leur est consacré se limite par conséquent à en illustrer quelques dimensions importantes.
- Les données relatives au recours aux soins sont parcellaires. Les prises en charge dans le secteur ambulatoire (cabinets privés de médecins ou d'autres professionnels de la santé, etc.), de loin les plus fréquentes,

Structure de la statistique de la santé

G 1.1



© OFS

feront ces prochaines années l'objet d'une statistique systématique, comme c'est le cas pour les hospitalisations. Les données pour documenter pleinement des dimensions comme les parcours de traitements ou la qualité des soins manquent encore à ce jour. Pour ces motifs, le présent rapport ne comprend pas de chapitre spécifique consacré au recours aux soins. Les données relatives aux hospitalisations, lorsqu'elles livrent des informations sur la morbidité ou sur le dépistage de maladies, sont intégrées au chapitre sur la santé de la population. Les autres données disponibles concernant le recours aux soins figurent dans le chapitre consacré au système de santé. Cette situation est appelée à évoluer dans les prochaines éditions de ce rapport, avec l'enrichissement des statistiques disponibles.

Présentation des données

Toutes les données se rapportent au territoire helvétique et à la population qui y vit, sauf mention particulière. Il a été possible de prendre en considération celles publiées jusqu'en septembre 2012, couvrant l'année 2010 (2011 pour certaines enquêtes). Sinon, les données proviennent de l'enquête suisse sur la santé portant sur l'année 2007. Les données de l'enquête suisse sur la santé réalisée en 2012 seront intégrées dans la prochaine édition de ce rapport. Les données des graphiques de la publication sont mises à disposition sous forme de dossier électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch → Thèmes → 14-Santé → Publications).

2 Conditions cadre

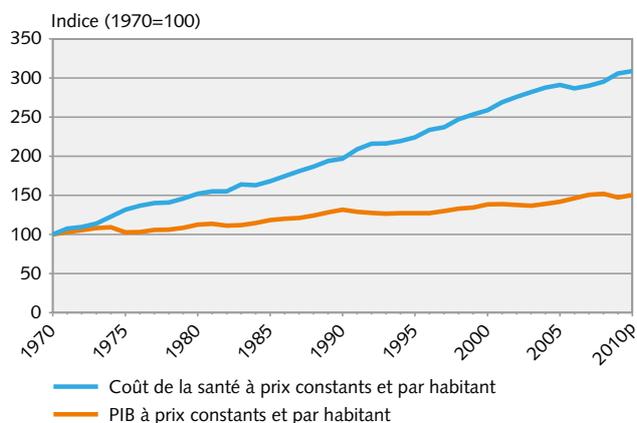
L'évolution de l'état de santé de la population et les changements dans le système de santé interviennent dans un cadre qui est déterminé, en particulier, par le contexte économique, les changements sociodémographiques ainsi que les politiques sociales et sanitaires mises en œuvre par les autorités fédérales et cantonales.

Depuis 1970, le produit intérieur brut (PIB) à prix constants et par habitant a crû de près de 50% (G2.1). L'accroissement de la richesse d'une société lui permet de consacrer une part croissante de ses ressources à des biens et des services contribuant à améliorer le niveau de vie et la santé de la population. Au cours des quatre dernières décennies, les dépenses de santé par habitant ont ainsi été multipliées par trois (> chapitre 5.8). L'augmentation du niveau de vie et l'amélioration des soins garantis par le système de santé ont permis une amélioration générale de l'état de santé de la population, qui s'est traduite en particulier par un accroissement constant de l'espérance de vie (> chapitre 4.1). A son tour, cette évolution a vraisemblablement concouru à l'accroissement de la capacité productive de la société, ce qui en retour contribue au financement du système de santé.

La taille de la population et sa structure jouent un rôle important pour le volume du recours aux prestations du système de santé. Entre 1970 et 2010, la population résidant en Suisse a augmenté d'un quart, passant de 6,2 à 7,9 millions d'habitants (G2.2). Sa structure démographique s'est également modifiée: le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a été multiplié par presque trois et demi, et celui des personnes âgées de 65 à 79 ans par un et demi. Dans le même temps, le nombre de personnes de moins de 20 ans a reculé de 15%. La part croissante des personnes plus âgées s'explique par la combinaison de deux facteurs. D'une part, aux générations de l'après-guerre, nombreuses, a suivi dès le début des années 1970 un recul sensible du nombre des naissances («effet de cohorte»). D'autre part, l'espérance de vie s'est allongée de manière continue durant toute la période. La proportion croissante des personnes âgées dans la population va de pair avec l'importance grandissante des maladies chroniques et avec des changements dans la demande en matière de soins et de prise en charge médicale.

Conditions cadre économiques

G 2.1



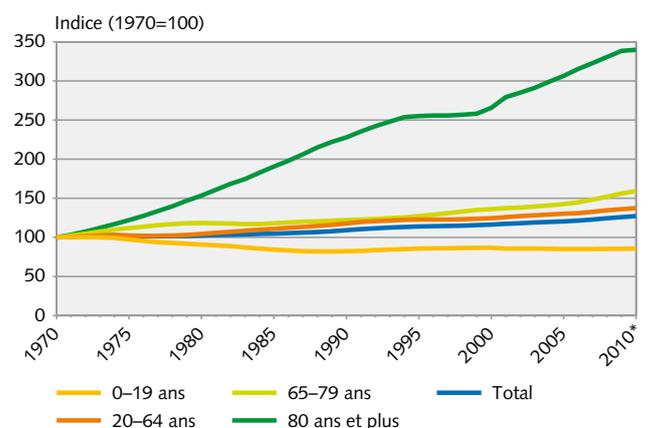
p: données provisoires

Source: OFS, CN et COU

© OFS

Effectif de la population selon le groupe d'âge

G 2.2



* Dès 2010, la population résidante permanente comprend les personnes dans le processus d'asile résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse.

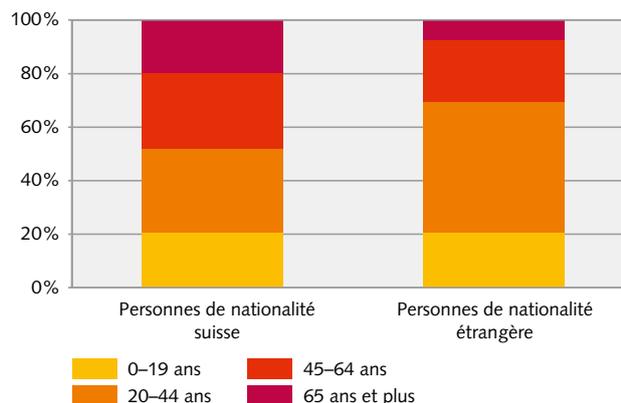
Source: OFS, ESPOP et STATPOP

© OFS

Durant la même période de 1970 à 2010, la population de nationalité étrangère a crû plus rapidement que celle de nationalité suisse (+76% contre +18%, respectivement). Cette différence est particulièrement nette à partir du début des années 90. La population de nationalité étrangère est sensiblement plus jeune que celle de nationalité suisse (G2.3). 49% de la population avec un passeport étranger ont entre 20 et 44 ans, contre 31% des Suissesses et Suisses. A l'inverse, la part des personnes de 65 ans et plus est de 20% parmi la population de nationalité suisse, contre 7% parmi celle de nationalité étrangère. L'immigration contribue ainsi à renforcer les classes d'âges de la population bénéficiant, de manière générale, d'un meilleur état de santé. Mais l'immigration est également associée dans certains cas à d'autres caractéristiques, comme un moindre niveau de formation, des conditions de travail ou de vie plus difficiles ou encore une faible maîtrise des langues nationales, qui peuvent peser négativement sur l'état de santé ou constituer un obstacle dans l'accès aux soins (> chapitre 4.7.4).

L'élévation globale du niveau de formation de la population constitue également une tendance marquante (G2.4). Cette évolution, particulièrement sensible dès les années 80, a créé des conditions plus favorables au développement des compétences de la population en matière de santé et à la réception des campagnes de prévention.

Groupes d'âge selon la nationalité, en 2010 G 2.3

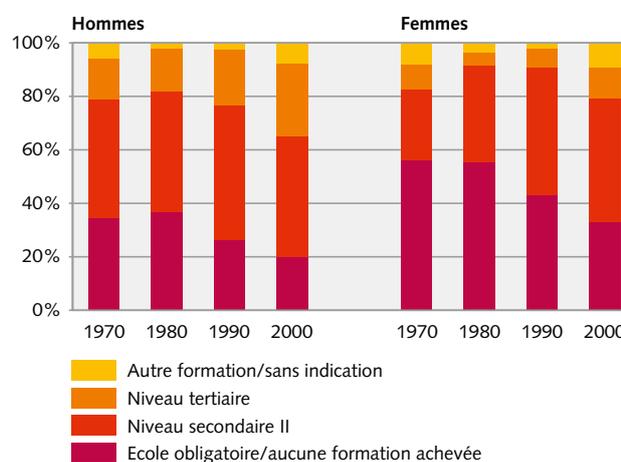


Source: OFS, STATPOP

© OFS

Niveau de formation de la population G 2.4

Personnes de 25 ans et plus



Source: OFS, recensement de la population

© OFS

Dans le système fédéraliste helvétique, la santé est un domaine où les compétences cantonales sont historiquement fortes en matière de pilotage, de surveillance et de financement. L'action régulatrice de la Confédération est néanmoins sensible dans trois secteurs:

- Une série de lois fédérales ont étendu la couverture de la population à l'égard des conséquences, financières en premier lieu, de problèmes de santé. L'assurance-invalidité est entrée en vigueur en 1960. La couverture contre les conséquences d'accident a été étendue à l'ensemble des personnes salariées en 1984. Enfin, en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a rendu cette dernière obligatoire et a garanti à l'ensemble de la population l'accès à un même paquet de prestations en cas de maladie. Cet ensemble d'assurances sociales assure en principe un accès aux soins qui ne devrait pas être limité par des obstacles financiers, à l'exception notoire des soins dentaires, non couverts.
- La LAMal et ses révisions successives ont redéfini les règles de fonctionnement du système de santé: répartition du financement entre les différents agents payeurs, conditions d'activité des fournisseurs de soins, rôle des assureurs. Deux objectifs sont visés: premièrement, un renforcement de la solidarité entre assurés grâce à l'obligation de s'assurer, à la prime unique, au libre passage d'une caisse à l'autre, à la compensation des risques et à la réduction individuelle des primes pour les personnes avec un revenu modeste, notamment. Deuxièmement, la maîtrise des coûts de la santé. L'introduction en 2004 d'un tarif national pour les prestations médicales ambulatoires (tarmed) s'inscrit dans cette perspective. Le nouveau mode de financement des hôpitaux entré en vigueur début 2012, basé à l'échelle nationale sur des forfaits par cas, est censé renforcer la concurrence entre hôpitaux et ainsi contribuer à contenir la croissance de leurs coûts.
- La Confédération a, enfin, des compétences en matière de santé publique dans des domaines qui incluent notamment la surveillance des maladies transmissibles, la sécurité alimentaire, la protection contre les rayonnements et le contrôle des produits chimiques, les taxes sur l'alcool et le tabac, mais également la promotion de la santé et la prévention.

3 Déterminants de la santé

De nombreux facteurs ont une influence sur l'état de santé de la population. On peut notamment mentionner la structure démographique ainsi que le niveau de formation (> chapitre 2), le niveau de revenu et d'intégration sociale, les conditions de vie et de travail, l'environnement naturel ainsi que les modes de vie et les habitudes culturelles (> chapitre 3), sans oublier l'accès aux soins et les prédispositions génétiques. Ces déterminants interagissent et leurs liens avec l'état de santé sont multiples. Par exemple, l'âge, le sexe, mais également la position sociale ont une influence sur les comportements (activité physique, type d'alimentation, etc.), qui ont eux-mêmes un effet sur la santé. Mais la relation entre ces facteurs et la santé peut également être inverse: par exemple, des problèmes de santé peuvent accroître le risque de précarité sociale ou provoquer des changements dans les comportements.

Des raisons de place excluent de faire ici un tour d'horizon complet des déterminants de la santé. Les données statistiques disponibles ne permettent par ailleurs de n'en documenter qu'une partie. Pour ces motifs, le chapitre évoque succinctement, dans un premier temps, quatre exemples de déterminants sociaux et environnementaux, puis, dans un second temps, présente de manière plus détaillée quelques-uns des principaux comportements influant sur la santé.

3.1 Revenu et intégration sociale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé que les inégalités sociales sont l'une des principales causes des inégalités en santé (OMS 2009). Elle parle de gradient social en santé pour désigner cette relation, qui passe par diverses médiations, comme le niveau de revenu (> ci-dessous), les conditions de travail (> chapitre 3.2) ou encore les comportements en matière de santé (> chapitre 3.5).

Gradient social

L'OMS parle de gradient social pour désigner la relation inverse entre position socio-économique et état de santé. Parmi les indicateurs pouvant être utilisés pour appréhender la position socio-économique (revenu, catégorie socioprofessionnelle, niveau de formation, etc.), le niveau de formation présente l'avantage d'être, en principe, systématiquement documenté. C'est la raison pour laquelle il a été retenu dans la suite de cette publication.

Disposer d'un revenu suffisant et être intégré socialement sont des conditions importantes pour pouvoir mener une vie saine et avoir accès au système de santé. Les personnes en situation de pauvreté sont particulièrement fragilisées dans leurs conditions de vie et leur accès à certaines prestations de santé peut être restreint.

En 2010, 7,6% de la population de 16 ans et plus étaient exposés à un risque de pauvreté sévère (G3.1). Cette proportion était même de 14% si l'on retient le seuil du risque de pauvreté. Quant à la part de la population souffrant de privations matérielles sévères, elle s'élevait à 1,8%.

Risque de pauvreté et privation matérielle

Sont considérées comme à risque de pauvreté les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières sont sensiblement inférieures au niveau habituel. Le seuil de *risque de pauvreté* est fixé à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent. Ce dernier s'obtient en déduisant du revenu brut les cotisations aux assurances sociales, les impôts, les primes d'assurance maladie obligatoire et les transferts réguliers à d'autres ménages. De plus, il tient compte de la taille des ménages. Le seuil de *risque de pauvreté sévère* est fixé à 50% de la médiane du revenu disponible équivalent. Une situation de *privation matérielle* se définit par l'absence, pour des raisons financières, d'au moins trois des neuf éléments suivants: capacité à faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2000 francs, à s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile, à s'offrir un repas composé de viande/poulet/poisson (ou équivalent végétarien) tous les deux jours au moins, à chauffer convenablement son domicile, absence d'arriérés de paiements, possession d'un lave-linge, d'un téléviseur couleur, d'un téléphone, ou d'une voiture. En cas d'absence d'au moins quatre éléments, on parle de *privation matérielle sévère*.

En 2009, le cinquième de la population avec les revenus les plus bas avait en moyenne un revenu disponible équivalent quatre fois plus faible que le cinquième avec les revenus les plus élevés. Si cette inégalité s'est tendanciellement légèrement accrue depuis 2001, cette augmentation n'est guère significative statistiquement.

3.2 Emploi et conditions de travail

L'insécurité de l'emploi et le chômage, de même que de mauvaises conditions de travail, accroissent le risque d'atteintes à la santé physique ou psychique ainsi que le risque d'accidents (> chapitre 4.5). En 2007, 13% des hommes et 15% des femmes salariés âgés de 25 ans à 64 ans déclaraient avoir peur de perdre leur emploi. La même année, 2,9% des hommes et 4,5% des femmes de 15 ans et plus étaient au chômage au sens du Bureau international du travail. C'est entre 40 et 54 ans que les personnes salariées ont le plus peur de perdre leur emploi. Le taux de chômage est le plus élevé chez les jeunes hommes (jusqu'à 25 ans) et chez les femmes de moins de 40 ans.

La dimension croissante du secteur tertiaire et les transformations des processus productifs ont modifié le type de risques auxquels les personnes actives professionnellement peuvent être confrontées dans leur travail. Les risques liés aux conditions ambiantes (humidité, bruit, températures extrêmes, poussières, émanations toxiques) sont moins fréquents. A l'inverse, les risques d'ordre psychosocial, communément associés au stress, ont pris une importance accrue.

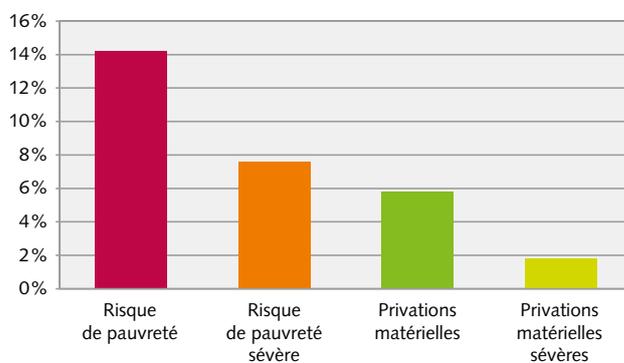
Parmi les risques physiques, ce sont aujourd'hui les risques ergonomiques qui sont les plus fréquents sur les places de travail (G3.2). Les hommes et les femmes salariés y sont exposés dans des proportions semblables, sauf pour les vibrations, plus fréquentes dans la construction et l'industrie, où l'emploi masculin domine. Les hommes sont également plus souvent exposés aux autres types de risques physiques, à l'exception de la manipulation de matériaux potentiellement infectieux, présente principalement dans les professions de la santé qui sont à dominante féminine.

Les risques psychosociaux sont liés aux caractéristiques de l'organisation du travail et aux relations interindividuelles sur la place de travail. Une demande psychologique élevée, combinée avec une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social, représente la combinaison avec le plus de risques pour la santé (Karasek & Theorell 1990). Les hommes doivent plus souvent faire face à une forte demande psychologique que les femmes (G3.3). C'est l'inverse pour le manque de latitude décisionnelle.

Risque de pauvreté et privations matérielles, en 2010

Population de 16 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.1



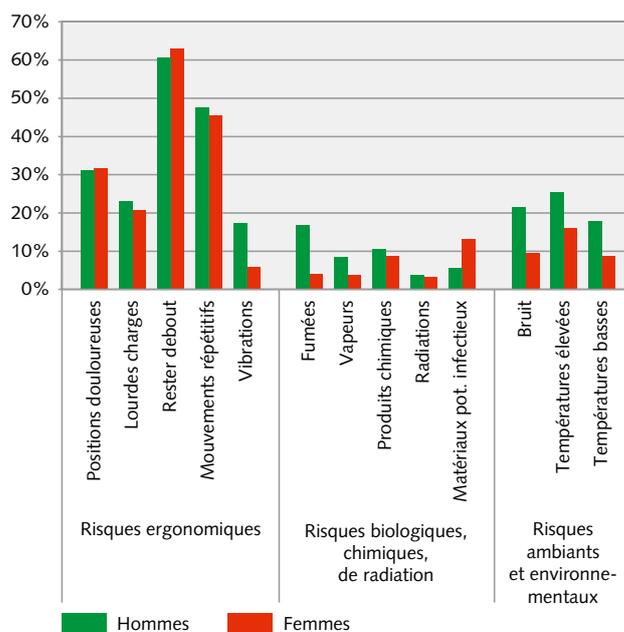
Source: OFS, SILC

© OFS

Risques physiques, en 2007

Personnes salariées de 25 à 64 ans

G 3.2



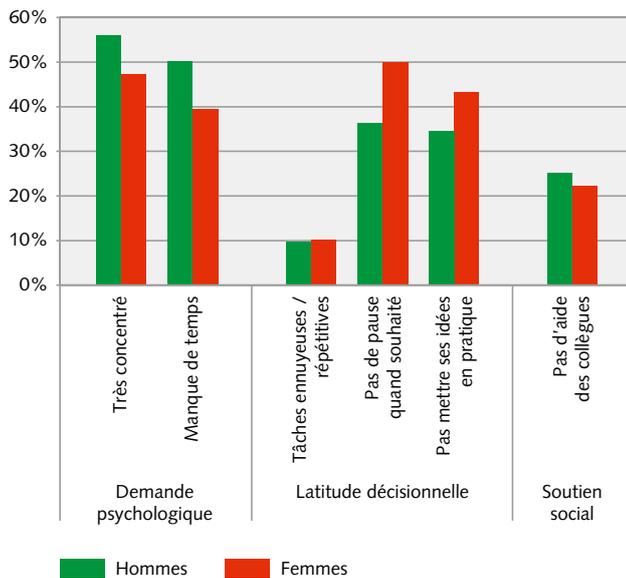
Source: OFS, ESS

© OFS

Risques psychosociaux, en 2007

Personnes salariées de 25 à 64 ans

G 3.3



Source: OFS, ESS

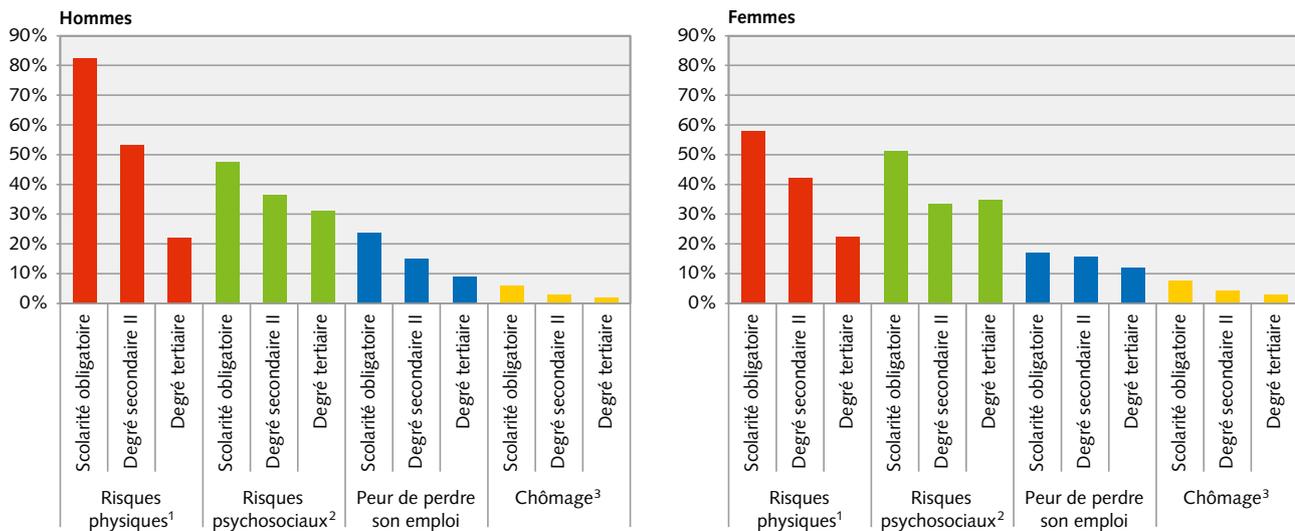
© OFS

Les risques liés au travail sont plus fréquents parmi les personnes avec un bas niveau de formation que parmi celles avec le niveau de formation le plus élevé (G3.4). Cette relation inverse est plus nette chez les hommes que chez les femmes. Elle est atténuée pour les risques psychosociaux.

Une charge globale de travail élevée peut être une source de déséquilibre entre l'activité professionnelle et la vie privée et/ou familiale (work-life imbalance), ce qui est néfaste pour la santé (Hämmig & Bauer 2009). En 2010, cette charge était la plus élevée pour les parents ayant des enfants de moins de 15 ans, particulièrement ceux avec des enfants de moins de 7 ans (G3.5). Elle a augmenté depuis 1997. Des caractéristiques de l'emploi (degré de flexibilité, niveau de responsabilité, temps de déplacement) peuvent également contribuer à ce déséquilibre.

Risques au travail et insécurité de l'emploi selon le niveau de formation, en 2007

G 3.4



¹ Au moins trois risques physiques. Personnes salariées de 25 à 64 ans.

² Au moins trois risques psychosociaux. Personnes salariées de 25 à 64 ans.

³ Selon la définition du BIT. Personnes de 15 ans et plus.

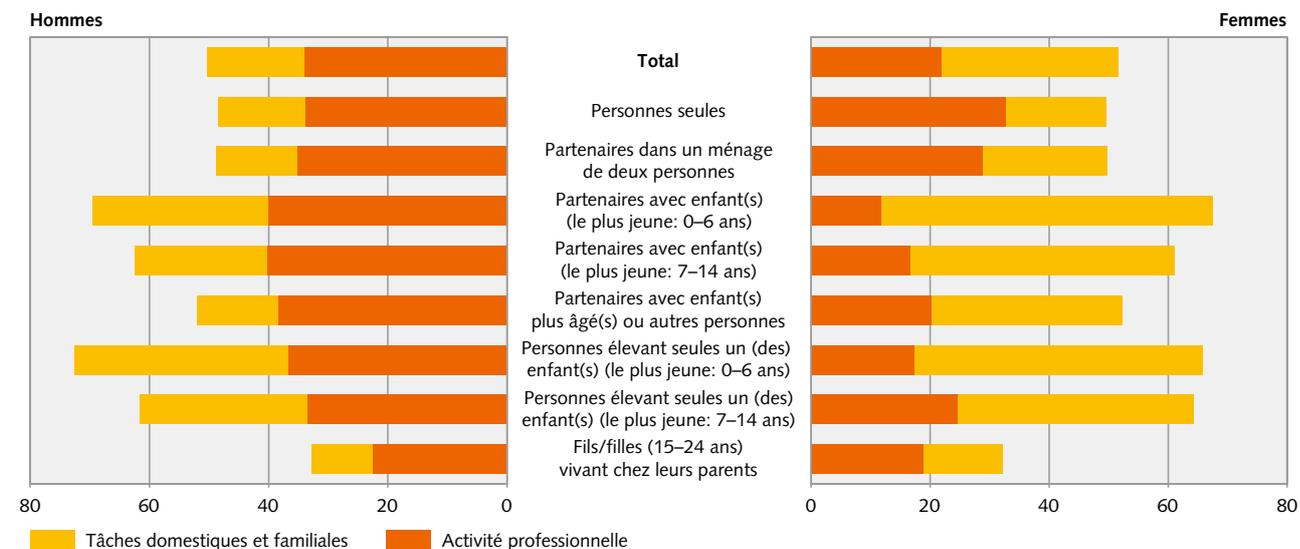
Source: OFS, ESS

© OFS

Activité professionnelle et travail domestique et familial, en 2010

Nombre d'heures consacrées en moyenne par semaine, selon la situation familiale

G 3.5



Source: OFS, ESPA

© OFS

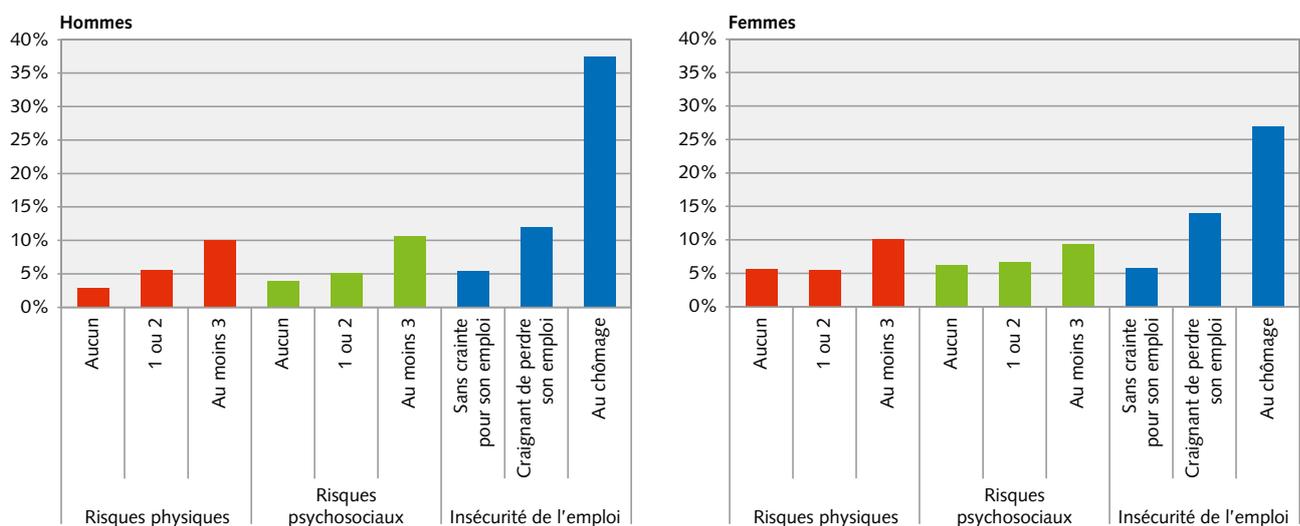
Les personnes exposées dans leur travail à des risques physiques ou psychosociaux déclarent une santé auto-évaluée moins bonne que celles qui ne le sont pas (G3.6). Cette relation est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Les personnes qui craignent perdre leur

emploi ou qui sont au chômage déclarent le plus souvent une santé auto-évaluée pas bonne. L'insécurité de l'emploi peut avoir des répercussions négatives sur la santé. Mais il est également possible qu'une mauvaise santé augmente le risque de se retrouver sans travail.

Santé auto-évaluée selon les conditions de travail ou l'insécurité de l'emploi, en 2007

Santé auto-évaluée pas bonne. Personnes salariées de 25 à 64 ans

G 3.6



Source: OFS, ESS

© OFS

3.3 Environnement naturel

Les pollutions de l'air, de l'eau et des sols, les radiations, le bruit ou encore les situations météorologiques extrêmes (comme des canicules prolongées) sont des facteurs qui peuvent influencer négativement sur la santé. La pollution atmosphérique est aujourd'hui une des principales causes d'atteinte à la santé d'origine environnementale. Elle peut induire des maladies respiratoires (toux chroniques, bronchites, poussées d'asthme), des cancers et des maladies cardiovasculaires. La concentration de particules fines (PM10), pouvant pénétrer profondément dans les poumons, a diminué, sous l'effet du renforcement des prescriptions en la matière. Néanmoins, les valeurs limites sont régulièrement dépassées dans les villes, les agglomérations et le long des grands axes routiers (G3.7). Des concentrations particulièrement élevées apparaissent lors de situations d'inversion hivernales qui confinent les polluants dans les basses couches de l'atmosphère (smog hivernal). L'ozone au sol peut également être une cause d'inflammation des voies respiratoires. Ses valeurs limites horaires d'immission ont été systématiquement dépassées ces dernières années.

La source de pollution intérieure la plus cancérigène est le radon, un gaz incolore et inodore se formant naturellement dans le sol. Il est considéré comme la cause la plus fréquente de cancer du poumon après le tabac. Le radon pénètre dans les bâtiments par les interstices dans les planchers, ainsi que par les fissures dans le béton et

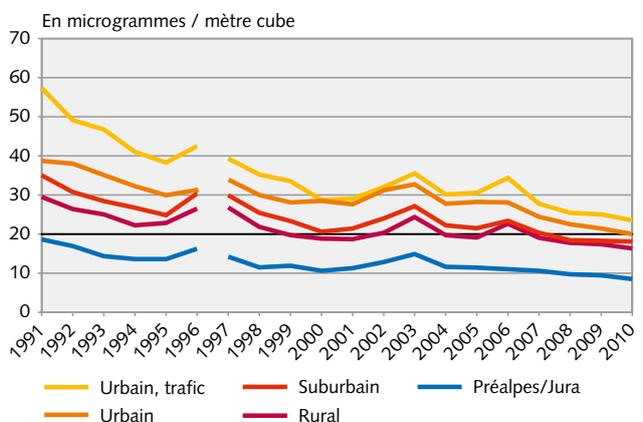
dans les murs. Les régions à plus forte concentration sont le Tessin, les Grisons, les zones karstiques de l'arc jurassien et certaines parties du Valais (C3.1).

3.4 Conditions d'habitat

Différentes caractéristiques des conditions d'habitation (pollution sonore ou atmosphérique, degré d'insalubrité, exigüité, etc.) sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé physique ou psychique des personnes exposées.

Concentration de particules fines

Concentration annuelle moyenne de PM10¹
(avant 1997 calculée à partir des particules en suspension TSP) **G 3.7**



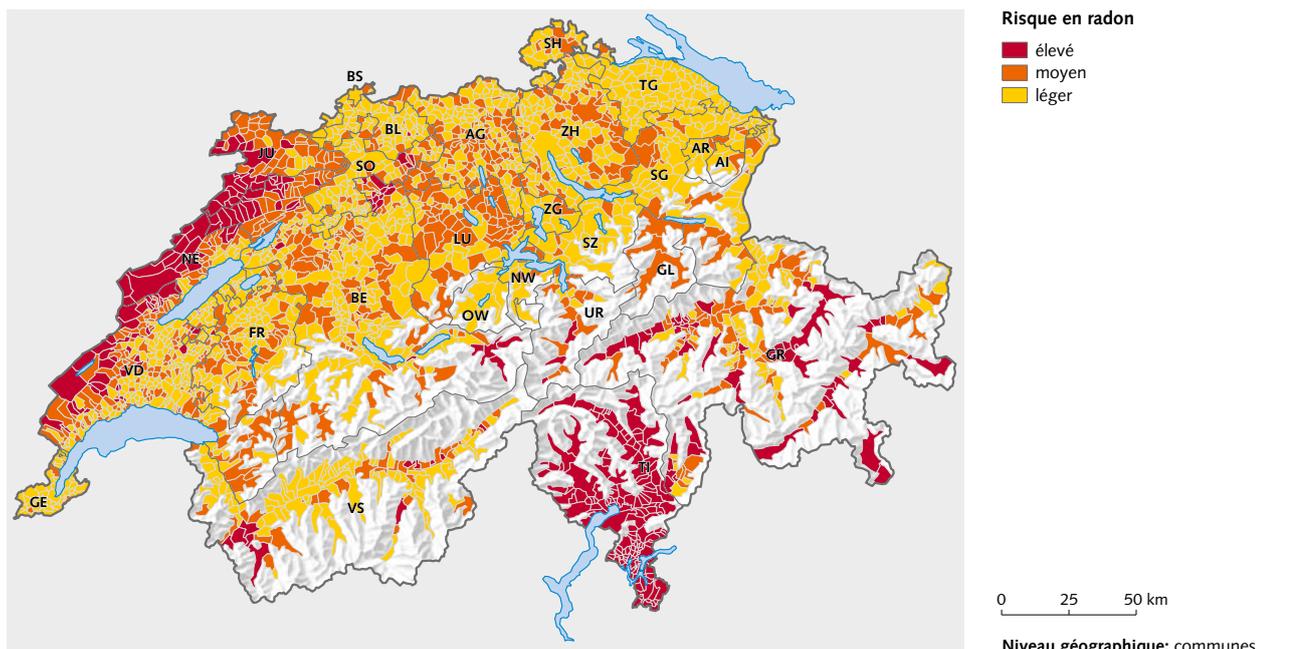
¹ Valeur limite pour la Suisse: moyenne annuelle 20 µg/m³

Source: OFEV, programme de mesures NABEL

© OFS

Concentration de radon, en 2011

C 3.1



Source: OFSP

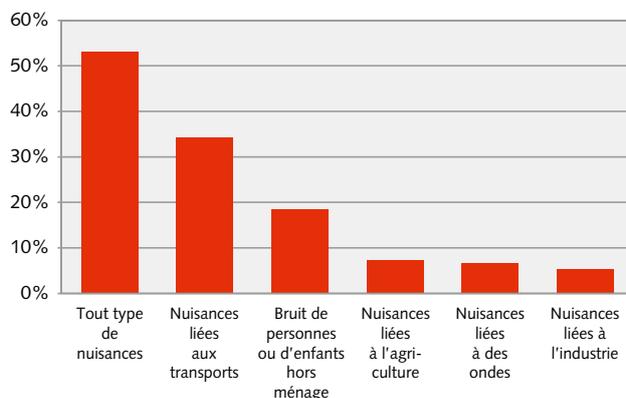
© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

En 2007, un peu plus de la moitié des hommes et des femmes de 15 ans et plus vivant en ménage privé déclaraient être exposés à des nuisances sur leur lieu d'habitation (G3.8). Les nuisances les plus fréquentes sont celles liées aux transports (34% des personnes) et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage (17% des hommes et 20% des femmes). L'exposition à ces nuisances va de pair avec un moins bon état de santé auto-évalué (G3.9). Cette association demeure lorsqu'on prend en compte le fait que la qualité de l'habitat est fortement liée au statut socioéconomique, lui-même un puissant déterminant de la santé (> chapitre 3.1).

Nuisances liées à l'habitat, en 2007

Nuisances déclarées par les personnes interrogées
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.8



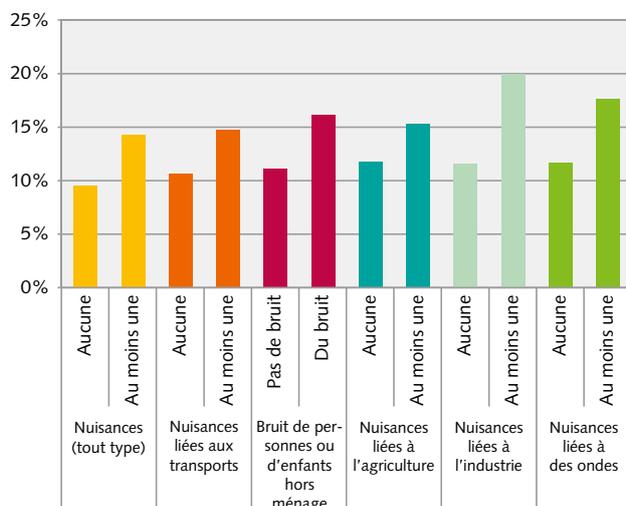
Source: OFS, ESS

© OFS

Santé auto-évaluée selon les nuisances liées à l'habitat, en 2007

Santé auto-évaluée pas bonne
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.9



Source: OFS, ESS

© OFS

3.5 Comportements en matière de santé

3.5.1 Activité physique

Une activité physique régulière est reconnue comme étant bénéfique à la santé. Elle peut aider à prévenir notamment les troubles cardiovasculaires, le développement du diabète, les dorsalgies et les cancers du sein ou de l'intestin. Elle contribue également à éviter un excès de poids. Toutefois, les activités physiques doivent être pratiquées de façon régulière pour avoir un effet positif sur la santé.

Mesure du comportement en matière d'activité physique

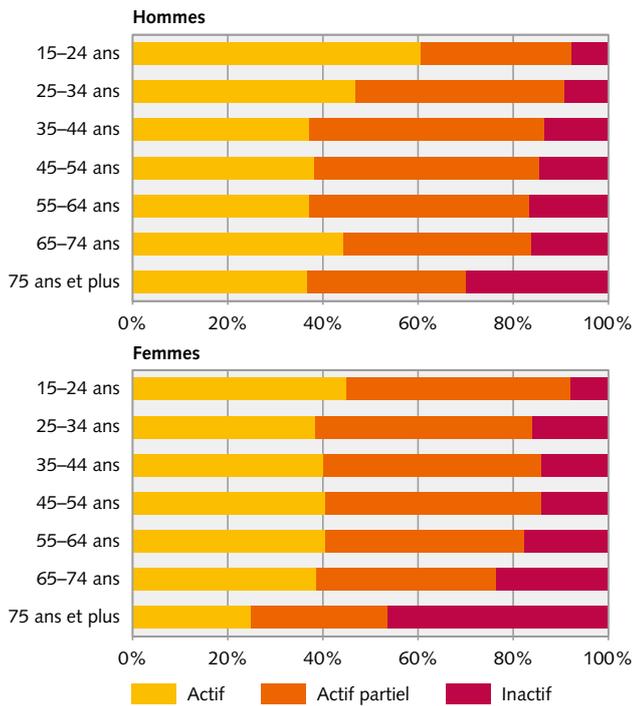
L'enquête suisse sur la santé (ESS) renseigne sur l'ampleur et l'intensité de l'activité physique hebdomadaire durant les loisirs en distinguant les catégories de personnes suivantes:

- Les personnes *actives* transpirent au moins trois fois par semaine suite à une activité physique ou elles sont essouffées pendant au moins une demi-heure et cinq fois par semaine. Cette catégorie répond entièrement aux «recommandations activité physique et santé» élaborées par l'Office fédéral du sport (OFSP) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Les personnes *partiellement actives* répondent aux recommandations quant à l'ampleur de l'activité physique hebdomadaire, mais pas quant à sa régularité, ou elles exercent certaines activités, mais sans parvenir à l'ampleur hebdomadaire recommandée.
- Les personnes *inactives* se meuvent moins d'une fois par semaine jusqu'au stade de la transpiration ou moins d'une demi-heure par semaine jusqu'à celui de l'essouffement.

En 2007, deux personnes sur cinq avaient durant leurs loisirs une activité physique suffisante permettant de les considérer comme actives. A l'opposé, 16% de la population se mouvaient moins de 30 minutes par semaine et étaient considérées comme inactives.

La majorité des jeunes adultes de moins de 25 ans ont une activité physique suffisante durant leur temps libre (53%) et seuls 8% sont inactifs (G3.10). Dans la population en âge de travailler, entre 25 et 64 ans, on ne constate guère de différences entre classes d'âge. Les hommes sont un peu plus fréquemment actifs physiquement que les femmes durant leurs loisirs (43% contre 39%). Plus le niveau de formation est bas, plus la part de personnes inactives durant leurs loisirs est élevée (G3.11). 64% des hommes et 59% des femmes estiment bouger suffisamment pour leur santé, bien que seuls 43% d'entre eux et 39% d'entre elles pratiquent des activités physiques répondant aux recommandations. Ce décalage augmente avec l'âge. Il est cependant établi, particulièrement pour les personnes âgées, que même une activité physique de faible intensité, mais régulière, est bénéfique pour la santé.

Activité physique selon la classe d'âge, en 2007
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 3.10**



Source: OFS, ESS

© OFS

En 2007, 57% de la population déclaraient pratiquer un sport, de la gymnastique ou du fitness, 30% à raison de 3 heures ou plus par semaine, 24% à raison de 1 à 3 heures et 3% moins d'une heure. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer ces activités au moins 3 heures par semaine (35% contre 25% respectivement), surtout entre 15 et 34 ans. Par contre, les femmes se déplacent plus souvent que les hommes chaque jour à pied pour se rendre au travail, faire leurs courses ou sortir (59% contre 46%). La part de la

population active physiquement durant ses loisirs a augmenté entre 2002 et 2007, passant de 36% à 41%. Cette tendance s'observe pour diverses formes d'activité physique.

3.5.2 Alimentation

Les habitudes alimentaires sont importantes pour la santé de la population. Une alimentation déséquilibrée peut en particulier accroître le risque de surpoids, de cancer, de diabète, d'hypertension artérielle ou de maladies cardiovasculaires.

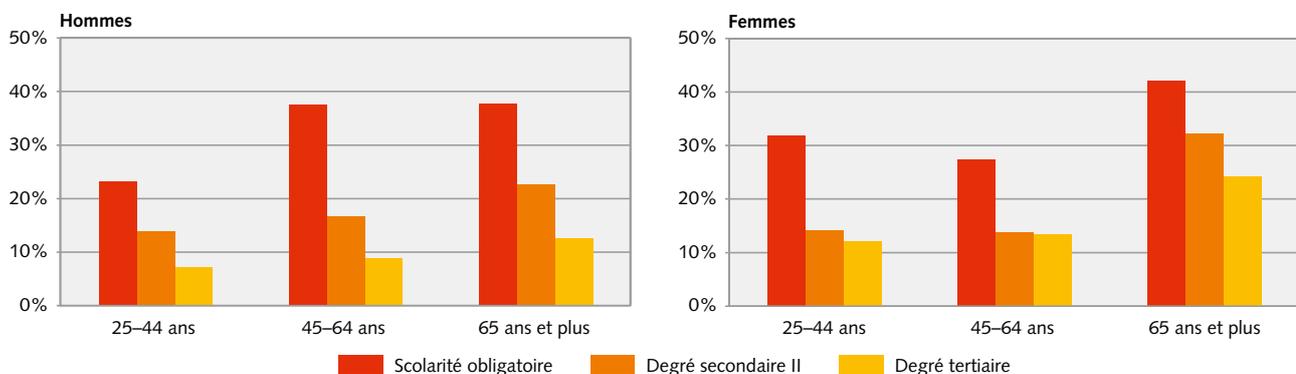
Attention accordée à l'alimentation

71% de la population déclaraient en 2007 faire attention à certains aspects de leur alimentation (G3.12). Cette attention est moins fréquente chez les hommes (63%) que chez les femmes (77%). Elle est également plus faible parmi les adolescents et les jeunes adultes (54%). Les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (78%) sont plus attentives à leur alimentation que celles n'ayant accompli que la scolarité obligatoire (63%). Dans presque trois cas sur quatre, l'attention à son alimentation va de pair avec une vigilance plus générale à l'égard de son style de vie, pour des raisons de santé.

Comportements alimentaires

Les fruits et légumes constituent une composante essentielle d'une alimentation saine en assurant l'apport en vitamines, sels minéraux et fibres alimentaires. En 2007, 76% de la population déclaraient consommer chaque jour des fruits et légumes (G3.13). Les femmes sont nettement plus nombreuses dans ce cas que les hommes

Inactivité physique selon le niveau de formation, en 2007
Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé **G 3.11**



Source: OFS, ESS

© OFS

(83 % contre 68%). La Société suisse de nutrition recommande, dans la pyramide alimentaire suisse, de consommer chaque jour cinq portions de fruits et/ou de légumes. Les femmes sont, à tout âge, presque deux fois plus nombreuses à le faire que les hommes (38% contre 20%). Dans toutes les classes d'âge, ce sont les personnes ayant une formation supérieure qui suivent le mieux ces recommandations.

Les diététiciens déconseillent de consommer de la viande plus souvent que cinq fois par semaine. Compte tenu de ces recommandations, 35% des hommes et 17% des femmes mangeaient trop de viande en 2007. 27% des hommes et 12% des femmes consomment même quotidiennement de la charcuterie ou de la viande, ce qui implique une absorption considérable d'acides gras saturés et de cholestérol. La part des personnes ne consommant de la viande pas plus de cinq fois par semaine a cependant augmenté de 7 points de pourcentage entre 1992 et 2002 et s'est stabilisée à 73%. Il est recommandé de manger du poisson une à deux fois par semaine. La part de personnes déclarant manger du poisson une fois par semaine a passé de 56% en 1992 à 63% en 2007.

Les produits laitiers sont très importants pour leur apport en calcium et en vitamines. Cependant, la consommation de produits laitiers riches en matières grasses peut conduire à l'absorption de quantités importantes d'acides gras saturés, pouvant favoriser l'apparition de maladies cardiovasculaires. Près des deux tiers de la population consommaient quotidiennement du lait, des fromages ou des yoghourts en 2007. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la consommation quotidienne de produits laitiers est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, alors que c'est l'inverse chez les personnes âgées d'au moins 65 ans.

La quantité de liquide qu'un adulte devrait boire chaque jour se situe entre un et deux litres de boissons non alcoolisées. Environ les trois quarts de la population suivaient cette recommandation en 2007, les femmes dans l'ensemble un peu mieux que les hommes. Les personnes âgées l'observent un peu mieux que les jeunes.

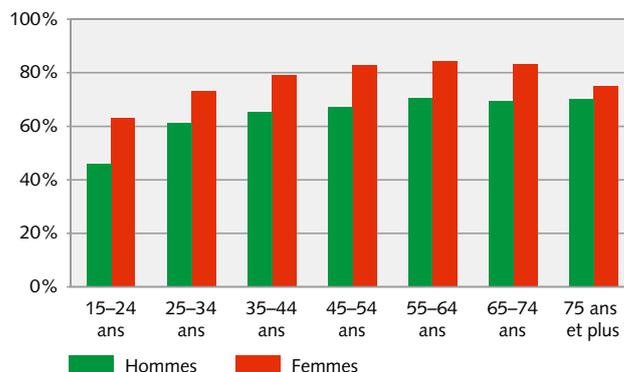
Obstacles à une alimentation saine

Pour 56% des femmes, le principal obstacle à une alimentation saine était en 2007 le fait qu'elle est «relativement chère» (G3.14). De leur côté, les hommes citaient en premier lieu le fait qu'ils aiment «bien manger» (55%). Cet argument est particulièrement fréquent à partir de 55 ans. Les hommes et les femmes entre 25 et 44 ans incriminent souvent «les habitudes et contraintes de la vie quotidienne» (56%).

Attention accordée à l'alimentation, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.12



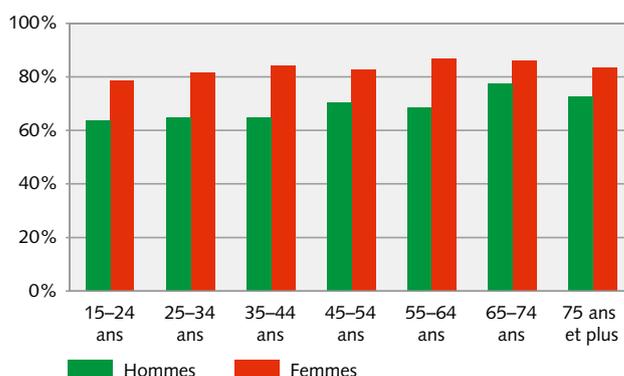
Source: OFS, ESS

© OFS

Consommation quotidienne de fruits et légumes, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.13



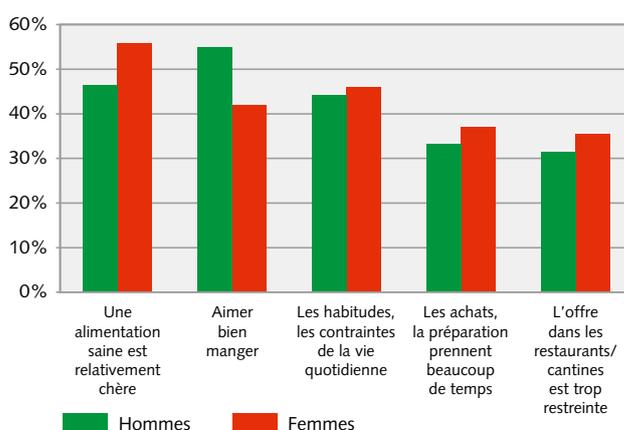
Source: OFS, ESS

© OFS

Obstacles à une alimentation saine, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.14



Source: OFS, ESS

© OFS

3.5.3 Tabac

Le tabagisme est un facteur de risque de premier ordre pour nombre de maladies telles que les affections cardiovasculaires, les maladies pulmonaires chroniques (bronchite, emphysème), ainsi que les tumeurs malignes des poumons, des bronches, de la cavité buccale, de l'œsophage, des reins et du pancréas. Environ 15% des décès en Suisse sont imputables à des maladies en lien avec la fumée.

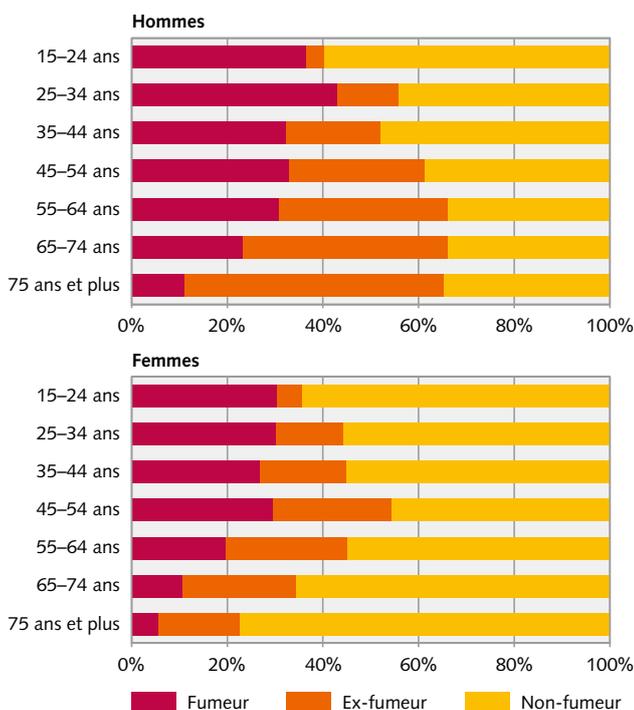
En 2007, la part des fumeuses et fumeurs dans la population était de 28%, 32% pour les hommes et 24% pour les femmes (G3.15). Une personne sur deux (51%) n'avait jamais fumé. Le pourcentage de fumeurs est le plus élevé chez les hommes de 25 à 34 ans. La part des anciens fumeurs augmente fortement avec l'âge chez les hommes. Chez les femmes, elle reste approximativement la même entre 45 et 74 ans, puis recule. Depuis 1997, la part des fumeuses et fumeurs a diminué de 5 points de pourcentage. Cette évolution se constate principalement chez les personnes âgées de 15 à 54 ans; à partir de 55 ans, les proportions de fumeurs et fumeuses sont restées très semblables depuis 1992.

57% des fumeurs et 52% des fumeuses fumaient au moins 10 cigarettes par jour en 2007. En 1992, ces proportions s'élevaient encore à 74% et 66%,

Consommation de tabac, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.15



Source: OFS, ESS

© OFS

respectivement. Le recul de la part des personnes fumant au moins 10 cigarettes par jour intervient avant tout dans les classes d'âge les plus jeunes (G3.16).

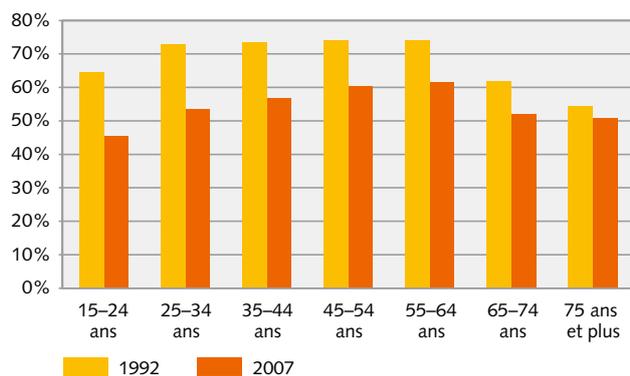
En 2007, plus de 60% des fumeuses et fumeurs, sans différence de sexe, auraient aimé arrêter de fumer. Cette proportion a augmenté de 7 points de pourcentage depuis 1992, davantage chez les hommes que chez les femmes. 29% des fumeuses et des fumeurs ont entrepris durant l'année écoulée une tentative sérieuse mais infructueuse d'abandonner le tabac, en passant au moins deux semaines sans fumer.

Le tabagisme passif nuit à la santé de manière analogue au tabagisme. Les adolescents et les jeunes sont nettement plus exposés au tabagisme passif que les adultes. En 2007, deux tiers des jeunes adultes non fumeurs déclaraient se trouver chaque jour dans des situations où ils aspiraient la fumée d'autrui. Un tiers des jeunes non fumeurs, et particulièrement les jeunes femmes, y étaient exposés durant au moins une heure par jour (G3.17).

Personnes fumant 10 cigarettes et plus par jour

En pourcentage des fumeuses et fumeurs

G 3.16



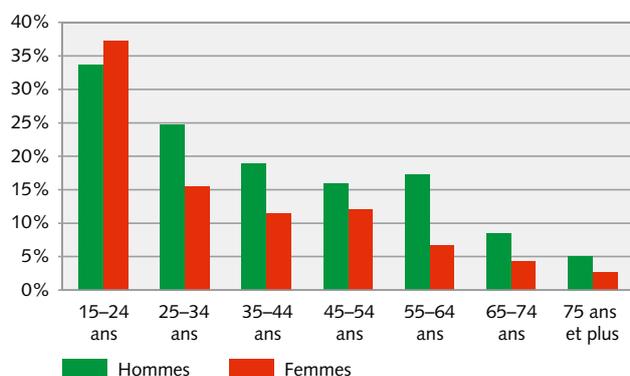
Source: OFS, ESS

© OFS

Tabagisme passif, en 2007

Part des non-fumeurs exposés à la fumée d'autrui au moins une heure par jour

G 3.17



Source: OFS, ESS

© OFS

3.5.4 Alcool

La consommation excessive d'alcool est l'une des causes principales de décès prématurés et d'atteintes à la santé physique ainsi qu'à la santé psychique et sociale. Elle accroît le risque d'accident ou de blessure, la propension à la violence, les risques d'incapacités précoces, d'absentéisme, de marginalisation ou d'exclusion sociale.

En 2007, la grande majorité (83%) de la population de 15 ans et plus buvait de l'alcool. Les hommes consomment plus souvent de l'alcool que les femmes et en bien plus grande quantité. 70% des hommes et 45% des femmes disent boire de l'alcool au moins une fois par semaine (G3.18). Un homme sur cinq boit de l'alcool chaque jour, contre une femme sur dix. La proportion des femmes abstinentes est environ le double de celle des hommes (23% contre 11%). Chez les adolescents et les jeunes adultes, la consommation d'alcool est plutôt sporadique, ce qui la rend aussi partiellement incontrôlée. La régularité de la consommation d'alcool s'accroît de façon continue avec l'âge. Depuis 1992, la part des personnes consommant quotidiennement de l'alcool a diminué au profit d'une consommation occasionnelle qui, elle, a augmenté (G3.19).

Globalement, 21% des hommes et 18% des femmes avaient en 2007 une consommation régulière d'alcool pouvant présenter un risque pour la santé (G3.20). Pour 6% des hommes et 5% des femmes, cette consommation régulière présentait un risque moyen ou élevé. Le pourcentage des personnes avec une consommation régulière d'alcool présentant un risque a légèrement diminué depuis 1997, avant tout chez les hommes.

Consommation régulière d'alcool présentant un risque

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permettent d'établir les seuils suivants, en grammes d'alcool pur consommé par jour, pour la consommation régulière d'alcool:

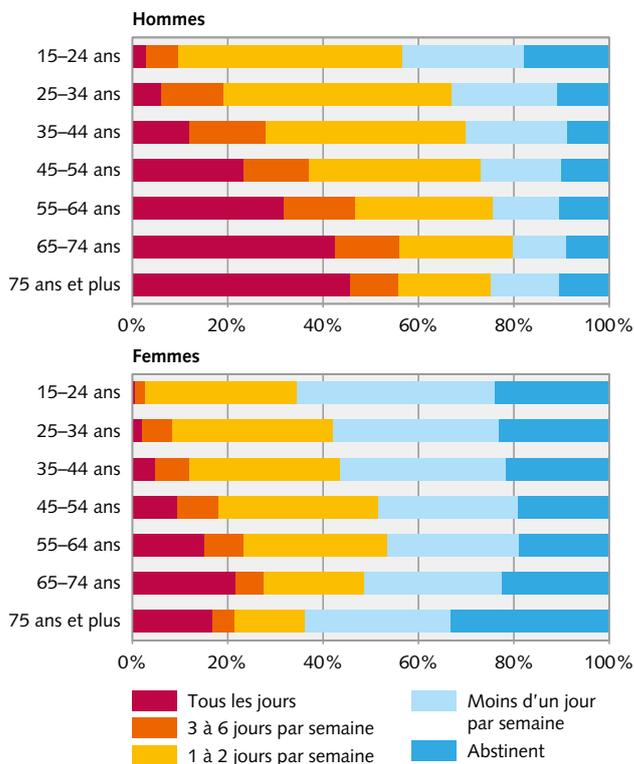
- quasiment pas de risque: femmes jusqu'à 10 g, hommes jusqu'à 20 g,
- faible risque: femmes 11 g à 20 g, hommes 21 g à 40 g,
- risque moyen: femmes 21 g à 40 g, hommes 41 g à 60 g,
- risque élevé: femmes plus de 40 g, hommes plus de 60 g.

(20 g d'alcool pur correspondent à environ 5 dl de bière, 2,5 dl de vin ou 0,6 dl de spiritueux.)

Consommation d'alcool selon l'âge, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.18



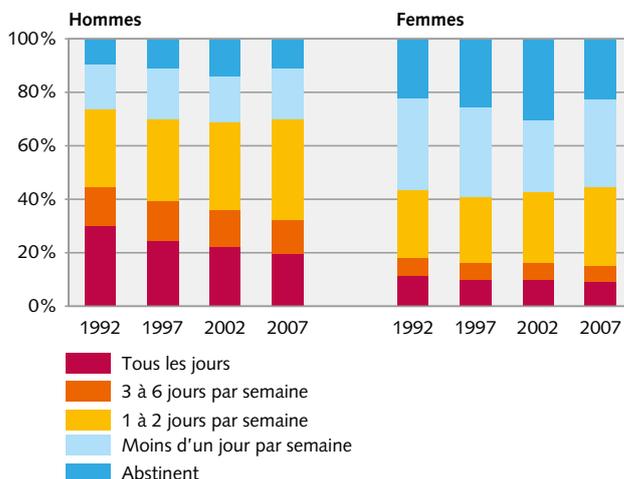
Source: OFS, ESS

© OFS

Consommation d'alcool

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.19



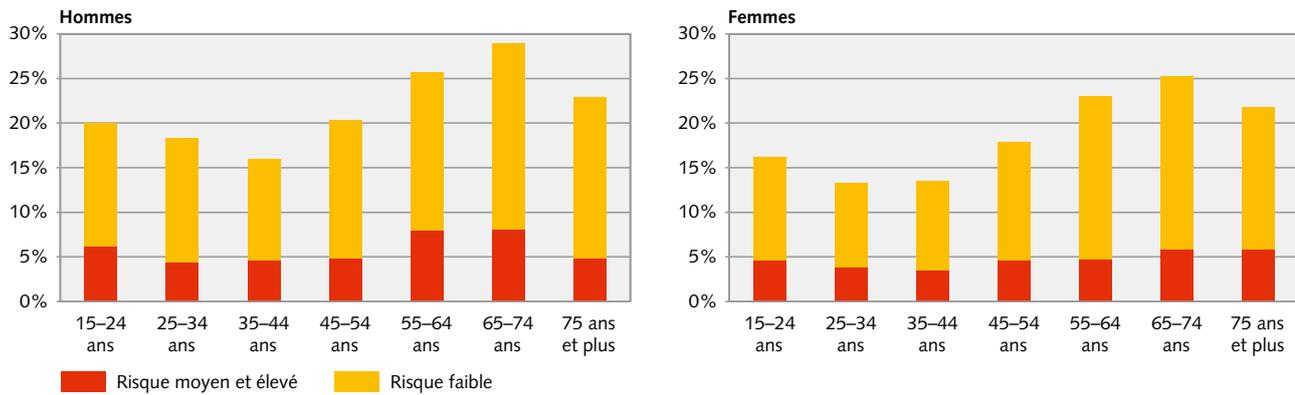
Source: OFS, ESS

© OFS

Consommation régulière d'alcool présentant un risque, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.20



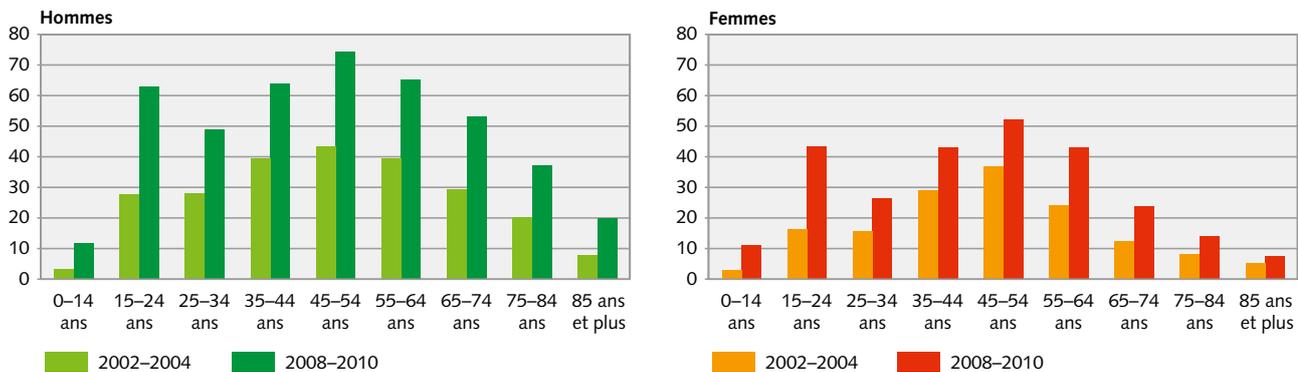
Source: OFS, ESS

© OFS

Personnes hospitalisées à cause d'une intoxication aiguë à l'alcool

Taux pour 100'000 habitants

G 3.21



Source: OFS, MS

© OFS

La consommation d'alcool conduisant à un état d'ivresse, au moins une fois par mois, est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (5% contre 2%). Les hommes de 15 à 24 ans sont les plus exposés (14%). La part de personnes hospitalisées suite à une intoxication aiguë à l'alcool a augmenté entre 2002 et 2010, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans (G3.21). L'absorption problématique d'alcool est liée plutôt à une consommation excessive de bière que de vin ou de spiritueux. La consommation de bière en grande quantité est surtout le fait des adolescents et des jeunes adultes, tandis que c'est le vin qui prédomine chez les personnes plus âgées.

3.5.5 Drogues illicites

Le terme de «drogues» désigne des substances psychoactives qui modifient l'état de conscience, la perception ou la pensée. La loi sur les stupéfiants interdit la détention, le commerce ou la consommation d'hallucinogènes (par exemple le cannabis), de psychostimulants (cocaïne et ecstasy, par exemple) ou d'opiacés, comme l'héroïne. La consommation d'opiacés et de cocaïne présente un risque d'accoutumance important et peut avoir un impact grave sur la santé et sur les rapports sociaux du consommateur. L'usage fréquent de cannabis peut engendrer une dépendance psychique et physique et avoir des répercussions sur le développement psychosocial de la personne.

Les expériences de consommation de drogues illégales sont majoritairement liées au cannabis. En 2007, 27% des hommes et 17% des femmes de moins de 70 ans avaient déjà fait l'expérience de fumer du cannabis. La consommation de cannabis représente souvent un phénomène limité dans le temps. Pour les trois quarts des personnes de 15 à 34 ans ayant au moins une fois fumé du cannabis, cette expérience est liée à une période révolue de leur vie. 12% des hommes de 15 à 34 ans étaient en 2007 des consommateurs actuels de cannabis (G3.22), dont 46% au moins une fois par semaine. Les valeurs correspondantes pour les femmes étaient respectivement de 4% et de 26%. Chez les 35-54 ans, la proportion des consommateurs actuels était nettement plus basse (2%). Depuis 1997, la part des consommateurs de cannabis est en recul parmi les jeunes de 15 à 24 ans (de 12% à 8%), alors qu'elle augmente chez les 25 à 34 ans.

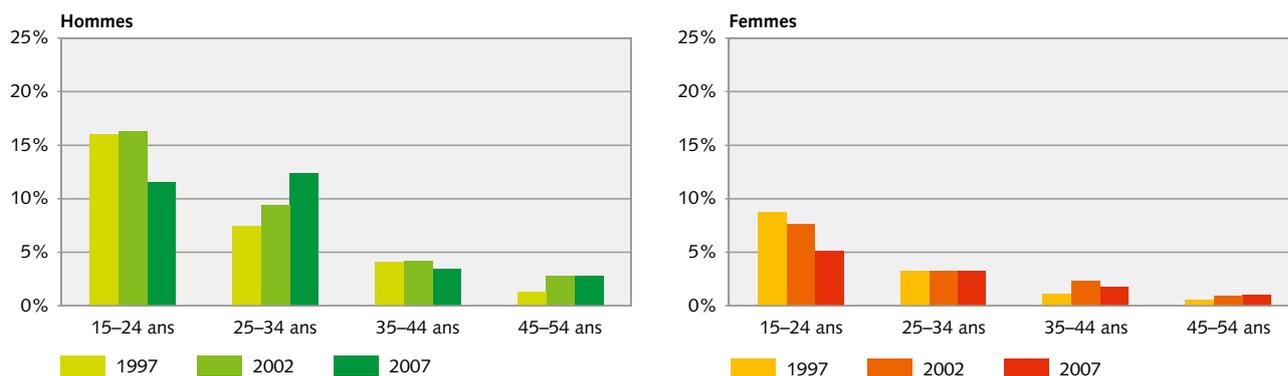
L'hypothèse selon laquelle la consommation de cannabis serait un phénomène propre à la jeunesse ne trouve pas de confirmation.

Après le cannabis, la cocaïne était la drogue illégale la plus consommée en 2007, avec plus de 4% de la population âgée de 15 à 49 ans en ayant fait usage au moins une fois dans leur vie (G3.23). Parmi les hommes de 25 à 34 ans, cette proportion s'élève presque à un sur dix. La consommation d'ecstasy s'est répandue avec l'avènement de la scène musicale techno depuis le début des années 90. Au total, 3% de la population âgée de moins de 50 ans en 2007 ont consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie. Cette expérience concerne avant tout la population des 25-34 ans (7% des hommes et 3% des femmes en 2007). La proportion des consommateurs d'héroïne est restée stable.

Consommateurs actuels de cannabis

Population âgée de 15 à 54 ans et vivant en ménage privé

G 3.22



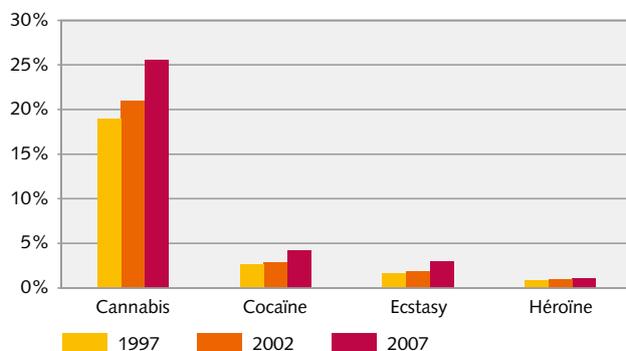
Source: OFS, ESS

© OFS

Consommation de drogues illégales

Au moins une fois au cours de la vie
Part de la population vivant en ménage privé*

G 3.23



* Pour le cannabis: 15-59 ans; pour la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy: 15-49 ans

Source: OFS, ESS

© OFS

4 Etat de santé et recours aux soins

4.1 Espérance de vie et santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle prend ainsi le contre-pied d'une définition principalement négative de la santé, caractérisée par l'absence de maladie ou de handicap.

Il existe aujourd'hui un large consensus sur le fait que la santé individuelle englobe les dimensions suivantes:

- le sentiment de bien-être ou d'un équilibre physique et psychique,
- le bien-être social, la capacité de travailler et de réussir une intégration sociale satisfaisante,
- le bon fonctionnement physique et mental («fitness»),
- la capacité à réagir efficacement face à son environnement physique et social («coping»),
- le potentiel de maintenir ce bien-être, ou de le recouvrer après un problème de santé ou une diminution de capacité,
- la capacité à développer pleinement son potentiel physique, mental et social,
- la capacité à donner un sens à son existence.

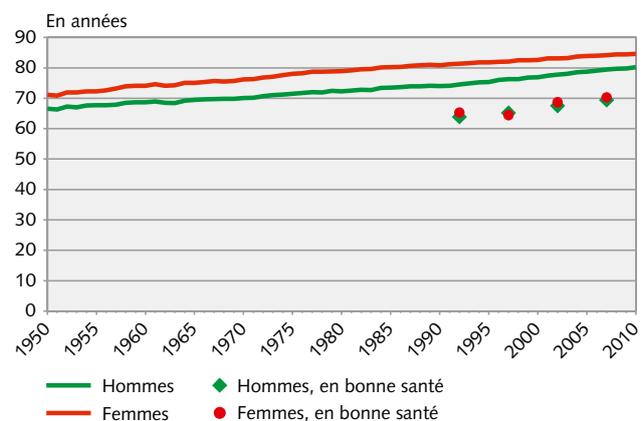
Les développements qui suivent portent principalement sur les trois premières de ces dimensions, des données n'étant disponibles qu'exceptionnellement pour les autres. Le chapitre 4.1 est consacré à une vue d'ensemble. Les chapitres 4.2 à 4.7 présentent des données plus détaillées pour plusieurs dimensions de la santé physique et psychique ainsi que pour la santé de groupes de la population.

Espérance de vie et mortalité

En 2010, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,2 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes. Elle est une des plus élevées au monde. Elle a doublé depuis 1876 et cette croissance s'est poursuivie de manière régulière jusqu'à aujourd'hui. Entre 2000 et 2010, l'espérance de vie à la naissance a encore augmenté de 3,3 ans pour les hommes et de 2 ans pour les femmes (G4.1). A la fin du XIX^e siècle et durant la première moitié du XX^e, la chute de la mortalité infantile a joué un rôle majeur dans cette évolution. Depuis quelques décennies, la mortalité infantile ne recule plus beaucoup, par contre l'espérance de vie continue à croître aux âges avancés.

L'espérance de vie en bonne santé combine les informations concernant la mortalité à celles relatives à la santé auto-évaluée de chaque groupe d'âge. En 2007, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élevait à 69,4 ans pour les hommes et 70,3 ans pour les femmes (G4.1). Le faible écart entre hommes et femmes signifie

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, à la naissance G 4.1



Source: OFS, BEVNAT, ESPOP et ESS

© OFS

que la longévité plus élevée des femmes correspond, pour une part importante, à des années qui ne sont pas vécues en bonne santé. En 15 ans, l'espérance de vie en bonne santé a crû un peu plus vite que l'espérance de vie: 5,5 ans pour les hommes et 5 ans pour les femmes (contre 4,9 ans et 2,8 ans respectivement).

L'augmentation de l'espérance de vie a pour corollaire une diminution du taux de mortalité. Celui-ci, standardisé selon l'âge, a baissé de plus de la moitié entre 1970 et 2010 (G4.2). Le recul de deux tiers du taux de mortalité standardisé pour les maladies cardiovasculaires a apporté

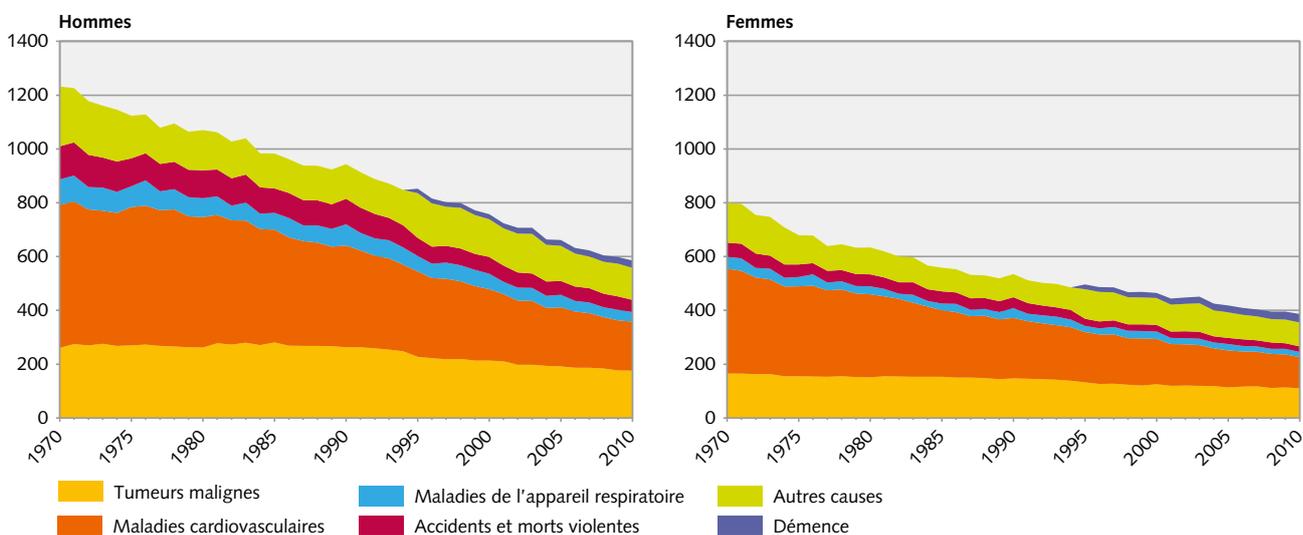
une contribution décisive à cette évolution. Par contre, pour le cancer la diminution du taux de mortalité standardisé a été d'un peu moins d'un tiers.

L'âge auquel les personnes décèdent s'est profondément modifié suite à ces évolutions. En 1950, 44% des hommes et 34% des femmes avaient moins de 65 ans au moment de leur décès. En 2010, ces parts s'étaient réduites à 20% et 11% respectivement (G4.3). À l'inverse, seuls un peu plus de 1% des hommes et 3% des femmes morts en 1950 avaient 90 ans et plus, contre 14% et 31% respectivement en 2010. La majorité des

Taux de mortalité standardisé

Pour 100'000 habitants

G 4.2

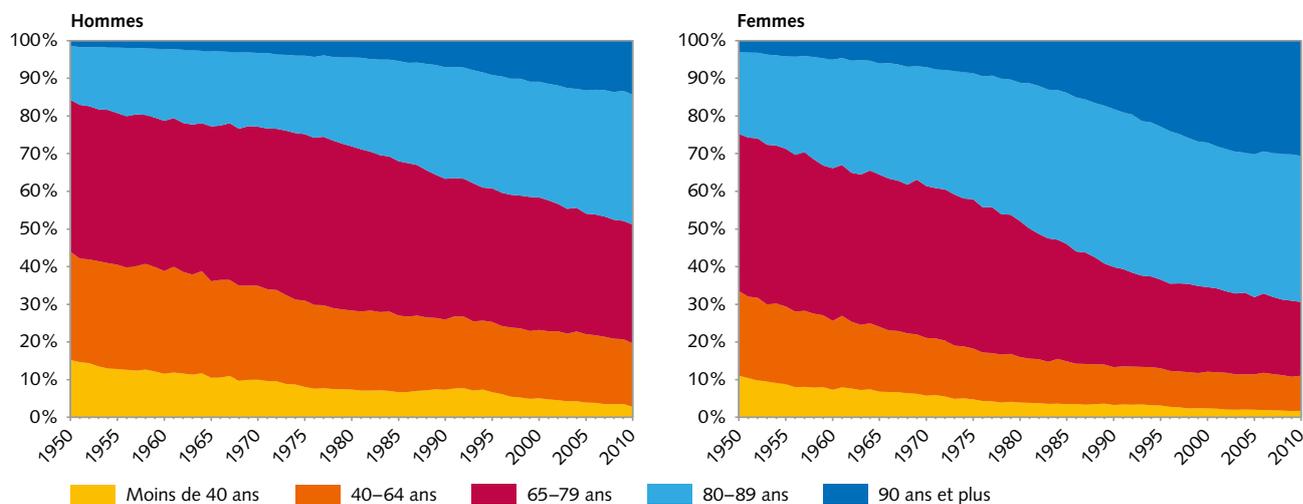


Source: OFS, CD

© OFS

Age lors du décès

G 4.3



Source: OFS, BEVNAT

© OFS

personnes décèdent désormais après 80 ans. Malgré cette évolution et l'important recul de la mortalité infantile (> chapitre 4.7.1), le taux de décès lors de la première année de vie reste cependant comparativement élevé (G4.4).

La position sociale, appréhendée ici par le niveau de formation, a une grande importance pour l'état de santé. Dans les années 90 en Suisse alémanique, un homme de 30 ans avec un bas niveau de formation, correspondant au mieux à la scolarité obligatoire, pouvait espérer vivre

jusqu'à 73,3 ans, contre 80,4 ans pour son contemporain avec une formation universitaire (G4.5). Cette différence était plus faible pour les femmes (81,5 ans et 85,1 ans, respectivement). Une comparaison de l'effet du statut social sur la mortalité par tranches d'âge montre que l'écart se réduit avec l'âge, surtout chez les hommes, mais qu'il ne disparaît pas (Spoerri 2006).

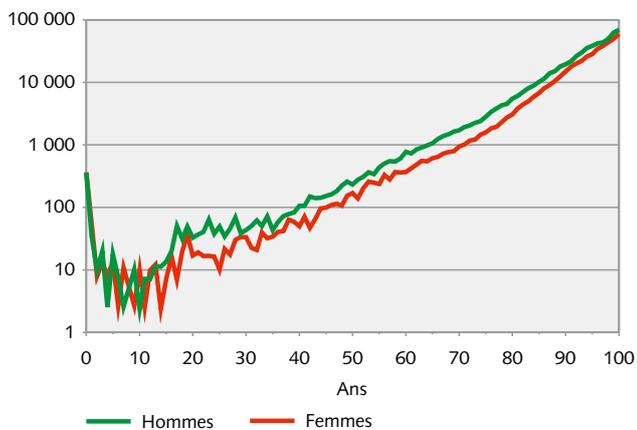
Santé auto-évaluée

En 2007, six personnes sur sept âgées d'au moins 15 ans et vivant en ménage privé déclaraient être en bonne ou en très bonne santé (pour les personnes résidant dans des établissements médico-sociaux > chapitre 4.7.3). La part de celles considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'était que de 3%. La part des personnes en bonne santé recule avec l'âge, particulièrement à partir de 75 ans (G4.6). Le niveau de formation joue un rôle important, notamment pour les hommes de 45 à 64 ans (G4.7). Plus d'un quart de la population souffre par ailleurs d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps (G4.8). La part des personnes concernées – sans différences significatives entre les hommes et les femmes – croît rapidement avec l'âge. Elle est également plus élevée parmi les personnes avec un bas niveau de formation et âgées entre 25 et 54 ans.

Taux de mortalité selon l'âge, en 2010

Pour 100'000 habitants, échelle logarithmique

G 4.4



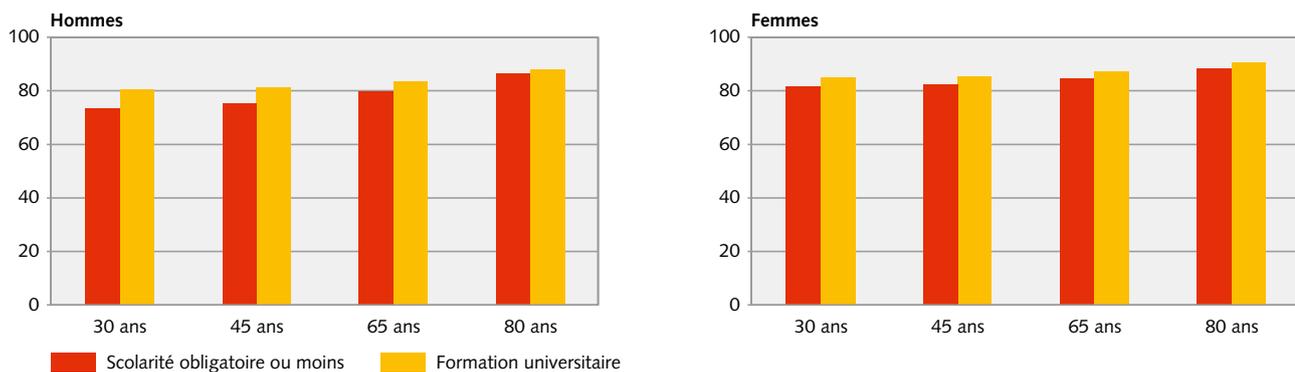
Source: OFS, BEVNAT

© OFS

Espérance de vie selon l'âge et le niveau de formation, 1990–1997

En années

G 4.5



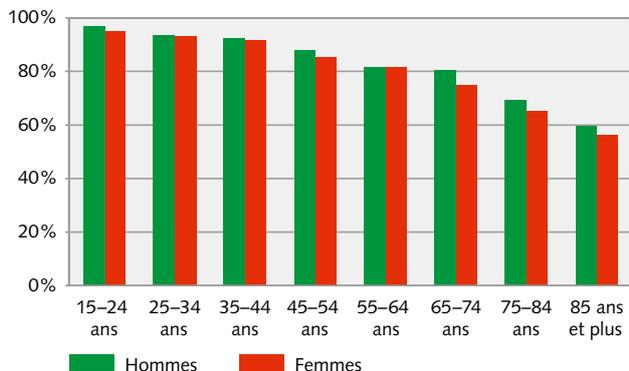
Source: SNC

© OFS

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon l'âge, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.6



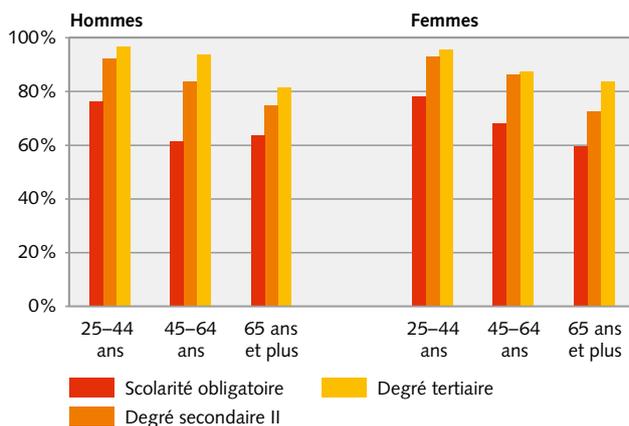
Source: OFS, ESS

© OFS

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon le niveau de formation, en 2007

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.7



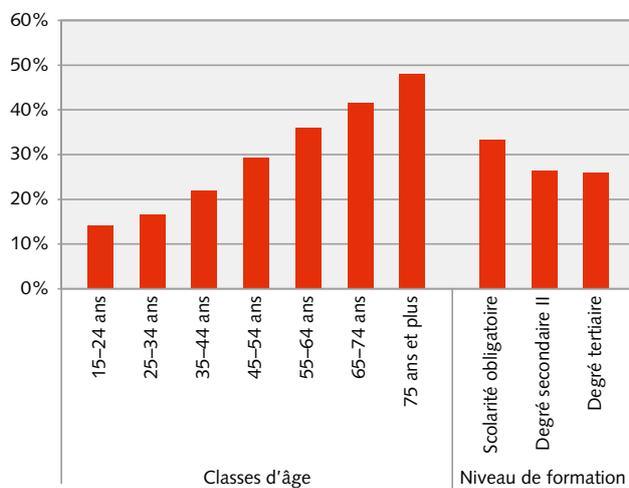
Source: OFS, ESS

© OFS

Problème de santé de longue durée, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.8



Source: OFS, ESS

© OFS

31% des femmes et 17% des hommes ressentait en 2007 des troubles physiques importants (voir encadré). La part de la population concernée est relativement stable jusqu'à 64 ans, puis elle augmente (G4.9). Les personnes avec un bas niveau de formation sont nettement plus nombreuses à déclarer des troubles physiques importants que celles avec une formation universitaire (32% contre 20%). L'origine de ces troubles est en partie associée aux caractéristiques psychosociales des conditions de vie, comme le stress. Les maux de dos ou aux reins sont les troubles les plus fréquents: 39% des hommes et 46% des femmes en souffrent un peu ou beaucoup (G4.10).

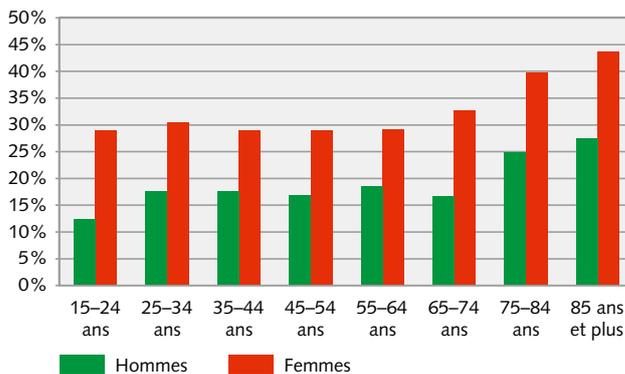
Troubles physiques importants

On parle de troubles physiques importants lorsqu'une personne déclare avoir ressenti, au cours de quatre semaines et avec une forte intensité, au moins quatre des troubles physiques suivants: «mal au dos ou aux reins», «sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie», «mal au ventre ou ballonnement», «diarrhées, constipation ou les deux», «difficultés à s'endormir ou insomnies», «maux de tête ou autres douleurs au visage», «irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie ou arythmie)». Les troubles survenus en association avec de la fièvre, considérée comme un indice de maladie aiguë, ne sont pas pris en compte.

Troubles physiques importants, en 2007

Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.9



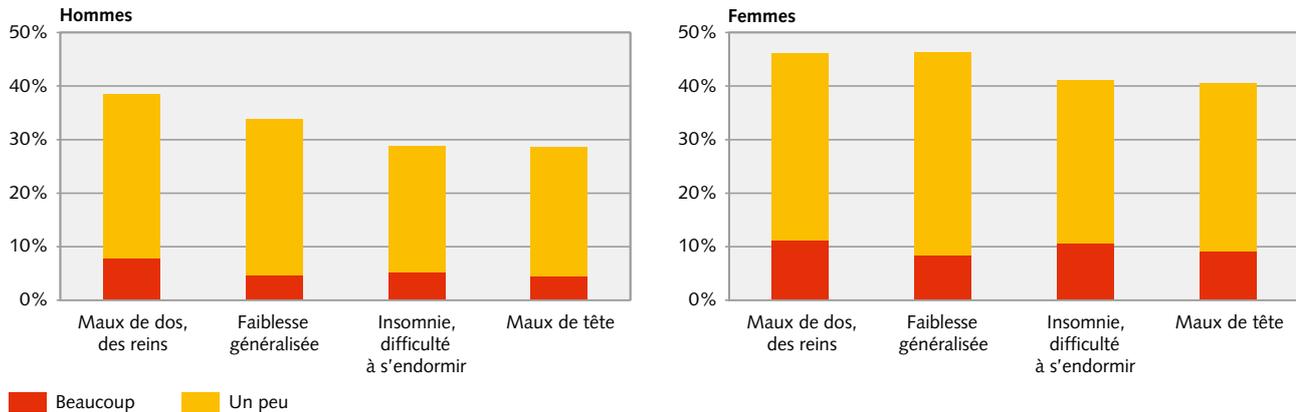
Source: OFS, ESS

© OFS

Principaux troubles physiques, en 2007

Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.10



Source: OFS, ESS

© OFS

Les symptômes d'une détresse psychologique moyenne ou élevée sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (19% contre 15%). Un fort gradient social est également perceptible, surtout aux âges correspondant à la vie active (G4.11). Contrairement aux problèmes de santé de longue durée ou aux troubles physiques, la fréquence des symptômes de détresse psychologique tend plutôt à diminuer avec l'âge.

et plus vivant en ménage privé n'ont pas pu aller au travail ou exercer leur activité habituelle, comme tenir le ménage, durant au moins une journée sur une période de quatre semaines. Pour la moitié des personnes concernées, la durée de cette incapacité a été d'au moins quatre jours. Les incapacités d'au moins 4 jours sont plus fréquentes chez les personnes dont le niveau de formation est le plus bas (G4.12).

Symptômes de détresse psychologique

L'indicateur de détresse psychologique, établi sur la base d'un instrument international, le Mental Health Inventory, évalue la qualité de la vie liée à l'état de santé mental en mesurant la fréquence, sur une période de quatre semaines, de cinq états émotionnels (se sentir très nerveux, avoir le cafard, se sentir abattu et déprimé, se sentir calme et paisible, se sentir heureux).

Les problèmes de santé peuvent être un obstacle à l'exercice des activités habituelles (pour les handicaps > chapitre 4.4). En 2007, 10% de la population de 15 ans

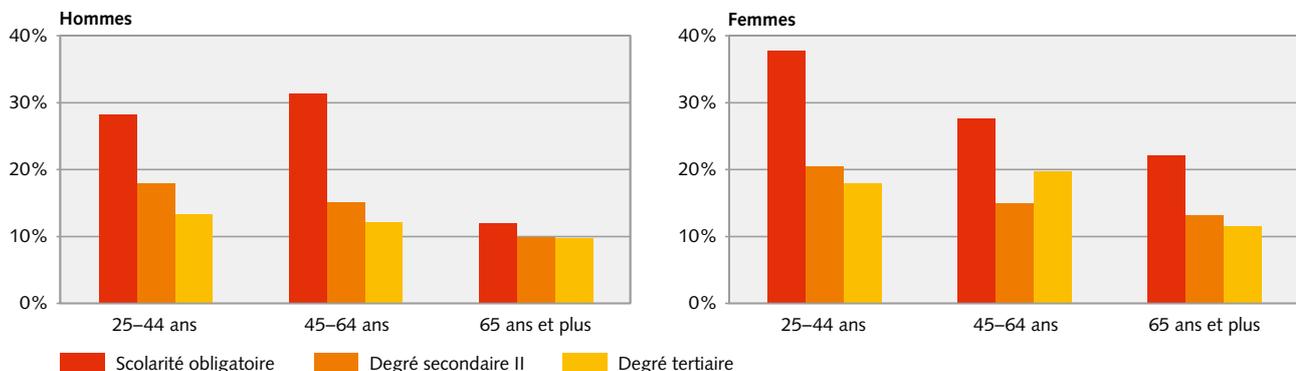
Problèmes de santé diagnostiqués

Il n'existe pas de données systématiques et exhaustives au sujet des problèmes de santé diagnostiqués au sein de la population (la «santé objective»). Les seules données disponibles se rapprochant de cette notion, mises à disposition par des professionnels de la santé, concernent les causes de décès ainsi que les diagnostics associés à une hospitalisation. Au moment de les utiliser, il ne faut cependant pas oublier qu'elles offrent une vue partielle

Détresse psychologique moyenne ou élevée, en 2007

Sur une période de quatre semaines. Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.11



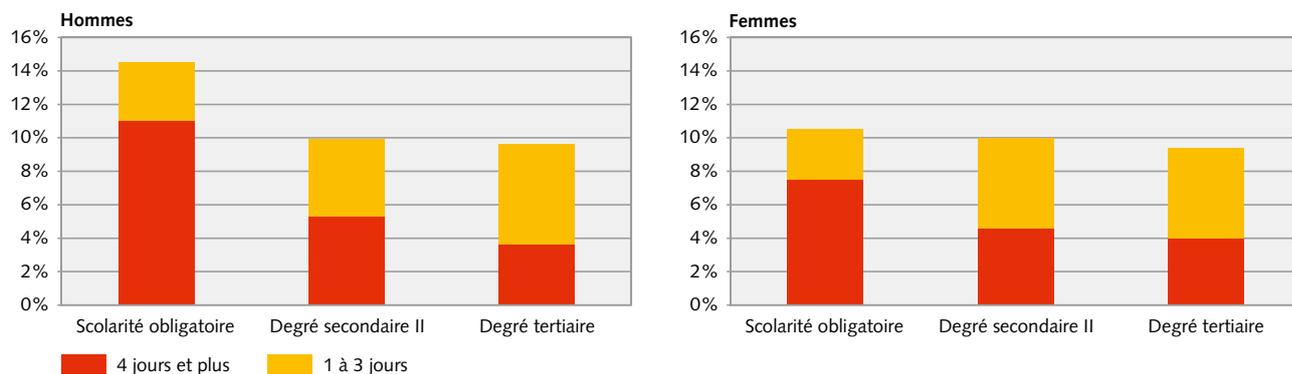
Source: OFS, ESS

© OFS

Incapacité temporaire de travailler ou de faire le ménage pour raison de santé, en 2007

Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.12



Source: OFS, ESS

© OFS

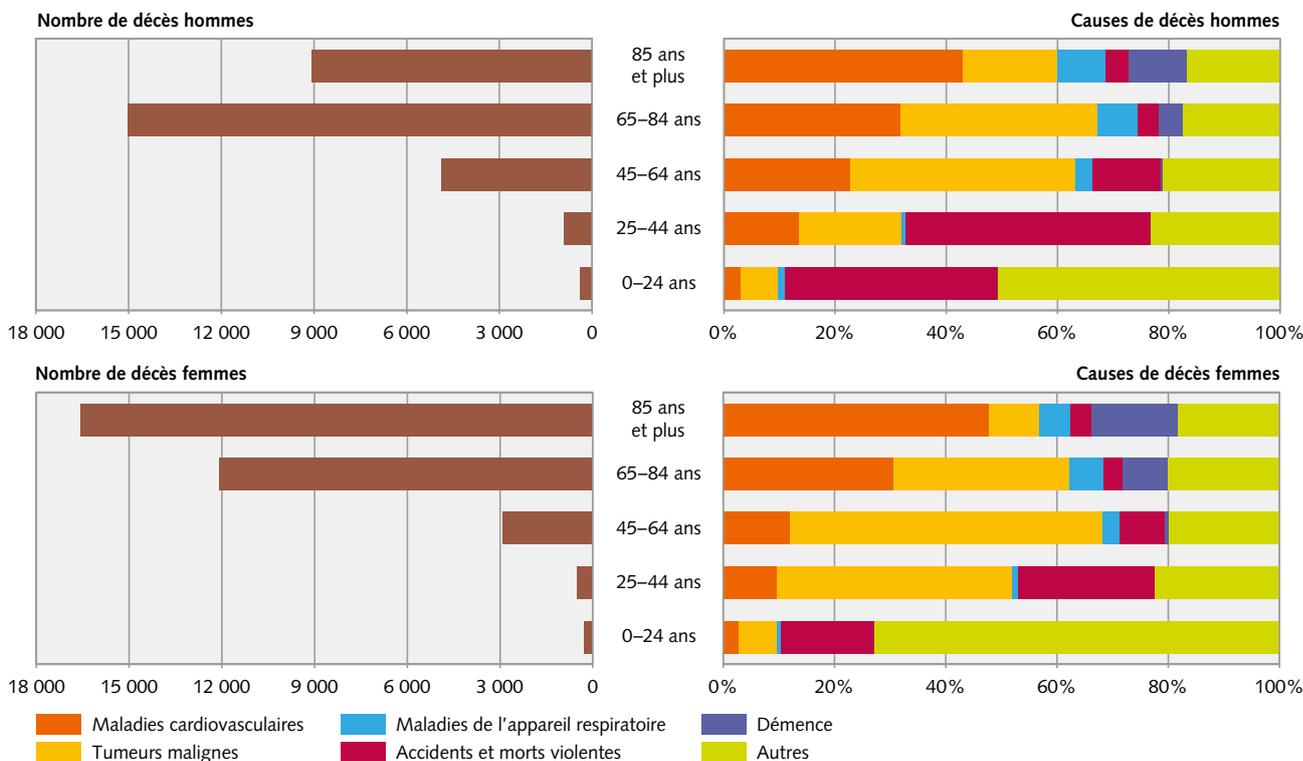
du tableau épidémiologique de la population. En effet, premièrement la plupart des maladies sont soignées de manière ambulatoire ou sans même recourir aux conseils d'un professionnel de la santé et le séjour hospitalier intervient plutôt en cas de problème de santé sévère. Deuxièmement, les maladies dont on souffre au cours de la vie ne sont souvent pas la cause du décès.

Quatre groupes de maladies (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, maladies de l'appareil respiratoires et démence) ainsi que les accidents et morts

violentes sont les causes de plus de 80% des décès (G4.13). Les maladies cardiovasculaires dominent largement parmi les personnes très âgées (85 ans et plus). Par contre, c'est le cancer qui occupe la première place chez les personnes décédées entre 45 et 84 ans. Il est aussi la principale cause de décès chez les femmes de 25 à 44 ans. Chez les hommes de moins de 45 ans, ce sont les accidents et les morts violentes qui dominent.

Principales causes de décès selon l'âge, en 2010

G 4.13



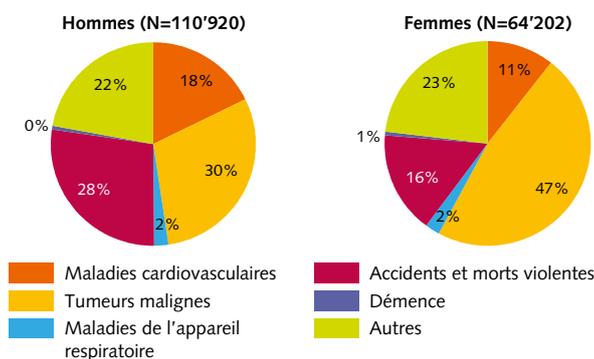
Source: OFS, CD

© OFS

L'importance respective de ces groupes de maladie se modifie si l'on centre son attention sur les décès considérés comme prématurés (avant 70 ans), en calculant les années potentielles de vie perdues (G4.14). Globalement, le cancer est la principale cause de mortalité prématurée. Chez les hommes, la part des accidents et des morts violentes (dont les suicides) est presque aussi importante que celle du cancer. A l'inverse, les maladies cardiovasculaires, et encore plus la démence, sont des causes nettement moins fréquentes de décès prématuré.

Le tableau change lorsqu'on considère les personnes hospitalisées (G4.15). Les lésions traumatiques (accidents) et autres causes externes ainsi que les maladies de l'appareil musculo-squelettique sont les deux principales raisons d'un traitement hospitalier (15% et 14% du total, respectivement). La part des personnes hospitalisées pour lésions traumatiques est la plus élevée parmi les hommes de moins de 45 ans et les femmes de 85 ans et plus. Ces deux groupes de la population sont surexposés aux accidents de la circulation routière et de sport (pour les hommes) et aux chutes (pour les femmes). Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont le motif de, respectivement, 11% et 7% des hospitalisations. C'est nettement moins que la part respective de ces groupes de maladie dans les causes de décès (35% et 26%). Cela reflète le fait qu'une fraction prépondérante des hospitalisations est occasionnée par d'autres affections que celles qui sont à l'origine d'un décès. Quant à la part des personnes hospitalisées pour troubles mentaux ou du comportement (6% du total), elle est la plus élevée entre 25 et 44 ans, chez les hommes comme chez les femmes.

Années potentielles de vie perdues, en 2010 G 4.14

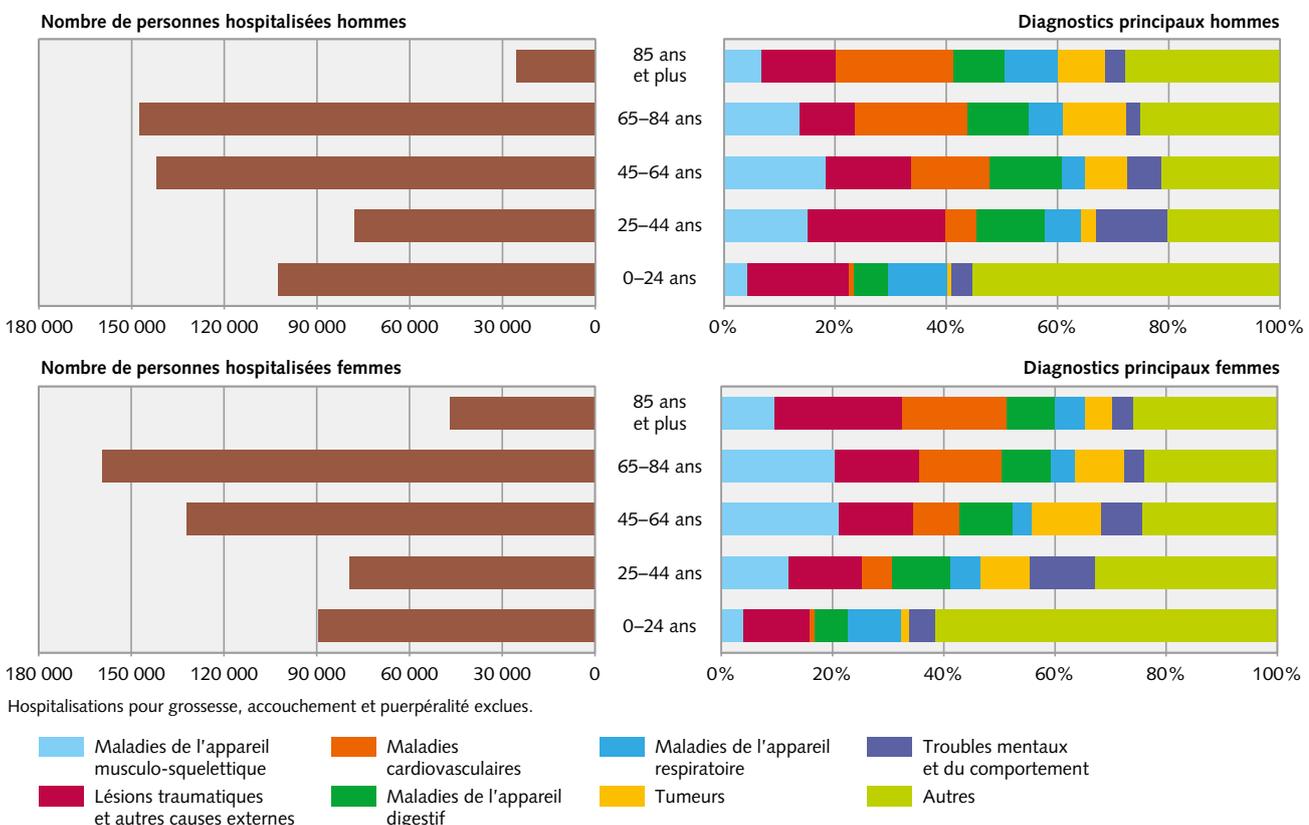


Source: OFS, CD

© OFS

Principaux diagnostics pour les personnes hospitalisées selon l'âge, en 2010

G 4.15



Source: OFS, MS

© OFS

4.2 Santé physique

4.2.1 Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies concernant le cœur et la circulation sanguine. Cela comprend, d'un côté, des affections comme l'infarctus aigu du myocarde ou l'attaque cérébrale, dont la fréquence n'est pas très élevée mais qui ont un impact sévère voire fatal, particulièrement parmi les personnes d'âge moyen. De l'autre, cela regroupe des maladies comme celles des vaisseaux sanguins, plus courantes en particulier parmi les personnes plus jeunes, mais avec un pronostic nettement moins négatif. Les personnes d'un très grand âge (85 ans et plus) souffrent fréquemment d'un affaiblissement généralisé de leur système cardiovasculaire, qui ne correspond pas nécessairement à une maladie cardiovasculaire spécifique.

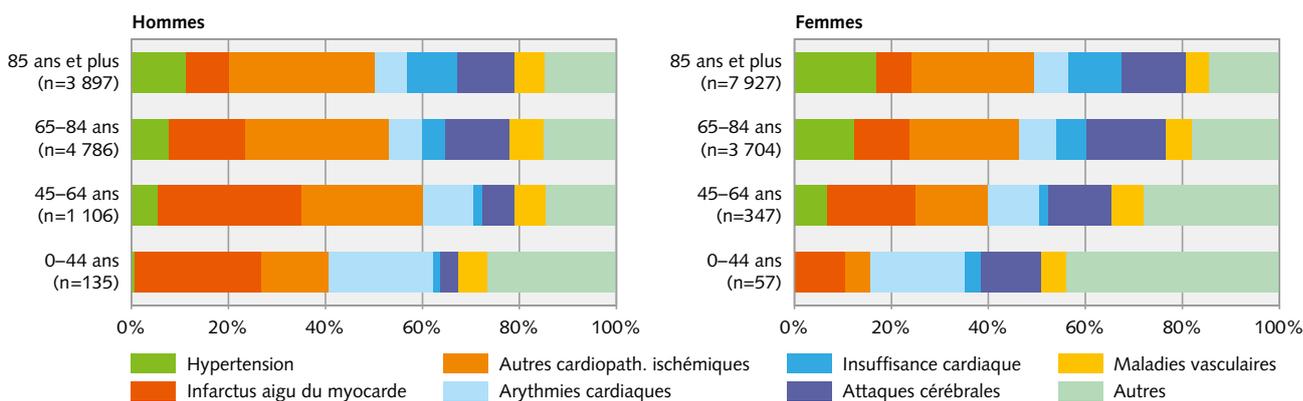
Les décès à cause d'une maladie cardiovasculaire sont plus nombreux d'un cinquième chez les femmes que chez les hommes (12'035 contre 9924 en 2010). Entre 45 et 64 ans, le rapport entre femmes et hommes est cependant inverse, avec 1106 décès pour les hommes contre 347 pour les femmes (G4.16). Dans cette tranche d'âge, les décès provoqués par des cardiopathies ischémiques (y compris l'infarctus aigu du myocarde) dominent et ils sont presque six fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (604 contre 116).

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être hospitalisés en raison d'une maladie cardiovasculaire (67'239 contre 52'335 en 2010). Entre 45 et 64 ans, il y a deux fois plus d'hommes que de femmes dans ce cas et ils sont même quatre fois plus nombreux à être hospitalisés pour des cardiopathies ischémiques, infarctus du myocarde compris (8809 contre 2050). Les maladies vasculaires sont la principale cause d'hospitalisations chez

Décès pour maladies cardiovasculaires, en 2010

Part selon les principales causes et l'âge

G 4.16



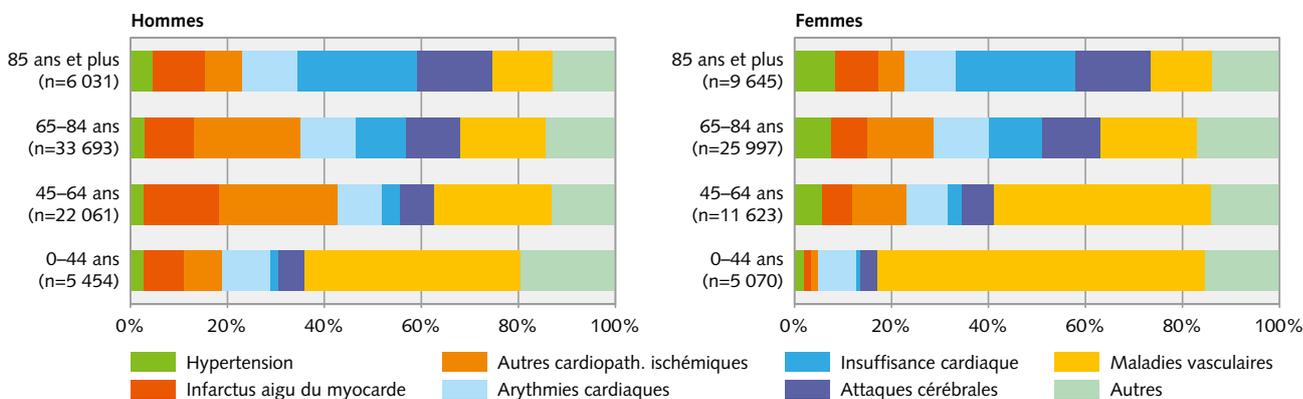
Source: OFS, CD

© OFS

Personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires, en 2010

Part selon les principaux diagnostics et l'âge

G 4.17

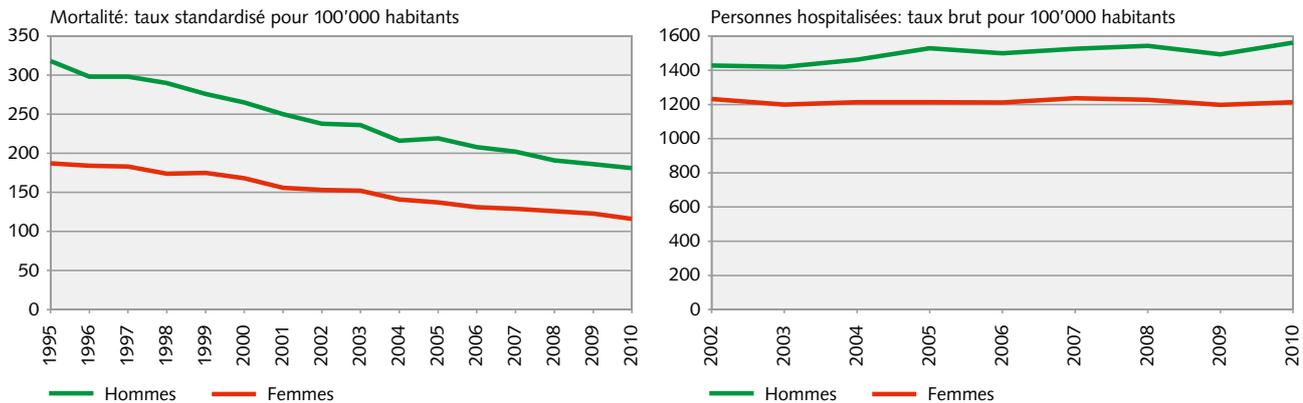


Source: OFS, MS

© OFS

Taux de mortalité et de personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires

G 4.18



Source: OFS, CD et MS

© OFS

les hommes jusqu'à 44 ans et chez les femmes de moins de 65 ans (G4.17). La part des hospitalisations pour attaque cérébrale ou pour insuffisance cardiaque ne cesse de croître avec l'âge, chez les deux sexes.

La mortalité provoquée par les maladies cardiovasculaires est en recul, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes (G4.18). Le taux de personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires est par contre stable entre 2002 et 2010 et il n'y a pas de réduction de l'écart entre hommes et femmes.

Infarctus aigu du myocarde

L'infarctus aigu du myocarde fait partie des maladies qui ont un impact le plus souvent immédiat et sévère sur l'état de santé. Dans la très grande majorité des cas, il débouche sur une hospitalisation, ou sur un décès avant même que l'hospitalisation ne puisse intervenir. Le nombre d'infarctus aigus du myocarde intervenus en

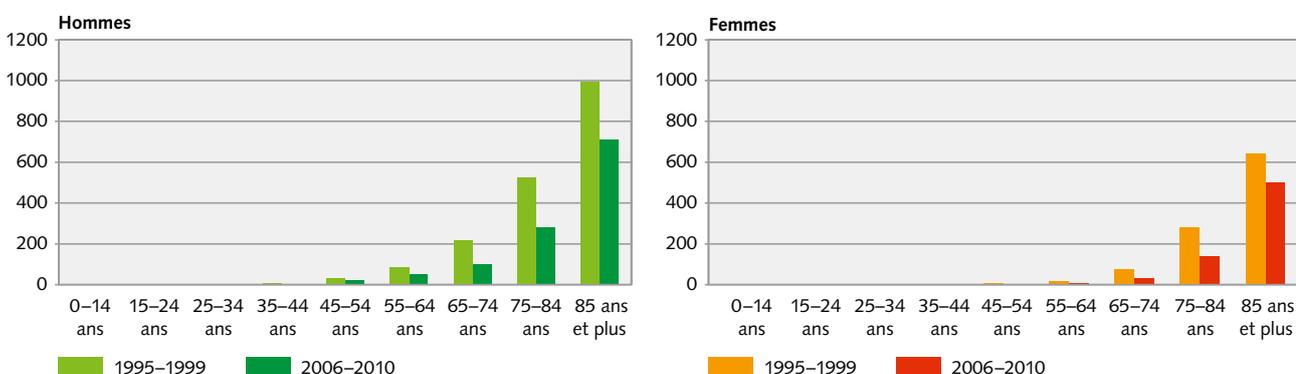
2008 a été estimé à 13'859 (hommes: 8978, femmes: 4881). Ils ont occasionné 2744 décès (1564 hommes et 1180 femmes). Six décès sur dix ont lieu hors établissement hospitalier (Meyer 2007).

Entre 1995 et 2010, le taux standardisé de décès provoqués par un infarctus aigu du myocarde a été divisé par plus de deux. Pour les deux sexes, c'est dans la tranche d'âge de 65–74 ans que la baisse est la plus importante (G4.19). Cette tendance contraste avec la hausse de plus de 40% entre 2002 et 2010 du taux de personnes hospitalisées pour cette maladie. L'augmentation des hospitalisations est sensible chez les hommes dès 45 ans et chez les femmes dès 65 ans (G4.20). L'évolution divergente des taux de décès et de personnes hospitalisées signifie que le recul du taux de décès s'explique surtout par une baisse de la létalité de la maladie, reflétant certainement, pour une part importante au moins, une amélioration de la prise en charge médicale.

Taux de mortalité pour infarctus aigu du myocarde

Pour 100'000 habitants

G 4.19



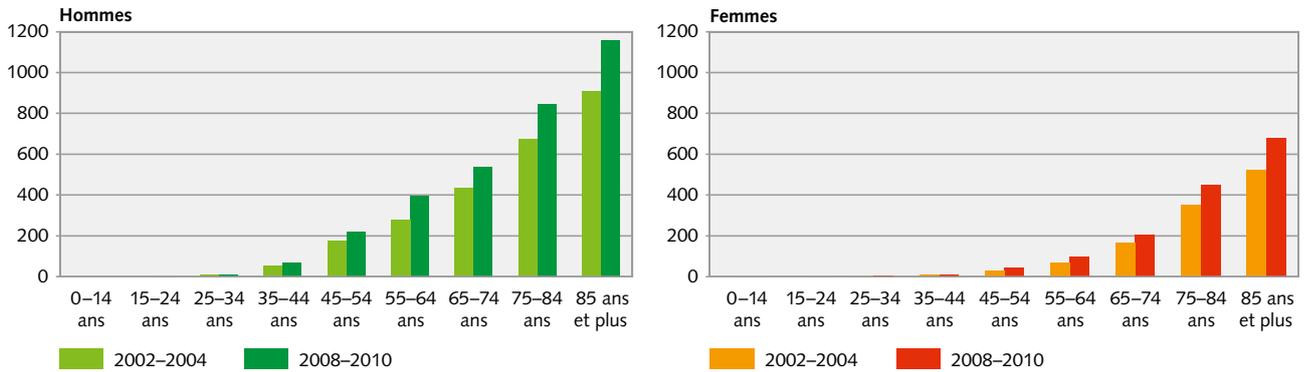
Source: OFS, CD

© OFS

Personnes hospitalisées pour infarctus aigu du myocarde

Taux pour 100'000 habitants

G 4.20



Source: OFS, MS

© OFS

Attaque cérébrale

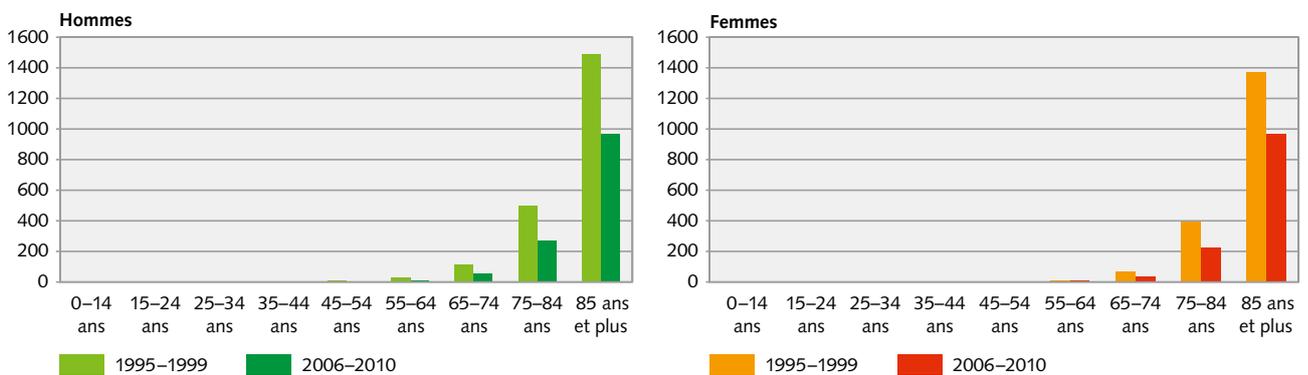
L'attaque cérébrale est une maladie grave, comme l'infarctus du myocarde, qui est à l'origine de 2884 décès en 2010 (1181 hommes et 1703 femmes). Entre 1995 et 2010, le taux standardisé de décès provoqués par les

attaques cérébrales a reculé de moitié. Ce n'est qu'à partir de 65 ans que le taux de décès suite à une attaque cérébrale augmente sensiblement, pour les deux sexes (G4.21). Le taux de personnes hospitalisées a par contre augmenté d'un peu moins de un cinquième entre 2002

Taux de mortalité pour attaque cérébrale

Pour 100'000 habitants

G 4.21



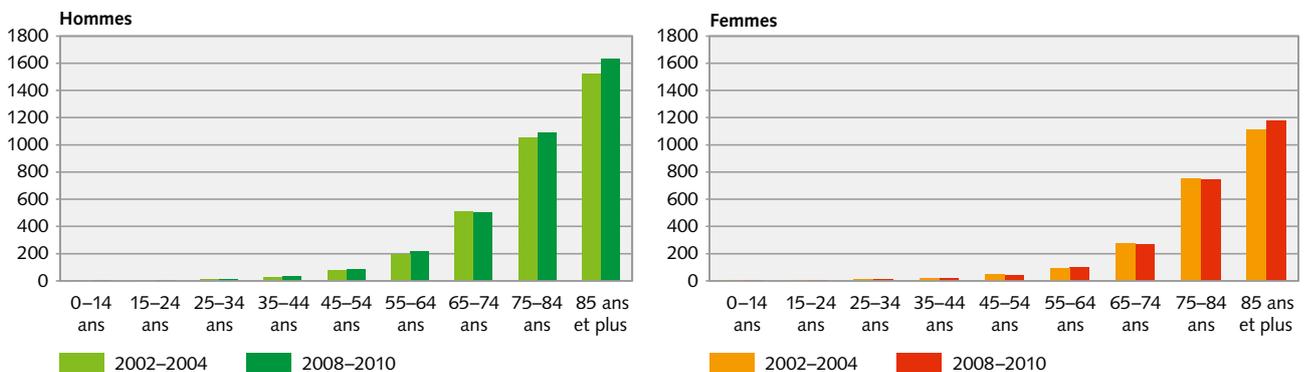
Source: OFS, CD

© OFS

Personnes hospitalisées pour attaque cérébrale

Taux pour 100'000 habitants

G 4.22



Source: OFS, MS

© OFS

et 2010. L'attaque cérébrale est une maladie du grand âge (G4.22). En 2010, 46% des hommes et 64% des femmes hospitalisées suite à une attaque cérébrale avaient au moins 75 ans. Dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde, ces proportions étaient respectivement de 29% et 57%.

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme (> chapitre 3.5.3), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le manque d'activité physique (> chapitre 3.5.1) ainsi que le diabète (> chapitre 4.2.2) et l'excès de poids (> chapitre 4.2.3). En 2007, la part attribuée au tabac parmi les décès provoqués par des maladies cardiovasculaires a été estimée à 26% chez les hommes (2634 décès) et à 9% (1166 décès) chez les femmes (OFS 2009a).

L'hypertension est le plus souvent soignée de manière ambulatoire et elle fait l'objet d'un contrôle très régulier:

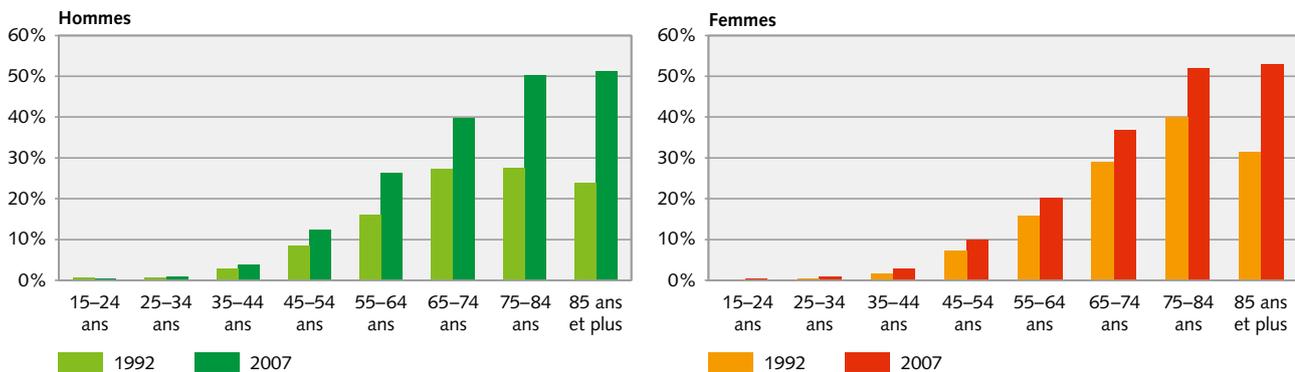
en 2007, 69% des hommes et 80% des femmes de 15 ans et plus vivant en ménage privé s'étaient fait contrôler leur pression au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion avoisine les 90% dès 65 ans. Le traitement de l'hypertension a très souvent une dimension médicamenteuse: en 2007, 87% des personnes déclarant une tension trop élevée prenaient des médicaments. Le traitement médicamenteux de l'hypertension devient plus fréquent avec l'âge, surtout à partir de 45 ans (G4.23). La prise de médicaments contre l'hypertension a augmenté depuis 1992. La différence est significative dès 55 ans chez les hommes et dès 65 ans chez les femmes.

L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique. Elle est moins souvent contrôlée que l'hypertension: en 2007, 42% des hommes et 45% des femmes avaient fait contrôler leur cholestérol au cours d'une année. La part des personnes prenant des médicaments contre l'hypercholestérolémie croît avec l'âge (G4.24). Elle est nettement plus basse que celle des personnes recourant à des médica-

Médicaments contre l'hypertension

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.23



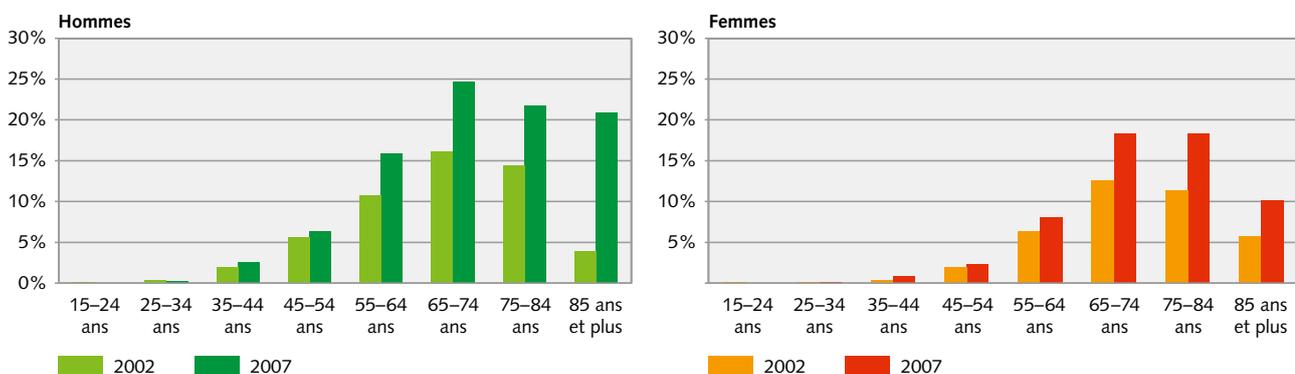
Source: OFS, ESS

© OFS

Médicaments contre le cholestérol

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.24



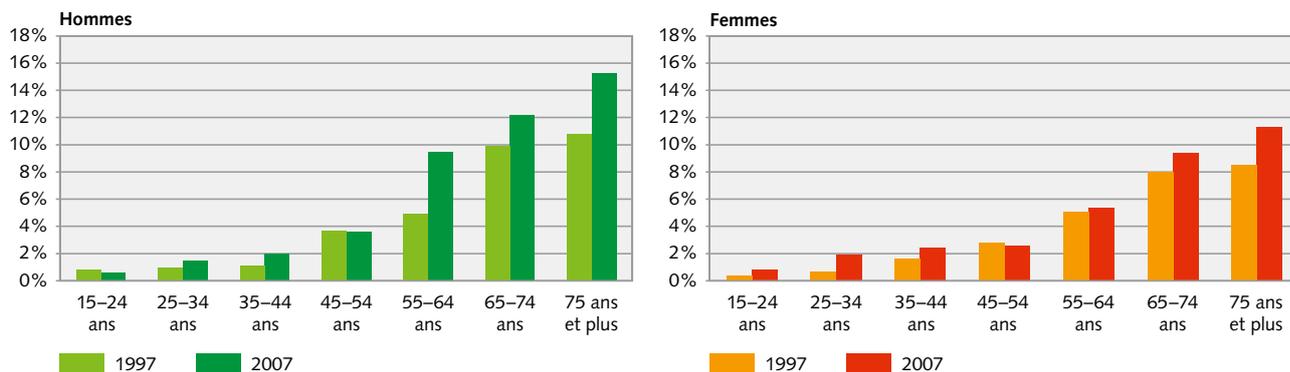
Source: OFS, ESS

© OFS

Personnes souffrant du diabète

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.25



Source: OFS, ESS

© OFS

ments contre l'hypertension. Le recours aux médicaments contre le cholestérol a augmenté entre 2002 et 2007, surtout parmi les personnes âgées entre 65 et 84 ans.

4.2.2 Diabète

Le diabète est une maladie qui constitue un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, car il favorise l'artériosclérose des vaisseaux sanguins. Il existe deux principaux types de diabète. Le diabète de type I, relativement rare, est dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas. Il peut survenir dès l'enfance et prendre une forme aiguë. Le diabète de type II provient d'une résistance à l'insuline. Il est beaucoup plus fréquent que le diabète de type I (90 à 95% de tous les cas de diabète) et il apparaît typiquement à un âge avancé. Il tend cependant à devenir plus fréquent chez des personnes plus jeunes, en particulier chez celles souffrant d'un fort excès de poids.

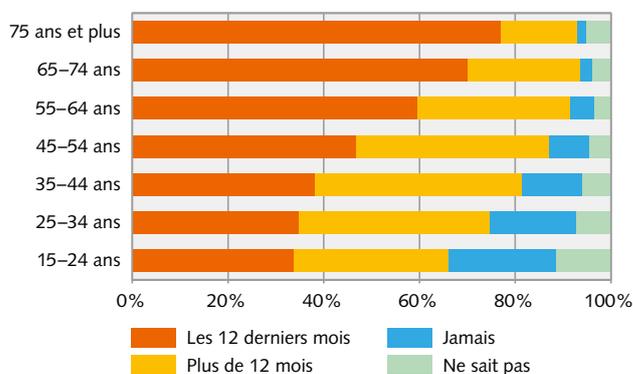
En 2007, 5% des hommes et 4% des femmes âgés de 15 ans et plus et vivant en ménage privé déclaraient que leur médecin leur avait déjà dit qu'ils ou elles avaient du diabète (sans distinction de type). La part des personnes concernées augmente rapidement à partir de 45 ans chez les hommes et 55 ans chez les femmes (G4.25). On constate également, en 10 ans, une augmentation des cas diagnostiqués, particulièrement chez les hommes. Il en découle qu'à partir de 55 ans les hommes sont nettement plus touchés que les femmes. 7,8% des personnes avec un niveau de formation ne dépassant pas la scolarité obligatoire déclarent avoir du diabète, contre respectivement 4,1% et 3,7% de celles avec une formation du niveau secondaire II ou du niveau tertiaire.

Le diabète de type II peut se développer longtemps sans symptôme. La prévention joue par conséquent un

Dépistage du diabète, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.26



Source: OFS, ESS

© OFS

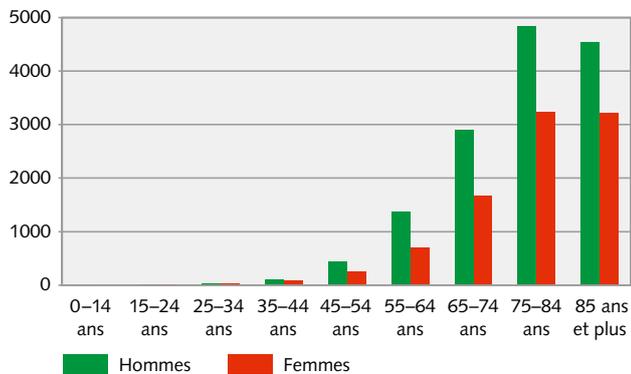
rôle important. En 2007, la part des personnes ayant fait contrôler leur taux de glucose dans le sang au cours des 12 derniers mois passe de 47% chez les 45-54 ans à 77% chez les personnes de 75 ans et plus (G4.26). Les différences entre hommes et femmes sont peu importantes.

Les hospitalisations provoquées par un diabète de type I (diagnostic principal) sont peu nombreuses (1098 personnes en 2010). Ce type de diabète a également été diagnostiqué auprès de 2441 personnes hospitalisées pour d'autres motifs. Le taux d'hospitalisation pour diabète de type I est le plus élevé parmi les jeunes de moins de 25 ans. Cela correspond au fait que ce type de diabète peut assez fréquemment prendre une forme aiguë au moment de son apparition. Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de diabète de type II sont beaucoup plus nombreuses (56'982 personnes en 2010, dont 56% d'hommes). Dans la très grande majorité des cas (53'539), le diabète II ne constitue cependant pas le motif premier de l'hospitalisation, mais un diagnostic secondaire. Les per-

Personnes hospitalisées avec un diabète de type II, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.27



Source: OFS, MS

© OFS

Personnes hospitalisées avec un diabète de type II sont rares jusqu'à 34 ans, mais leur fréquence augmente ensuite rapidement (G4.27). Par ailleurs, 3811 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic de diabète sans précision, plus de neuf fois sur dix (93%) comme diagnostic secondaire.

4.2.3 Excès de poids

Le surpoids se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle. Sa forme extrême, l'obésité, a été reconnue comme maladie par l'OMS en 1997. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque important pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers (du sein et du côlon en particulier) et des troubles musculo-squelettiques, comme l'arthrose. La cause fondamentale du surpoids et de l'obésité réside dans le déséquilibre énergétique entre les calories consommées (alimentation trop riche) et dépensées (insuffisance de l'activité physique) (> chapitre 3.5). L'indice de masse corporelle (IMC) est l'instrument le plus courant pour repérer le surpoids ou l'obésité.

L'indice de masse corporelle

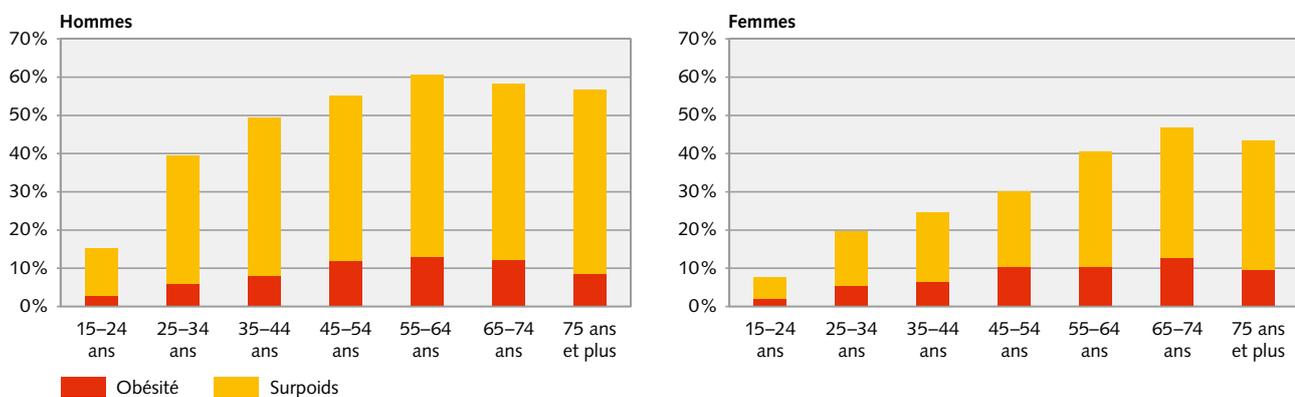
L'indice de masse corporelle (IMC; en anglais: BMI pour Body Mass Index) se calcule en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètre) au carré. L'OMS distingue les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus: sous-poids (IMC < 18,5 kg/m²), poids normal (IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²), surpoids (IMC entre 25 et 29,9kg/m²) et obésité (IMC ≥ 30 kg/m²).

En 2007, les hommes étaient nettement plus nombreux à présenter un surpoids que les femmes (38% contre 21% respectivement). Il n'y a par contre pas de différence significative pour l'obésité (9% et 8% respectivement). La part des personnes souffrant de surpoids ou obèses augmente avec l'âge, jusqu'à 64 chez les hommes et 74 ans chez les femmes, avant de redescendre légèrement (G4.28). A partir de 45 ans, une majorité des hommes sont en surpoids ou obèses. Néanmoins, la Suisse est un des pays au monde où la part des personnes avec un excès de poids est la moins élevée (OCDE 2009).

Surpoids et obésité, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.28



Source: OFS, ESS

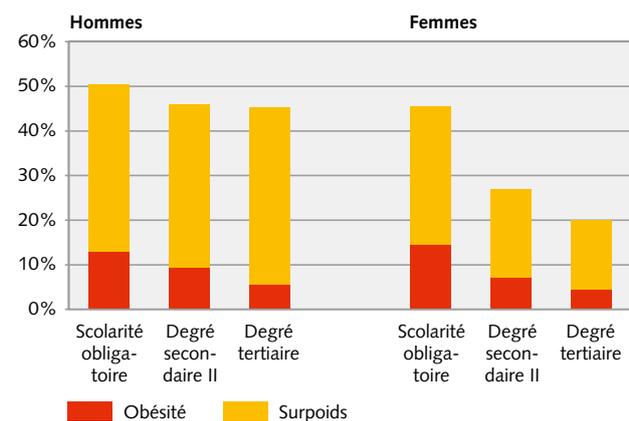
© OFS

Il existe un important gradient social en matière d'obésité (G4.29). Les hommes avec un niveau de formation correspondant à l'école obligatoire ont deux fois plus de risque d'être obèses que ceux avec une formation universitaire (13% contre 6%, respectivement). L'écart est encore plus important chez les femmes (15% contre 4%, respectivement). Pour le surpoids, on ne constate une différence significative que chez les femmes (31% contre 16%, respectivement). La part des personnes avec un surpoids ou obèses a régulièrement augmenté entre 1992 et 2002, passant de 30% à 37%, puis elle s'est stabilisée à ce niveau jusqu'en 2007. La part des personnes obèses parmi les hommes ayant un bas niveau de formation a crû sensiblement plus rapidement que parmi les hommes ayant une formation universitaire. Ce n'est pas le cas chez les femmes.

Surpoids et obésité selon le niveau de formation, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.29



Source: OFS, ESS

© OFS

4.2.4 Cancer

Quatre personnes sur dix vont développer un cancer au cours de leur vie. Chaque année, environ 20'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les hommes et 17'000 chez les femmes. Le cancer peut apparaître à tout âge et le risque croît avec l'âge: seul un cancer sur dix apparaît chez des personnes de moins de 50 ans (G4.30). Il s'agit de la deuxième cause de décès et environ 8800 hommes et 7100 femmes en meurent chaque année.

Les cancers les plus fréquents sont celui de la prostate, chez l'homme, et celui du sein, chez la femme (G4.31). Ils représentent, additionnés au cancer du poumon et à celui du côlon-rectum, un peu plus de 50% des nouvelles tumeurs diagnostiquées chaque année. La cause de décès la plus fréquente par cancer est le cancer du poumon chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. La survie varie considérablement entre les différents cancers, en raison du pronostic propre à chaque type de tumeur, mais également selon le degré d'extension de la maladie lors de sa découverte. Souvent, une meilleure survie est attendue pour les stades de découverte précoce.

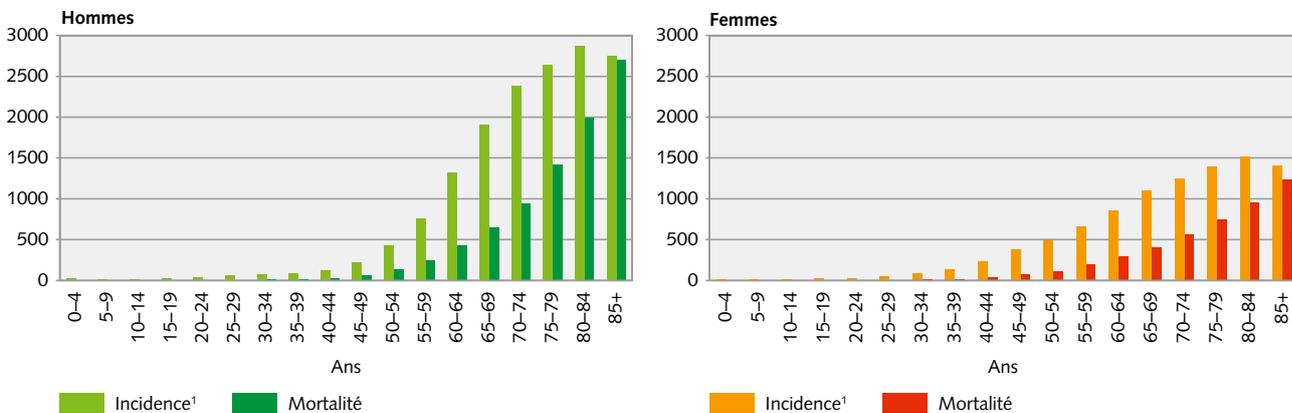
Cancer du poumon

Chaque année, de nouveaux cas de cancer du poumon sont diagnostiqués auprès d'environ 2500 hommes et 1400 femmes. La survie relative à 5 ans est relativement mauvaise (14%). Cela explique que le cancer du poumon soit la première cause de décès par cancer chez l'homme (2000 décès par an) et la deuxième chez la femme (1000 décès par an). Une baisse importante des

Cancers malins (total), 2005–2009

Taux pour 100'000 habitants

G 4.30



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

nouveaux cas et de la mortalité ont été observées chez l'homme. La tendance est inverse chez la femme (G4.32). Plus de 80% des cancers du poumon ont pour origine le tabagisme et environ 10% sont d'origine professionnelle. Actuellement, il n'existe pas de méthode efficace de dépistage de ce cancer.

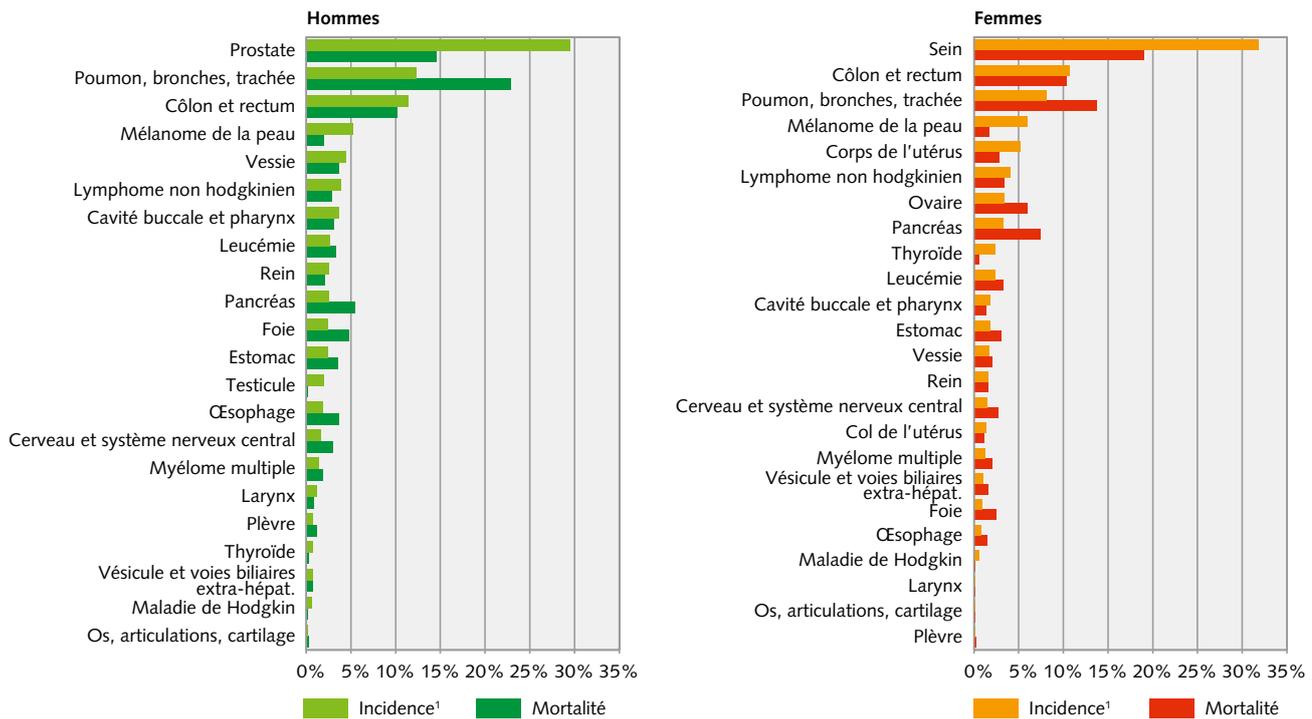
Cancer du côlon-rectum

Chaque année, un cancer du côlon-rectum est diagnostiqué chez environ 4100 nouvelles personnes. La survie relative à 5 ans est de 60% et 1600 personnes environ en décèdent chaque année (troisième cause de décès par cancer). Les taux de nouveaux cas sont restés relativement stables entre 1985 et 2004, avant de diminuer. La mortalité est en recul de manière générale (G4.33).

Cancers malins selon la localisation, 2005–2009

Part par localisation cancéreuse

G 4.31



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

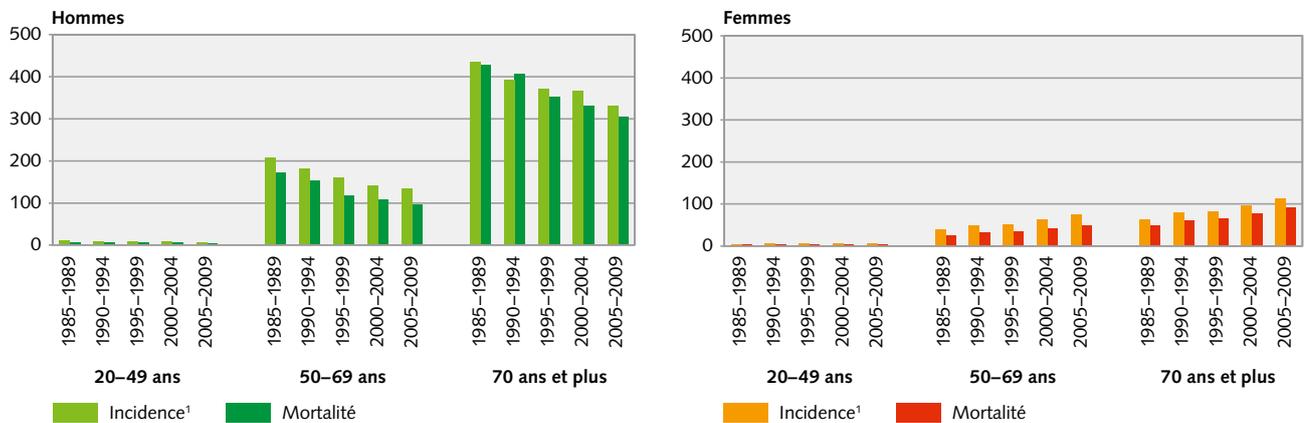
Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

Cancer du poumon

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.32



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

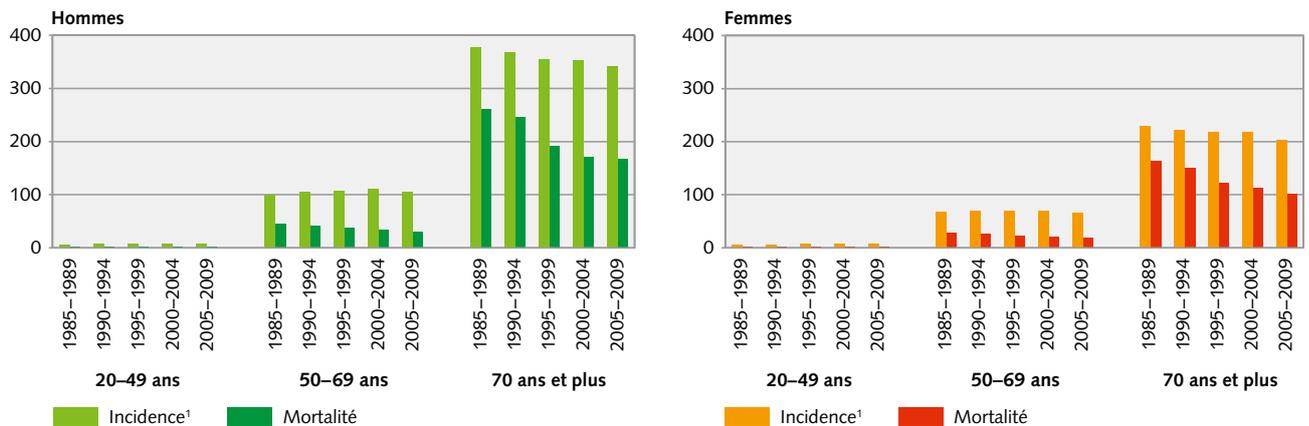
Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

Cancer du côlon-rectum

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.33

¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

Une alimentation riche en viande rouge ou en viande transformée, une consommation d'alcool supérieure à 1 ou 2 verres par jour, ainsi que le tabagisme de longue durée, le surpoids, le manque d'activité physique et les maladies inflammatoires du côlon constituent des facteurs de risques. Actuellement le dépistage est à l'initiative du médecin. Il se fait par recherche du sang occulte dans les selles ou par examen du côlon par endoscopie, en général entre 50 et 74 ans. En 2007, 11% des personnes de 50 à 74 ans déclaraient avoir fait au cours de l'année écoulée l'examen par recherche du sang occulte, dont 73% à titre de dépistage.

Cancer du sein

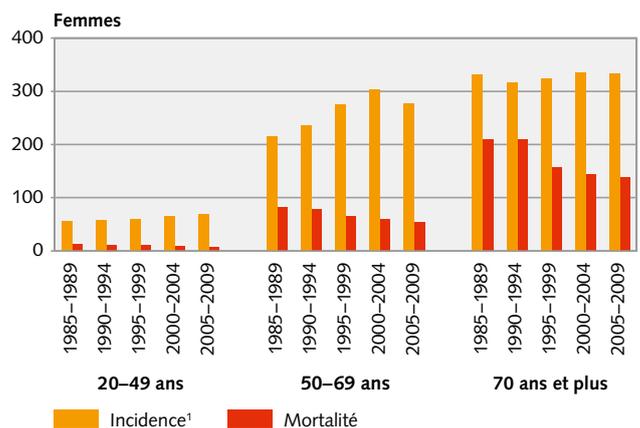
Avec 5400 nouveaux cas chaque année, ce cancer est le plus fréquent chez les femmes. Après des années d'augmentation, le nombre des nouveaux cas a baissé entre les deux dernières périodes (G4.34). De son côté, la mortalité a reculé depuis vingt ans. Le taux de survie à 5 ans s'élève désormais à 82%. Néanmoins, le cancer du sein reste la cause de 19% des décès par cancer chez les femmes (environ 1350 décès par an).

Le cancer du sein est lié aux hormones féminines. Le risque augmente avec le nombre de cycles ovulatoires (âge précoce aux premières règles, âge tardif à la ménopause), lorsque le taux d'hormones est élevé, ou en cas d'obésité après la ménopause. A l'inverse, un âge précoce au premier enfant, l'allaitement et un nombre élevé d'enfants protègent de ce cancer. La prise d'hormones (pilule et hormonothérapie de substitution) pendant plus de 5 ans entraîne une augmentation du risque temporaire, qui redevient normal 5 ans après l'arrêt.

Cancer du sein

Taux brut pour 100'000 habitants

G 4.34

¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

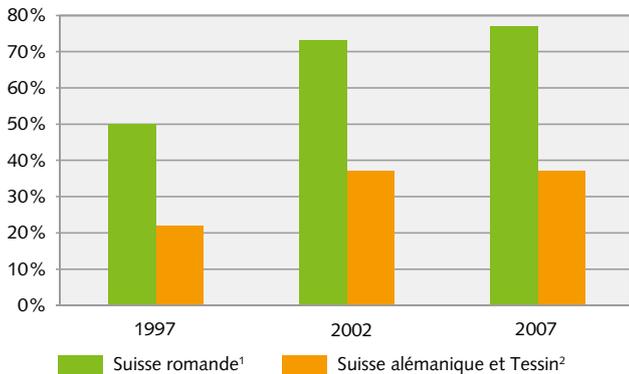
Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

Une mammographie de dépistage est recommandée tous les deux ans pour toutes les femmes entre 50 et 69 ans. En 2007, 78% des femmes de cette tranche d'âge avaient effectué au moins une fois cet examen. Elles étaient 47% à l'avoir réalisé au cours des deux dernières années, dont 85% à titre de dépistage et en l'absence de symptôme. Dans les six cantons où un programme de dépistage organisé existait en 2007 (VD, VS, GE, FR, NE, JU), 77% des femmes de 50 à 69 ans avaient effectué une mammographie au cours des deux années précédentes, contre 37% des femmes dans le reste de la Suisse (G4.35).

Mammographie

Femmes de 50 à 69 ans vivant en ménage privé et ayant effectué une mammographie au cours des deux dernières années **G 4.35**



¹ VD, VS, GE, FR, NE, JU

² ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI

Source: OFS, ESS

© OFS

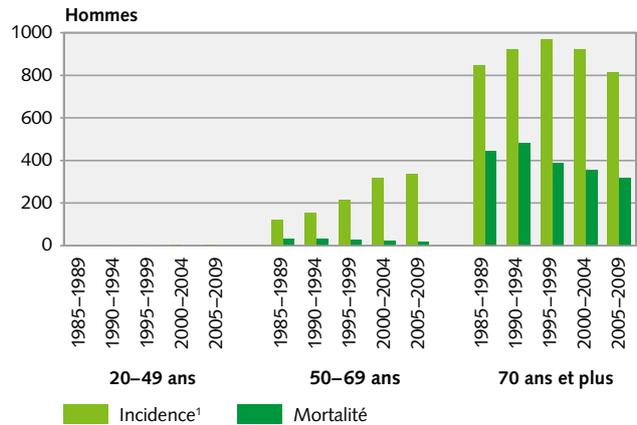
Cancer de la prostate

Environ 5900 nouveaux cas de ce cancer sont diagnostiqués chaque année, très rarement chez des hommes de moins de 50 ans (G4.36). Durant les vingt-cinq dernières années, le taux de nouveaux cas a d'abord fortement augmenté, avant de reculer entre les deux dernières périodes. La probabilité d'une survie à 5 ans est de 82%. Le cancer de la prostate est responsable de 15% des décès par cancer chez les hommes (environ 1300 décès par an). Le taux de mortalité pour ce cancer est en recul depuis le milieu des années 90.

Il est possible de dépister le cancer de la prostate par une détection dans le sang de l'antigène prostatique spécifique (PSA), faite en général entre 50 et 74 ans. Il n'est cependant pas certain que cela permette de modifier efficacement le cours naturel de la maladie et d'en diminuer la mortalité. En 2007, 25% des hommes de

Cancer de la prostate

Taux brut pour 100'000 habitants **G 4.36**



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT, EC

© OFS

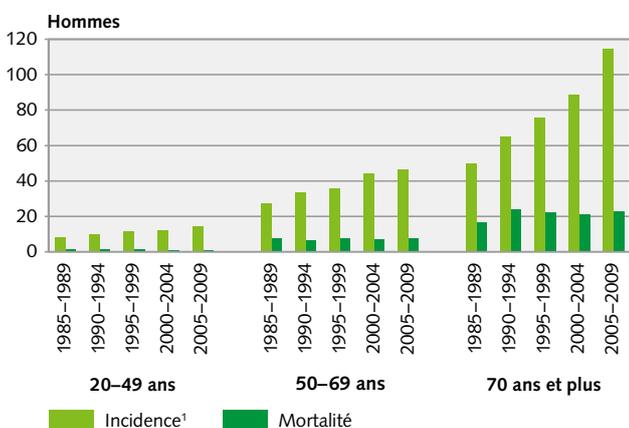
50 à 74 ans avaient effectué cet examen sur une période d'une année, dont 79% à titre de dépistage et en l'absence de symptôme.

Mélanome

Environ 2100 nouveaux cas de mélanome, un des deux principaux types de cancer de la peau, sont découverts chaque année. Ce cancer est l'un des plus fréquents de l'adulte jeune et il touche plus souvent les hommes que les femmes. Le nombre de nouveaux cas de mélanome est en forte augmentation au cours des dernières décennies (G4.37). Le mélanome présente un des meilleurs pronostics, avec une probabilité de survie à 5 ans de plus de 89%. Il est responsable d'environ 290 décès par année et, au fil des années, son taux de mortalité est resté relativement stable.

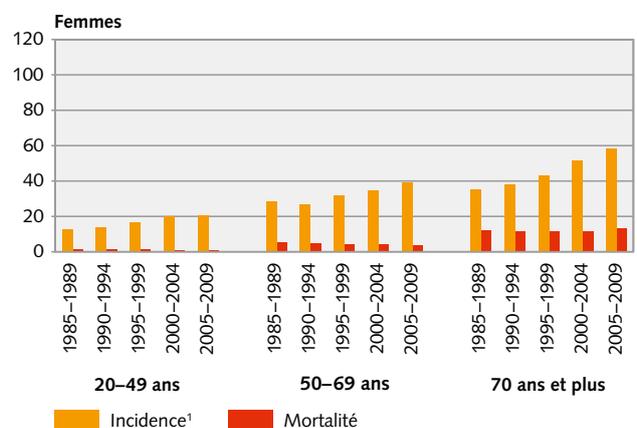
Mélanome de la peau

Taux brut pour 100'000 habitants **G 4.37**



¹ Nouveaux cas, estimés à partir des données des registres du cancer

Source: OFS, NICER et RCT, EC

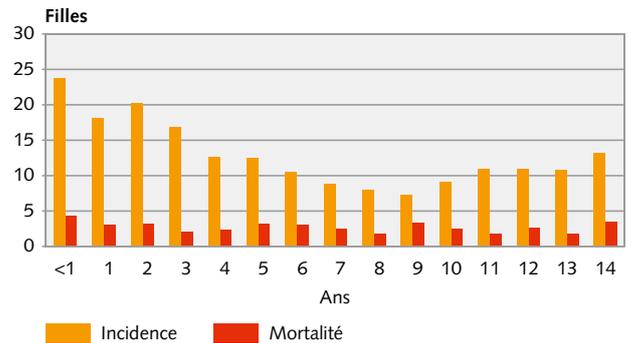
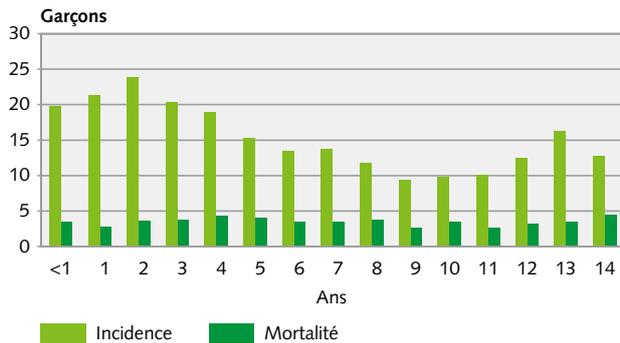


© OFS

Cancer chez les enfants, 1985–2009

Taux pour 100'000 enfants

G 4.38



Source: OFS et RSCE, EC

© OFS

Le principal facteur de risque est l'exposition aux rayons ultraviolets, dont les sources essentielles sont le soleil et les lampes à bronzer ou le solarium. En 2007, 88% des femmes et 79% des hommes déclaraient se protéger des rayons du soleil. Une peau claire et l'existence de nombreux grains de beauté sont également des facteurs de risque. La surveillance de ces derniers est donc importante: en 2007, plus d'un tiers de la population déclarait avoir fait contrôler sa peau au moins une fois dans sa vie, les femmes un peu plus souvent que les hommes (36% contre 33%). Pour 10% de la population, ce dépistage avait eu lieu au cours des douze derniers mois.

Les chances de guérison se sont nettement améliorées: inférieures à 20% en 1950, elles sont aujourd'hui de 80%. Avec l'Allemagne, l'Autriche et la Finlande, la Suisse compte parmi les pays où les traitements donnent les meilleurs résultats. Ces derniers varient toutefois selon la tumeur. Si le taux de guérison est de plus de 95% pour les lymphomes hodgkiniens, il est moins bon pour la leucémie myéloïde aiguë, ainsi que pour les tumeurs cérébrales et les sarcomes.

Cancer chez les enfants

Seul 0,5% des tumeurs apparaissent pendant l'enfance (0–14 ans), ce qui correspond à environ 170 nouveaux cas par an. Ce nombre est resté relativement constant depuis le début des années 1990. Le cancer représente cependant, comme chez l'adulte, la deuxième cause de mortalité, avec 30 décès enregistrés en moyenne chaque année.

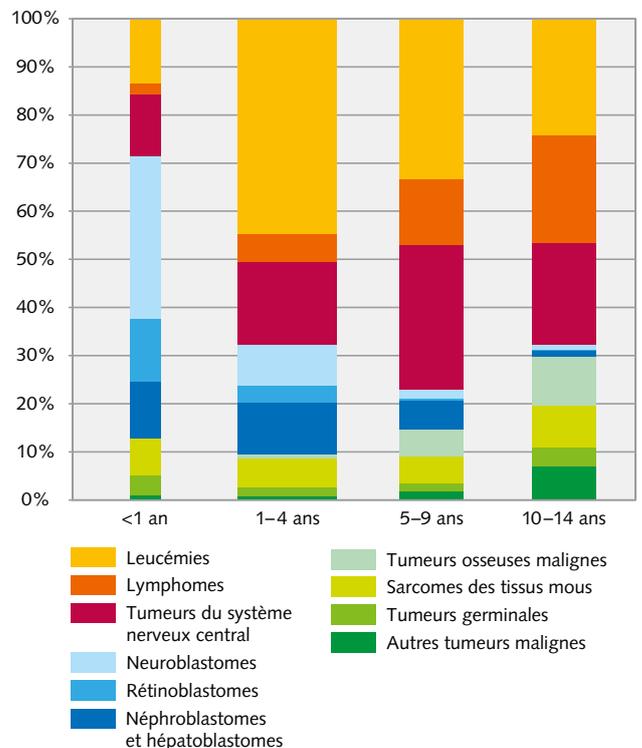
Le cancer se développe plus souvent chez les nourrissons et chez les enfants de 1 à 4 ans que chez ceux en début de scolarité (G4.38). Le taux de nouveaux cas augmente à nouveau lentement à partir de l'adolescence. Pratiquement toutes les tumeurs sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Chez les enfants, les tumeurs ne sont pas classées selon la localisation, mais selon leur histologie (type de tissu), en suivant la classification internationale des cancers de l'enfant, ICC (G4.39). Les tumeurs les plus fréquentes sont les leucémies (33%), suivies des tumeurs du système nerveux central (21%, surtout des tumeurs cérébrales) et des lymphomes (12%).

Cancer chez les enfants selon le type et l'âge, 1985–2009

Part selon la classe d'âge

G 4.39



Les surfaces sont proportionnelles au nombre de cas

Source: RSCE, EC

© OFS

4.2.5 Maladies de l'appareil musculo-squelettique

Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent toucher autant le squelette que les muscles, les tendons, les cartilages et les ligaments. Elles peuvent avoir pour origine des maladies (comme l'ostéosclérose ou des maladies inflammatoires des articulations) ou des malformations (comme des malpositions articulaires), mais, dans le cas des dorsopathies et des arthropathies, elles peuvent également apparaître à la suite d'accidents ou de sollicitation excessive des articulations, par exemple au travail ou lors d'activités sportives. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent provoquer des troubles légers, diffus et passagers, jusqu'à des lésions irréversibles, synonymes d'incapacité chronique. Elles sont par contre très rarement une cause de décès. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent réduire considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elles sont à l'origine de coûts socio-économiques importants et constituent le second motif le plus fréquent d'hospitalisation.

Douleurs au dos, aux membres et aux articulations

Les douleurs au dos, aux membres ou aux articulations peuvent être des symptômes de maladies musculo-squelettiques. En 2007, 33% de la population de 15 ans et plus vivant en ménage déclaraient souffrir un peu de maux de dos et aux reins (sans fièvre), et 10% beaucoup. La fréquence de ces douleurs augmente peu avec l'âge, sauf chez les femmes de 65 ans et plus. La part des personnes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire souffrant beaucoup de telles douleurs est deux fois plus importante que celle parmi les personnes avec une formation universitaire (16% contre 7%). Ces douleurs peuvent aussi être associées à des facteurs socioéconomiques et des problèmes psychosociaux (stress, etc.).

Les douleurs aux articulations et aux membres sont moins fréquentes: 32% de la population en souffrent un peu ou beaucoup. 18% de la population ont des douleurs aux mains et aux membres supérieurs. Les personnes concernées attribuent souvent ces deux types de douleur à leur travail: 38% dans le cas des douleurs aux membres ou aux articulations, 50% pour les douleurs aux mains ou aux membres supérieurs.

Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie générale du squelette, caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une baisse des qualités de l'os augmentant le risque de fracture. Les femmes en post-ménopause sont les plus exposées. En 2007, 8% des femmes de 41 ans et plus et 1% des hommes de 51 ans et plus avaient pris des médicaments contre l'ostéoporose. Le recours à ce traitement croît fortement avec l'âge. La mesure de la densité osseuse permet de dépister l'ostéoporose. En 2007, 26% des femmes de 40 ans et plus et 7% des hommes de 50 ans et plus avaient fait cet examen au moins une fois au cours de leur vie. La fréquence de ce contrôle augmente fortement avec l'âge chez les femmes et elle est la plus élevée entre 65 et 74 ans (42%). Elle est par contre stable chez les hommes.

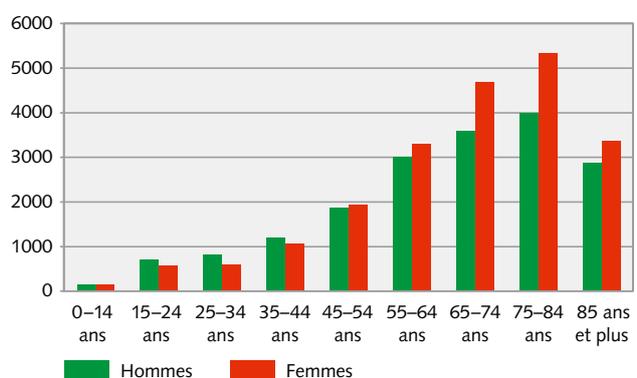
Hospitalisations

En 2010, 142'055 personnes (dont 45% d'hommes) ont été hospitalisées pour des atteintes à l'appareil musculo-squelettique. 56% d'entre elles ont été hospitalisées pour des arthropathies et 23% pour des dorsopathies. Le taux d'hospitalisation pour les maladies musculo-squelettiques a augmenté depuis 2002 (+17% pour les hommes, +24% pour les femmes). Jusqu'à 44 ans, les hommes sont un peu plus souvent hospitalisés que les femmes (G4.40). La tendance s'inverse à partir de cet âge et l'écart croît jusqu'à 84 ans. A partir de 85 ans, les hospitalisations ayant pour motif principal le traitement de ces affections sont moins fréquentes.

Personnes hospitalisées pour maladies de l'appareil musculo-squelettique, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.40



Source: OFS, MS

© OFS

Arthropathies

79'193 personnes ont été hospitalisées pour une arthropathie en 2010. Le taux d'hospitalisation augmente fortement avec l'âge, dès 45 ans (G4.41). Entre 2002 et 2010, le taux d'hospitalisation pour arthropathies a augmenté de 26% pour les hommes et 30% pour les femmes, ce qui est imputable en grande partie à l'hospitalisation croissante de personnes de 55 ans et plus.

Arthropathies

Maladies des articulations des membres. Les plus fréquentes sont les arthroses (maladies dégénératives des articulations) et les arthrites (inflammation des articulations).

Dorsopathies

32'096 personnes ont été admises à l'hôpital en 2010 en raison d'une maladie du dos. C'est à partir de 65 ans que les femmes sont plus fréquemment hospitalisées pour dorsopathies que les hommes (G4.42). Le taux d'hospitalisation pour dorsopathies est resté globalement stable entre 2002 et 2010.

Dorsopathies

Maladies qui touchent le dos et la colonne vertébrale, comme les hernies discales, les malformations de la colonne et les inflammations des disques.

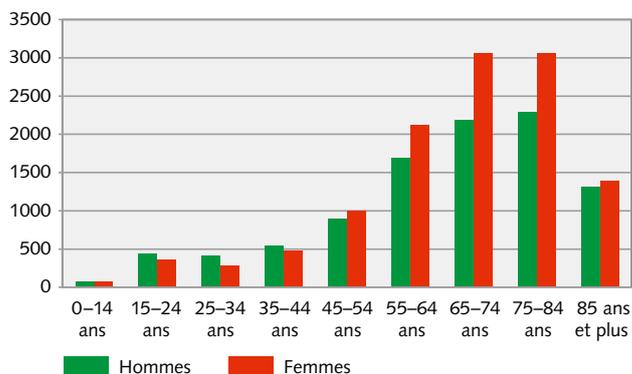
Prothèses

Les troubles de l'appareil musculo-squelettique nécessitent parfois de remplacer certaines articulations par des prothèses artificielles. Les poses de prothèse de la hanche, qui peuvent notamment faire suite à une fracture du col du fémur, sont les plus nombreuses (20'931 en 2010, +37% par rapport à 2002). Elles concernent davantage les femmes (55%) (G4.43). Le taux d'hospitalisation pour prothèse de la hanche continue à croître jusqu'à la classe d'âge la plus élevée, contrairement à ce qui se passe pour la prothèse du genou. Les poses de cette dernière sont moins nombreuses (15'148 en 2010), mais elles ont presque doublé depuis 2002 (7646). Les femmes représentent 61% des personnes ayant bénéficié de ce traitement. C'est entre 65 et 84 ans que la pose de prothèses de genou est la plus fréquente (G4.44).

Personnes hospitalisées pour arthropathies, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.41



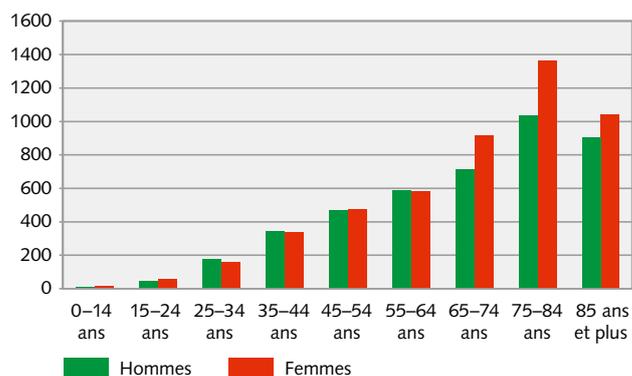
Source: OFS, MS

© OFS

Personnes hospitalisées pour dorsopathies, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.42



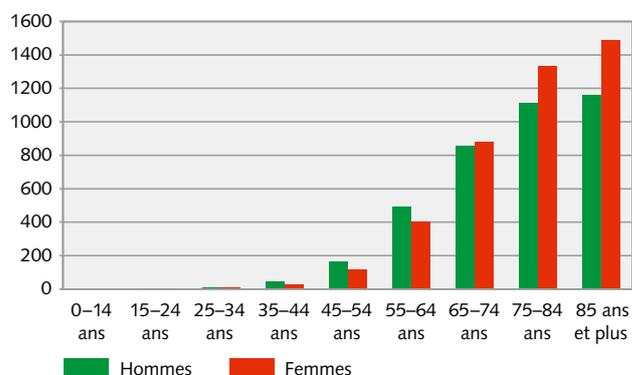
Source: OFS, MS

© OFS

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse de la hanche, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.43



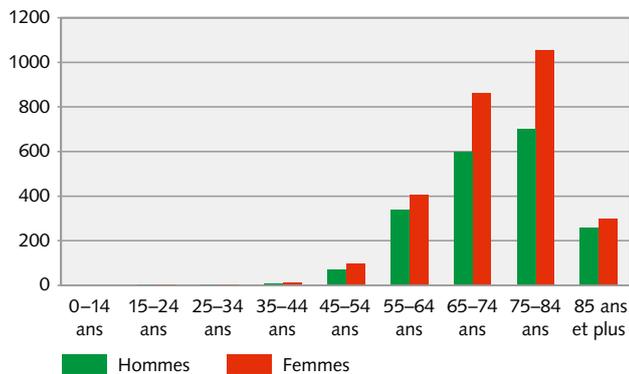
Source: OFS, MS

© OFS

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse du genou, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.44



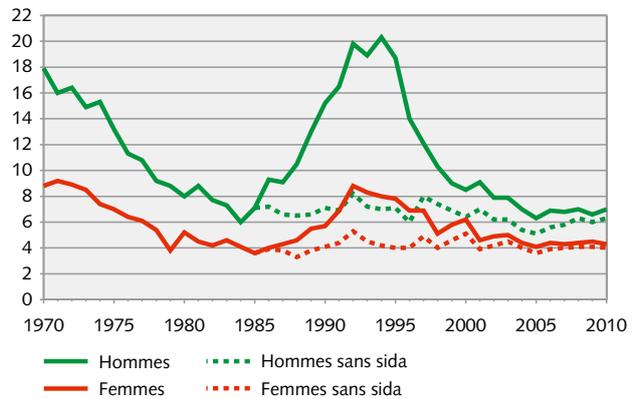
Source: OFS, MS

© OFS

Taux de mortalité pour maladies infectieuses

Taux standardisé pour 100'000 habitants

G 4.45



Source: OFS, CD

© OFS

4.2.6 Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire

Les maladies infectieuses sont provoquées par la transmission d'un microorganisme tel que virus, bactérie, parasite ou champignon. Elles se distinguent selon le type de réservoir de l'agent infectieux (homme, animal, autre élément) et la voie de transmission (aérienne, alimentaire, sanguine, rapports sexuels). Des infections peuvent être une cause importante de maladies aiguës de l'appareil respiratoire, comme la grippe ou la pneumonie. Par contre, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, comme la bronchite chronique obstructive ou l'asthme, sont associées à d'autres facteurs: tabagisme, pollution atmosphérique, polluants industriels ou agents allergènes, par exemple.

Maladies infectieuses

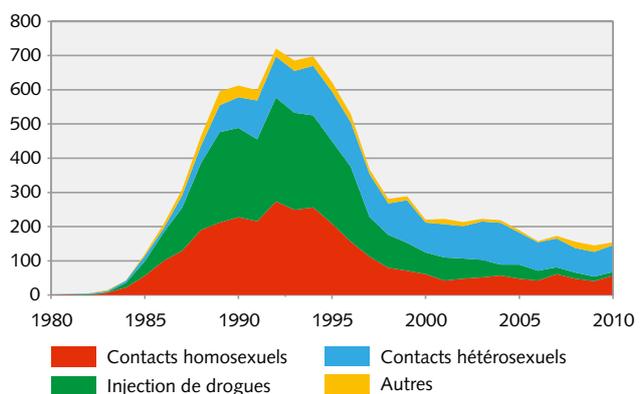
Au début du XX^e siècle, environ un décès sur cinq en Suisse était dû aux maladies infectieuses (dont la tuberculose, pour plus de la moitié). L'amélioration générale de l'hygiène publique et personnelle, les meilleures conditions de vie, de logement et d'alimentation, les vaccins, de nouveaux médicaments comme les antibiotiques ont permis de réduire massivement l'impact de ces maladies sur la santé de la population, au point qu'elles sont devenues une cause marginale de décès. Le taux de décès standardisé pour maladies infectieuses a ainsi baissé jusqu'en 1984 (G4.45). Puis, sous l'impact de l'épidémie de sida, il est reparti à la hausse et a atteint un maximum entre 1992 et 1994. Sans les décès provoqués par le sida, il serait resté stable depuis le début des années 80. L'éclatement de l'épidémie de sida a montré que les maladies infectieuses sont loin de pouvoir être considérées comme vaincues. Elles continuent ainsi à faire l'objet d'une surveillance particulière (déclaration obligatoire des médecins ou des laboratoires).

Parmi les maladies infectieuses faisant l'objet d'une déclaration obligatoire, les plus fréquentes sont, de loin, les infections gastro-intestinales aiguës d'origine bactérienne (salmonelle et campylobacter). En 2010, 7853 nouveaux cas ont été déclarés. Cette même année, 115 personnes, dont 80% étaient âgées de 80 ans et plus, sont décédées des suites de maladies intestinales infectieuses. La tuberculose est devenue une maladie extrêmement rare, en dehors de quelques groupes de population à risque (personnes consommant de la drogue par injection intraveineuse, malades du VIH/sida, personnes ayant émigré en provenance de pays où cette maladie est encore répandue). En 2010, 548 nouveaux cas ont été déclarés. Le taux de nouveaux cas n'a pas cessé de reculer depuis 1980.

Sida

Nombre de nouveaux cas selon la voie d'infection

G 4.46



Source: OFSP, Maladies transmissibles

© OFS

Les nouveaux cas de sida diagnostiqués en 2010 se sont élevés à 156 (G4.46). Le nombre de nouveaux cas de sida a fortement crû jusqu'au début des années 90 (721 nouveaux cas en 1992). Le recul qui a suivi a été lui aussi très rapide. Il a été nettement plus prononcé pour les nouveaux cas liés aux injections de drogue et à des contacts homosexuels que pour ceux liés à des contacts hétérosexuels. La part de ces derniers dans le total a ainsi augmenté et est d'environ la moitié depuis 2003. Les décès provoqués par le sida ont suivi une évolution parallèle. En 2010, cette maladie a provoqué la mort de 41 personnes, dont trois quarts d'hommes.

Maladies de l'appareil respiratoire

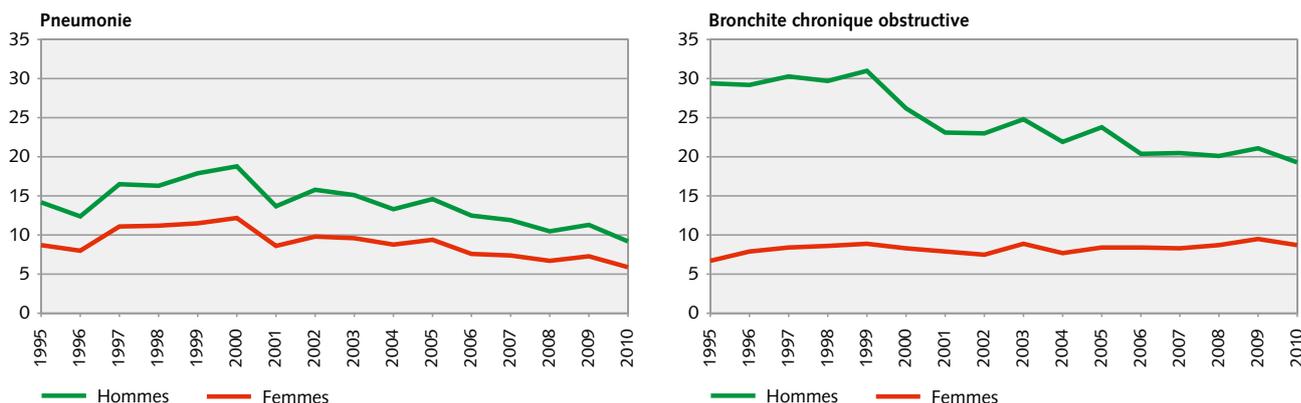
La pneumonie et la bronchite chronique obstructive sont les deux maladies de l'appareil respiratoire à l'origine du plus grand nombre de décès (1131 et 1813 respective-

ment en 2010). La gravité de la pneumonie est plus prononcée lorsque la maladie touche des enfants très jeunes ou des personnes âgées. Le taux de décès pour la pneumonie, plus élevé chez les hommes, a reculé depuis 1995 (G4.47). Un peu moins de 80% des personnes décédées de cette maladie en 2010 avaient 80 ans et plus. La bronchite chronique obstructive se caractérise par une obstruction lente de voies respiratoires et des poumons. En 2007, près de 80% des décès provoqués par une bronchite chronique obstructive pouvaient être attribués au tabac. Le taux standardisé de décès chez les hommes est plus du double de celui chez les femmes. Il a cependant reculé d'un grand tiers entre la fin des années 90 et 2010. Au contraire, le taux de décès chez les femmes est stable. Ces évolutions différentes sont à associer avec le fait que les hommes fument davantage que les femmes, mais que la part des fumeurs a continué à croître plus longtemps chez les femmes que chez les hommes (> chapitre 3.5.3).

Taux de mortalité pour pneumonie ou bronchite chronique obstructive

Taux standardisé pour 100'000 habitants

G 4.47



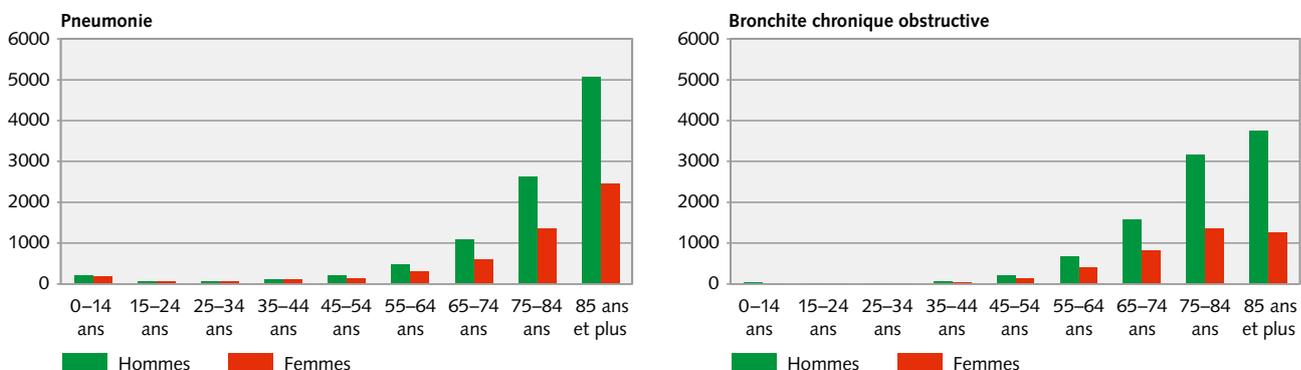
Source: OFS, CD

© OFS

Personnes hospitalisées avec une pneumonie ou une bronchite chronique obstructive, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.48



Source: OFS, MS

© OFS

En 2010, un nombre un peu plus élevé de personnes ont été hospitalisées alors qu'elles souffraient de pneumonie que d'une bronchite chronique obstructive (31'152 contre 27'362, respectivement). La pneumonie est dans la majorité des cas (52%) le motif d'hospitalisation (diagnostic principal), alors que la bronchite chronique obstructive figure près de huit fois sur dix (77%) parmi les diagnostics secondaires accompagnant une hospitalisation pour d'autres motifs. Le taux d'hospitalisation pour la pneumonie et celui pour la bronchite chronique obstructive augmentent fortement avec l'âge dès 55 ans (G4.48).

4.3 Santé psychique

La santé psychique d'une personne se manifeste au travers de son bien-être émotionnel, de son estime de soi, de sa satisfaction, de ses performances, ainsi que de sa capacité à prendre part à la vie sociale et à cultiver des liens sociaux satisfaisants. Elle résulte de la capacité à mobiliser des ressources internes et externes pour faire face aux multiples exigences et difficultés rencontrées quotidiennement et au cours de la vie. A l'inverse, des problèmes psychiques peuvent apparaître en cas de troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux ou de difficultés à établir des relations saines avec ses semblables. Ces problèmes peuvent à leur tour engendrer souffrance personnelle et maladies physiques, altérer la capacité de travailler voire pousser une personne à se réfugier dans la consommation de substances psychoactives ou à se couper du monde.

Bien-être psychique

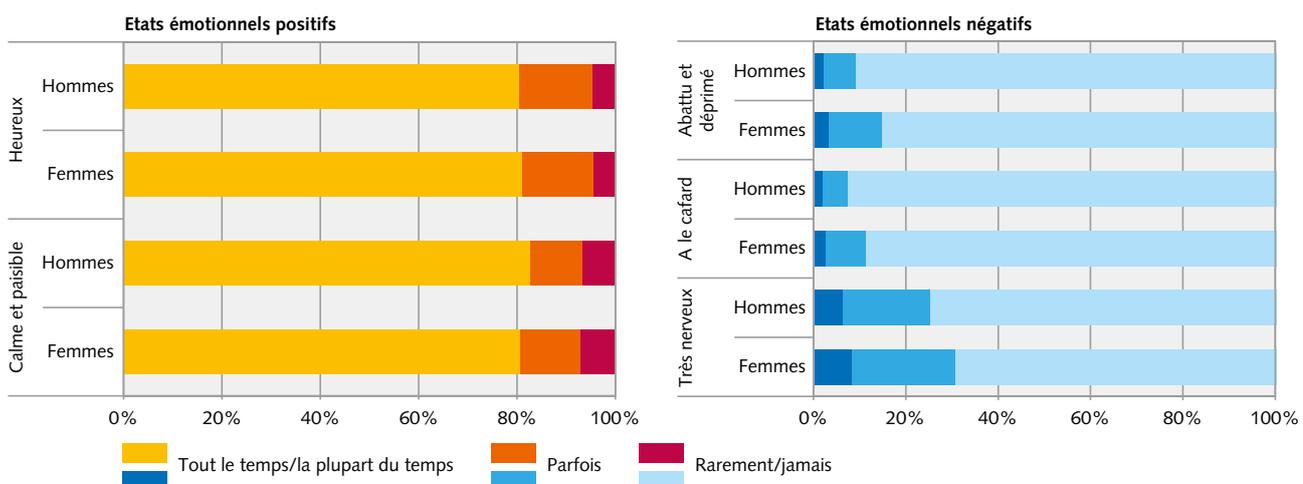
La grande majorité de la population déclarait en 2007 ressentir bien plus souvent des émotions positives que négatives. La plupart des personnes interrogées indiquaient s'être senties tout le temps ou la plupart du temps «calmes et paisibles» ou «heureuses» au cours des quatre semaines précédant l'entretien (G4.49). Les résultats sont les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Les personnes diplômées du degré tertiaire sont plus souvent paisibles (83%) que celles sans formation postobligatoire (77%). La part des personnes qui se déclarent paisibles augmente également avec l'âge, passant de 80% chez les 15 à 24 ans à 86% chez les 75 ans et plus. Dans toutes les classes d'âge, seule une proportion relativement faible de personnes (moins de 15%) fait part d'émotions négatives comme le fait d'être abattu, déprimé ou d'avoir le cafard. Le sentiment négatif le plus répandu en 2007 était la nervosité, avec 30% des femmes et 25% des hommes déclarant s'être sentis parfois ou la plupart du temps «très nerveux».

Des relations sociales suffisantes et de qualité sont une condition importante du bien-être psychique et de l'absence de maladies psychiques. Le soutien apporté par des proches en qui l'on a confiance aide en effet à surmonter les situations ou événements douloureux. En l'absence de relations sociales satisfaisantes, un sentiment de solitude peut naître et, s'il persiste, affecter négativement l'état de santé. En 2007, 27% de la population s'est sentie parfois seule et environ 3% souvent

Etat émotionnel, en 2007

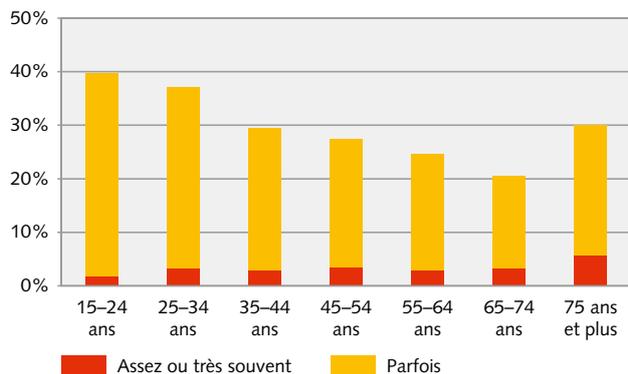
Sur une période de quatre semaines. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.49



Sentiment de solitude, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.50

Source: OFS, ESS

© OFS

seule (G4.50). Dans toutes les classes d'âge, les femmes ressentent plus souvent de la solitude que les hommes (35% contre 25%). La part des personnes souffrant de solitude diminue avec les années, pour repartir à la hausse dès 75 ans, ce qui résulte sans doute de la part croissante de couples dont un des deux conjoints est décédé. Les personnes sans formation postobligatoire sont plus nombreuses à se sentir assez ou très souvent seules (7,5%) par rapport à celles ayant un diplôme du secondaire II (2,9%) ou du degré tertiaire (2%). Le sentiment de solitude ne résulte pas forcément de facteurs objectifs. Toutefois seulement 3% des personnes ayant chaque semaine un contact avec leur famille déclarent ressentir souvent de la solitude, contre 16% de celles qui n'ont pas de contact avec leur famille. On observe des écarts similaires selon le fait d'avoir ou pas des contacts avec des amis ou des proches. Enfin, les personnes qui disposent d'au moins un confident ou d'une confidente ne sont que 3% à ressentir de la solitude, contre 11% pour celles qui n'ont pas de personne de confiance.

Le sentiment de maîtrise désigne la sensation qu'une personne a d'avoir le contrôle sur sa vie et d'en déterminer soi-même le cours. C'est une autre ressource importante qui aide à surmonter les problèmes quotidiens et les crises. Les personnes qui ont l'impression de n'avoir aucune prise sur les événements sont davantage sujettes aux humeurs dépressives. Ainsi, seulement 1% des personnes ayant un fort sentiment de maîtrise déclaraient en 2007 une détresse psychologique élevée, contre 12% de celles avec un sentiment de maîtrise faible. De la même manière, les premières étaient à peine 2% à suivre un traitement contre la dépression prescrit par un médecin, contre 25% pour les secondes.

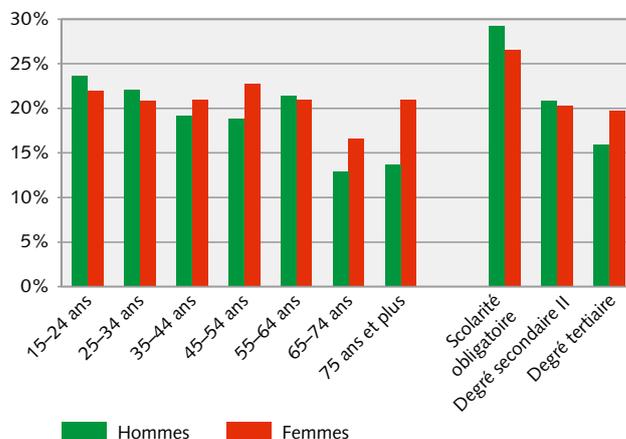
Les personnes sans formation postobligatoire ont un risque nettement plus élevé que les diplômés universitaires de n'avoir qu'un faible sentiment de maîtrise (28% contre 17%; G4.51). Cela peut s'expliquer par le fait qu'une formation plus élevée permet d'acquérir de meilleures compétences pour orienter sa vie, ainsi que par les marges de manœuvre et les pouvoirs de décision accrus dont bénéficient les personnes exerçant des professions avec des exigences élevées. Alors que les hommes à la retraite se disent moins exposés que les plus jeunes aux influences et aux contraintes extérieures, on ne relève pas de différences significatives selon l'âge dans la part des femmes avec une faible sentiment de maîtrise de leur vie.

Dépression

La dépression est la maladie psychique la plus fréquente. La charge de morbidité qu'elle occasionne, y compris avec les troubles somatiques qui l'accompagnent, en fait un des principaux problèmes de santé des sociétés développées. Son tableau clinique comprend notamment les symptômes suivants: sentiment d'indifférence (incapacité d'éprouver de la joie ou de l'empathie, absence de réaction aux encouragements d'autrui), perte de motivation, agitation, inhibition de la pensée et troubles du sommeil. Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête 2007, 15% des personnes interrogées se sont senties, pendant au moins deux semaines, tristes, abattues ou déprimées ou ont perdu tout intérêt pour la plupart des choses qui habituellement leur procuraient du plaisir. La situation décrite par près de 5% des hommes et 6% des femmes

Sentiment de maîtrise, en 2007

Personnes avec le sentiment de maîtrise le plus faible, selon l'âge et la formation. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.51

Source: OFS, ESS

© OFS

correspondait à un état de dépression majeure, avec des symptômes durant toute la journée, ressentis presque chaque jour pendant au moins deux semaines. Le risque de dépression majeure diminue significativement pour les deux sexes à partir de 65 ans (G4.52).

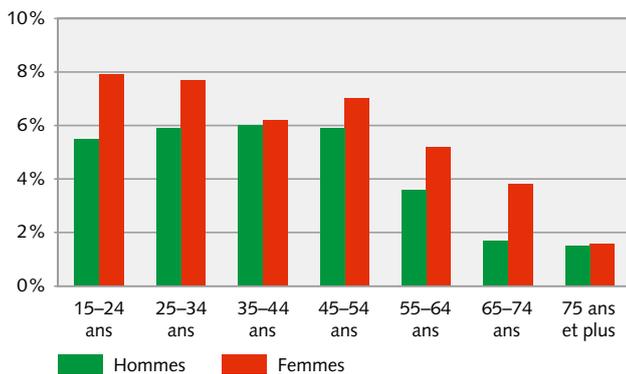
Traitement de problèmes psychiques

Sur une période d'une année, 5% de la population a reçu un traitement pour des troubles psychiques, les femmes un peu plus souvent que les hommes (6% contre 4%). Deux tiers de ces personnes présentaient les symptômes d'une dépression majeure. Les classes d'âge intermédiaires sont celles qui sollicitent le plus l'aide de professionnels, alors que les personnes de moins de 25 ans et celles de 65 ans et plus y recourent le moins (G4.53). Les professionnels le plus souvent consultés sont les psychiatres (43%) et les médecins généralistes (41%), suivis des psychologues et psychothérapeutes (34%).

Dépression majeure, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.52



Source: OFS, ESS

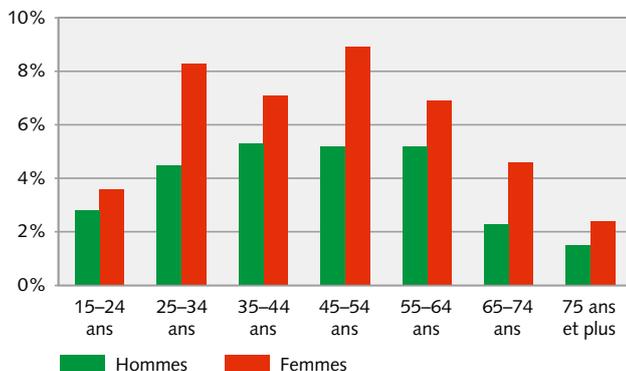
© OFS

Traitement pour problèmes psychiques, en 2007

Sur une période d'une année.

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.53



Source: OFS, ESS

© OFS

Les hommes s'adressent davantage à des psychiatres plutôt qu'à des généralistes ou des psychologues/psychothérapeutes (48% contre 40% et 37%, respectivement). Les femmes consultent plus fréquemment des généralistes et des psychiatres (40% dans les deux cas) plutôt que des psychologues/psychothérapeutes (31%). Une femme sur dix fait appel à un thérapeute non médical (thérapie par la danse ou le dessin, chamane, etc.).

Hospitalisations

57'868 personnes ont été hospitalisées en 2010 pour des troubles mentaux et du comportement, ce qui correspond à 5,8% de toutes les personnes hospitalisées. Le taux d'hospitalisation n'a que peu évolué depuis 2002, abstraction faite de légères fluctuations annuelles, et il se situait en 2010 à 740 pour 100'000 habitants. Au cours d'une année, il est relativement fréquent qu'une même personne soit hospitalisée plus d'une fois pour différents troubles mentaux et du comportement.

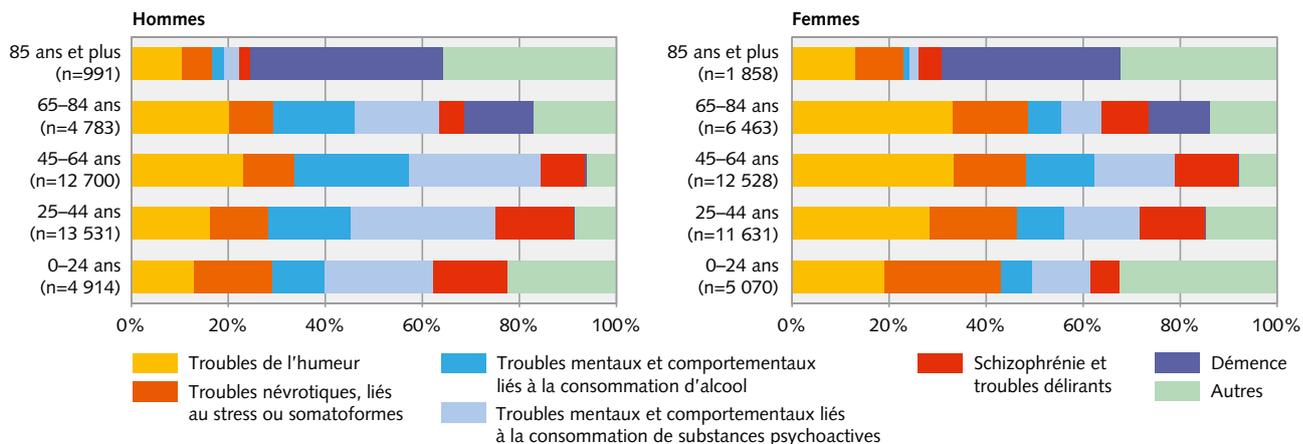
Troubles mentaux et du comportement

- *Troubles de l'humeur (ou troubles affectifs)*: changement de l'affect ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété) ou d'un état d'exaltation, généralement accompagné d'une modification du niveau global d'activité.
- *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes*: troubles se traduisant par des sentiments d'anxiété déclenchés par des situations ne présentant pas de danger. Ces situations sont évitées ou endurées avec angoisse. Les troubles peuvent se traduire p. ex. par des palpitations cardiaques ou des sensations de faiblesse, et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.
- *Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants*: troubles graves de la pensée et de la perception, doublés de troubles de l'humeur ou d'un émoussement affectif. Exemples de symptômes: impression d'entendre ses pensées, voix imaginaires commentant à la troisième personne les faits et gestes du patient, hallucinations, sentiment d'être manipulé ou contrôlé, surinterprétation des événements, etc.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*: troubles de divers ordre causés par la consommation d'alcool. Exemples de symptômes: intoxication aiguë, syndrome de dépendance ou troubles psychotiques.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives*: comme ci-dessus, mais avec pour origine des substances psycho-actives autres que l'alcool.
- *Démence*: syndrome dû à une maladie cérébrale, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions, comme la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le jugement, etc., sans que la conscience ne s'en trouve brouillée.

Personnes hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, en 2010

Part des principaux diagnostics selon l'âge

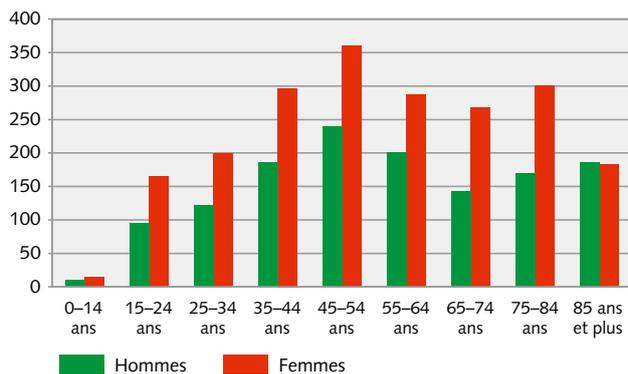
G 4.54



Personnes hospitalisées pour dépression, 2008-2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.55



Les troubles de l'humeur sont la cause la plus fréquente (24%) des hospitalisations pour troubles psychiques et du comportement et, dans 85% des cas, il s'agit d'une grave dépression. C'est la classe d'âge des 45-64 ans qui est la plus touchée. 29% des femmes et 19% des hommes hospitalisés pour des troubles psychiques et du comportement souffrent de tels troubles (G4.54).

En 2010, 15'068 personnes ont été hospitalisées pour une grave dépression. Le taux d'hospitalisation s'élève à 234 personnes sur 100'000 chez les femmes et à 148 sur 100'000 chez les hommes (G4.55). En d'autres termes, les hospitalisations pour dépression affectent 1,6 fois plus souvent les femmes que les hommes. Pour les deux sexes, c'est la tranche d'âge des 45-54 ans qui est la plus touchée.

Chez les hommes de 25 à 64 ans, les troubles liés à la consommation d'alcool sont à l'origine de 20% des hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement (G4.54). Cette part s'élève à 29% pour les troubles liés à la consommation d'autres substances psycho-actives (drogues). Chez les femmes du même groupe d'âge, la part des hospitalisations pour ces deux motifs est nettement plus faible (respectivement 12% et 16%). La part des hospitalisations dues à la schizophrénie, à des troubles schizotypiques ou à des troubles délirants s'élève à 12%. Jusqu'à 44 ans, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes pour ce genre de troubles. Au-delà de cet âge, les femmes sont majoritaires. La démence concerne avant tout des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes de 85 ans et plus hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, 40% des hommes et 37% des femmes souffrent de démence.

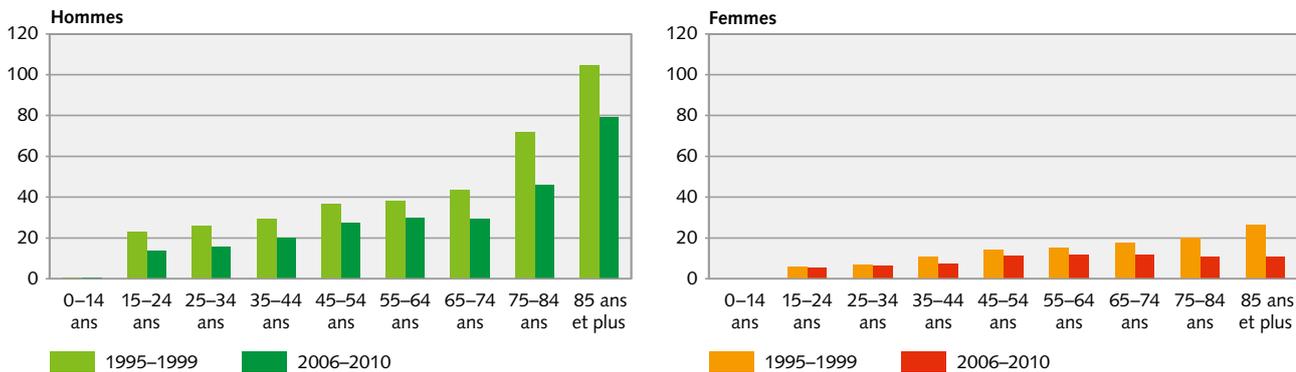
Suicide

1004 personnes (723 hommes et 281 femmes) se sont suicidées en 2010 (les cas d'assistance au suicide exclus). Entre 1995 et 2010, le taux standardisé de suicide a baissé de 40%. Le taux de suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes (G4.56). Chez les femmes, les différences selon l'âge sont moins importantes. En 2009, une maladie concomitante n'était indiquée que pour la moitié des cas de suicides (OFS 2012c). La dépression était l'affection la plus souvent mentionnée (56% des maladies concomitantes). Parmi les maladies somatiques, les plus fréquentes sont le cancer (8%), les maladies cardiovasculaires (6%) et les maladies neurodégénératives (3%).

Suicide selon l'âge et le sexe (assistance au suicide exclue)

Taux pour 100'000 habitants

G 4.56



Source: OFS, CD

© OFS

4.4 Handicap

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on parle de handicap lorsqu'un problème de santé affecte les fonctions et structures anatomiques de la personne (déficience), sa capacité à réaliser certaines activités (limitation d'activité) ou ses performances dans son environnement social (restriction de participation). Le handicap n'est donc pas seulement un problème biologique, mais également un problème social, qui survient lorsqu'une personne ne peut pas réaliser les activités élémentaires de la vie humaine ou participer pleinement à la société pour une raison de santé. Le risque de rencontrer un problème de santé handicapant augmente avec l'âge. Le processus naturel de vieillissement réduit le bon fonctionnement de l'organisme de telle sorte que le handicap accompagne très souvent les dernières années de vie (> chapitre 4.7.3).

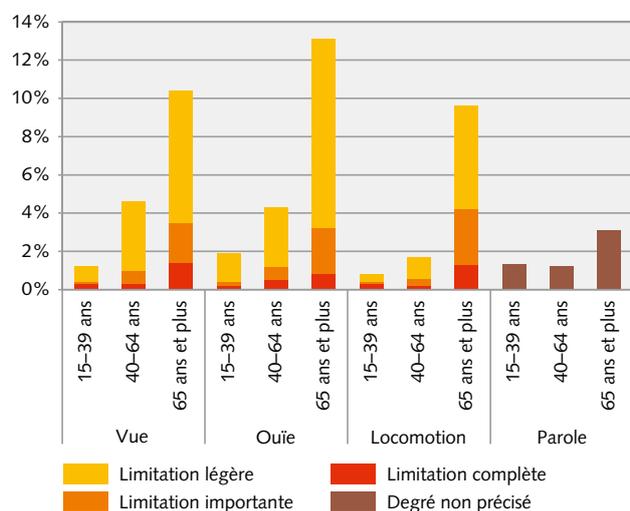
Limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne

En 2007, 11% de la population âgée de 15 ans et plus et vivant à domicile souffraient d'au moins une limitation fonctionnelle en matière de vue, d'ouïe, de locomotion ou de parole (les personnes vivant en institution pour personnes handicapées et celles vivant dans des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ne sont pas prises en considération). Cette valeur moyenne masque le fait que ce sont surtout les personnes de 65 ans et plus qui souffrent de ces limitations (G4.57).

Limitations fonctionnelles, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.57



Source: OFS, ESS

© OFS

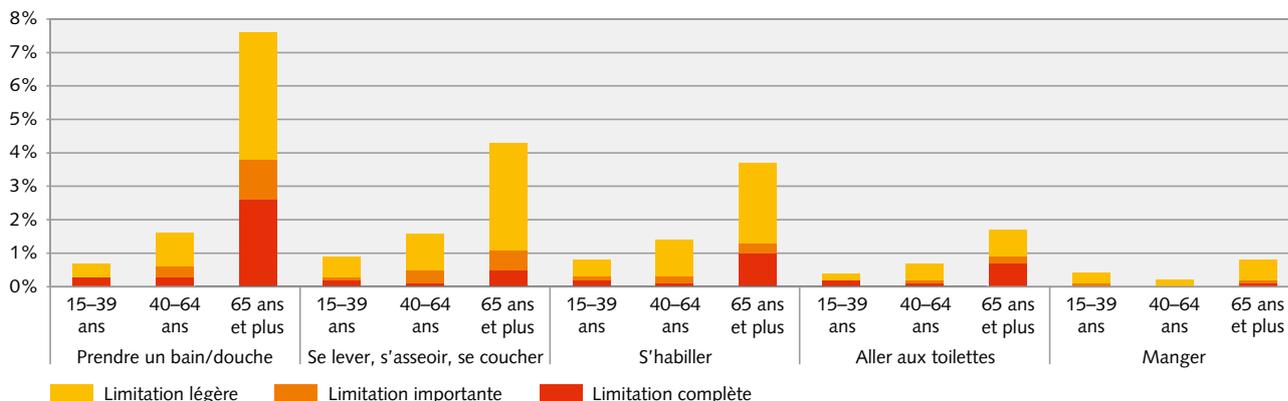
Celles-ci sont par ailleurs légères dans la majorité des cas. Femmes et hommes sont confrontés de manière similaire aux limitations fonctionnelles. Depuis 1992, ces dernières ont légèrement augmenté en raison du vieillissement de la population, avec l'exception de la vue, que les techniques médicales parviennent de mieux en mieux à conserver même à un âge avancé.

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne, comme prendre un bain ou une douche, se lever ou se coucher, s'habiller, manger et aller aux toilettes, touchent une part nettement plus faible de la population (3%). Dans ce cas également, les personnes âgées de 65 ans et plus sont beaucoup plus concernées. (G4.58). Les femmes déclarent un peu plus souvent une ou plusieurs de ces limitations.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.58



Source: OFS, ESS

© OFS

Mesurer les limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne

Limitations fonctionnelles: les personnes sont interrogées sur leur capacité à lire un livre ou un journal, y compris avec des lunettes (vue), à suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes, y compris avec un appareil auditif (ouïe), à marcher seules sans aide et sans s'arrêter sur une distance d'au moins 200 mètres (locomotion) ou à parler sans difficulté (parole).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living): les personnes sont interrogées sur leur capacité (sans aide) à manger, à se coucher, à sortir du lit et à se lever d'un fauteuil, à s'habiller et à se déshabiller, à aller aux toilettes ou à prendre un bain ou une douche.

A ces questions, les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, sans trop de difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète). Pour la locomotion, les réponses possibles sont: «200 mètres ou plus» (pas de limitation), «plus de quelques pas mais moins de 200 mètres» (limitation légère), «seulement quelques pas» (limitation importante) et «je ne peux pas me déplacer» (limitation complète).

Restriction de participation

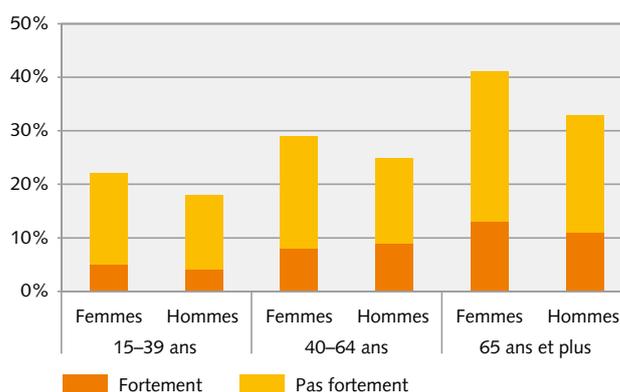
Plus d'une personne sur quatre (26%) connaît, en raison d'un problème de santé, des limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle, comme par exemple préparer à manger, se rendre à son travail ou des activités plus générales comme se former, élever des enfants ou participer à des associations. Ces limitations d'activité restent le plus souvent légères: seuls 7% de la population indiquent être fortement limités. Elles augmentent avec l'âge, en fréquence et en gravité (G4.59).

Les femmes déclarent plus souvent connaître des limitations d'activité depuis au moins six mois que les hommes (28% contre 23%). La différence concerne essentiellement les limitations légères. Les différences observées peuvent être reliées à des éléments de subjectivité (attention portée aux problèmes de santé et à leurs conséquences) mais aussi à des éléments objectifs: les femmes assument une plus grande variété d'activités que les hommes – professionnelles, familiales, bénévoles, etc. – et ont donc plus de probabilité d'être gênées par un problème de santé dans au moins une activité.

Limitations d'activité depuis au moins 6 mois, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé limitée en raison d'un problème de santé

G 4.59



Source: OFS, ESS

© OFS

6,3% des personnes en âge de travailler indiquent être limitées dans le volume de travail qu'elles peuvent effectuer (temps partiel ou inactivité pour raison de santé) et 7,1% dans le type de travail qu'elles peuvent réaliser (changement de profession). Ces proportions augmentent avec l'âge, mais principalement pour le volume de travail: la part de personnes limitées dans leur volume de travail est multipliée par trois après 40 ans alors qu'elle reste plus ou moins constante pour ce qui est du type de travail (G4.60).

Les femmes indiquent plus souvent que les hommes travailler à temps partiel pour raison de santé, les hommes plus souvent que les femmes avoir changé de profession pour raison de santé. Ceci est cohérent avec les différences d'investissement des hommes et des femmes dans les sphères professionnelle et familiale: les femmes recourent facilement au temps partiel comme forme courante et valorisée d'investissement professionnel féminin, alors que les hommes cherchent à maintenir leur pleine intégration professionnelle en changeant de profession.

Invalidité

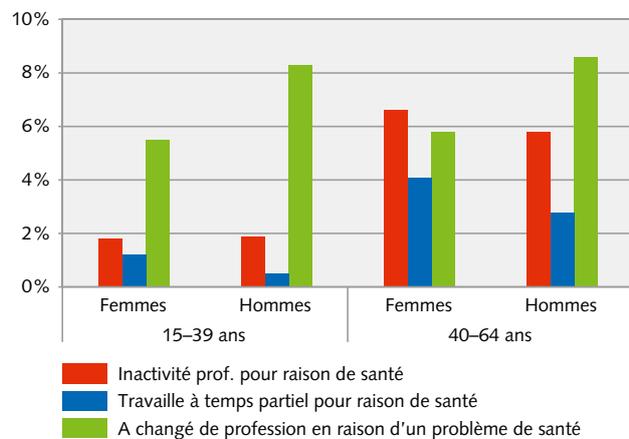
4,2% des 15-64 ans vivant à domicile indiquent toucher une rente d'invalidité (G4.61), ce qui atteste que leur capacité à gagner leur vie par un travail rémunéré ou une activité d'homme/femme au foyer est restreinte de manière importante (selon la statistique de l'assurance invalidité (AI), la part des bénéficiaires d'une rente, y compris les personnes en institution, est de 5,1%). Dans la même classe d'âge, moins d'un pour cent de la population touche une allocation pour impotence attestant d'une forte limitation de sa capacité de soins personnels (se laver, s'habiller, etc.). Ces pourcentages augmentent avec l'âge, mais en ce qui concerne l'impotence, la différence n'est sensible qu'après 65 ans (et surtout après 85 ans).

Des différences s'observent également entre les sexes, elles sont cependant rarement significatives en raison du peu de cas dans l'échantillon. Elles indiquent la même tendance que les registres des assurances sociales, à savoir que les femmes touchent moins souvent des prestations pour invalidité que les hommes. La différence tiendrait au fait que le travail féminin est moins bien assuré que le travail masculin et que les femmes renonceraient plus facilement à des prestations (OFS 2009b). Pour les allocations pour impotence, la différence viendrait du fait que dans les couples âgés, l'impotence de la partenaire amène plus souvent le couple à entrer en home que lorsque c'est le partenaire qui perd sa capacité de soins personnels.

Limitations dans l'activité professionnelle, en 2007

Population de 15 à 64 ans vivant en ménage privé

G 4.60



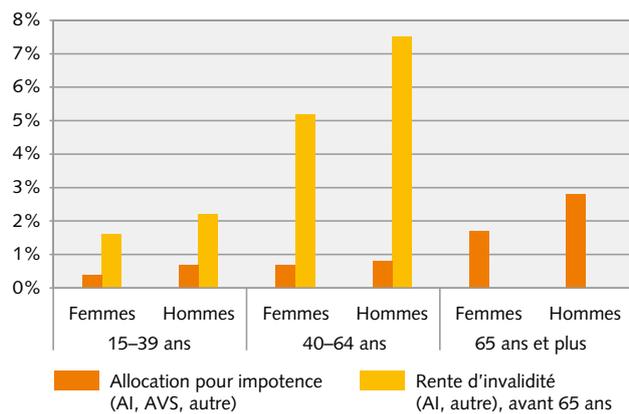
Source: OFS, ESS

© OFS

Prestations pour invalidité, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.61



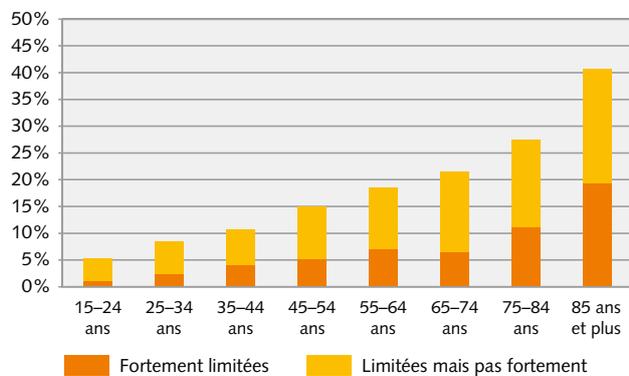
Source: OFS, ESS

© OFS

Personnes handicapées, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.62



Source: OFS, ESS

© OFS

Personnes handicapées

14% de la population de 15 ans et plus vivant à domicile peut être considérée comme handicapée au sens de la loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHAND), soit environ 850'000 personnes (G4.62). L'influence de l'âge et du sexe est similaire à celle observée pour les limitations d'activité depuis au moins six mois, qui sont partie intégrante de la définition du handicap.

Type de handicap

Plus de trois personnes sur quatre parmi les personnes handicapées vivant à domicile indiquent que le problème de santé qui les limite dans leurs activités a une cause physique (G4.63). Les problèmes ayant une cause psychique, mixte ou autre (catégorie pouvant correspondre aux handicaps sensoriels par exemple) ne concernent donc qu'une minorité. La situation est globalement inverse lorsqu'on considère les personnes vivant en institution pour personnes handicapées: les handicaps physiques ne représentent que 11% alors que la majorité est constituée de handicaps mentaux (55%) et psychiques (20%). Il apparaît donc clairement que la prise en charge institutionnelle reste la règle pour le handicap mental et l'exception pour le handicap physique.

4.5 Accidents

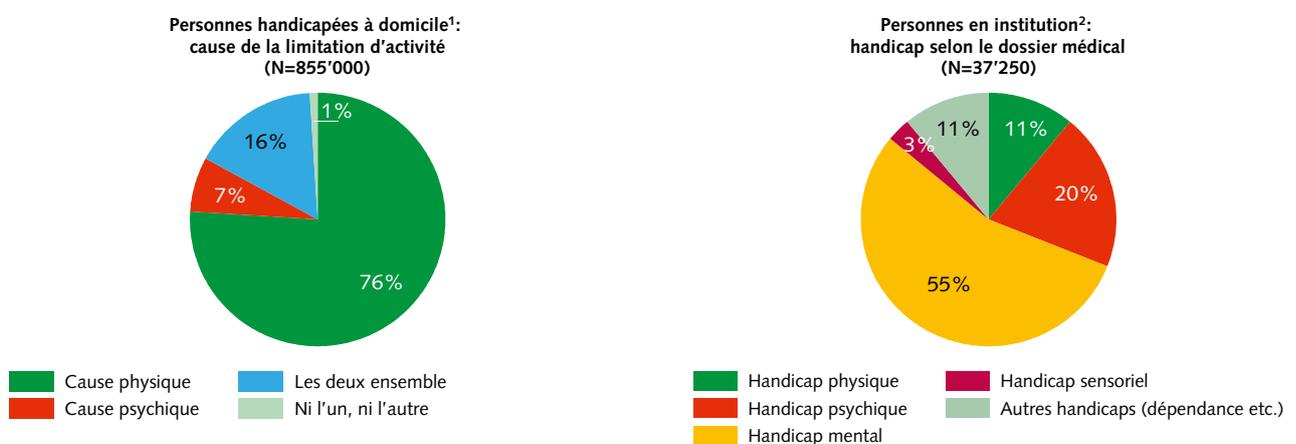
Les accidents sont une des principales causes de mortalité prématurée ainsi qu'un motif important d'hospitalisation (> chapitre 4.1). Dans la mesure où ils sont potentiellement évitables, ils constituent un enjeu majeur de santé publique et de prévention. Il est habituel de distinguer quatre grandes catégories d'accident, selon les circonstances de leur déroulement: accidents de travail, de circulation routière, de sport et, enfin, dans l'habitat ou durant les loisirs.

Accidents du travail

Près de 267'000 personnes actives professionnellement ont été victimes en 2010 d'un accident professionnel (les accidents non déclarés à l'assurance-accidents ne sont pas répertoriés). C'est près de 84'000 de moins qu'en 1991 (G4.64), bien que le nombre de personnes actives (à plein temps et à temps partiel) ait crû de 11% durant le même temps. Ce recul peut s'expliquer à la fois par les modifications structurelles du marché de l'emploi (baisse de l'emploi dans le secteur secondaire, où le risque d'accident est plus élevé, et hausse de l'emploi dans les services) et par les effets des politiques de prévention.

Les hommes ont été en 2010 plus de trois fois plus nombreux à être victimes d'accidents professionnels que les femmes (205'004 contre 61'835). Le taux d'activité plus élevé des hommes et leur présence dominante dans les branches où le risque d'accident professionnel est le plus élevé, comme la construction, expliquent une partie de cette différence. Depuis 1990, le nombre d'accidents

Type de handicap, en 2007

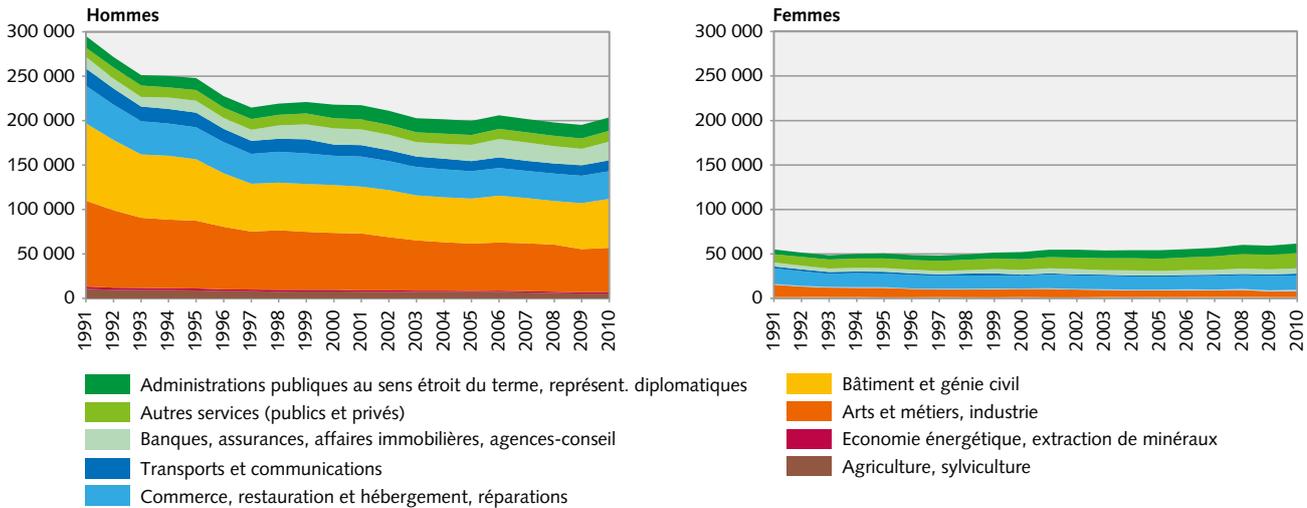
G 4.63


¹ Personnes de 15 ans et plus qui ont un problème de santé durable et se disent limitées (fortement ou faiblement) depuis au moins 6 mois dans les activités de la vie ordinaire

² Clientèle annuelle (une personne peut représenter plusieurs clients), total sans limite d'âge

Accidents du travail selon la branche d'activité

G 4.64



Source: SSAA

© OFS

professionnels dont ont été victimes des femmes a augmenté de 13%, alors que, pendant le même temps, l'emploi des femmes progressait de 21%.

La statistique des causes de décès ne permet pas d'isoler les décès provoqués par un accident professionnel. En 2009, les assurances accidents ont reconnu 85 décès comme ayant été provoqués par un accident professionnel (auxquels s'ajoutent 103 décès provoqués par une maladie professionnelle reconnue).

Accidents de la circulation routière

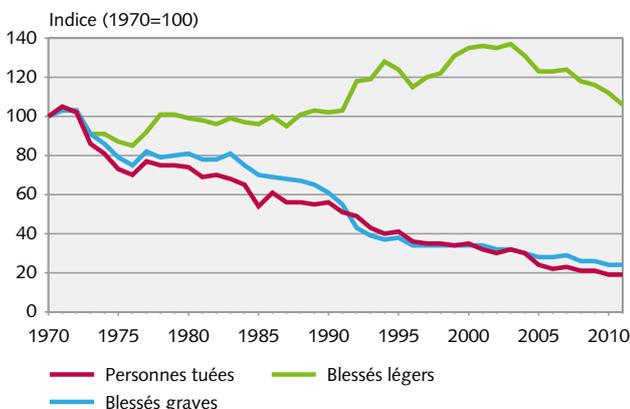
19'609 accidents de la route ayant occasionné des dommages corporels ont été enregistrés par la police en 2010. Ils ont causé le décès de 327 personnes; 4458 autres

personnes ont été grièvement blessées et 19'779 légèrement. Les estimations tenant compte de l'ensemble des accidents de la route (enregistrés ou non par la police) évaluent le nombre de blessés à 90'000 en 2010, dont 85% de blessés légers (BPA 2012).

Depuis le début des années 1970, le nombre de tués et de blessés graves de la route n'a cessé de reculer (G4.65). Cette amélioration continue de la sécurité routière s'explique par la mise en œuvre d'un ensemble de mesures d'ordre juridique, technique et pédagogique, comme les limitations de vitesse, la baisse des valeurs limites pour le taux d'alcoolémie, le port obligatoire des ceintures de sécurité, les améliorations dans les techniques des véhicules, les améliorations du réseau routier ou encore le renforcement

Victimes de la circulation routière

G 4.65



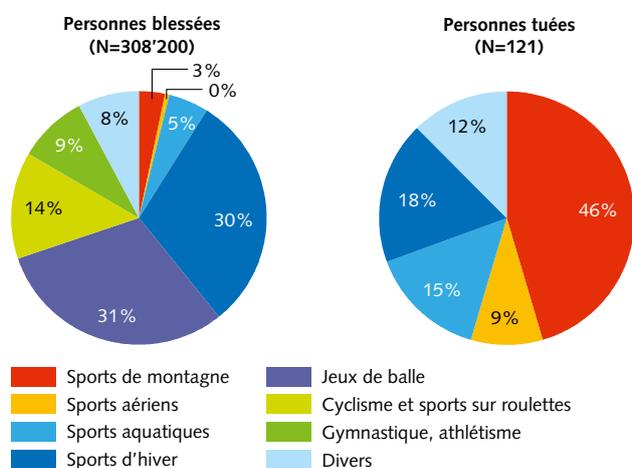
Source: OFS, OFROU, Accidents de la circulation routière

© OFS

Personnes blessées et tuées par un accident de sport

Moyenne annuelle entre 2006 et 2010

G 4.66



Source: BPA, STATUS

© OFS

des mesures éducatives. Le risque de décéder d'un accident de la circulation est le plus élevé chez les jeunes adultes et, davantage encore, chez les personnes très âgées. Les hommes ont globalement trois fois plus de risque de décéder d'un accident de la circulation que les femmes. Cette différence est la plus forte entre 20 et 24 ans.

Accidents de sport

Entre 2006 et 2010, quelque 308'200 personnes se sont blessées en moyenne chaque année lors d'accidents de sport. 54% des victimes de ces accidents avaient moins de 25 ans et 32% entre 26 et 45 ans. Les jeux de balle et le football en particulier (94'560 et 56'480 accidents, respectivement) ainsi que les sports d'hiver (93'820) sont les activités sportives lors desquelles se produisent le plus grand nombre de blessures (G4.66). Les sports de montagne sont ceux qui occasionnent le plus grand nombre de tués: 55 en moyenne annuelle entre 2006 et 2010, sur un total de 121 décès de personnes résidant en Suisse provoqués par des accidents de sport survenus sur le territoire national.

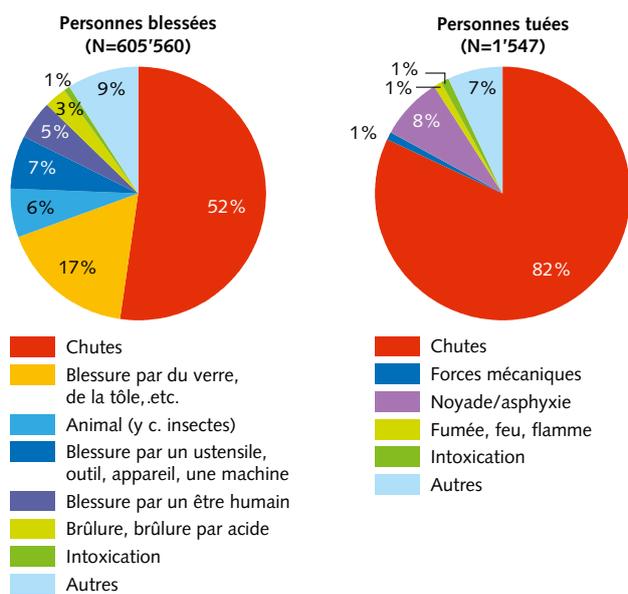
Accidents dans le cadre de l'habitat ou des loisirs

C'est dans le cadre de l'habitat ou des loisirs que le plus grand nombre de personnes se blessent accidentellement: 605'560 personnes par an en moyenne entre

Personnes blessées et tuées par un accident dans l'habitat ou durant les loisirs

Personnes blessées: moyenne annuelle entre 2006 et 2010; personnes tuées: 2009

G 4.67



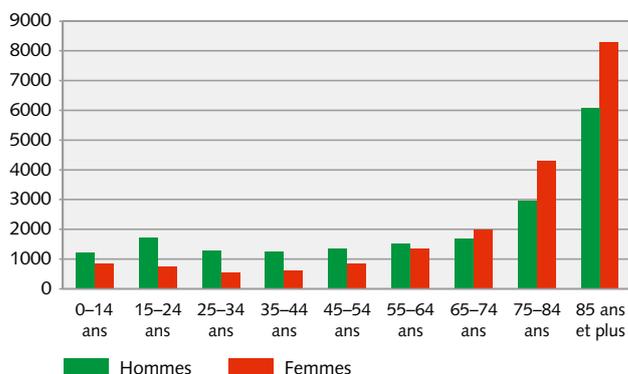
Source: BPA, STATUS

© OFS

Personnes hospitalisées suite à un accident, 2008–2010

Taux pour 100'000 habitants

G 4.68



Source: OFS, MS

© OFS

2006 et 2010. 45% des victimes de ces accidents ont moins de 25 ans, 14% ont 65 ans et plus. Les blessures provoquées par des chutes représentent 52% du total (G4.67). Cette part augmente avec l'âge et atteint 85% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (> chapitre 4.7.3 pour les chutes chez les personnes âgées). Les chutes sont également la cause de 82% des décès provoqués par un accident dans l'habitat ou durant les loisirs (1547 au total en 2009).

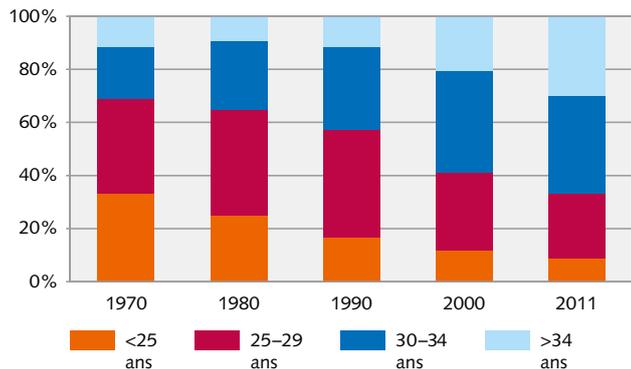
Hospitalisations

124'690 personnes ont été hospitalisées suite à un accident en 2010. A partir de 65 ans, le taux d'hospitalisation augmente fortement et il est plus élevé chez les femmes (G4.68). Les chutes y contribuent certainement de manière importante. Jusqu'à 64 ans, c'est le taux d'hospitalisation des hommes qui est le plus haut. Les jeunes hommes de 15 à 24 ans, particulièrement exposés aux accidents de sport et de la circulation routière, se distinguent par un taux d'hospitalisation nettement plus élevé.

4.6 Santé reproductive

La santé reproductive constitue un aspect important de la santé des femmes en âge de procréer. Le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement ont également un impact considérable sur la santé des nouveau-nés (> chapitre 4.7.1) et sur celle des individus tout au long de leur vie et donc, par conséquent, sur les coûts du système de santé.

Naissances vivantes selon l'âge de la mère G 4.69



Source: OFS, BEVNAT

© OFS

Actuellement, les femmes ont en moyenne 1,5 enfant au cours de leur vie. Environ une femme sur cinq n'aura pas d'enfant durant sa vie. Cette proportion croît au fil des générations et augmente avec le niveau de formation. Les femmes retardent également de plus en plus leur maternité. Si, en 1970, un tiers des femmes ayant accouché dans l'année avaient moins de 25 ans, elles sont moins d'une sur dix en 2011. Dans le même temps, la proportion des femmes ayant donné naissance à l'âge de 35 ans et plus a quasiment triplé et elles constituent actuellement environ 30% des femmes qui accouchent (G4.69). En comparaison internationale, la Suisse est le pays d'Europe où l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est le plus élevé (30,4 ans en

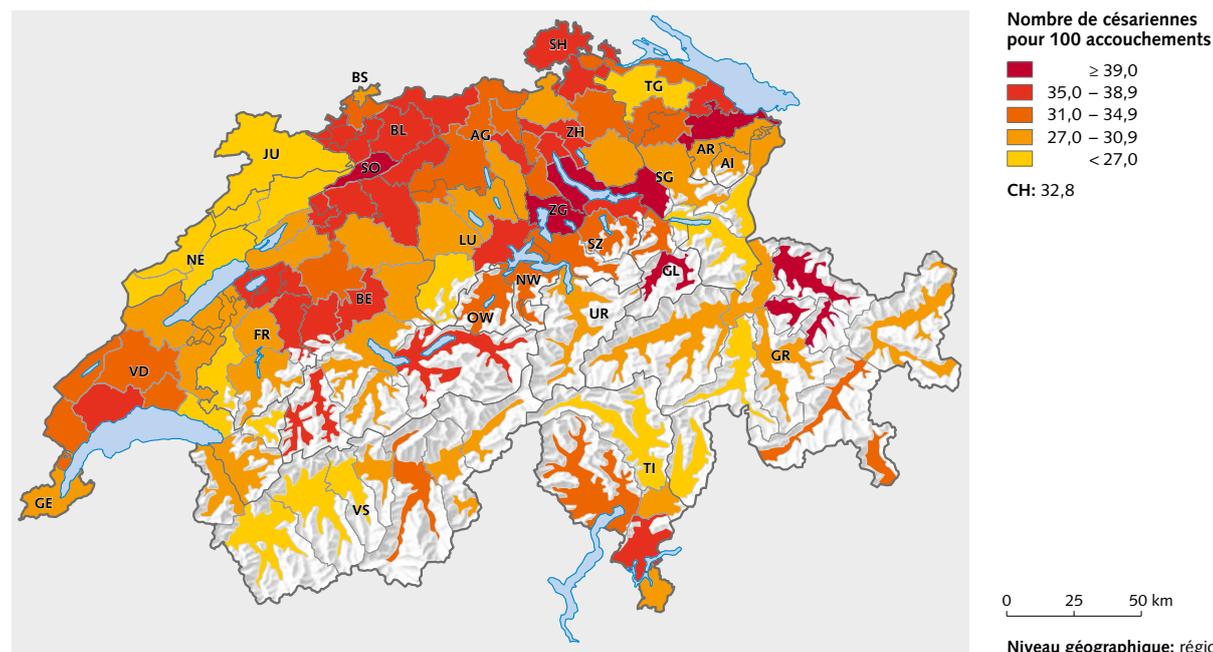
2011). Le fait que les femmes choisissent d'avoir des enfants plus tard a bien entendu certains effets comme une baisse de la fertilité et l'augmentation de certains risques comme les grossesses gémellaires spontanées ou les anomalies chromosomiques. En 2007, 2,9% des femmes entre 15 et 49 ans ont dit être enceintes.

L'immense majorité des accouchements (97%) ont lieu à l'hôpital. Les autres se déroulent dans une maison de naissance, à domicile ou à l'étranger. Deux tiers des accouchements ayant lieu à l'hôpital sont des accouchements vaginaux, dont un sur six avec l'aide d'une ventouse ou de forceps. Un tiers des accouchements ont lieu par césarienne. La proportion de naissances par césarienne dans les hôpitaux de Suisse a augmenté de manière régulière ces dix dernières années, de 22,7% en 1998 à 32,8% en 2010. Le recours à une césarienne varie considérablement d'une région à l'autre. 19,4% des naissances sont concernées dans le Jura, contre plus du double dans d'autres cantons de Suisse (C4.1).

Le nombre de femmes recourant aux méthodes de fécondation extra-utérine de la procréation médicalement assistée (PMA) est aussi en constante augmentation depuis 2004, tout comme le nombre d'enfants nés suite à une telle procédure (G4.70). En 2010, au moins 2% des enfants sont nés grâce à une PMA. Cette augmentation est à mettre en lien avec l'augmentation de l'âge des mères à la maternité et la baisse de la fertilité qui en découle.

Taux de césariennes, en 2010

C 4.1



Source: OFS, MS

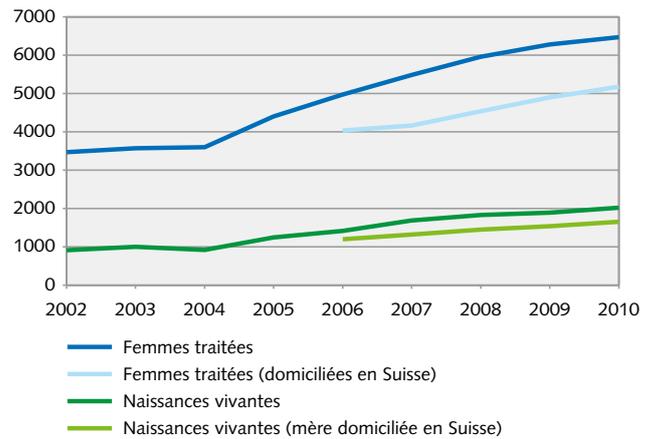
© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

La contraception est largement utilisée en Suisse. En 2007, 73% des femmes et 69% des hommes sexuellement actifs entre 15 et 49 ans utilisaient un moyen de contraception ou ont dit que leur partenaire en utilisait (G4.71). Chez les femmes, la pilule est le moyen le plus répandu (17% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives y recourent), suivi par le stérilet (13%). 30% des hommes sexuellement actifs de 15 à 49 ans disent utiliser le préservatif. 4% des femmes et 6% des hommes ont choisi la stérilisation (ligature ou vasectomie). La stérilisation concerne avant tout des personnes de 35 ans et plus. Parmi les femmes de 15 à 49 ans, 3,4% ont subi une ablation de la matrice (hystérectomie). Chez celles de 50 ans et plus, ce chiffre grimpe à 28%.

Les contrôles gynécologiques permettent notamment de procéder au frottis (dépistage de stades précurseurs du cancer du col de l'utérus) et de vérifier la santé des organes génitaux. Plus d'une femme sur deux a consulté un ou une gynécologue au cours des douze derniers mois (G4.72). Les femmes de moins de 40 ans sont celles qui consultent le plus, alors que seul un tiers des femmes de 60 ans et plus ont consulté dans les douze derniers mois. Les femmes faisant une seule visite annuelle chez un ou une gynécologue la font neuf fois sur dix pour un examen préventif ou un check-up. Celles qui consultent plus d'une fois durant une année le font le plus souvent en lien avec une grossesse, une naissance ou un retour de couche. On constate aussi que plus une femme a un niveau de formation élevé, plus elle consulte fréquemment. Ces effets de l'âge et de la formation s'observent également pour le recours au frottis.

Procréation médicalement assistée¹

G 4.70



¹ Méthodes de fécondation extra-utérine

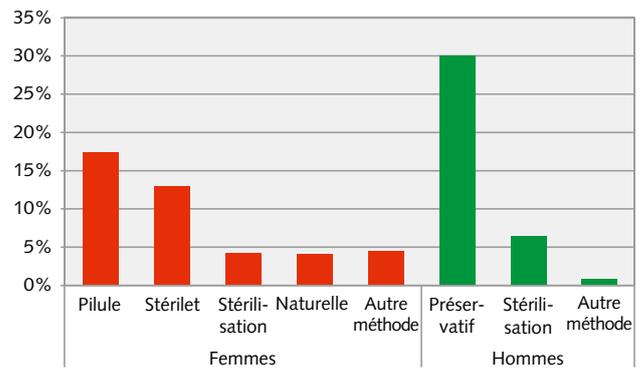
Source: OFS, StatLPMA

© OFS

Recours à la contraception, en 2007

Femmes et hommes sexuellement actifs entre 15 et 49 ans

G 4.71

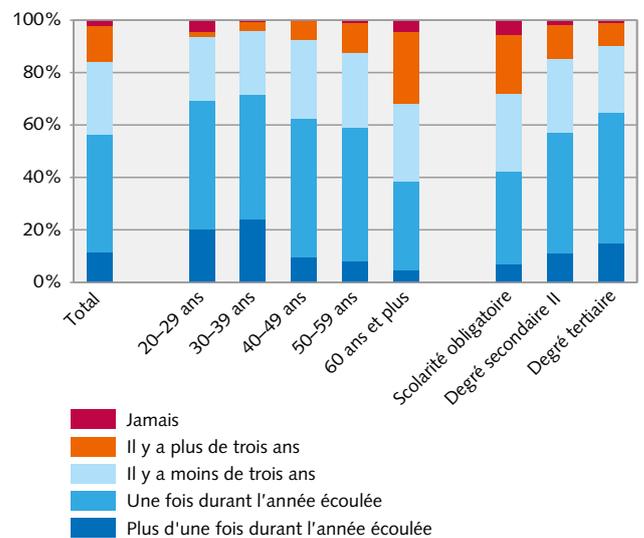


Source: OFS, ESS

© OFS

Consultation gynécologique, en 2007

G 4.72



Source: OFS, ESS

© OFS

4.7 Santé de groupes particuliers

4.7.1 Nouveau-nés

L'état de santé des enfants à la naissance a une influence déterminante sur leurs chances de survie durant les premiers mois de vie ainsi que sur leur santé future. Après avoir fortement diminué durant des décennies, la mortalité infantile s'est stabilisée depuis quelques années entre 4 et 4,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes (G4.73). Ces décès se concentrent de plus en plus durant les heures et les jours suivant la naissance. Parmi les 305 décès d'enfants de moins de 1 an qui ont été enregistrés en 2011, près de 60% ont eu lieu durant les 24 heures suivant la naissance. Les décès infantiles concernent avant tout des enfants avec un très faible poids de naissance ou nés avec une prématurité importante (les deux étant souvent liés). Les naissances avant 28 semaines représentent ainsi 0,3% des naissances vivantes, mais 45% des cas de mortalité infantile.

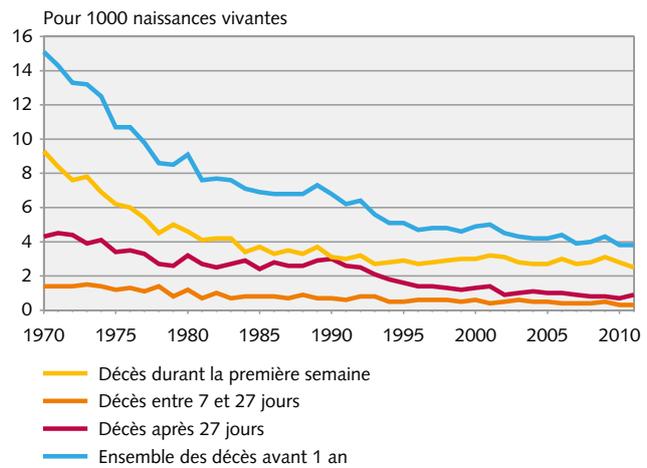
En 2011, 7,2% des enfants sont nés prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines de gestation. Une naissance prématurée peut se produire spontanément, en lien avec de nombreux facteurs de risque (hypertension, infection chez la mère, rupture prématurée de la poche des eaux, mère très jeune ou âgée, tabagisme,...). Elle peut également être provoquée pour raison médicale, lorsque la poursuite de la grossesse est plus risquée que la naissance avant terme. La prématurité est particulièrement fréquente lors de naissances gémellaires: 60% d'entre elles se produisent en effet avant terme. En comparant la répartition des naissances selon l'âge gestationnel, on remarque que les naissances multiples interviennent 3 à 4 semaines plus tôt que les naissances simples (G4.74).

Aujourd'hui, on compte plus de 35 naissances multiples pour 1000 naissances vivantes (soit 18 grossesses sur 1000), ce qui correspond à une augmentation de 75% depuis 1970. Cette évolution s'explique par l'élévation de l'âge des mères et par le recours plus fréquent à la médecine de la reproduction (> chapitre 4.6).

La proportion de naissances de faible poids est également en augmentation et les naissances de moins de 1000g enregistrées comme vivantes ont presque triplé en trente ans (G4.75). Les enfants issus de naissances multiples sont plus légers que ceux de naissances simples (2311g contre 3332g en 2011), mais les naissances de très faible poids augmentent aussi bien parmi les naissances simples que parmi les naissances multiples. Les enfants prématurés ont également un poids plus faible que les enfants nés à terme (2280g contre 3375g en 2011). Le poids des

Mortalité infantile

G 4.73



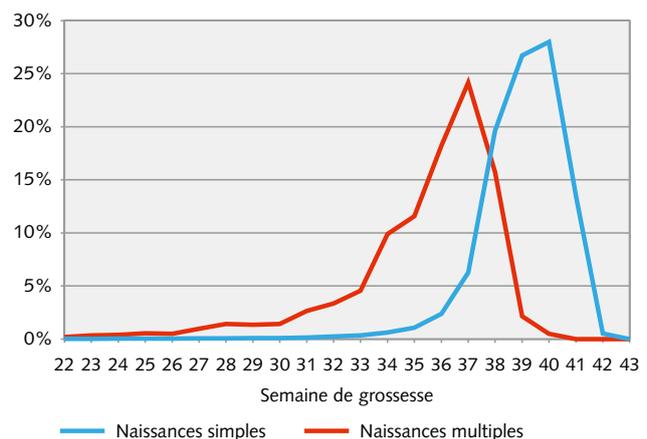
Source: OFS, BEVNAT

© OFS

Naissances simples et multiples, en 2011

Répartition de chaque type de naissance selon la semaine de grossesse

G 4.74

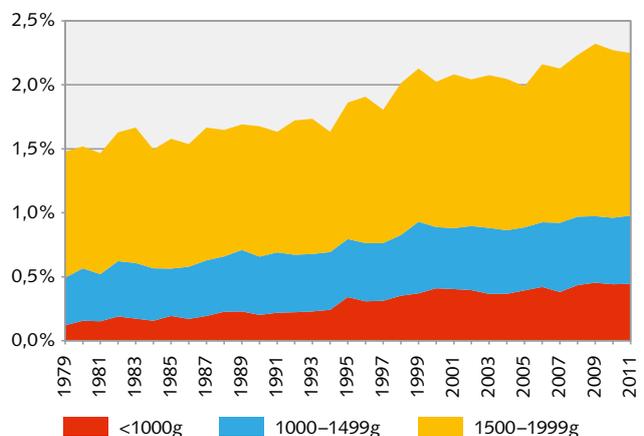


Source: OFS, BEVNAT

© OFS

Nouveau-nés vivants de faible poids

G 4.75



Source: OFS, BEVNAT

© OFS

nouveau-nés augmente en moyenne d'environ 130g par semaine entre la 22^e et la 32^e semaine de gestation, puis d'environ 230 à 250g par semaine supplémentaire.

Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques concernent environ une naissance sur cinquante, soit une proportion globale comparable à celle enregistrée ailleurs en Europe (T4.1). Le recours au dépistage prénatal permet de détecter plusieurs d'entre elles et aboutit, dans certains cas, à une interruption de grossesse. Cela entraîne une réduction du nombre de malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques enregistrées à la naissance. Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques sont à l'origine d'environ un quart des décès d'enfants de moins d'un an.

T4.1 Quelques malformations chez les nouveau-nés vivants, en 2010

détectées à la naissance (naissances à l'hôpital ou dans certaines maisons de naissance)

Malformations et anomalies chromosomiques	Nombre de cas	Proportion d'enfants concernés
Malformations congénitales cardiaques	341	1/232
Chez le garçon, méat urinaire sur la face inférieure du pénis (Hypospadias)	155	garçons: 1/261
Méat urinaire sur la face supérieure du pénis ou du clitoris (Epispadias)	27	1/2928
Fissure de la lèvre supérieure ou absence de soudure de la voûte du palais (Fente labiale et/ou palatine)	90	1/878
Trisomie 21 (Syndrome de Down)	77	1/1026
Trisomie 18 ou 13 (Syndrome d'Edwards ou de Patau)	9	1/8782
Absence de fermeture postérieure de la colonne vertébrale (Spina bifida)	13	1/6080

Source: OFS, MS

© OFS

4.7.2 Jeunes de 11 à 15 ans

L'entrée dans l'adolescence marque le passage à une période de transformations physiques et psychologiques majeures ainsi que de changements profonds dans les relations sociales, en particulier avec les parents et les pairs. Si ce cap est bien passé par la plupart des jeunes, pour d'autres c'est une phase de leur vie durant laquelle apparaissent des problèmes de santé ou se mettent en place des comportements problématiques dans ce domaine.

93% des garçons et 90% des filles de 11 à 15 ans disent en 2010 que leur état de santé est bon ou excellent. 90% des garçons et 84% des filles du même âge déclarent une satisfaction élevée concernant leur vie, révélatrice d'un

certain bien-être. La part des filles avec un état de santé bon ou excellent, ou une haute satisfaction concernant leur vie, diminue avec l'âge. C'est également le cas pour les garçons, mais de manière moins nette. 87% des jeunes de familles peu aisées considèrent leur santé comme bonne ou excellente, contre 93% de ceux de familles très aisées. L'écart est encore plus net pour la satisfaction concernant sa vie (75% contre 90%, respectivement).

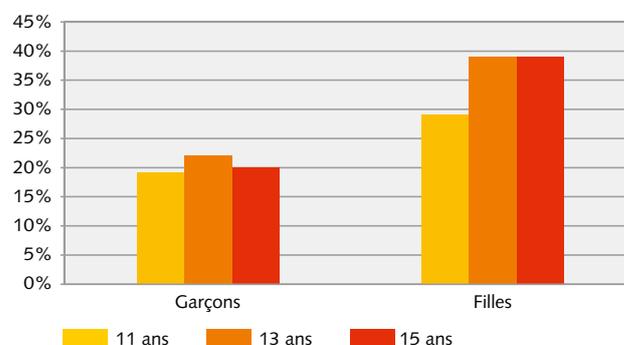
Des plaintes fréquentes et multiples relatives à des troubles psychosomatiques (mal de tête, de ventre ou de dos, vertiges, difficulté à s'endormir, être déprimé, nerveux, irritable ou de mauvaise humeur) peuvent être l'indice de difficultés en matière de santé ou d'équilibre émotionnel. 21% des garçons de 11 à 15 ans et 36% des filles du même âge ressentent au moins deux de ces troubles plusieurs fois par semaine. La part des filles concernées augmente sensiblement entre 11 et 13 ans, puis se stabilise (G4.76). Les jeunes ressentant régulièrement plusieurs de ces troubles sont nettement moins nombreux que leurs camarades qui n'en ressentent aucun à déclarer un état de santé bon ou excellent (81% contre 96%) et une satisfaction élevée concernant leur vie (72% contre 93%).

L'image que les jeunes se font de leur corps est particulièrement importante pour leur estime de soi et peut déboucher sur des pratiques précoces de contrôle du poids, avec de possibles conséquences négatives pour la santé physique et psychique. En même temps, un excès de poids à cet âge augmente le risque de souffrir de surpoids, ou d'être obèse, à l'âge adulte également. Un jeune sur dix de 11 à 15 ans présente un excès de poids. Les jeunes obèses sont une toute petite minorité (1%). La part des jeunes en excès de poids est sensiblement plus élevée chez les garçons que chez les filles (G4.77). 32%

Plaintes relatives à des troubles psychosomatiques parmi les jeunes de 11 à 15 ans, en 2010

Au moins deux plaintes* plusieurs fois par semaine durant une période de six mois

G 4.76



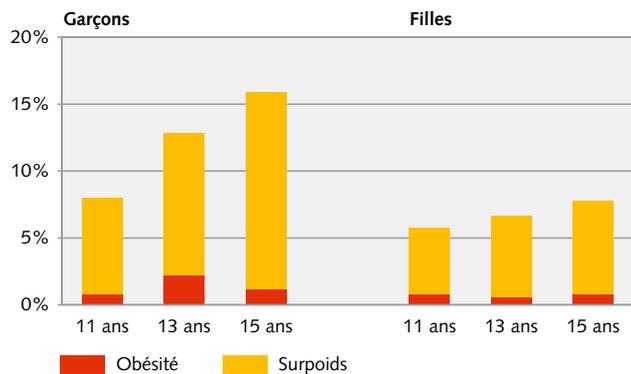
* Sur une liste de huit plaintes: mal de tête, de ventre ou de dos, vertiges, difficulté à s'endormir, être déprimé, nerveux, irritable ou de mauvaise humeur.

Source: Addiction Suisse, HBSC

© OFS

Surpoids et obésité parmi les jeunes de 11 à 15 ans, en 2010

G 4.77

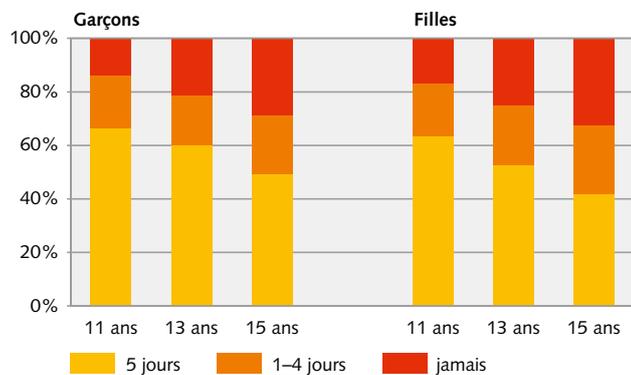


Source: Addiction Suisse, HBSC

© OFS

Petit-déjeuner les jours d'école parmi les jeunes de 11 à 15 ans, en 2010

G 4.78



Source: Addiction Suisse, HBSC

© OFS

des garçons avec un excès de poids et 47% des filles dans le même cas déclarent faire un régime. S'y ajoutent 40% des jeunes en excès de poids qui ne font pas de régime mais considèrent avoir besoin d'en perdre. Les pratiques de contrôle de poids ne se limitent cependant pas aux jeunes avec un surpoids: 8% des garçons et 15% des filles de 11 à 15 ans ayant un poids normal voire inférieur à la norme déclarent faire un régime. Cette proportion atteint même 17% parmi les filles de 15 ans.

Avoir une alimentation équilibrée est particulièrement important pour la santé et pour le développement de jeunes en pleine croissance. Les jeunes qui ne prennent pas de petit-déjeuner risquent de davantage grignoter au cours de la journée des aliments riches en matière grasse et pauvres en fibres alimentaires. En 2010, 42% des garçons de 11 à 15 ans et 48% des filles ne prennent pas un petit-déjeuner chaque jour d'école (G4.78). 42% des jeunes de 11 à 15 ans mangent chaque jour des légumes et 43% des fruits. 31% grignotent quotidiennement du chocolat ou des bonbons et 27% boivent chaque jour des boissons sucrées. Les garçons sont plus nombreux que les filles à consommer quotidiennement des boissons sucrées (30% contre 24%).

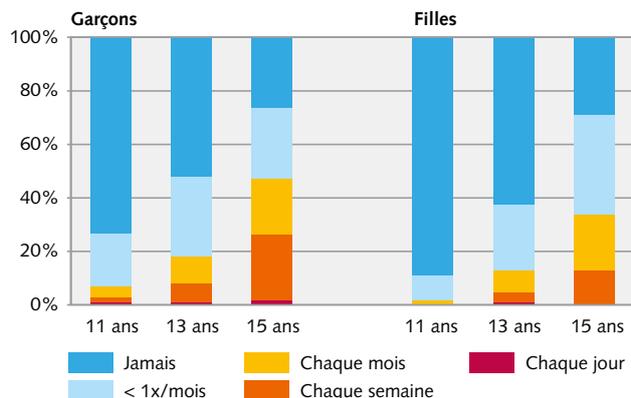
Une activité physique régulière est bénéfique pour la santé des jeunes et elle accroît également la probabilité qu'ils demeurent actifs à l'âge adulte. 77% des garçons et 60% des filles font du sport au moins deux heures par semaine en dehors des heures scolaires. La part des jeunes ne pratiquant jamais de sport augmente avec l'âge (de 4% chez les 11 ans à 10% chez les 15 ans).

Les adolescents sont nettement plus sensibles aux effets nocifs de l'alcool que les adultes: même une petite quantité d'alcool peut provoquer une altération des facultés augmentant la possibilité d'accidents et de comportements à risque. Quatre jeunes sur cinq de 11 à 15 ans ne boivent jamais (55%) d'alcool ou seulement de manière occasionnelle (26%) (G4.79). La part des jeunes avec une consommation hebdomadaire, considérée comme problématique, augmente de 2% chez les 11 ans à 19% chez les 15 ans. Les garçons sont nettement plus concernés que les filles. 19% des jeunes de 15 ans ont été ivres au moins une fois sur une période d'un mois.

Fumer a des effets négatifs à court terme pour la santé des jeunes (capacités respiratoires amoindries, toux, risque accru de maladies respiratoires) et crée une dépendance à la nicotine. La fumée est également souvent associée avec d'autres comportements à risque (consommation d'alcool ou de drogues illégales en particulier). 63% des garçons de 11 à 15 ans et 71% des filles du même âge n'ont jamais fumé. La part des jeunes fumant au moins une fois par semaine augmente fortement avec l'âge: inférieure à 1% à 11 ans, elle atteint 4% à 13 ans et 17% à 15 ans.

Consommation d'alcool parmi les jeunes de 11 à 15 ans, en 2010

G 4.79



Source : Addiction Suisse, HBSC

© OFS

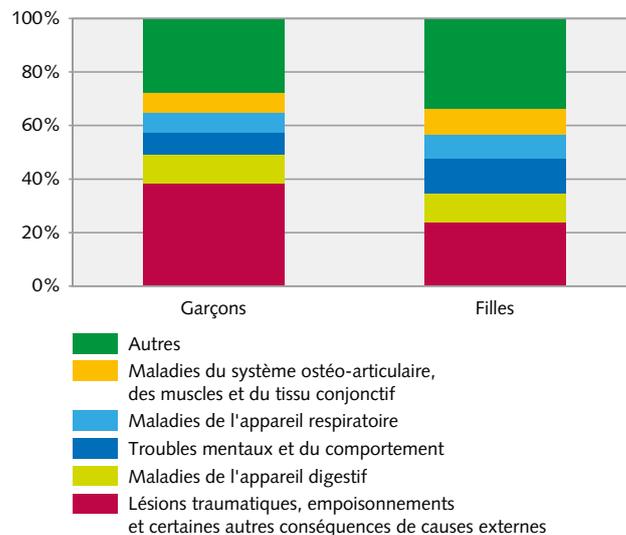
Près de 16'500 jeunes de 11 à 15 ans ont été hospitalisés en 2010, ce qui correspond à 4,1% des garçons et 3,7% des filles de cette classe d'âge. Les lésions traumatiques dues à des causes externes, comme les accidents, sont le principal motif d'hospitalisation, particulièrement chez les garçons (G4.80). Ce constat souligne l'importance des accidents pour la santé des jeunes de cet âge. De fait, en 2010, 53% des garçons et 43% des filles de 11 à 15 ans déclaraient avoir eu, au cours d'une année, au moins une blessure ou un accident ayant donné lieu à une visite médicale.

Les décès entre 11 et 15 ans sont très peu fréquents (> chapitre 4.1, G4.4). Entre 2006 et 2010, 30 garçons et 20 filles de cette classe d'âge ont perdu la vie en moyenne annuelle. Les accidents et morts violentes (dont les suicides) sont à l'origine de 47% des décès chez les garçons et 34% chez les filles de cet âge. Le cancer est la seconde cause la plus importante de mortalité (16% chez les garçons et 24% chez les filles). Entre 1995–1999 et 2006–2010, le nombre de jeunes décédés entre 11 et 15 ans a baissé de 41%. Le recul des décès provoqués par des accidents (-59%) a contribué de manière déterminante à cette évolution. Par contre, les décès suite à un cancer n'ont diminué que de 13%.

Hospitalisations parmi les jeunes de 11 à 15 ans, en 2010

Part des principaux diagnostics

G 4.80



Source : OFS, MS

© OFS

4.7.3 Personnes âgées

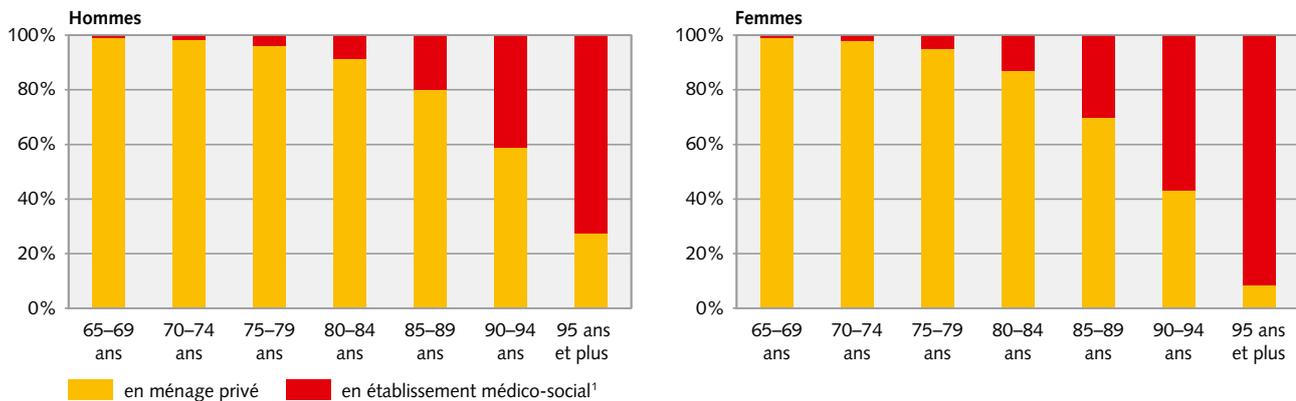
L'espérance de vie augmente depuis des décennies et, en 2010, 17% de la population (1,3 million) était âgée de 65 ans et plus. Néanmoins, l'état de santé des personnes âgées reste très hétérogène, non seulement du point de vue de l'âge et du sexe, mais également selon le lieu de vie. En 2010, 8% des personnes de 65 ans et plus (109'197) ont fait un séjour de longue durée (d'au moins trente jours) dans un établissement médico-social (EMS), c'est-à-dire une maison pour personnes âgées ou un home médicalisé. Avec l'âge, la proportion de résidents en EMS augmente sensiblement (G4.81). Elle est la même selon le sexe jusqu'à environ 80 ans, puis les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes. Trois quarts des personnes vivant en EMS sont des femmes (73%).

Les personnes en EMS sont deux fois plus nombreuses que celles en ménage privé à être restreintes ou fortement limitées depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé (83% contre 37%). Parmi les personnes vivant à domicile, les limitations augmentent avec l'âge. Entre 65 et 74 ans, elles sont également plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (34% contre 26%). Par contre, la part des personnes en EMS souffrant de ces limitations ne change pas en fonction de l'âge ou du sexe (G4.82). Cela n'est pas étonnant puisque de fortes limitations sont justement un des principaux motifs pour une entrée en EMS, quel que soit l'âge des personnes concernées.

Lieu de vie selon l'âge, en 2010

Population de 65 ans et plus

G 4.81



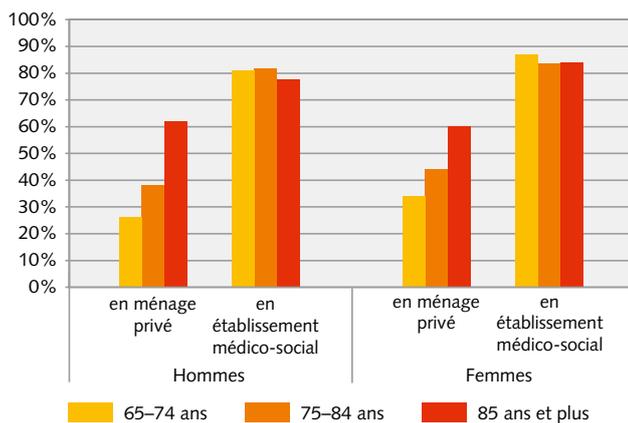
Source: OFS, SOMED et STATPOP

© OFS

Limitations d'activité depuis au moins six mois parmi les personnes âgées, en 2007 et 2008/09

En raison d'un problème de santé. Population de 65 ans et plus

G 4.82



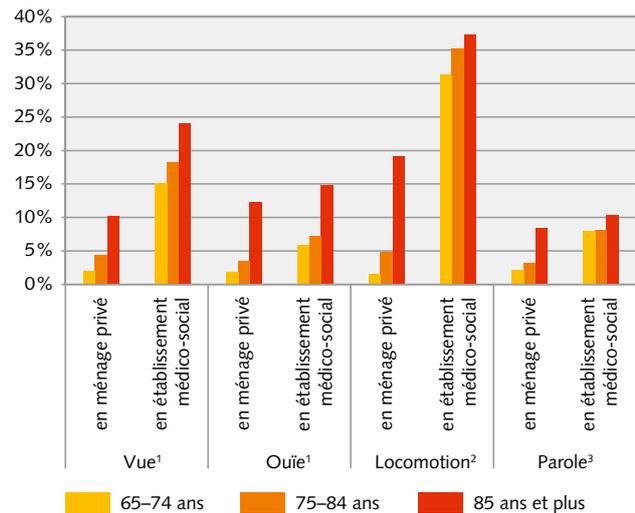
Source: OFS, ESS et ESAI

© OFS

Limitations fonctionnelles parmi les personnes âgées, en 2007 et 2008/09

Population de 65 ans et plus

G 4.83

¹ Limitation importante ou complète² Ne peut pas marcher seule, ou seulement quelques pas³ Degré non précisé

Source: OFS, ESS et ESAI

© OFS

Les limitations fonctionnelles (affectant la vue, l'ouïe, la locomotion et la parole) sont plus fréquentes parmi les personnes en EMS que parmi celles en ménage privé (> chapitre 4.4). La difficulté à marcher est le handicap le plus courant parmi les personnes âgées: 36% des personnes vivant en EMS et 4% des personnes en ménage privé n'arrivent pas à marcher seules ou ne parviennent à faire que quelques pas (G4.83). Parmi les personnes en EMS, la fréquence de ces limitations ne varie en général pas de manière significative selon l'âge ou le sexe; néanmoins, les personnes plus jeunes souffrent nettement moins souvent de limitation importante ou complète de l'ouïe que les plus âgées (6% contre 15%).

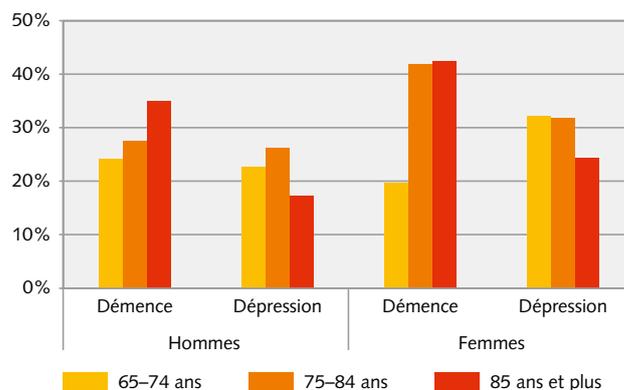
Une personne est limitée dans les activités de la vie quotidienne lorsqu'elle rencontre des difficultés à accomplir, sans aide extérieure, des gestes quotidiens élémentaires comme manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver ainsi que se lever, s'asseoir et se coucher. 67% des personnes en EMS sont limitées dans au moins l'une de ces activités de la vie quotidienne et ont un besoin élevé en soins, contre 3% des personnes vivant en ménage privé. Il n'y a pas de différence importante selon le sexe. Les différences selon l'âge ne sont pas significatives parmi les personnes en EMS, alors que la part des personnes à domicile concernées passe de moins de 1% entre 65 et 74 ans à 12% dans le groupe de 85 ans et plus. Faire sa toilette est l'activité où les aînés rencontrent le plus de difficulté (75% des personnes en EMS et 4% de celles en ménage privé). La deuxième activité causant le plus de difficulté est celle de s'habiller (53% des personnes en EMS et 1% de celles en ménage privé).

Les chutes constituent une part importante des accidents, particulièrement chez les personnes âgées (> chapitre 4.5). 39% des personnes vivant en EMS et 25% de celles en ménage privé sont tombées au cours d'une année. Le fait qu'il n'y ait pas beaucoup plus de chutes en EMS qu'à domicile peut s'expliquer par la présence constante du personnel soignant et par un aménagement de l'espace adapté aux personnes âgées (Cavalli 2002). 21% des résidents d'EMS et 9% des personnes vivant à domicile sont tombés plusieurs fois au cours d'une année. Les chutes en EMS ont causé des fractures dans presque un tiers des cas (32%). Parmi les personnes en EMS, avoir un problème de vue double le risque de faire une chute; avoir des vertiges ou besoin d'une canne pour marcher multiplie ce risque par un et demi.

Les maladies psychiques affectent une majorité des personnes résidant en EMS: 28% sont atteintes de démence, 15% de dépression et 10% souffrent de ces deux maladies à la fois. Les femmes souffrent davantage de démence et de dépression que les hommes (G4.84). Le taux de démence double entre la première et la deuxième classe d'âge chez les femmes, puis il se stabilise. Chez les hommes, la progression la plus marquée intervient dès 85 ans. La fréquence de la dépression a plutôt tendance à diminuer à partir de 85 ans, pour les deux sexes. Il est possible que la dépression soit moins prise en considération une fois que la démence est diagnostiquée.

Démence et dépression parmi les personnes âgées en établissement médico-social, en 2008/09

Population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social **G 4.84**



Source: OFS, ESAI

© OFS

4.7.4 Migrants

En 2008, la population issue de la migration vivant en Suisse, c'est-à-dire les personnes ayant immigré et celles directement concernées par l'expérience migratoire de leurs parents (2^e génération), représentait 30,6% de la population résidente permanente de 15 ans et plus, dont deux tiers de nationalité étrangère et un tiers ayant acquis la nationalité suisse. Il est important de savoir si elle est confrontée à des problèmes particuliers en termes de santé ou de recours aux soins. La population issue de la migration est très hétérogène, notamment en termes de structure par âge, de conditions de vie dans le pays d'origine, de culture, de durée de séjour en Suisse et de statut, de niveau de formation et de profession exercée, de revenus ou d'expérience éventuelle de discriminations en Suisse. Ces différences portent sur des caractéristiques qui sont de puissants déterminants de la santé. Les données présentées ici, relatives à huit nationalités étrangères (Allemagne, Autriche, France, Italie, Portugal, Turquie, Serbie et Kosovo) représentant près de deux tiers de la population résidente permanente étrangère, ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble de la population migrante, en particulier aux personnes avec les statuts les plus précaires (requérants d'asile, personnes sans papiers).

Etat de santé

Les personnes de nationalité étrangère, exceptées celles avec un passeport allemand, autrichien ou français, déclarent moins souvent que les Suissesses ou les Suisses que leur santé est bonne ou très bonne (G4.85). Il n'y a cependant guère de différence dans le groupe d'âge le plus jeune (jusqu'à 35 ans). L'écart se creuse ensuite avec l'âge et il s'accroît plus rapidement pour les femmes que pour les hommes. L'évaluation de l'état de santé est influencée par les systèmes de valeurs culturels, ce qui rend plus difficile l'interprétation des différences entre nationalités. On constate néanmoins que les personnes de nationalité étrangère ont été plus souvent en traitement, au cours d'une année.

Les hommes de nationalité portugaise et kosovare déclarent le moins souvent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps (G4.86). C'est particulièrement le cas pour les plus jeunes (moins de 35 ans). A l'inverse, les femmes de nationalité turque plus âgées (35 ans et plus) déclarent nettement plus souvent des problèmes de santé de longue durée.

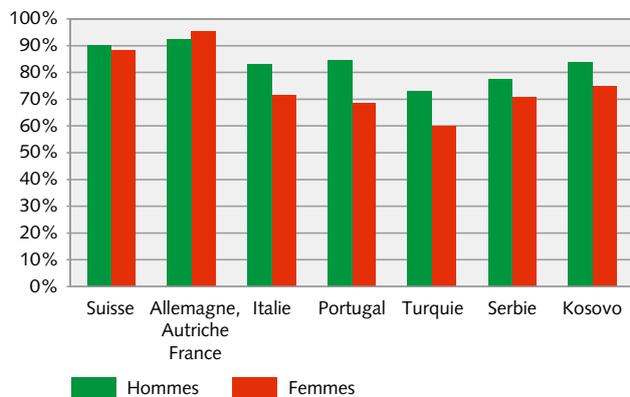
La part des femmes de nationalité étrangère (turques, particulièrement) ayant suivi au cours d'une année un traitement pour dépression est sensiblement plus élevée que celle des femmes de nationalité suisse, à partir de 35 ans (G4.87). Ce n'est pas le cas pour les femmes de nationalité allemande, autrichienne ou française ainsi que pour celles de nationalité kosovare. La fréquence de traitement contre la dépression est significativement plus élevée parmi les hommes de nationalité turque, mais uniquement dans le groupe d'âge des 35–49 ans.

Le risque d'être en excès de poids et, surtout, obèse est plus élevé parmi les personnes de nationalité étrangère prises en considération, à l'exception de celles avec un passeport allemand, autrichien ou français (G4.88).

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon la nationalité, en 2007 et 2010

Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.85



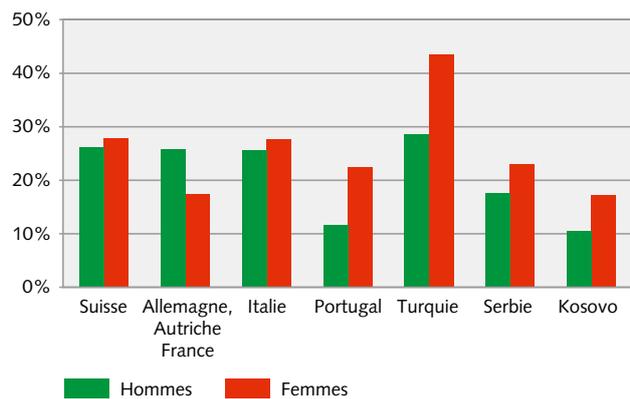
Source : OFSP, GMM II; OFS, ESS

© OFS

Problèmes de santé de longue durée selon la nationalité, en 2007 et 2010

Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.86



Source : OFSP, GMM II; OFS, ESS

© OFS

Ces quelques indicateurs de l'état de santé mettent donc en évidence des situations différentes selon le groupe de population migrante:

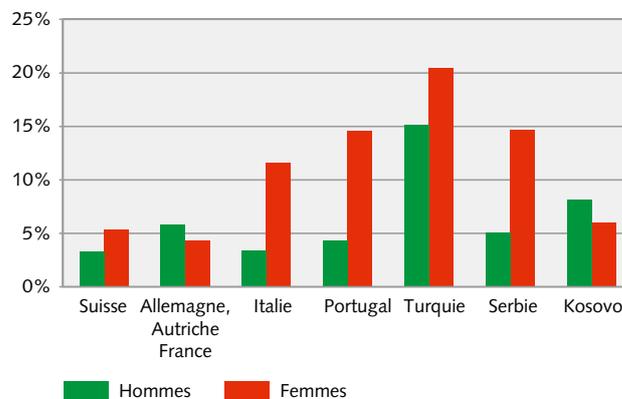
- Les personnes venant d'Allemagne, d'Autriche ou de France ont en général le profil socioéconomique le plus semblable de celui des personnes de nationalité suisse. Leur état de santé est également le plus proche de celui des Suissesses et des Suisses.
- 20% des personnes de nationalité portugaise et 9% de celles de nationalité kosovare résident en Suisse depuis moins de trois ans. En outre, les Kosovares et les Kosovars ont la moyenne d'âge la plus basse (36,2 ans contre 44,2 ans pour les Suissesses et Suisses). Cela pourrait expliquer que ces populations, les hommes en premier lieu, souffrent relativement peu de problèmes de santé de longue durée, bien que leur niveau de formation soit globalement bas. C'est une illustration du phénomène bien connu que les personnes qui immigreront sont souvent jeunes et en bonne santé (healthy migrant effect). L'état de santé des migrantes et des migrants âgés et installés depuis longtemps en Suisse est par contre nettement moins bon.
- Les personnes de nationalité turque, particulièrement les femmes, ont les indicateurs de santé les moins bons. Elles sont les plus nombreuses à déclarer avoir subi des violences ou de la torture dans leur pays d'origine (15%) et avoir vécu des discriminations en Suisse (31%). Leur moyenne d'âge est relativement élevée (39,1 ans) et leur taux d'activité est le plus bas parmi toutes les nationalités comparées (54%). Les personnes de nationalité turque sont par ailleurs parmi les plus nombreuses à avoir une maîtrise faible ou moyenne d'une des langues nationales (43%) et elles déclarent le niveau de soutien social le plus bas.

Traitement contre la dépression selon la nationalité, en 2007 et 2010

Sur une période d'une année.

Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.87



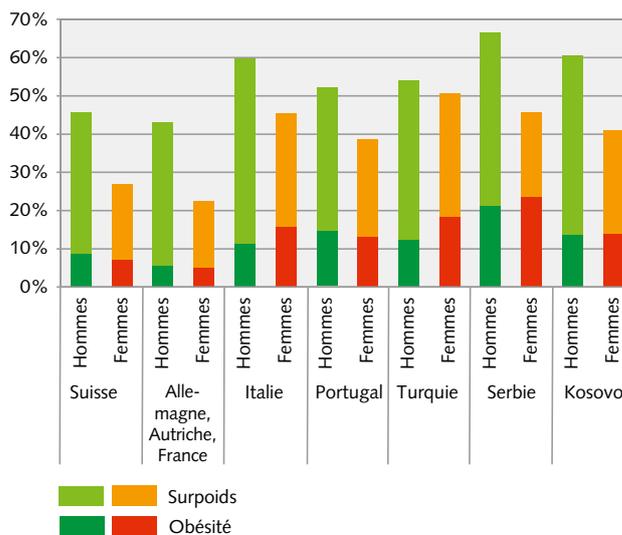
Source: OFSP, GMM II; OFS, ESS

© OFS

Surpoids et obésité selon la nationalité, en 2007 et 2010

Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.88



Source : OFSP, GMM II; OFS, ESS

© OFS

Recours aux soins

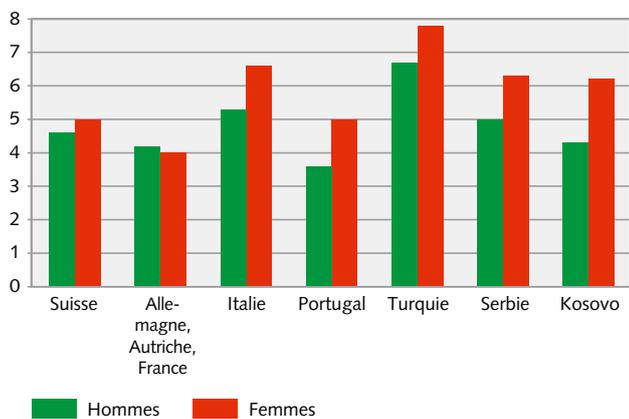
Il n'y a, en règle générale, pas de différence significative selon la nationalité dans la part des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin sur une période d'une année. Toutefois, cette part est nettement plus faible pour les personnes de nationalité kosovare (53% des hommes et 46% des femmes contre 72% des hommes et 86% des femmes de nationalité suisse). Le nombre annuel moyen de consultations par patient est significativement plus faible pour les hommes portugais et plus élevé pour les femmes de nationalité turque (G4.89).

Consultations chez le médecin selon la nationalité, en 2007 et 2010

Moyenne par patient au cours d'une année.

Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.89



Source : OFSP, GMM II; OFS, ESS

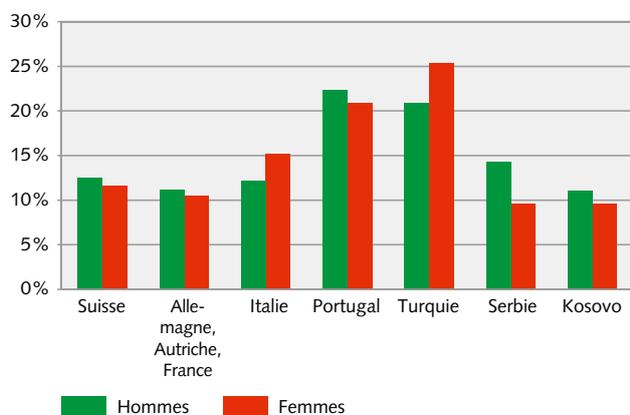
© OFS

Les personnes de nationalité portugaise ou turque sont presque deux fois plus nombreuses que celles de nationalité suisse à avoir été admises aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital, ou dans une policlinique (G4.90). Mais il n'y a pas de différence significative dans le nombre par patient de consultations en urgence (non prévues) auprès de ces services de santé (sauf pour les femmes portugaises).

Consultation aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique selon la nationalité, en 2007 et 2010

Sur une période d'une année. Population de 17 à 74 ans vivant en ménage privé

G 4.90



Source: OFSP, GMM II; OFS, ESS

© OFS

5 Système de santé

Le système de santé peut être divisé en deux grands secteurs: les prestataires de services ambulatoires et les prestataires de services en milieu hospitalier. Ces derniers comprennent les départements hospitaliers des hôpitaux (hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées), les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ainsi que les «institutions spécialisées» (établissements pour personnes handicapées, ayant des problèmes psychosociaux ou de dépendance). En 2010, les établissements médico-sociaux proposaient le plus grand nombre de lits (90'000), suivis des hôpitaux (40'000 lits). Les institutions spécialisées disposaient d'environ 27'000 places d'hébergement.

De son côté, le secteur ambulatoire se compose d'une grande variété de prestataires. Il comprend en particulier les services ambulatoires des hôpitaux, les cabinets privés médicaux, dentaires ou de psychothérapie, les sages-femmes indépendantes, les services de soins à domicile ainsi que diverses offres paramédicales (physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, chiropraxie, services de transport, laboratoires médicaux, etc.). Les nombreuses offres dans le domaine des médecines alternatives et des conseils (par ex. médecine chinoise traditionnelle, massages et thérapies corporels, thérapies de couple) peuvent moins clairement être délimitées et restent difficiles à relever; elles ne seront pas traitées ici. Le commerce de détail représente un domaine propre dans le système de santé. Il comporte notamment les pharmacies, les

drogueries et les points de vente d'appareils médicaux (pour lunettes, appareils auditifs, moyens auxiliaires, etc.). Compte tenu de l'état des données, seul un petit nombre de ces prestataires seront considérés ci-après.

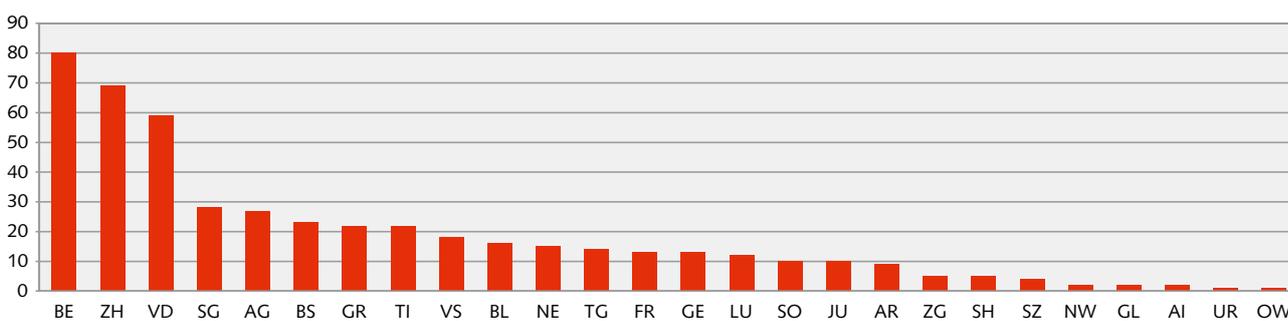
5.1 Hôpitaux

En 2010, on recensait 299 établissements proposant des traitements en milieu hospitalier sur 482 sites. Les cantons fortement peuplés de Berne, Zurich et Vaud comptent un nombre de sites particulièrement élevé (G5.1).

Sur les 121 établissements hospitaliers de soins généraux, 30 assurent une prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et grands hôpitaux cantonaux) et 91 sont des hôpitaux de soins généraux (hôpitaux régionaux et autres hôpitaux de petite taille). 84 sont des établissements publics ou privés subventionnés, 37 sont des établissements privés non subventionnés. Le nombre des établissements a reculé de 34,6% entre 2000 et 2010 (G5.2). Cette baisse est d'une part imputable à des fusions d'hôpitaux et d'autre part, depuis 2010, à un changement méthodologique au niveau statistique. Les données 2010 ne sont de ce fait que partiellement comparables avec celles des années antérieures. Ces deux raisons expliquent que le nombre de lits a diminué beaucoup moins fortement que celui des établissements durant cette même période.

Sites hospitaliers selon le canton, en 2010

G 5.1



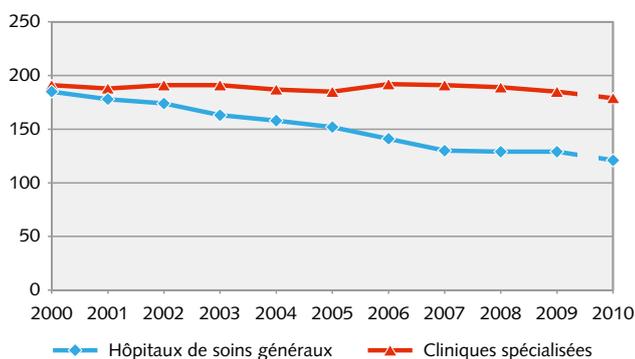
Source: OFS, KS

© OFS

Hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées

Nombre d'hôpitaux

G 5.2



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS, KS

© OFS

Sur les 179 cliniques spécialisées que comptait la Suisse en 2010, un chiffre en baisse de 6,3% par rapport à 2000, 50 étaient des cliniques psychiatriques, 41 des cliniques de réadaptation et 88 des autres cliniques. 72 étaient des établissements publics ou privés subventionnés et 107 étaient des établissements privés non subventionnés.

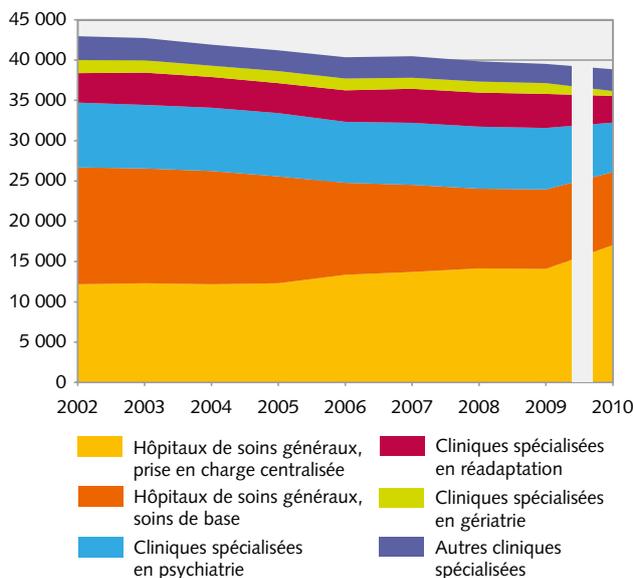
Offre de lits

En 2010, 38'852 lits étaient proposés pour la prise en charge en milieu hospitalier (sans les lits pour nouveaux-nés), ce qui représente une densité de 4,9 lits pour 1000 habitants (G5.3). Cette valeur varie cependant

Lits d'hôpitaux selon le type d'établissement

Nombre de lits

G 5.3



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

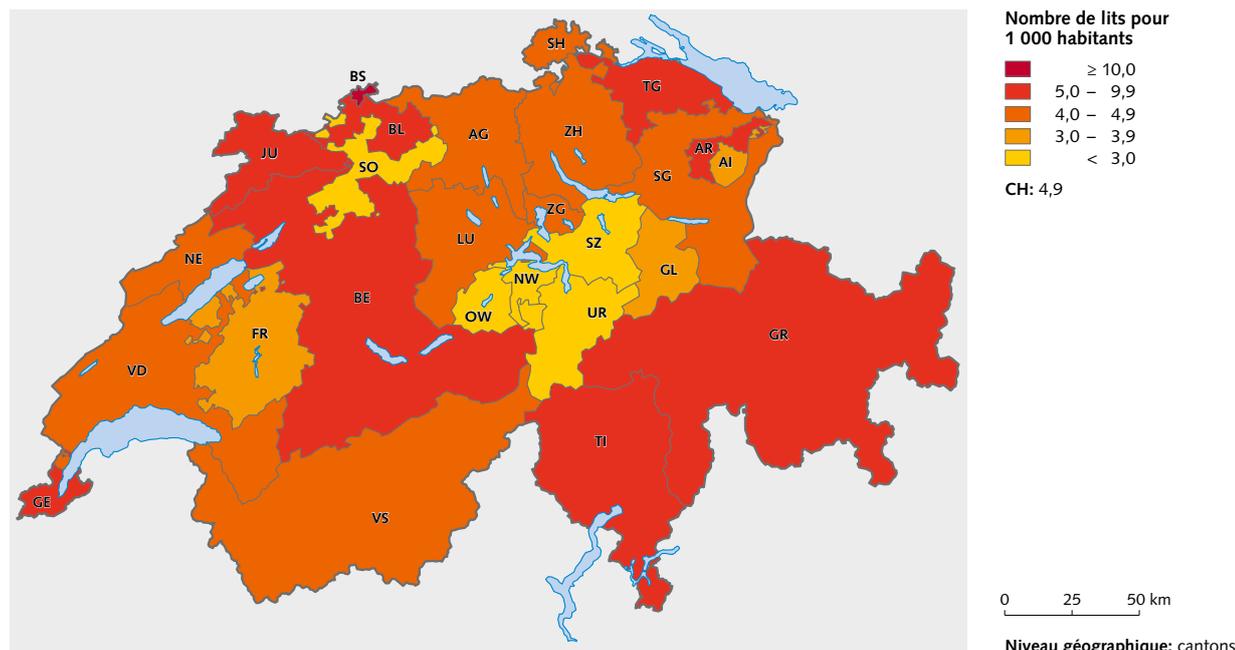
Source: OFS, KS

© OFS

entre 2,0 dans le canton de Schwytz et 11,2 à Bâle-Ville (C5.1). Entre 2000 et 2010, le nombre total de lits a baissé de 12,8%. Les quelque 39'000 lits disponibles en 2010 se répartissaient entre les trois grands domaines d'activité suivants: soins aigus 63%, psychiatrie 19%, réadaptation-gériatrie 18%.

Lits d'hôpitaux, en 2010

C 5.1



Source: OFS, KS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Emplois

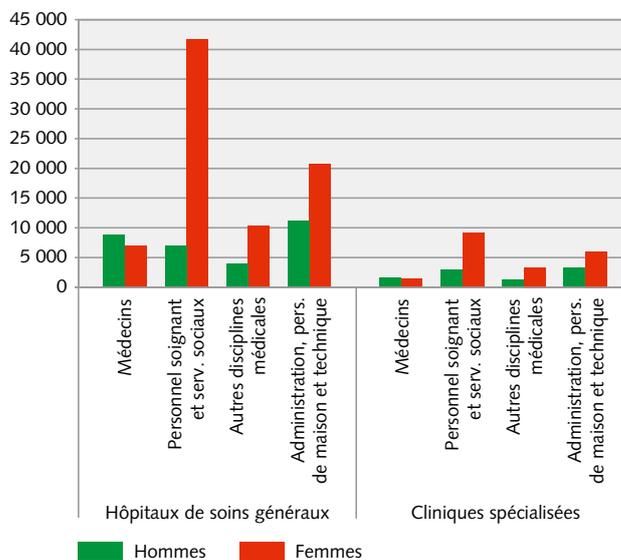
En 2010, le personnel des hôpitaux comptait 175'336 personnes au total, représentant 139'252 équivalents plein temps. 79% travaillaient dans des hôpitaux de soins généraux. Le nombre d'équivalents plein temps s'est accru de 21% depuis 2000, ce qui peut s'expliquer notamment par l'augmentation des traitements ambulatoires dans les hôpitaux. Le personnel se compose pour 14% de médecins, pour 43% de personnel soignant, pour 13% de spécialistes d'autres disciplines médicales ainsi que pour 30% de personnes dans les services centraux (administration: 14%, services de maison et transport: 13%, services techniques: 3%). Si la proportion de femmes est presque égale à celle des hommes dans le corps médical (G5.4), elle est bien supérieure dans le personnel soignant et dans les autres disciplines médicales (83% dans les hôpitaux de soins généraux et 76% dans les cliniques spécialisées).

Il faut en moyenne 3,0 postes à plein temps pour les soins par lit d'hôpital. On observe ici toutefois des différences parfois considérables selon les régions (C5.2): cette valeur est la plus élevée dans le canton d'Uri (3,8) et la plus faible dans les cantons du Valais et du Tessin (2,1).

Personnel des hôpitaux selon la fonction et le sexe, en 2010

En équivalents plein temps

G 5.4



Source: OFS, KS

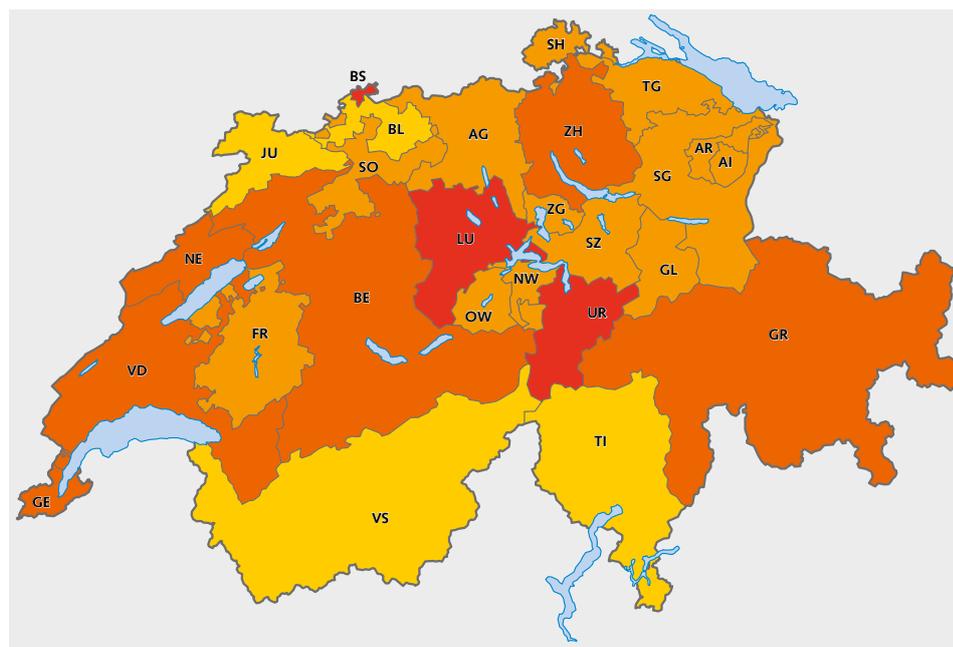
© OFS

Recours aux prestations

1'257'233 cas d'hospitalisation ont été enregistrés en 2010. La grande majorité d'entre eux ont été pris en charge dans des hôpitaux de soins aigus suite à une maladie aiguë ou à un accident. 5,1% des cas ont été enregistrés dans une unité psychiatrique d'un hôpital ou

Personnel soignant et médical par lit d'hôpital, en 2010

C 5.2



Nombre d'emplois* par lit d'hôpital, en équivalent plein temps

- ≥ 4,0
- 3,5 – 3,9
- 3,0 – 3,4
- 2,5 – 2,9
- < 2,5

CH: 3,0

* Sont considérés le personnel soignant, les médecins et le personnel des autres disciplines médicales, employés au 31.12. dans les établissements de soins généraux. Les cliniques spécialisées ne sont pas prises en considération.

0 25 50 km

Niveau géographique: cantons

Source: OFS, KS

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

une clinique spécialisée en psychiatrie et 6,9% concernaient des admissions dans d'autres types de services, surtout en réadaptation et en gériatrie (G5.5). A noter qu'une personne hospitalisée à plusieurs reprises est comptabilisée comme autant de cas hospitaliers. Le total des hospitalisations recensées en 2010 représente un taux d'hospitalisation de 17'071 cas pour 100'000 habitants. 83% des cas concernent des personnes habitant dans le canton, 14% des personnes domiciliées dans d'autres cantons et 3% des personnes vivant à l'étranger.

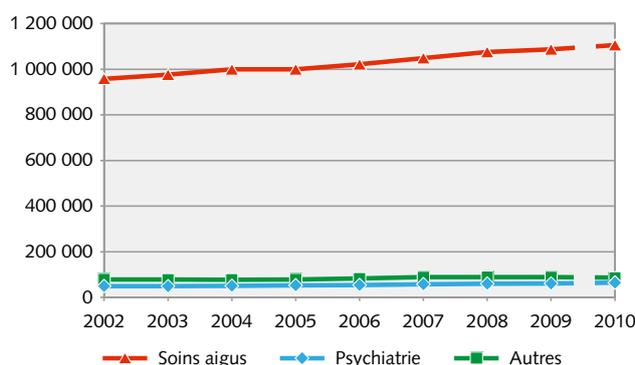
Les hôpitaux de Bâle-Ville présentent de loin les plus forts taux d'hospitalisation (33'146 cas pour 100'000 habitants), mais seuls 57% de ces cas concernent des habitants du canton (G5.6). A l'inverse, ce canton n'«exporte» que peu de patients vers d'autres cantons. Cela illustre la grande force d'attraction des hôpitaux de Bâle-Ville. Mais c'est Appenzell Rhodes-Extérieures qui compte la part la plus élevée de cas traités concernant des personnes domiciliées hors du canton (62%), un phénomène qui s'explique par la vaste offre de cliniques de réadaptation et de cliniques spécialisées en chirurgie dans ce canton. Parmi les cantons présentant une part relativement élevée d'habitants hospitalisés dans d'autres cantons, on trouve Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Campagne, Soleure, Schwytz, Obwald, Appenzell Rhodes-Extérieures, Nidwald, Uri et Jura.

La durée moyenne des séjours hospitaliers en soins aigus était de 6,7 jours en 2010, contre 9,1 jours en 2002. En 2010, les patients ont séjourné en moyenne 40 jours en psychiatrie et 16,3 jours en réadaptation/gériatrie (G5.7). Une partie des personnes ont été hospitalisées plusieurs fois; en 2010, cette proportion se situait à environ un quart (G5.8). La classe d'âge des 85 ans et plus compte la part la plus élevée d'hospitalisations multiples.

Cas d'hospitalisation

Nombre de cas

G 5.5



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

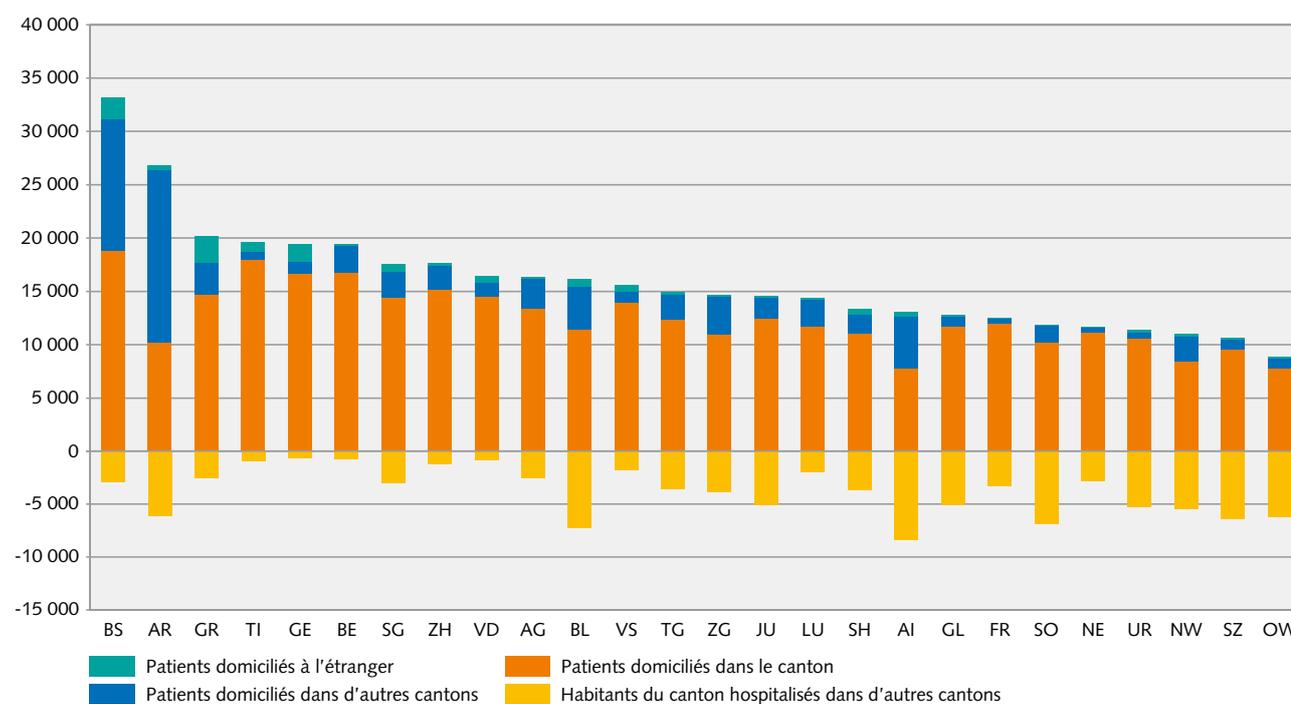
Source: OFS, KS

© OFS

Taux d'hospitalisation par canton, en 2010

Nombre de cas pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.6



Source: OFS, MS

© OFS

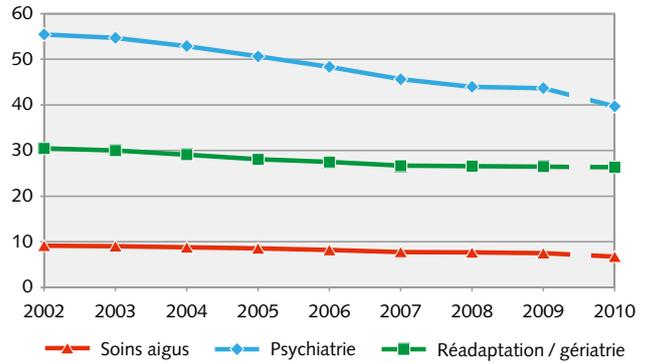
Coûts

En 2010, une journée d'hospitalisation pour un patient coûtait en moyenne 1228 francs. Ce montant varie toutefois considérablement en fonction du type d'activité des établissements hospitaliers. Ainsi, le coût d'une journée d'hospitalisation dans un service de soins aigus s'élevait à 1620 francs, contre 598 francs en psychiatrie et 545 francs en réadaptation/gériatrie. L'augmentation des coûts la plus forte (+32% depuis 2002) a été enregistrée dans les hôpitaux de soins aigus (G5.9).

Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux

En jours

G 5.7



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

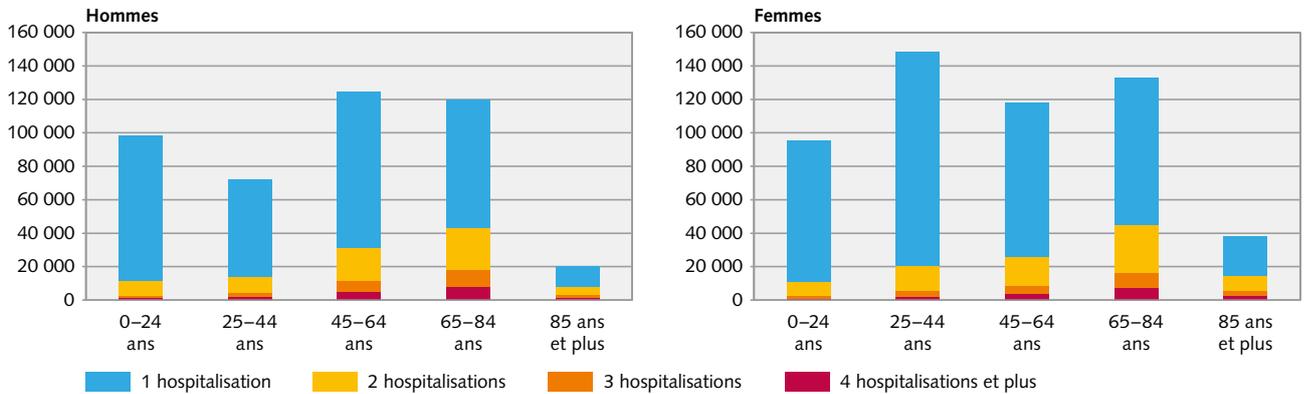
Source: OFS, KS

© OFS

Hospitalisations multiples, en 2010

Nombre de patientes et patients, selon l'âge et selon le nombre d'hospitalisations durant l'année

G 5.8



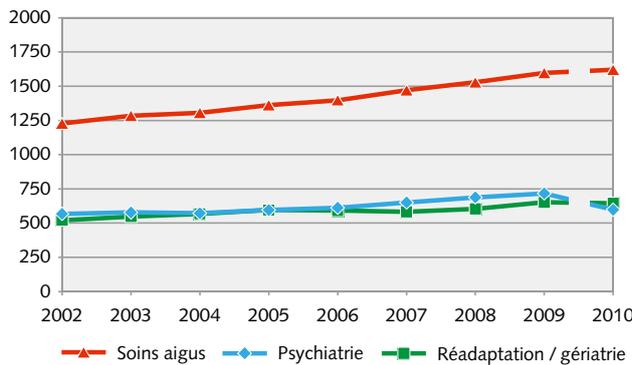
Source: OFS, MS

© OFS

Coûts moyens des hôpitaux

En francs par journée et par patiente ou patient

G 5.9



Rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

Source: OFS, KS

© OFS

5.2 Etablissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux (EMS) s'occupent de gériatrie somatique pour les personnes souffrant de troubles physiques liés à l'âge ou de psychogériatrie pour les personnes âgées atteintes dans leur santé psychique. Ils offrent des prestations dans les domaines de l'hébergement, de la restauration, des soins et de l'animation. Les établissements médico-sociaux et les institutions spécialisées (> chapitre 5.3) sont aussi désignés ensemble sous le terme d'«institutions médico-sociales». Les homes pour personnes âgées qui n'offrent aucune prestation médicale de soins ne sont pas considérés dans les informations ci-après.

En 2010, on recensait 1523 établissements médico-sociaux, dont 601 étaient des institutions privées non subventionnées par les pouvoirs publics, 467 des institutions privées subventionnées et 455 des institutions publiques. Le nombre de places d'hébergement proposées se montait en moyenne à 58 par établissement, la fourchette allant de près d'une douzaine à 410 places dans des établissements de grande taille dont l'infrastructure est proche de celle d'un hôpital. Les établissements privés non subventionnés sont généralement plus petits (50 places en moyenne) que les établissements subventionnés (58 places) ou publics (70 places).

Offre de places

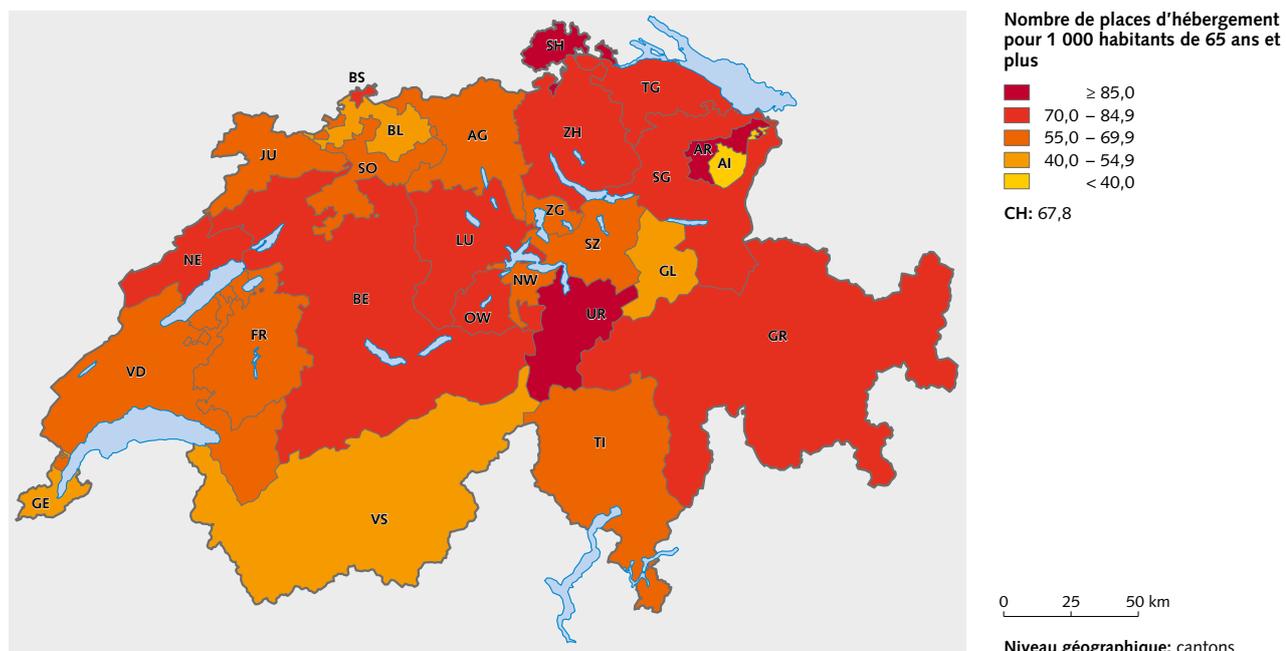
En 2010, les établissements médico-sociaux proposaient 90'116 places, soit 11% de plus qu'en 2000. Ce nombre correspond à 67,8 places pour 1000 habitants de 65 ans et plus. Ce taux varie cependant considérablement selon les cantons, allant de 22 places pour 1000 habitants (Appenzell Rhodes-Intérieures) à 93 dans le canton d'Uri (C5.3).

Emplois

En 2010, 112'400 personnes travaillaient dans des établissements médico-sociaux, dont 85% étaient des femmes. Convertis en équivalents plein temps, les postes qu'elles occupaient n'atteignaient cependant que 77'860 unités, traduisant une proportion élevée de personnes travaillant à temps partiel. Le taux moyen d'occupation des femmes se situait à 71,5%, soit un niveau nettement inférieur au taux d'occupation moyen des hommes (80%). Depuis 2006, le volume de l'emploi s'est accru de 13,5%, un peu plus fortement pour les hommes (+16,4%) que pour les femmes (+12,8%). Deux tiers des prestations de travail ont été consacrées aux soins et à l'animation, et près d'un tiers aux services de maison et aux services techniques (G5.10). Les traitements médicaux sont généralement

Places des établissements médico-sociaux, en 2010

C 5.3



Source: OFS, SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

fournis par des médecins externes, raison pour laquelle les médecins employés de manière permanente par les établissements ne représentent que 0,1% du personnel. On observe une nette différence entre les sexes au niveau de la répartition des rôles: les femmes travaillent très majoritairement dans les soins et l'animation, les hommes dans les services de maison.

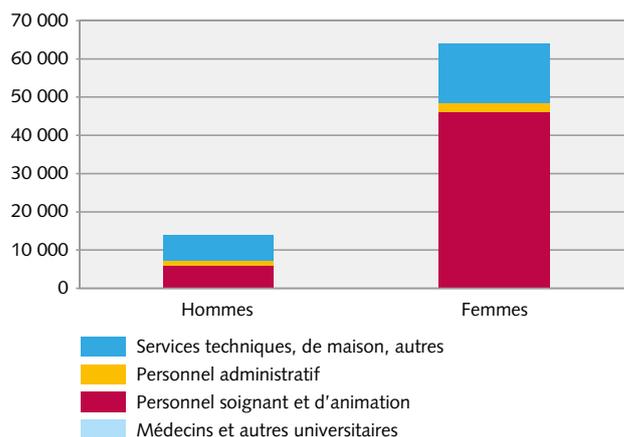
Le taux d'encadrement est en moyenne suisse de 0,58 poste par place d'hébergement (C5.4). Cette valeur est relativement élevée dans le canton de Fribourg (0,76 poste) et relativement faible dans les cantons de Glaris (0,34) et d'Appenzell Rhodes-Extérieures (0,37).

Recours aux prestations

En 2010, 136'428 personnes au total ont recouru à des prestations des établissements médico-sociaux. Les quelque 3000 clients externes, utilisant exclusivement la structure de jour, ne sont pas considérés dans ces chiffres. 57% des clients avaient 85 ans et plus (G5.11). Parmi les clients de moins de 75 ans, on trouvait majoritairement des personnes souffrant de maladies chroniques, la représentation des sexes étant ici assez équilibrée. Avec l'âge, les femmes sont cependant de plus en plus surreprésentées. Cela tient en particulier au

fait que dans les couples, ce sont fréquemment les hommes qui décèdent en premier. Ils ont généralement pu être soignés à domicile par leur partenaire alors que les femmes, du fait qu'elles vivent plus longtemps, doivent plus souvent recourir à des soins en institution.

Personnel des établissements médico-sociaux, selon le groupe professionnel et le sexe, en 2010
En équivalents plein temps **G 5.10**

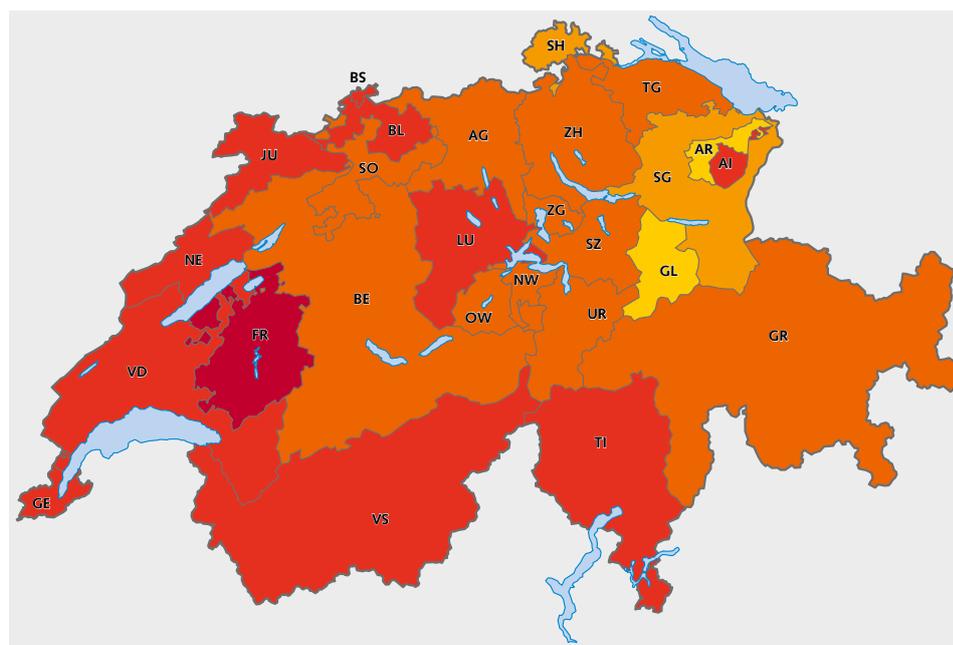


Source: OFS, SOMED

© OFS

Personnel des établissements médico-sociaux, en 2010

C 5.4



Nombre d'emplois* par place d'hébergement, en équivalent plein temps

- ≥ 0,70
- 0,60 – 0,69
- 0,50 – 0,59
- 0,40 – 0,49
- < 0,40

CH: 0,58

* Sont considérés le personnel soignant et d'animation et les médecins employés dans les établissements médico-sociaux.

0 25 50 km

Niveau géographique: cantons

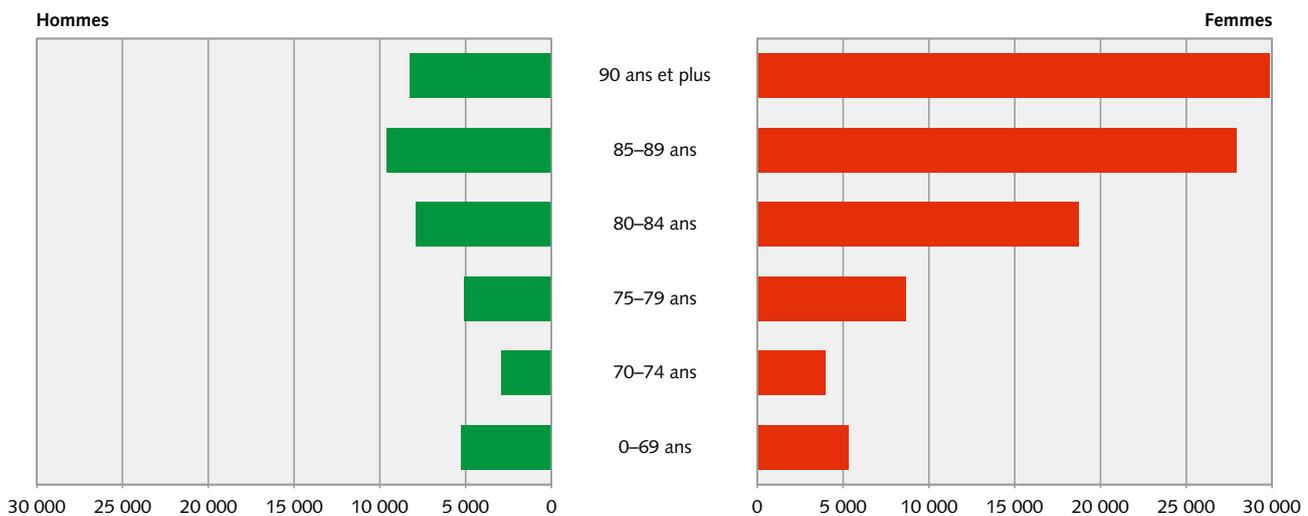
Source: OFS, SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Clients et clientes des établissements médico-sociaux, en 2010

Nombre selon la classe d'âge

G 5.11



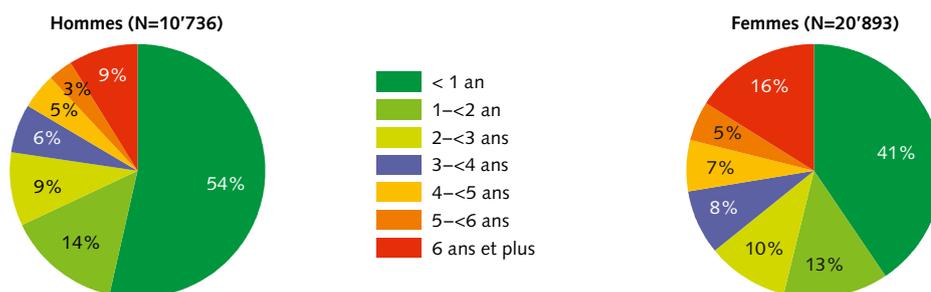
Source: OFS, SOMED

© OFS

Durée de séjour dans les établissements médico-sociaux, en 2010

Personnes sorties de l'établissement en 2010

G 5.12



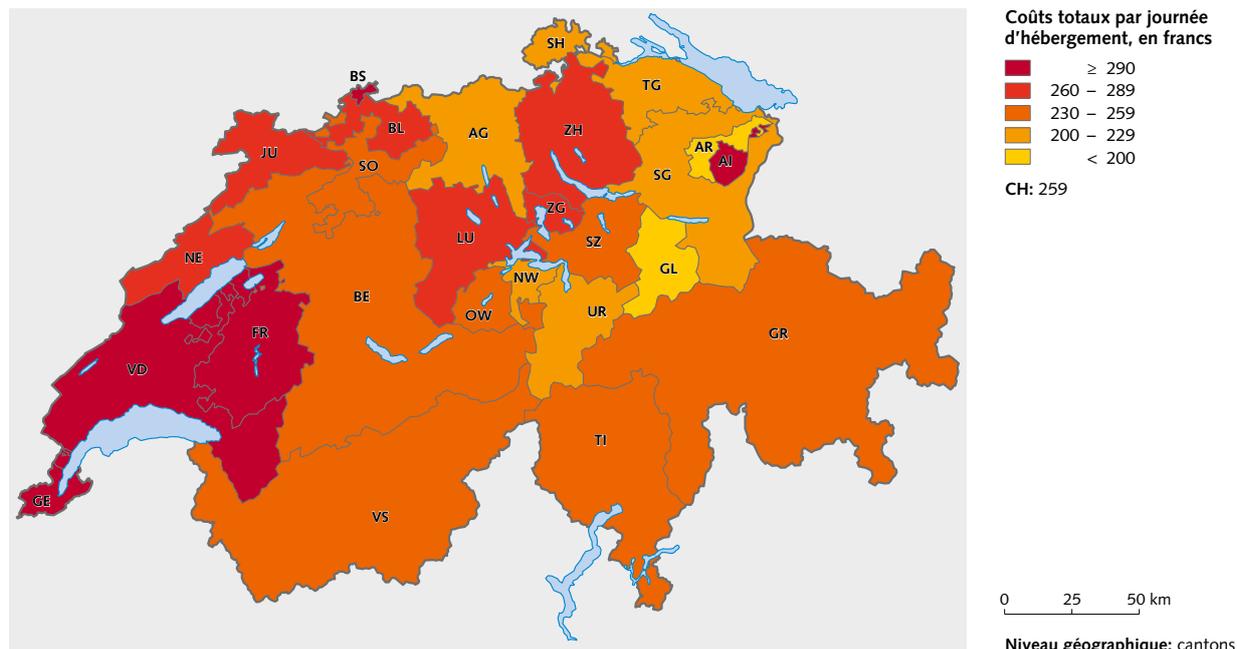
Source: OFS, SOMED

© OFS

35% des personnes résidant dans un établissement médico-social (EMS) en 2010 en sont sorties au cours de la même année. Dans un tiers des cas, il s'agissait de personnes en court séjour, entrées en EMS suite à une hospitalisation ou pour soulager des proches leur fournissant soins et assistance, par exemple. La durée moyenne de séjour de ces résidentes et résidents en court séjour était de 31 jours. Pour les personnes en long séjour ayant quitté un EMS en 2010, cette durée moyenne grimpe à 761 jours pour les hommes et 1102 jours pour les femmes. La part d'entre elles à avoir résidé au moins 5 ans en EMS s'élève à 12% pour les hommes et à 21% pour les femmes (G5.12).

Coûts

En 2010, les coûts globaux par journée d'hébergement se montaient en moyenne à 259 francs. Ils variaient cependant considérablement selon les cantons, allant de 81 francs dans le canton de Glaris à 381 francs dans celui de Genève (C5.5). Les prestations de soins sont en partie prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Les pouvoirs publics, les clients et les prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI) financent le solde.



Source: OFS, SOMED

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

5.3 Institutions spécialisées

Les institutions spécialisées sont des homes et des structures de jour qui sont spécialisés dans l'encadrement de personnes handicapées et de personnes ayant des problèmes de dépendance ou des problèmes psychosociaux. En font partie entre autres les internats ou homes d'enseignement spécialisé pour enfants, les homes avec emplois protégés pour adultes handicapés et les établissements appliquant des mesures d'intégration professionnelle pour personnes toxicodépendantes. Les institutions spécialisées et les établissements médico-sociaux (> chapitre 5.2) sont aussi désignés ensemble sous le terme d'«institutions médico-sociales».

En 2010, la grande majorité (78%) des institutions spécialisées avaient un statut de droit privé et recevaient des subventions publiques. 8% de ces institutions avaient un statut de droit public et 14% étaient des établissements privés non subventionnés. Ces derniers étaient surreprésentés parmi les institutions traitant les problèmes de dépendance (20%) et celles traitant les problèmes psychosociaux (24%).

Infrastructure

En 2010, les institutions spécialisées proposaient environ 27'100 places d'hébergement (avec ou sans occupation de jour) et 24'300 places pour l'accueil de jour. La majeure partie de l'offre s'adresse à des personnes handicapées (adultes: 85% des places d'hébergement et 93% des places d'accueil de jour). Les offres de jour pour les adultes se composent majoritairement d'ateliers protégés, celles destinées aux enfants sont généralement des écoles spécialisées.

En l'espace de cinq ans, l'offre de places d'hébergement et de places de jour pour adultes a augmenté de 18%. Cette progression touche essentiellement les places de jour: celles destinées aux personnes ayant des problèmes de dépendance, aux personnes handicapées et aux personnes ayant des problèmes psychosociaux se sont accrues de respectivement 59%, 34% et 6%. En ce qui concerne les places d'hébergement, seules celles réservées aux personnes handicapées ont enregistré une hausse (+12%), alors que celles proposées dans les institutions traitant les problèmes de dépendance diminuaient de 15%. Pour ce dernier type d'établissement, la tendance à privilégier la prise en charge ambulatoire se dessine clairement. Les offres destinées aux mineurs sont restées stables durant la même période, les structures d'hébergement ayant un peu augmenté (+2%) et les offres de jour ayant légèrement reculé (-1,3%).

Emplois

Les institutions spécialisées employaient des personnes pour un total de 31'530 équivalents plein temps en 2010, ce qui représente une hausse de 17% depuis 2006. La composition du personnel selon les fonctions est restée à peu près constante durant les cinq années considérées. 70% étaient des professionnels pédagogiques et thérapeutiques, 20% travaillaient dans le secteur administratif et 10% étaient employés dans des ateliers.

Recours aux prestations

En 2010, les institutions spécialisées ont pris en charge 50'264 cas, 80% en rapport avec un handicap, 11% en raison de troubles psychosociaux et 9% en lien avec une dépendance. Le nombre de personnes traitées est cependant un peu plus bas que celui des cas, car une personne peut recourir à plus d'une prestation par année civile.

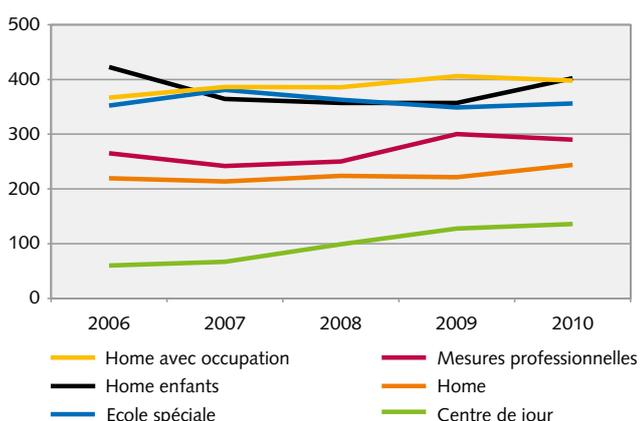
Coûts

Les établissements pour adultes proposant des possibilités d'occupation ont occasionné les coûts les plus élevés par jour et par personne (398 francs), avec les internats pour enfants (401 francs) et les écoles spécialisées (356 francs) (G5.13). Les établissements de jour pour adultes présentent des coûts bien plus bas (131 francs par jour et par personne), mais ces derniers ont enregistré une hausse particulièrement importante ces dernières années (+100%).

Coûts moyens des institutions spécialisées

En francs par jour et selon le type de place

G 5.13



Source: OFS, SOMED

© OFS

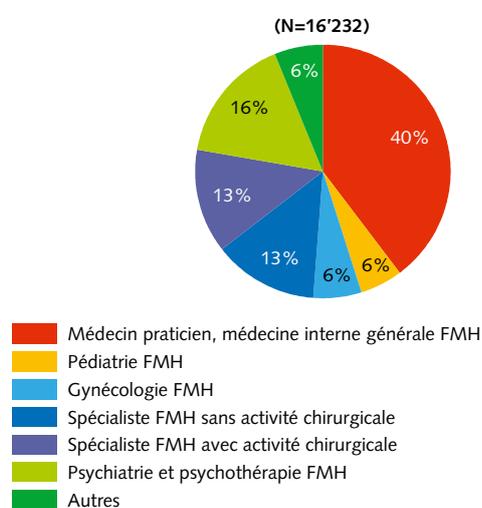
5.4 Prise en charge ambulatoire

La médecine de premier recours dans les cabinets médicaux était assurée en 2011 par 6448 médecins généralistes (avec une spécialisation médicale en médecine interne générale, ainsi que les médecins praticiens) et 877 médecins pédiatres (G5.14). Ainsi, la densité moyenne de médecins de premier recours est de 92 pour 100'000 habitants, variant entre 62 dans le canton de Fribourg) et 139 à Bâle-Ville (G5.15).

Médecins exerçant dans le secteur ambulatoire, en 2011

Selon la discipline principale

G 5.14



Source: FMH, Statistique médicale

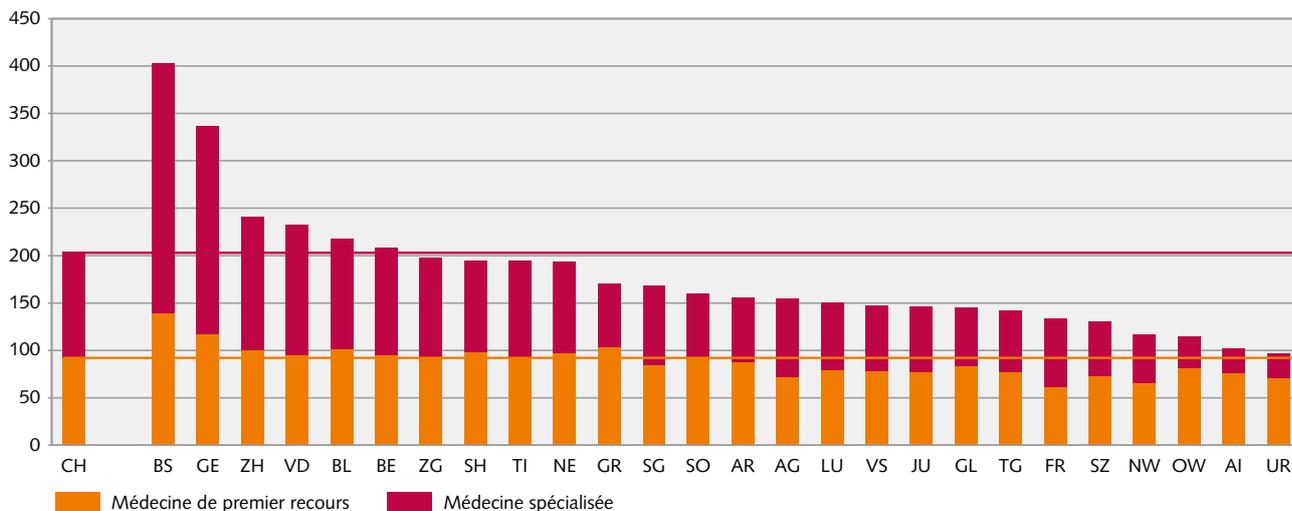
© OFS

La médecine spécialisée compte un grand nombre de spécialisations. La psychiatrie est la plus fortement représentée, suivie de la gynécologie. La densité moyenne de médecins spécialisés, de 112 pour 100'000 habitants, est supérieure de 20% environ à la densité moyenne de médecins de premier recours. La densité de médecins spécialisés est particulièrement élevée dans les cantons disposant d'hôpitaux universitaires. Sinon, elle n'est supérieure à la densité des médecins de premier recours que dans cinq cantons (AG, BL, FR, TI, ZG). Le fait que la densité de médecins ait été calculée sur la base des personnes et non des équivalents plein temps pourrait cependant entraîner une surévaluation de cette densité dans les villes, car dans ces dernières les médecins travaillant en cabinet de groupe tendent plus souvent qu'ailleurs à travailler à temps partiel.

Densité des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire selon le canton, en 2011

Nombre de médecins pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.15



Médecine de premier recours: avec une spécialisation médicale en médecine interne générale, en pédiatrie ainsi que médecins praticiens

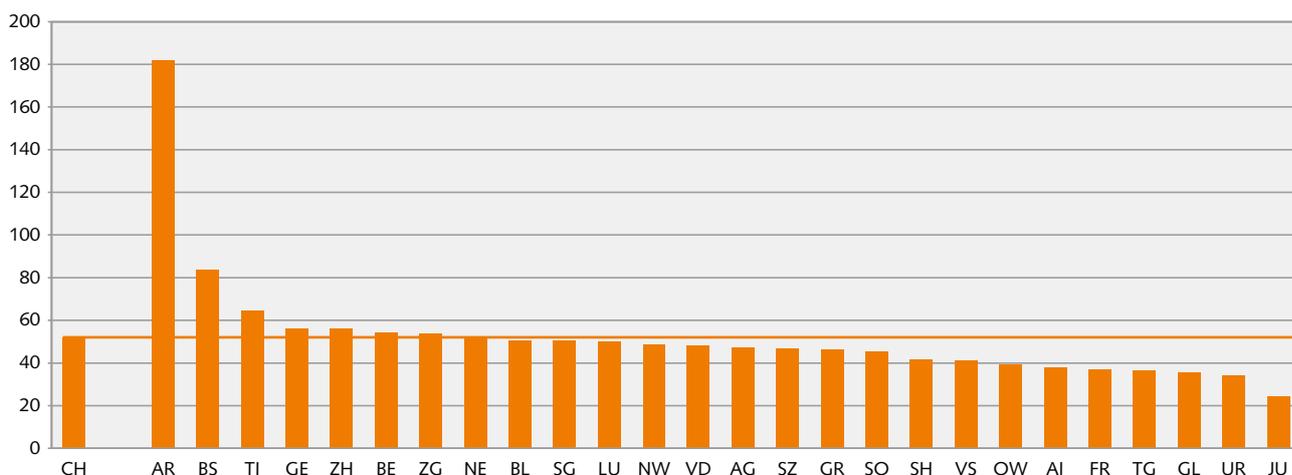
Source: FMH, Statistique médicale

© OFS

Densité des dentistes exerçant dans le secteur ambulatoire selon le canton, en 2011

Nombre de dentistes pour 100'000 habitantes et habitants

G 5.16



Source: SSO

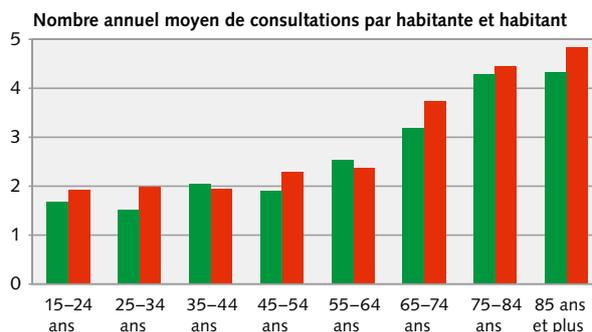
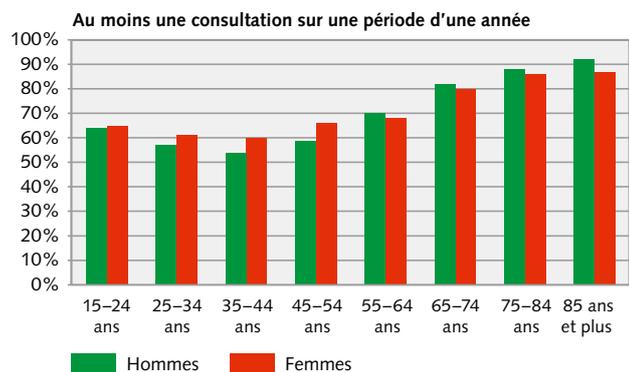
© OFS

La prise en charge des soins dentaires était assurée en 2011 par 4123 dentistes, ce qui représente une densité moyenne de 52 dentistes pour 100'000 habitants. Cette densité est particulièrement élevée dans le canton d'Appenzel Rhodes-Extérieures, le seul canton où des dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale peuvent également pratiquer (G5.16).

Consultations chez un généraliste, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.17



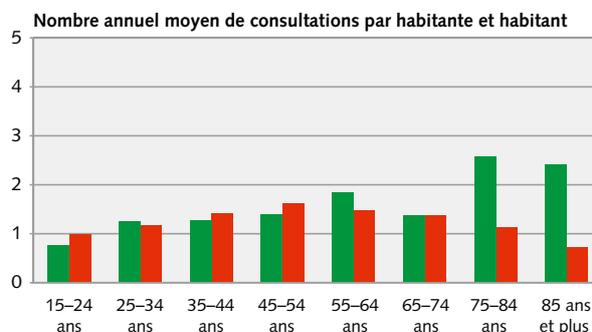
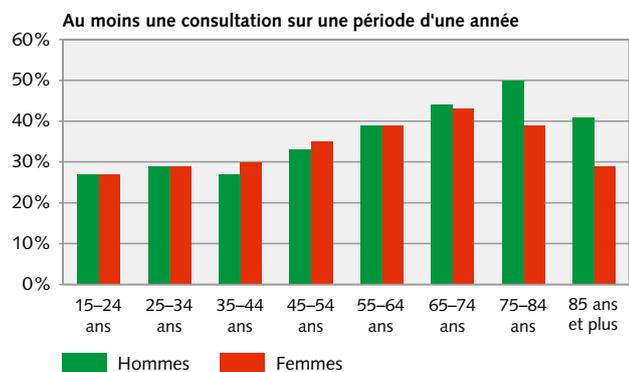
Source: OFS, ESS

© OFS

Consultations chez un spécialiste (sans la gynécologie), en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.18



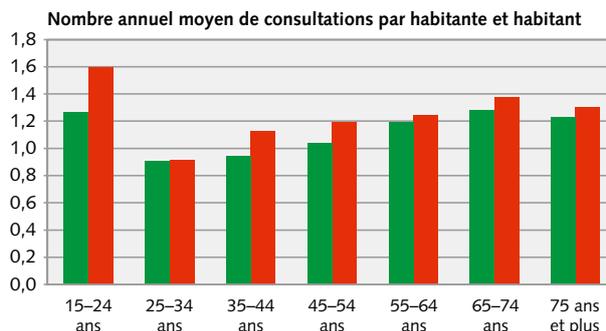
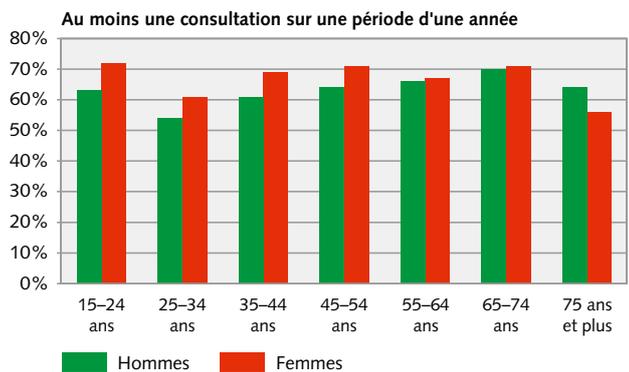
Source: OFS, ESS

© OFS

Consultations chez un dentiste, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.19



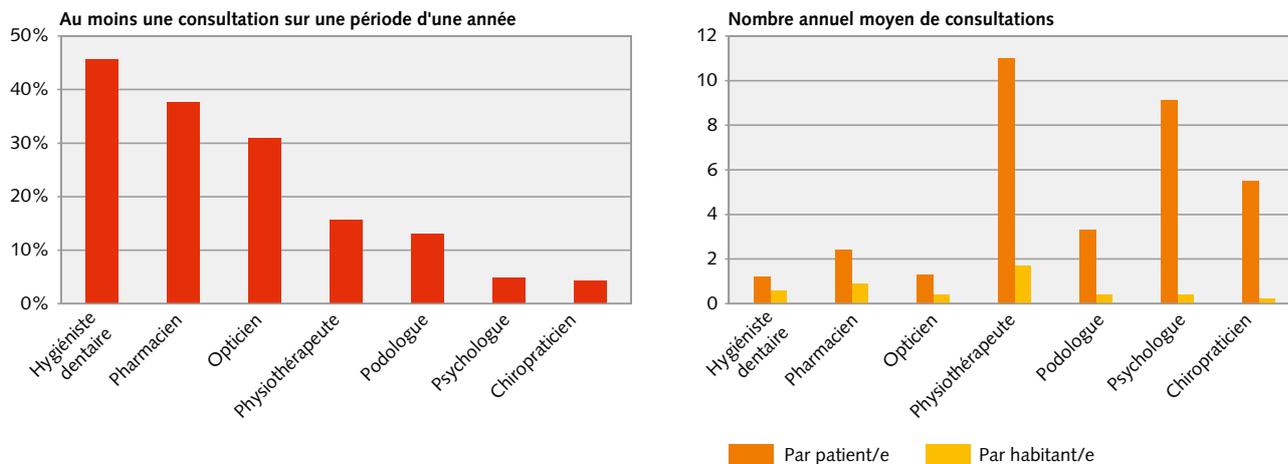
Source: OFS, ESS

© OFS

Consultations chez un autre fournisseur de prestations, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.20



Source: OFS, ESS

© OFS

Recours aux prestations

73% des hommes et 86% des femmes sont allés au moins une fois chez un médecin sur une période de douze mois. Cette différence entre les sexes s'explique notamment par les visites chez les gynécologues (> chapitre 4.6). Deux tiers des personnes ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Avec l'âge, le nombre de consultations par an augmente rapidement (G5.17). Un tiers de la population a consulté un médecin spécialiste (sans compter la gynécologie). L'âge n'a ici pas d'influence particulière sur la fréquence des visites (G5.18). Les personnes sans formation post-obligatoire ont consulté plus souvent des généralistes que les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (74% contre 62%), mais moins fréquemment des spécialistes (30% contre 38%).

65% des personnes sont allées chez le dentiste au moins une fois dans l'année (G5.19), celles sans formation postobligatoire un peu moins souvent que celles ayant une formation du degré tertiaire (55% contre 66%). Par ailleurs, près de la moitié de la population a recouru à des prestations d'un ou d'une hygiéniste dentaire.

Les pharmacies sont aussi souvent sollicitées pour des conseils médicaux (G5.20). La population recourt plus rarement à des services de chiropraxie, de physiothérapie ou de psychothérapie. Il n'y a que pour les soins des pieds (podologie) que l'on observe une différence marquée entre les sexes: les femmes sollicitent de tels soins près de trois fois plus souvent que les hommes (19% contre 7%).

5.5 Aide et soins à domicile

Les tâches de base des services d'aide et de soins à domicile comprennent les «prestations de soins» selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les prestations ménagères et les mesures de soutien social ainsi que le service des repas à domicile. La plupart des organisations d'aide et de soins à domicile proposent également d'autres prestations telles que les services sociaux, les consultations parentales, les soins thérapeutiques, les services de transport et les systèmes d'appels d'urgence.

Parmi les 1162 prestataires recensés en 2010, 53% étaient des organismes de droit privé ou de droit public à but non lucratif. Les infirmières et infirmiers indépendants représentaient 32% de l'effectif total, le solde correspondant à des entreprises privées à but lucratif (15%). La part des organisations à but non lucratif en termes de postes équivalents plein temps est cependant nettement plus élevée, avec 88%, contre 10% pour les entreprises à but lucratif et 2% pour les infirmières et infirmiers indépendants.

Emplois

15'683 postes équivalents plein temps sont à disposition pour fournir les prestations directes à domicile, soit 2 postes équivalents plein temps pour 1000 habitants (C5.6). La densité des services d'aide et de soins à domicile est généralement plus élevée en Suisse occidentale que dans le reste du pays. Les cantons de Genève, Bâle-Ville, Vaud et du Jura présentent une densité des services d'aide et de soins à domicile particulièrement élevée, avec un peu plus de 3 postes équivalents plein temps pour 1000 habitants.

Recours aux prestations

Les organisations d'aide et de soins à domicile se sont occupées de 245'636 clients en 2010 et ont fourni à ces personnes des prestations totalisant environ 16 millions d'heures de travail. 64% de ces dernières étaient des prestations de soins, 34% des prestations d'aide à domicile et 2% des autres prestations (par ex. service social, services de transport, systèmes d'appels d'urgence, etc.) (G5.21). Les femmes étant généralement plus jeunes que leur mari ou compagnon et ayant une espérance de vie plus élevée que celles des hommes, c'est plus souvent, dans un couple, les femmes qui assistent leur partenaire que l'inverse. Il en résulte que, jusqu'à 79 ans, 61% des prestations de soins proposées par les organisations d'aide et de soins à domicile ont été sollicitées par des femmes; à partir de 80 ans cette proportion passe même à 69%. En ce qui concerne les prestations d'aide à domicile, la part des femmes est encore plus importante en raison du phénomène évoqué ci-dessus, mais aussi de la répartition traditionnelle des rôles: elle se situait à 81% dans la classe d'âge la plus jeune et à 76% dans les deux autres classes d'âge.

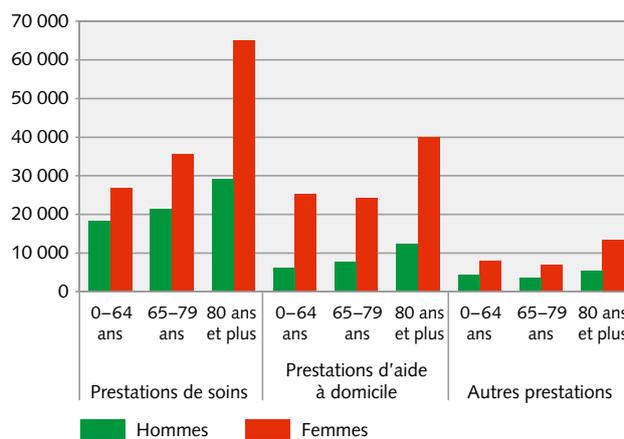
Chaque recours à un type de prestation génère un cas. On comptabilise en moyenne 1,3 cas par personne (total: 352'334 cas). En 2010, le temps moyen investi par cas de prestation de soins variait entre 40 heures

(0-64 ans) et 63 heures (80 ans et plus), celui par cas de prestation d'aide à domicile entre 36 et 55 heures (G5.22). Le nombre d'heures de travail fournies par cas n'a pas fondamentalement changé depuis 2002. Cette stabilité s'explique par la limitation du nombre des heures fixée par les caisses-maladie et les autorités accordant des subventions.

Clientes et clients des organisations d'aide et de soins à domicile, en 2010

Nombre selon le type de prestation et l'âge

G 5.21

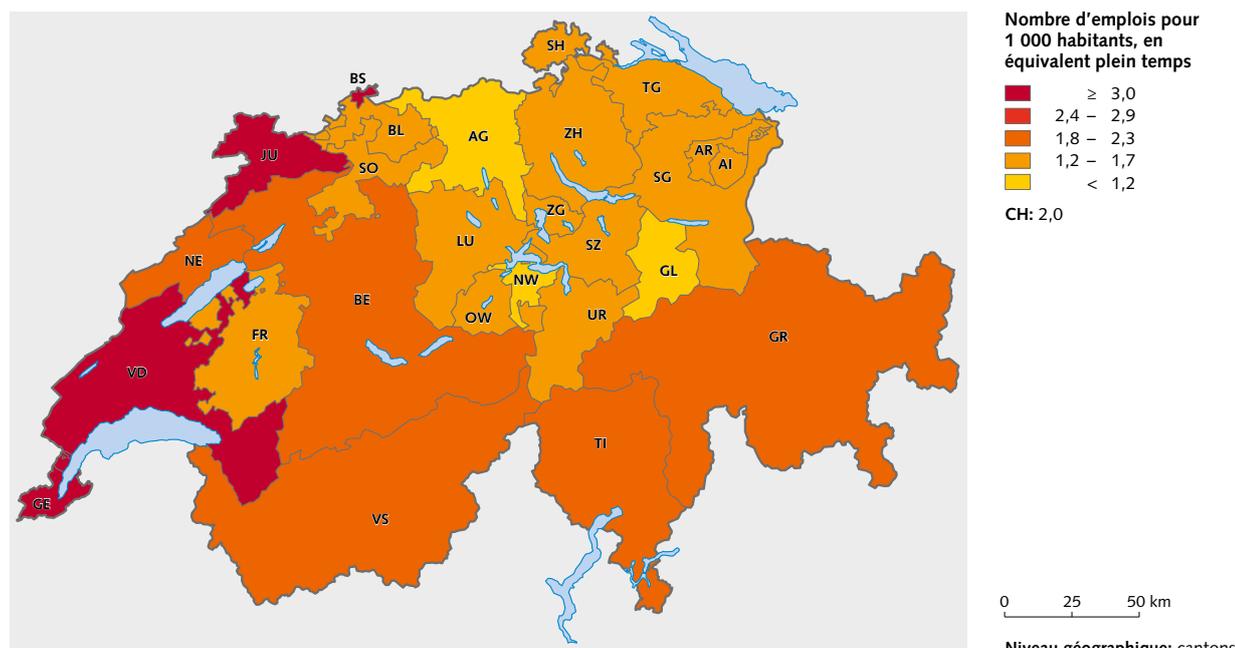


Source: OFS, SPITEX

© OFS

Personnel des services d'aide et de soins à domicile, en 2010

C 5.6



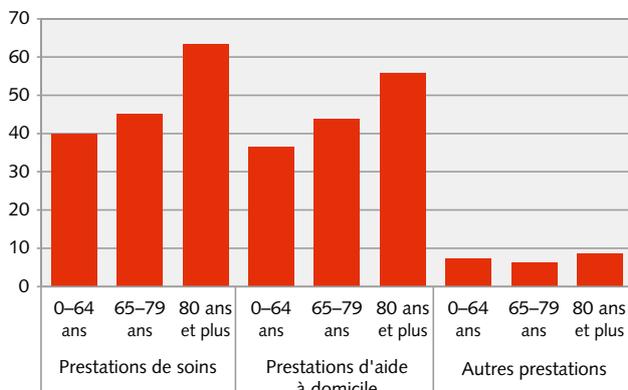
Source: OFS, SPITEX

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Volume des prestations des organisations d'aide et de soins à domicile, selon le type de prestations et l'âge, en 2010

Heures par cliente ou client

G 5.22



Source: OFS, SPITEX

© OFS

Financement

Les pouvoirs publics (cantons et communes) ont financé 45% des prestations d'aide et de soins à domicile. L'assurance obligatoire des soins en a pris en charge 38%, correspondant aux prestations de soins selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de base, le solde étant financé par d'autres sources (aide à domicile et repas payés directement par les clients, cotisations de membres, dons, etc.). En 2010, le coût de l'heure facturée par les organisations d'aide et de soins à domicile s'élevait en moyenne à 99 francs, tous types de prestation confondus, contre 80 francs en 2000.

5.6 Aides informelles

Une partie de la population a besoin d'aide en matière de soins ou pour l'accomplissement de tâches de la vie quotidienne. Cette aide contribue à la santé et au bien-être de ces personnes et elle permet, pour une partie d'entre elles, d'éviter un hébergement dans une institution (homes pour personnes âgées, etc.). A côté des services professionnels d'aide et de soins à domicile (> chapitre 5.5), les proches et les connaissances contribuent, dans des proportions variables, à fournir l'aide nécessaire.

Aide informelle reçue

En 2007, sur une période de 12 mois, 8% de la population ont reçu pour des raisons de santé de l'aide de parents, connaissances ou voisins. Ce taux varie relativement peu jusqu'à 74 ans (G5.23). Il augmente ensuite fortement pour les deux dernières classes d'âge, atteignant 45% chez les femmes de 85 ans et plus alors qu'il reste à 21% chez les hommes du même âge. Les femmes disent recevoir davantage d'aide que les hommes, particulièrement dès 75 ans.

Les bénéficiaires indiquent le plus souvent comme objet de cette aide les achats (71%), le ménage (66%), les repas (41%), les transports (34%) et les soins médicaux ou corporels (29%) (plusieurs réponses possibles). L'entourage familial joue un rôle déterminant: l'aide vient dans 52% des cas du ou de la partenaire, dans 46% du fils ou de la fille, dans 22% du père ou de la mère, dans 27% des autres membres de la famille (plusieurs réponses possibles). Les voisins ainsi que les connaissances et amis (36%) contribuent aussi de manière significative.

Aide informelle apportée

On constate que 33% des hommes et 39% des femmes ont aidé, en 2007, régulièrement et bénévolement, d'autres personnes, par exemple 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. La part des personnes apportant une aide est la plus élevée entre 55 ans et 84 ans (G5.23).

Les personnes qui apportent de l'aide déclarent le plus souvent que cette dernière avait pour objet de tenir compagnie (61%), faire le ménage (52%), les achats (47%) ou les repas (32%) et de s'occuper des affaires administratives (29%) (plusieurs réponses possibles). Ce sont les voisins, amis et connaissances (49%) qui sont le plus souvent mentionnés comme bénéficiaires de l'aide; le père ou la mère (43%) viennent ensuite, puis le mari, l'épouse ou le/la partenaire (39%), le fils ou la fille (33%) ou encore la parenté (43%). Jusqu'à un âge avancé (84 ans) la part des personnes apportant de l'aide est largement supérieure à celle des personnes en recevant.

Aides informelles et soins à domicile

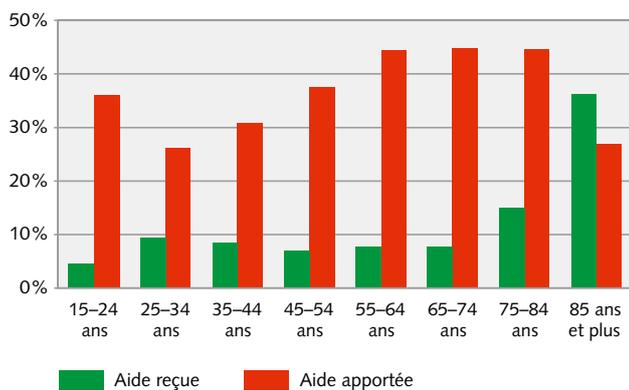
Les prestations des services professionnels d'aide et de soins à domicile ne remplacent pas l'aide informelle: 58% des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également de l'aide informelle. La part des personnes bénéficiant simultanément de soins à domicile et d'aides informelles passe de 1% pour les moins de 65 ans à 18% chez les plus âgées (G5.24).

Aide informelle, en 2007

Sur une période d'une année.

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.23



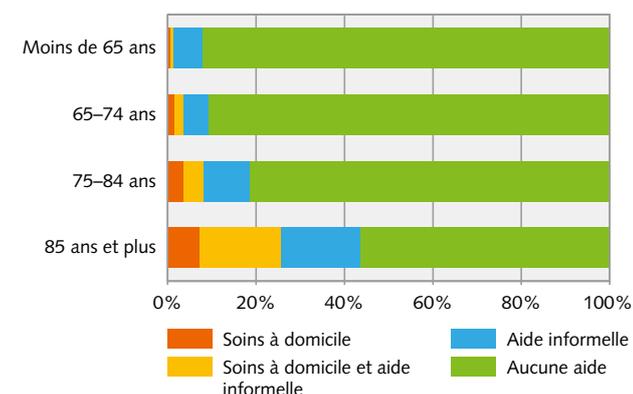
Source: OFS, ESS

© OFS

Aide informelle et soins à domicile selon l'âge, en 2007

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 5.24



Source: OFS, ESS

© OFS

5.7 Emplois et professions de la santé

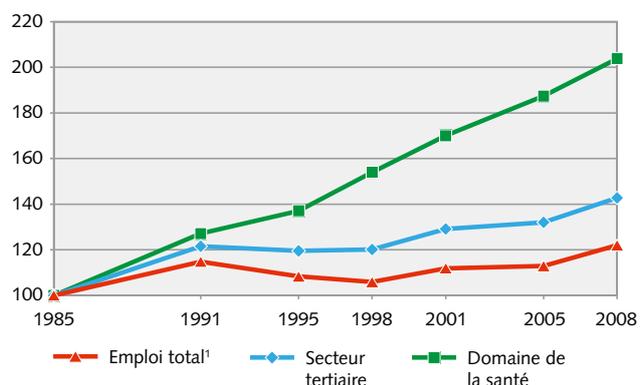
En 2008, 541'800 personnes étaient actives dans le domaine de la santé, ce qui représente 13,5% de l'emploi total. Ce chiffre comprend les personnes travaillant dans l'industrie pharmaceutique et celle des appareils médico-techniques. Entre 1985 et 2008, la progression de l'emploi dans le domaine de la santé a été forte et régulière, avec une croissance annuelle moyenne de 3,1%, tandis que ce taux n'atteignait que 1,6% pour tout le secteur tertiaire et 0,9% pour l'ensemble de l'économie (G5.25).

L'emploi dans le domaine de la santé est traditionnellement caractérisé par une forte proportion de postes de travail occupés par des femmes: en 2008, elle s'élevait à 71,8%, contre 43,5% de femmes dans l'emploi total et 51,2% dans le secteur tertiaire (G5.26). Elle n'a progressé que légèrement depuis 2001 (71,3%). La part des personnes de nationalité étrangère travaillant dans le domaine de la santé est dans la moyenne de l'économie nationale. Elle est passée de 23,0% en 2001 à 24,4% en 2008, stagnant en milieu hospitalier et dans les services ambulatoires, mais progressant nettement dans l'industrie, le commerce et l'administration. Les emplois à temps partiels sont depuis longtemps largement plus répandus dans la santé que dans les autres secteurs économiques (47,8% contre 30,8% de l'emploi total). Ils ont progressé de 45,4% en 2001 à 47,8% en 2008, le taux d'activité moyen reste cependant stable à 79%.

Emploi dans le domaine de la santé et dans l'ensemble de l'économie

Indice 1985=100

G 5.25



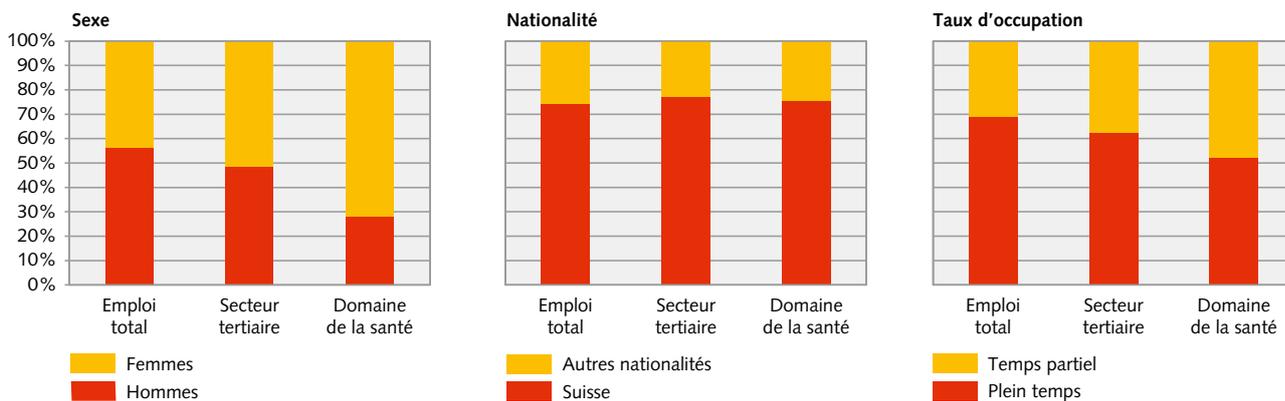
¹ Secteurs secondaire et tertiaire, sans le secteur primaire

Source: OFS, RE

© OFS

Emploi dans le domaine de la santé selon le sexe, la nationalité et le taux d'occupation, en 2008

G 5.26



Source: OFS, RE

© OFS

Emploi selon le domaine d'activité

Les hôpitaux, les institutions médico-sociales (homes médicalisés pour personnes âgées, institutions pour personnes handicapées) et le secteur ambulatoire regroupent les trois quarts (419'000) des emplois dans le domaine de la santé (G5.27). La part de l'industrie et de la distribution des biens de santé (médicaments et appareils thérapeutiques) est de 20% (106'000 personnes employées). La consommation intérieure de ces biens de santé ne représente cependant que 12% des dépenses totales de la santé. La différence reflète la dimension fortement exportatrice de l'industrie pharmaceutique et de celle des appareils médico-techniques.

Entre 2001 et 2008, la progression annuelle moyenne de l'emploi a été de 2,1% pour les hôpitaux, de 3,4% pour les institutions médico-sociales et de 1,8% pour le secteur ambulatoire, alors que l'emploi dans l'ensemble du secteur tertiaire n'augmentait que de 1,5% par an. Les industries pharmaceutique et médico-technique ont

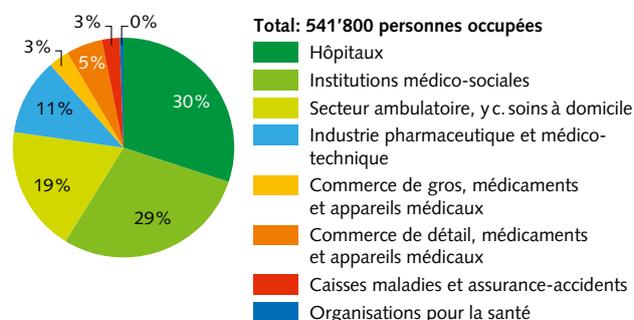
fait preuve d'un singulier dynamisme, avec une progression annuelle moyenne de 4,4%. Les assurances maladie et accident (14'300 emplois) ont la progression annuelle la plus modeste (0,8%) et les organisations visant à promouvoir la santé (2500 emplois) la plus haute (5,6%).

Médecins et dentistes

Depuis l'année 1990, le nombre de médecins en activité a considérablement augmenté: de 295 médecins pour 100'000 habitants, ce chiffre s'est élevé à 387 en 2009 (G5.28). Pour les dentistes, l'évolution est modeste et irrégulière (48 dentistes pour 100'000 habitants en 1990 et 52 en 2009).

Emploi dans le domaine de la santé selon le secteur, en 2008

G 5.27



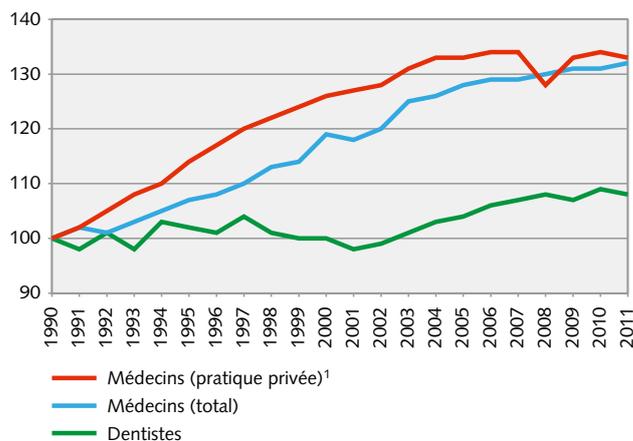
Source: OFS, RE

© OFS

Médecins et dentistes

Indices du nombre de médecins et dentistes pour 100'000 habitants, 1990=100

G 5.28



¹ Dès 2008, médecins du secteur ambulatoire, nouvelle conception de la statistique médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH)

Source: FMH et SSO

© OFS

Ces professions ont été marquées durant la dernière décennie par une forte féminisation. En 2000, les femmes ne représentaient que 29% des médecins en exercice, contre 36% en 2010. Les chiffres concernant les titres délivrés par les hautes écoles universitaires sont encore plus révélateurs. En 2000, 45% des diplômes en médecine humaine et 34% en médecine dentaire étaient décernés à des femmes, tandis qu'en 2010 c'est la majorité des titres qui ont été délivrés à des femmes (61% en médecine humaine et 63% en médecine dentaire).

Depuis plusieurs années, l'immigration est devenue une source importante de médecins travaillant en Suisse. Des indicateurs tels que le nombre de médecins étrangers dans les hôpitaux (40% en 2008) et le nombre de médecins hospitaliers titulaires d'un diplôme étranger reconnu par la FMH (30% en 2008) attestent de l'importance du phénomène.

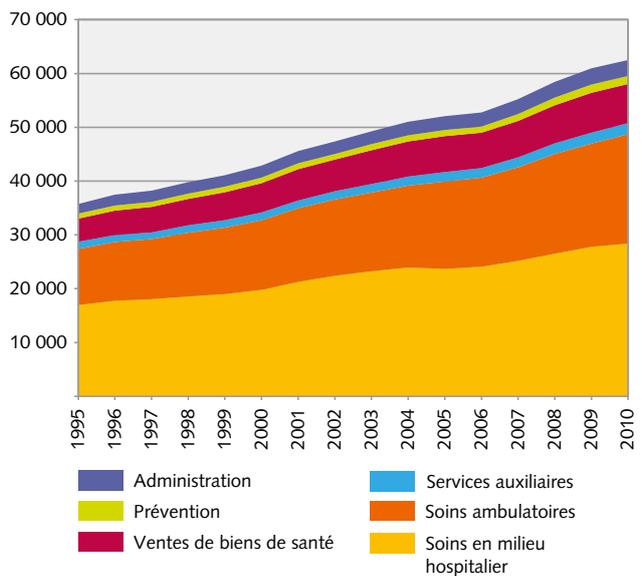
5.8 Coûts du système de santé

Les coûts des prestations du système de santé se sont montés à 62,5 milliards de francs en 2010, ce qui correspondait à 10,9% du produit intérieur brut (compte tenu de la révision du PIB de juin 2012). Ils ont progressé en moyenne de 3,8% par an depuis 1995, les taux de croissance variant entre 1,4% (2006) et 6,4% (2001). On observe une hausse des coûts quasiment ininterrompue pour tous les types de prestations (G5.29) et la part respective de ces dernières dans le total n'a presque pas changé. Seule évolution notable: un déplacement de 2% environ des coûts de santé depuis les soins en milieu hospitalier vers les soins ambulatoires, avant tout les soins ambulatoires dispensés à l'hôpital. La part des coûts des prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux dans le total des coûts a ainsi doublé en quinze ans, passant de 3,7% à 7,8%.

Dépenses de santé par habitant

En 2010, les dépenses de santé par personne domiciliée en Suisse se sont élevées à 661 francs par mois (G5.30). Les soins en milieu hospitalier (300 francs) et les soins ambulatoires (215 francs) absorbent plus des trois quarts des dépenses totales de santé.

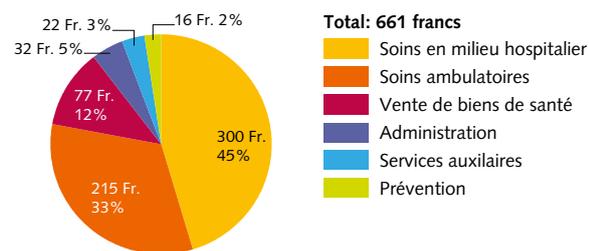
Dépenses de santé selon le type de prestations
En millions de francs G 5.29



Source: OFS, COU

© OFS

Dépenses de santé par habitant, en 2010
En francs par mois G 5.30



Source: OFS, COU

© OFS

Dépenses de santé selon l'âge et le sexe

Les dépenses de santé augmentent fortement avec l'âge (G5.31). En 2010, les personnes de 60 ans et plus ont occasionné des coûts aussi élevés que celles de moins de 60 ans, bien que les premières ne représentaient que 22,6% de la population totale. Cet effet est encore plus accentué à un âge avancé: les personnes de 75 ans et plus, qui ne représentent que 8,0% de la population, occasionnent 30% des dépenses de santé. On ne peut cependant pas en déduire que la hausse des coûts de santé est due avant tout au vieillissement croissant de la population. La majeure partie des dépenses de santé surviennent en effet, quel que soit l'âge, durant les derniers six mois de vie. Autrement dit, avec l'allongement de l'espérance de vie, on observe aussi une augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé (et donc avec des dépenses de santé comparativement faibles).

En 2010, 57,9% des dépenses de santé étaient imputables aux femmes, et 42,1% aux hommes. Le tableau varie cependant selon les classes d'âge. Chez les enfants et les jeunes jusqu'à 15 ans, les dépenses de santé sont environ 15% plus basses chez les filles que chez les garçons, car ces derniers ont une constitution généralement plus faible (cf. la mortalité infantile, par exemple) et sont plus souvent victimes d'accidents. A l'âge de procréer, les dépenses de santé des femmes augmentent fortement suite aux grossesses et aux accouchements. La différence des coûts entre les sexes est la plus importante dans la classe d'âge de 31 à 35 ans, soit celle où se situe justement l'âge le plus fréquent auquel les femmes mettent des enfants au monde (32 ans). Cette différence entre les sexes s'amenuise ensuite avec l'âge. Ce n'est qu'à partir de 70 ans que les dépenses de santé sont à nouveau plus élevées chez les femmes, conséquence de leur dominance numérique.

Les dépenses de santé dans le contexte économique général

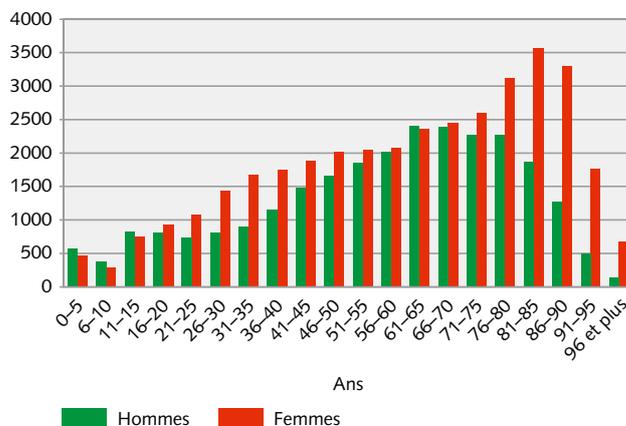
Pour apprécier l'évolution des coûts du système de santé dans un contexte économique général, l'indicateur privilégié est la part que représentent les dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB). Compte tenu de la faible croissance économique dans les années 1990, cet indicateur est passé de 7,9% (1990) à 11,0% en 2004. Le produit intérieur brut ayant à nouveau augmenté plus fortement que les dépenses de santé entre 2005 et 2008, la part de ces dernières dans le PIB est retombée à 10,6%. La faiblesse conjoncturelle de 2009 a ramené cette part à son niveau record de 11,0%. Les chiffres ci-dessus tiennent compte de la révision entreprise en 2012 des données sur le produit intérieur brut depuis 1990.

La Suisse occupe le septième rang dans le classement des pays de l'OCDE établi sur la base de la part des dépenses de santé dans le PIB (G5.32). Cependant, la Suisse arrive aussi au deuxième rang sur le plan de l'espérance de vie (81,7 ans, derrière le Japon: 82,4 ans) et au cinquième avant-dernier rang en ce qui concerne l'indice des années potentielles de vie perdues. Selon l'OCDE, la Suisse dispose ainsi d'un système de santé performant, de bonne qualité et accessible à tous. Mais l'OCDE souligne aussi que d'autres pays membres arrivent à fournir des prestations de même valeur en matière de santé avec moins de ressources (OCDE 2011).

Dépenses de santé selon la classe d'âge et le sexe, en 2010

En millions de francs

G 5.31



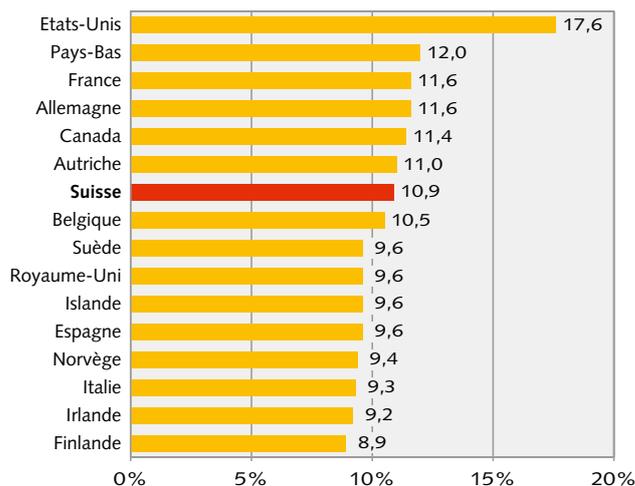
Source: OFS, COU

© OFS

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, en 2010

Part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut

G 5.32



Source: OCDE, OFS

© OFS

6 Financement du système de santé

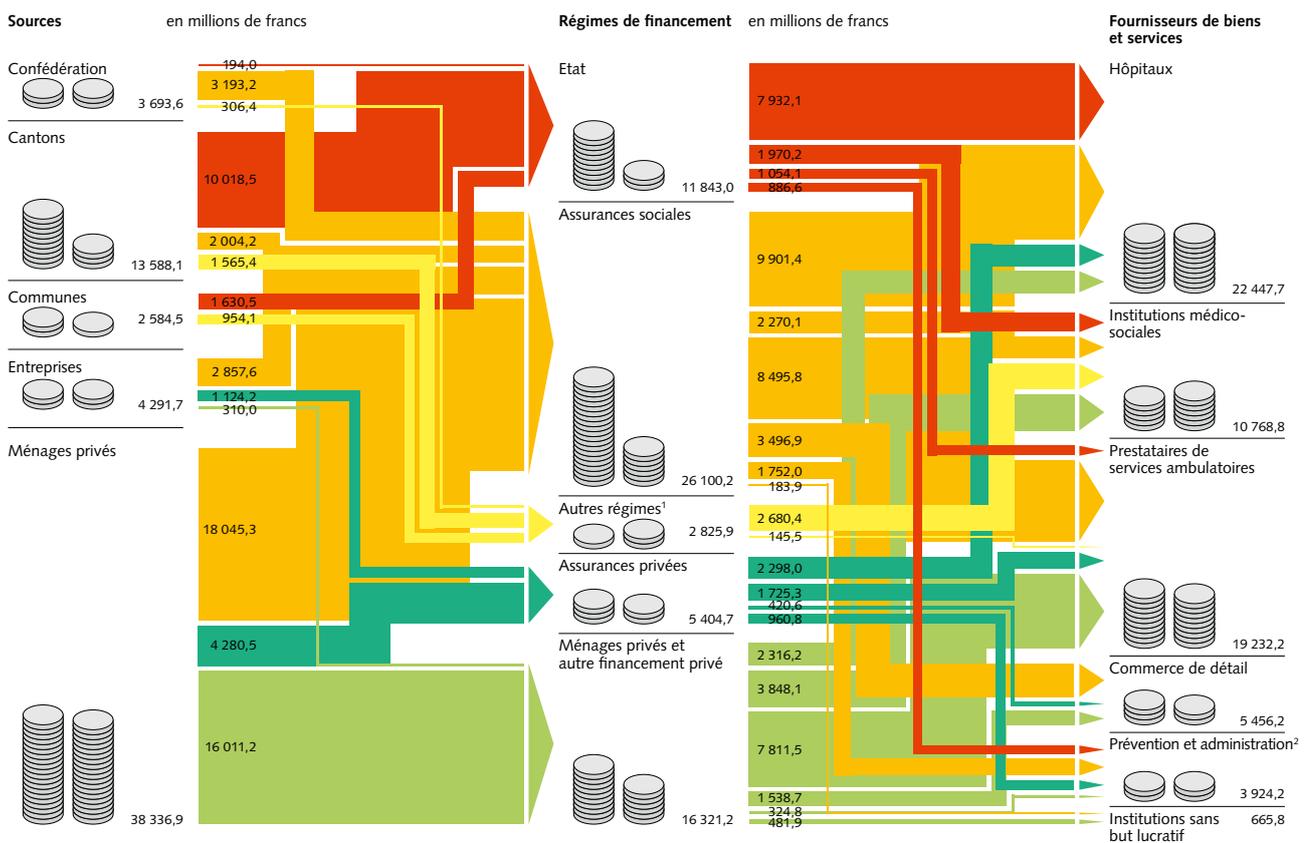
Les institutions du système de santé sont financées par différents acteurs, notamment par les cantons, les communes, les assurances sociales, les assurances privées et les ménages. Mais les assurances sont elles-mêmes financées par les ménages (primes d'assurance, franchises, quotes-parts), par les entreprises et par les contributions publiques aux primes. L'analyse peut se concentrer sur différents points de cette chaîne de financement.

Financement selon le régime de financement

Dans l'analyse selon le régime de financement, on considère les agents économiques qui paient les prestations des fournisseurs de biens et services de santé. En 2010, la plus grande part (41,8%) a été payée par les assurances sociales, à savoir l'assurance obligatoire des soins, l'assurance-accidents, l'AVS, l'AI et l'assurance militaire (G6.1). L'assurance obligatoire des soins (basée sur la loi sur l'assurance-maladie, LAMal) y a contribué à elle

Financement des dépenses de santé selon la source et le régime, en 2010

G 6.1



¹Prestations complémentaires AVS, AI; aides cantonales aux personnes âgées (soins)

²Etat et assureurs

seule à hauteur de 35,2%. Les ménages privés sont le deuxième plus important régime de financement, avec une part de 25,1%, qui comprend les prestations non prises en charge par les assurances sociales ou privées (paiements out-of-pocket) et les participations au paiement des autres prestations (franchises et quotes-parts).

La part des pouvoirs publics était en 2010 de 19%, dont la majeure partie était supportée par les cantons (16,0%). Ceux-ci accordent des subventions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux et aux organisations d'aide et de soins à domicile, et ils fournissent des services à la population (santé publique, prévention, services de sauvetage). Les assurances privées, avec une part de 8,6%, jouaient un rôle bien moindre. Quant à la part des prestations sous condition de ressources (principalement les prestations complémentaires à l'AVS/AI), elle était de 4,5%, et celle des «autres financements privés» (dons ou legs à des organisations sans but lucratif) de 1,0%.

La part de chacun de ces régimes au financement varie fortement selon le type de prestations prises en considération (G6.2). La part des ménages est la plus

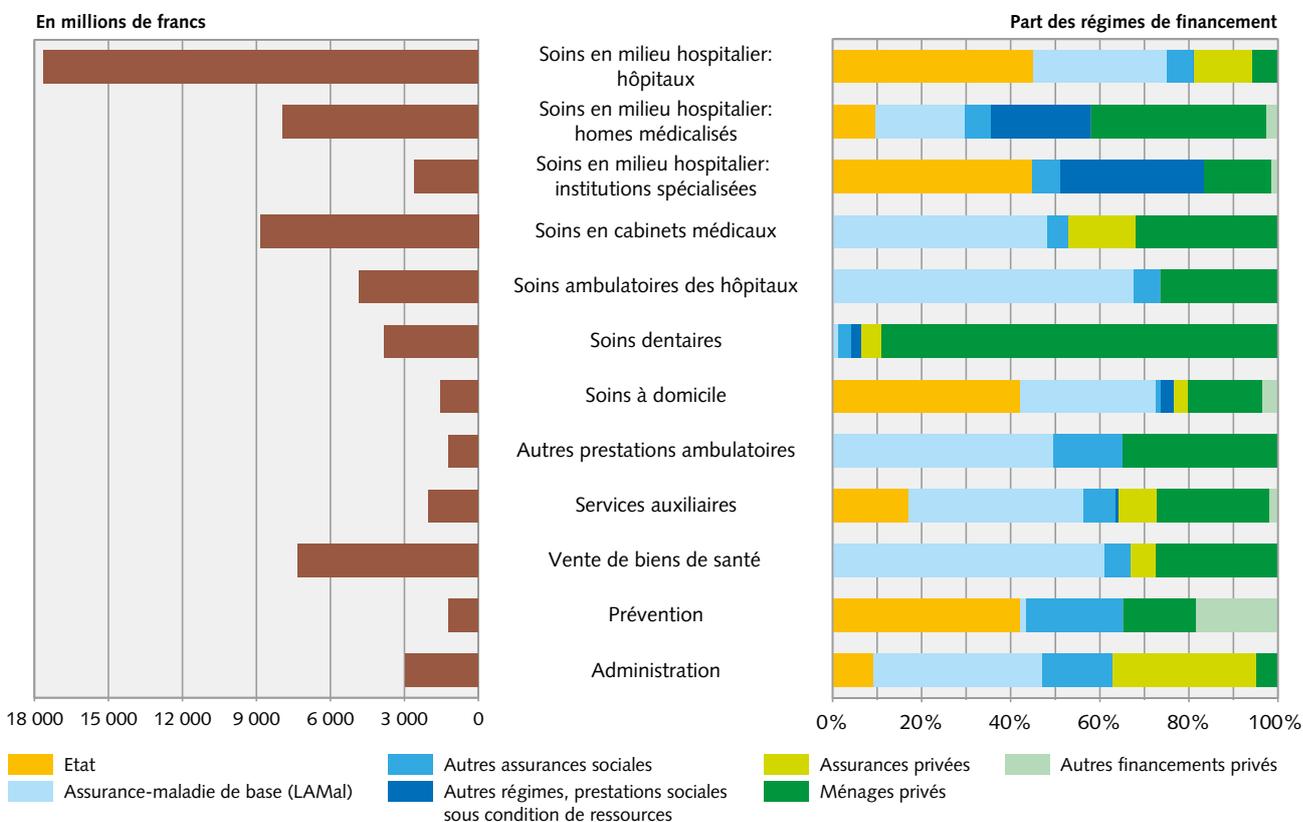
élevée pour les soins dentaires. La prise en charge en milieu hospitalier est couverte en grande partie par l'Etat et par l'assurance obligatoire des soins, alors que la prise en charge ambulatoire (par les hôpitaux, les médecins et d'autres prestataires) doit se passer de l'aide de l'Etat, sauf dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. La prise en charge ambulatoire est par contre financée de manière significative par d'autres assurances sociales et par les assurances privées (sur la base de la loi sur le contrat d'assurance, LCA).

Le financement selon la source de financement

L'analyse selon la source de financement vise à déterminer quelle part du coût du système de santé est finalement supportée par les trois acteurs du circuit économique: l'Etat, les entreprises et les ménages. Dans ce but, les primes d'assurance-maladie (obligatoire et privée) sont imputées aux ménages, tandis que les prestations de transfert – réductions de primes, aide sociale, prestations complémentaires et allocations pour imposables de l'AVS et de l'AI – sont imputées à l'Etat (Confédération, cantons).

Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement, en 2010

G 6.2

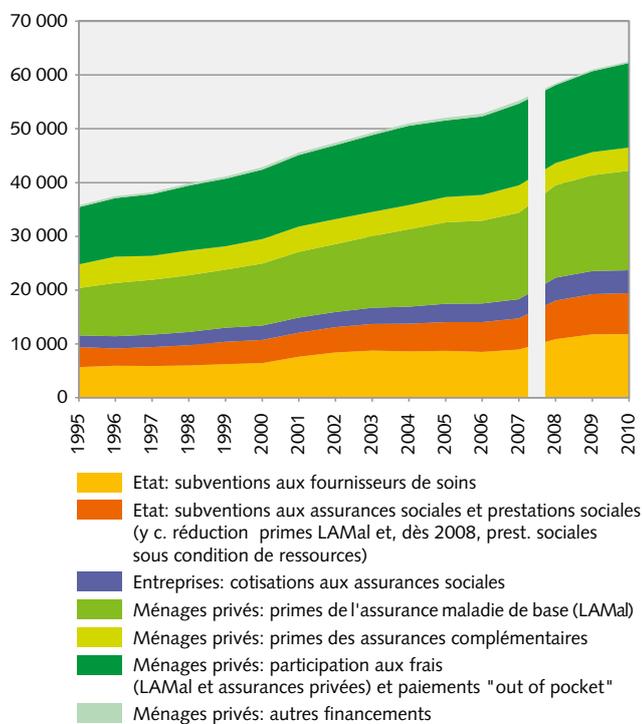


De ce point de vue, les ménages ont financé, en 2010, 61,3% des dépenses de santé et les pouvoirs publics 31,8% (G6.3). Les entreprises, par leurs contributions à l'assurance-accidents et au financement de l'AVS/AI (cotisations des employeurs, des salariés et des indépendants aux assurances sociales), ont financé 6,9% des coûts de la santé. Proportionnellement, la répartition n'a que peu évolué de 1995 à 2010: la part de l'Etat a augmenté d'un point de pourcentage alors que les entreprises et les ménages ont vu la leur diminuer chacun d'un demi-point.

Financement des dépenses de santé selon la source

En millions de francs

G 6.3



Rupture chronologique à partir de 2008, suite à la révision partielle concernant le financement

Source: OFS, COU

© OFS

7 Annexes

7.1 Abréviations

AI	Assurance-invalidité	NICER	Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
BPA	Bureau de prévention des accidents	OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CD	Statistique des causes de décès	OFEV	Office fédéral de l'environnement
CN	Comptabilité nationale	OFROU	Office fédéral des routes
COU	Statistique du coût et du financement du système de santé	OFS	Office fédéral de la statistique
EC	Epidémiologie du cancer	OFSP	Office fédéral de la santé publique
EMS	Etablissement médico-social	OFSP0	Office fédéral du sport
ESAI	Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution	OMS	Organisation mondiale de la santé
ESPA	Enquête suisse sur la population active	PIB	Produit intérieur brut
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population (1981–2010)	RCT	Registres cantonaux des tumeurs
ESS	Enquête suisse sur la santé	RE	Recensement des entreprises
FMH	Fédération des médecins suisses	RSCE	Registre suisse du cancer de l'enfant
GMM II	Deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante	SILC	Revenus et conditions de vie en Suisse
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children Study (Etude sur le comportement en matière de santé des enfants en âge scolaire)	SNC	Swiss National Cohort
IMC	Indice de masse corporelle	SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
KS	Statistique des hôpitaux	SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie	SSAA	Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents
MS	Statistique médicale des hôpitaux	SSO	Société suisse d'odonto-stomatologie
		StatLPMA	Statistique de la procréation médicalement assistée
		STATPOP	Statistique de la population et des ménages
		VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise

7.2 Glossaire

Années potentielles de vie perdues

Indicateur de mortalité précoce. Il se réfère à tous les décès ayant eu lieu avant un âge de décès théorique, fixé à 70 ans, et il se calcule en faisant la somme des différences entre l'âge du décès et cet âge théorique. Il peut aussi être exprimé sous forme de taux.

Antigène prostatique spécifique (PSA)

Protéine fabriquée par la prostate et présente dans le sang des hommes. Son taux augmente en cas de cancer de la prostate, mais aussi en cas d'infection aiguë de la prostate ou de tumeur bénigne.

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques recouvrent un ensemble de troubles ou maladies consécutives à un arrêt ou une réduction de l'irrigation sanguine du muscle cardiaque, en lien généralement avec l'athérosclérose des artères coronaires. Elles se traduisent par différents syndromes: syndromes coronaires aigus et infarctus du myocarde, angine de poitrine, atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Chômeurs (au sens BIT)

Sont considérées comme chômeurs les personnes âgées de 15 à 74 ans qui n'étaient pas occupées au cours de la semaine de référence, qui ont cherché activement un emploi au cours des quatre semaines précédentes et qui étaient alors disponibles pour prendre un emploi. Cette définition est conforme aux normes du Bureau international du travail (BIT) et de l'OCDE ainsi qu'à la définition d'Eurostat.

Comorbidité

Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Congénital

Présent à la naissance, dont l'origine se situe dans la vie intra-utérine.

Décès (cause de)

Maladie ou cause externe principalement responsable de la mort d'une personne. Le codage des causes de décès est effectué conformément à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision (CIM-10).

Dépistage

Processus visant à identifier des maladies encore asymptomatiques par des tests, examens ou autres procédures simples et applicables à grande échelle, à l'ensemble d'une population cible en bonne santé apparente.

Dépistage (ou diagnostic) prénatal

Techniques médicales ayant pour but de détecter une éventuelle affection grave de l'embryon ou du fœtus dans le ventre de sa mère. On distingue les dépistages par échographie et les analyses génétiques.

Diagnostics principaux et secondaires

Dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, est considérée comme diagnostic principal l'affection qui, au terme d'une hospitalisation, a essentiellement justifié le traitement et les examens prescrits. Des diagnostics secondaires peuvent être indiqués pour les comorbidités. Le codage des diagnostics s'effectue par groupe de maladies et organes spécifiques, répartis entre 21 chapitres (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision [CIM-10]).

Durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de cas d'hospitalisation.

Emplois en équivalents plein temps

Les emplois en équivalents plein temps résultent de la conversion du volume de travail (mesuré en termes d'occupation ou d'heures de travail) en emplois à plein temps. Le nombre d'emplois en équivalents plein temps se définit comme le nombre total d'heures travaillées divisé par la moyenne annuelle des heures travaillées dans les emplois à plein temps.

Endoscopie

Exploration d'une cavité au moyen d'un endoscope, à savoir un instrument souple en forme de tube muni d'un objectif et d'une source de lumière.

Espérance de vie

Nombre moyen des années (restantes) à vivre, compte tenu des taux actuels de mortalité pour l'âge considéré.

Espérance de vie en bonne santé

Nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités. Cet indicateur combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Il est très sensible aux différences méthodologiques, même minimales.

Forceps

Instrument en forme de pinces à branches séparables (cuillères) servant à saisir la tête de l'enfant pour faciliter l'expulsion lors de certains accouchements.

Franchise

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la franchise correspond au montant annuel des prestations que la personne assurée doit entièrement prendre à sa charge, avant que l'assurance ne commence à rembourser les prestations. Le montant minimal de la franchise est de 300 francs par an pour les adultes. Les caisses maladie peuvent proposer des franchises plus élevées (jusqu'à 2500 francs).

Gradient social

L'OMS parle de gradient social pour désigner la relation inverse entre position socio-économique et état de santé, les personnes avec la situation sociale la plus défavorable étant en règle générale en moins bonne santé.

Grandes régions

A des fins statistiques, la Suisse est divisée en sept grandes régions: région lémanique (Vaud, Valais, Genève), Espace Mittelland (Berne, Fribourg, Soleure, Neuchâtel, Jura), Suisse du Nord-Ouest (Bâle-Ville,

Bâle-Campagne, Argovie), Zurich, Suisse orientale (Glaris, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Ext., Appenzell Rh.-Int., Saint-Gall, Grisons, Thurgovie), Suisse centrale (Lucerne, Uri, Schwytz, Obwald, Nidwald, Zoug) et Tessin.

Hormonothérapie de substitution

Traitement hormonal ayant généralement pour objectif de limiter les troubles liés à la ménopause.

Incidence

Fréquence des nouveaux cas d'une maladie dans une population définie et durant une période donnée. L'incidence des cancers est souvent exprimée sous forme de taux annuels pour 100'000 habitants.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Les personnes sont interrogées sur leur capacité (sans aide) à: a) manger, b) se coucher, sortir du lit et se lever d'un fauteuil, c) s'habiller et à se déshabiller, d) aller aux toilettes et e) prendre un bain ou une douche. Les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, avec quelque difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète).

Limitations fonctionnelles

Les personnes sont interrogées sur leur capacité à: a) lire un livre ou un journal [ou regarder la télévision], y compris avec des lunettes (vue), b) suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes, y compris avec un appareil auditif (ouïe), c) marcher seules, sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodée (locomotion) ou d) parler sans difficulté (parole). A ces questions, les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, sans trop de difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète). Pour la locomotion, les réponses possibles sont: «200 mètres ou plus» (pas de limitation), «plus de quelques pas mais moins de 200 mètres» (limitation faible), «seulement quelques pas» (limitation importante) et «je ne peux pas me déplacer» (limitation complète). Pour la parole, les personnes peuvent répondre par «oui» ou par «non».

Mammographie

Examen du sein par radiographie aux rayons X visant à dépister un cancer du sein.

Médiane

La médiane ou valeur centrale partage l'ensemble des valeurs observées (et ordonnées selon leur grandeur) en deux moitiés de taille égale, l'une comprenant les valeurs supérieures à la médiane, l'autre les valeurs inférieures à celle-ci. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes.

Mélanome

Il s'agit, avec les carcinomes, d'un des deux principaux types de cancer de la peau. Il se développe à partir des mélanocytes, les cellules produisant le pigment de la peau.

Mortalité

Fréquence des décès dans une population définie durant une période donnée (ou pour des causes spécifiques).

Niveau de formation

Le niveau de formation atteint peut être classé en trois grandes catégories: scolarité obligatoire (correspondant, en règle générale, à neuf années de scolarité, regroupant l'enseignement du degré primaire et celui du degré secondaire I), secondaire II (filères de formation professionnelle débouchant sur un diplôme ou un certificat fédéral de capacité, filières de formation générale: maturité gymnasiale, école de culture générale) et tertiaire (hautes écoles universitaires, hautes écoles spécialisées, formation professionnelle supérieure).

Personnes handicapées

Personnes qui ont un problème de santé durable et se disent limitées (fortement ou faiblement) dans les activités de la vie ordinaire.

Privation matérielle

Les privations matérielles permettent de mesurer l'exclusion sociale en termes absolus, contrairement au risque de pauvreté, calculé sur la base d'un seuil relatif. On

parle de privation matérielle en l'absence, pour des raisons financières, d'au moins trois des neuf éléments suivants: capacité à faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2000 francs, à s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile, à s'offrir un repas composé de viande / poulet / poisson (ou équivalent végétarien) tous les deux jours au moins, à chauffer convenablement son domicile, absence d'arriérés de paiements, possession d'un lave-linge, d'un téléviseur couleur, d'un téléphone, ou d'une voiture. En cas d'absence d'au moins quatre éléments, on parle de privation matérielle sévère.

Procréation médicalement assistée (PMA)

Techniques médicales visant à permettre à des couples de concevoir un enfant. Celles-ci comprennent notamment: la stimulation de l'ovulation, l'insémination artificielle (avec le sperme du conjoint ou d'un donneur), la fécondation extra-utérine.

Produit intérieur brut (PIB)

Le PIB fournit une mesure de la performance d'une économie nationale au cours d'une année donnée. Il mesure la valeur ajoutée, c'est-à-dire la valeur des biens et services produits dans le pays, sans les biens et services utilisés pour produire d'autres biens et services. Le PIB se calcule à prix courants et à prix constants. A prix constants, il mesure l'évolution économique réelle, indépendamment de l'évolution des prix.

Quote-part

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les personnes assurées doivent prendre à leur charge 10% des frais dépassant la franchise, jusqu'à concurrence d'un montant de 700 francs par an pour les adultes (350 francs pour les enfants de moins de 18 ans).

Revenu brut des ménages

Somme des revenus de tous les membres du ménage, à savoir: les salaires bruts (avant déductions sociales), les revenus d'activités indépendantes, les rentes, les intérêts, les transferts reçus d'autres ménages, les revenus en nature de l'entreprise propre, les prestations en nature de l'employeur, les produits du jardin, etc.

Revenu d'équivalence

Pour tenir compte des différences de taille et de composition des ménages, le revenu de chaque ménage est divisé par une «valeur d'équivalence», qui s'obtient en attribuant à chaque membre du ménage un facteur de pondération: 1,0 à la première personne adulte du ménage, 0,5 aux autres personnes de 14 ans ou plus, et 0,3 aux enfants de moins de 14 ans (ces valeurs correspondent à la dernière échelle d'équivalence de l'OCDE). La somme de ces pondérations donne la «valeur d'équivalence» du ménage.

Revenu disponible des ménages

Il se calcule à partir du revenu brut, dont on soustrait les dépenses de transfert obligatoires, à savoir les cotisations aux assurances sociales (cotisations AVS/AI, prévoyance professionnelle, assurance-chômage, assurance-accidents, etc.), les impôts, les primes de l'assurance-maladie de base (LAMal) et les transferts réguliers entre les ménages (par ex. les pensions alimentaires).

Risque de pauvreté

Au niveau international, le calcul du taux de risque de pauvreté est établi sur la base de seuils «relatifs». Sont considérées comme à risque de pauvreté les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières (sans le stock de fortune) sont sensiblement inférieures au niveau habituel des revenus dans le pays considéré. Le seuil du risque de pauvreté est, au niveau de l'Union européenne, fixé par convention à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent. On parle de risque de pauvreté sévère lorsque ce seuil est fixé à 50% de la médiane du revenu disponible équivalent.

Sang occulte

Présence de sang dans les selles, non visible à l'œil nu. La détection du sang occulte dans les selles est une des méthodes de dépistage du cancer du côlon-rectum.

Survie relative à 5 ans

Taux de survie, 5 ans après le diagnostic de cancer, par exemple, estimé en tenant compte des décès intervenant dans la population générale à chaque âge de la vie.

Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de personnes ou de cas traités, selon le domicile, rapporté à la population du canton.

Taux standardisé

Taux recalculé en admettant que la population étudiée présente la structure par âge d'une population type. Cela permet de comparer la mortalité entre populations ou d'observer son évolution sur de longues périodes, en neutralisant les différences dues à la structure par âge résultant, par exemple, du vieillissement de la population. Les populations types habituellement utilisées correspondent à une moyenne européenne ou mondiale.

Traitement ambulatoire en milieu hospitalier

Examen ou traitement d'une durée inférieure à 24 heures sans séjour dans un lit d'un établissement de soins hospitaliers. Les dialyses et les traitements par rayons sont considérés comme des traitements ambulatoires.

Traitement hospitalier

Traitement, examen ou soins pendant au moins 24 heures avec séjour dans un lit d'un hôpital. Les urgences aboutissant à une hospitalisation, les transferts dans un autre hôpital et les décès survenus au cours des 24 heures suivant l'admission sont aussi considérés comme des traitements hospitaliers.

Trisomie

Anomalie chromosomique où au moins une des paires de chromosomes est un triplet. La trisomie la plus fréquente, appelée trisomie 21 ou syndrome de Down, concerne la 21^e paire de chromosomes.

Ventouse (obstétricale)

Ventouse en plastique ou en métal placée sur la tête de l'enfant afin de le guider pour faciliter sa progression lors de certains accouchements.

7.3 Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé*

* Réalisées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), sauf mention contraire.

Coûts et financement du système de santé (COU)

La statistique du coût et du financement du système de santé (COU) est une statistique de synthèse. Elle utilise toutes les données disponibles pour estimer les flux monétaires de production, de dépense et de financement des biens et services de santé en Suisse durant une année. Les coûts sont ventilés par prestation et par fournisseur de biens et services. Le financement est analysé selon le régime et la source de financement. La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 1995. Elles ont été partiellement rétro-polées jusqu'en 1960. La ventilation des données relatives au financement a été partiellement révisée à partir de 2008, ce qui limite la comparabilité avec les années antérieures.

Deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMMII)

Le deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMMII) est une enquête par échantillonnage réalisée en 2010. Elle a été réalisée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et elle vise à recueillir des informations au sujet des différences en matière d'état de santé, de comportements en matière de santé et de recours aux soins entre la population autochtone et les populations issues de la migration. Il repose sur une enquête menée auprès d'échantillons de ressortissantes et ressortissants de quatre nationalités (Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo) âgés de 17 à 74 ans ainsi que de personnes en provenance du Sri Lanka et de Somalie et ayant demandé l'asile. L'enquête est menée sous forme d'entretien téléphonique, conduit dans la langue maternelle de la personne interrogée. La comparaison est faite avec la population suisse interrogée lors de l'enquête suisse sur la santé 2007. Un premier monitoring de l'état de santé de la population migrante a été réalisé de manière analogue en 2004.

Epidémiologie du cancer (EC)

L'épidémiologie du cancer (EC) est une statistique de synthèse. Elle délivre des informations sur l'état et l'évolution de la mortalité et de l'incidence du cancer en Suisse, globalement et par localisation cancéreuse. Les

données relatives à la mortalité se basent sur la statistique des causes de décès. Celles concernant l'incidence reposent, d'une part, pour les enfants de 0 à 15 ans sur les données du Registre suisse du cancer de l'enfant (RSCE) fondé en 1976, d'autre part, sur les données des 15 registres cantonaux et intercantonaux des tumeurs, centralisées par l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER) et extrapolées à l'échelle de la Suisse. Des registres existent dans les cantons suivants: AG (depuis 2011), BS/BL (1981), FR (2006), GE (1970), GR/GL (1989/92), JU (2005), LU (2010), NE (1974), OW/NW (2011), SG/AR/AI (1980), TG (2011), TI (1996), UR (2011), VD (1974), VS (1989), ZG (2011) et ZH (1980). La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 1983 auprès de NICER et depuis 1998 auprès de l'OFS.

Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est une enquête par échantillonnage. Depuis 2010, elle fait partie des enquêtes thématiques du recensement de la population. Elle porte sur l'état de santé de la population, les comportements et l'environnement social qui peuvent l'influencer, sur le recours aux services de santé ainsi que sur les conditions d'assurance. Elle est souvent sur ces sujets la seule source de données représentatives à l'échelle nationale. L'enquête est menée auprès de la population âgée de 15 ans et plus, vivant en ménage privé et disposant d'un raccordement téléphonique. Elle se compose d'une interview téléphonique, suivie d'un questionnaire écrit. L'ESS a lieu tous les cinq ans. Les données sont disponibles depuis 1992. Les données les plus récentes datent de 2007 (18'760 personnes interrogées).

Enquête sur la santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI)

L'enquête sur la santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI) est une enquête par échantillonnage. Elle collecte des informations concernant l'état de santé, les conditions de vie générales et la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans vivant depuis au moins 30 jours dans un établissement médico-social ou dans un home. Elle complète ainsi les données recueillies auprès des ménages privés par l'Enquête suisse sur la santé. Pour les personnes en mesure de répondre elles-mêmes (environ la moitié), l'enquête comprend une interview en face-à-face, complétée par un questionnaire écrit rempli par le personnel soignant. Pour les autres personnes, le personnel soignant remplit un questionnaire

plus complet. L'ESAI a été réalisée pour la première fois en 2008/09 auprès d'environ 3100 personnes. Pour l'heure, elle n'a pas de périodicité déterminée.

Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)

La Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC – Comportement en matière de santé des enfants en âge scolaire) est une étude internationale réalisée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle repose sur des enquêtes nationales par échantillonnage. Elle est menée auprès des élèves de 11 à 15 ans (5^e à 9^e année de l'école obligatoire) et vise à recueillir des informations sur leur état de santé, sur leurs comportements en matière de santé ainsi que sur leurs conditions d'existence. L'enquête est réalisée sous la forme d'un questionnaire écrit rempli durant une période de cours scolaire (45 minutes). En Suisse, l'enquête est conduite par Addiction info Suisse, sur mandat de l'OFSP. L'enquête a lieu tous les quatre ans. Les données sont disponibles depuis 1986. Les données de 2010 reposent sur un échantillon d'un peu plus de 10'000 élèves répartis dans quelque 600 classes de toute la Suisse.

Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

La statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle concerne les organisations de droit public et de droit privé à but non lucratif ainsi que, depuis 2010, les organisations de droit privé à but lucratif et les infirmiers et infirmières indépendants. Les informations récoltées portent sur la forme juridique des organisations, l'offre de prestations, le domaine d'activité, l'effectif et la structure des emplois et de la clientèle, ainsi que les comptes d'exploitation. L'enquête est réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 2007; auparavant, elle était effectuée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998.

Statistique des causes de décès (CD)

La statistique des causes de décès (CD) est un relevé exhaustif obligatoire, basé sur les indications des offices d'état civil (registres d'état civil) et les déclarations de décès rendues par les médecins. Elle renseigne sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1876.

Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux (KS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle vise à décrire l'infrastructure et les activités des hôpitaux suisses selon les points de vue suivants: type d'établissement, prestations offertes et fournies, infrastructure, effectif du personnel, comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997. Le relevé a été partiellement révisé en 2010, ce qui limite la comparabilité avec les années antérieures.

Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle cherche à décrire l'infrastructure et les activités des institutions suivantes: maisons pour personnes âgées, établissements médico-sociaux, institutions pour personnes handicapées et pour personnes dépendantes, établissements pour personnes présentant des troubles psycho-sociaux. L'enquête porte sur les infrastructures, les prestations, la structure de la population hébergée et du personnel assurant son accompagnement ainsi que sur les comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997.

Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La statistique médicale des hôpitaux (MS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle recueille des informations sociodémographiques (âge, sexe et région de domicile des patients), des données administratives, comme le type d'assurance, ainsi que des informations médicales relatives aux diagnostics posés (principaux et secondaires) et aux traitements effectués. Le relevé est effectué par chaque hôpital ou clinique. Il est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998. Dans cette publication, lorsqu'il est question de diagnostics, seuls les principaux sont pris en compte, sauf mention contraire.

Statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA)

La statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle porte sur le nombre de traitements par procréation médicalement assistée et sur le nombre d'embryons surnuméraires. Elle informe également sur le résultat des traitements et l'issue des grossesses. Elle est basée sur les données communiquées par les médecins. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 2002.

7.4 Bibliographie

- BPA (2012), Status 2012. Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse, Berne
- Cavalli, Stefano (2002), Vieillards à domicile, vieillards en pension: une comparaison, Lausanne
- CSAA (2011), Statistique des accidents LAA 2011, Lucerne
- Hämmig, Oliver & Bauer, Georg (2009), «Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland», *International Journal of Public Health* 54, pp. 88–95
- Karasek, Robert & Theorell Töres (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York
- Meyer, Katharina, Simmet, Anja, Junker, Christoph (2007), «Acute myocardial infarction and associated deaths in Switzerland – an approach to estimating incidence», *Kardiovaskuläre Medizin*, 10, pp. 279–284
- OCDE (2009): *Panorama de la santé 2009. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris
- OCDE, OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011*, Paris
- OFS (2007), *L'emploi dans le domaine de la santé. Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005*, Neuchâtel
- OFS (2008), *D'une génération à l'autre. Evolution des causes de décès de 1970 à 2004*, Neuchâtel
- OFS (2009a), *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007*, Neuchâtel
- OFS (2009b), *Visages du handicap. Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions*, Neuchâtel
- OFS (2010a), *Hospitalisations 2008. Résultats choisis*, Neuchâtel
- OFS (2010b), *Santé des nouveau-nés 2008. Prématurité, grossesses multiples et retard de croissance*, Neuchâtel
- OFS (2010c), *Santé et comportements vis-à-vis de la santé. Enquête suisse sur la santé*, Neuchâtel
- OFS (2010d), *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2007*, Neuchâtel
- OFS (2011a), *Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*, Neuchâtel
- OFS (2011b), *Personnes âgées dans les institutions. Entrée en établissement médico-social en 2008/09*, Neuchâtel
- OFS (2011c), *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2010*, Neuchâtel
- OFS (2012a), *Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention*, Neuchâtel
- OFS (2012b), *Mortinaissances et mortalité infantile 2003–2010*, Neuchâtel
- OFS (2012c), *Statistique des causes de décès 2009. Assistance au suicide et suicide en Suisse*, Neuchâtel
- OFS (2012d), *Coûts et financement du système de santé. Le financement des prestations de santé à la population résidente*, Neuchâtel
- OFS (2012e), *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*, Neuchâtel
- OFS, NICER, RSCE (2011), *Le cancer en Suisse. Etat et évolution de 1983 à 2007*, Neuchâtel
- OFS/OFEV (2011), *Environnement suisse 2011*, Neuchâtel
- OFSP/ODM (2011), *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*, Berne
- OMS (2009), *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève
- Oncosuisse (2011), *Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011–2015*, Berne
- Spöerri, Adrian, et al. (2006), «Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort», *Swiss Medical Weekly* 136, pp.145–148

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:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse

Contact

032 713 6011
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 6060
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Publications récentes pour le thème Santé

Statistique de l'aide et des soins à domicile 2011, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 1027-1100-05

La situation des personnes handicapées en institution, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 1317-1200-05

Le financement du système de santé 2008-2010, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 993-1200

Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social, Neuchâtel 2012, 42 pages, 11 francs, Numéro de commande: 1210-1200

Epidémiologie du cancer. Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 1268-0800

Assistance au suicide et suicide en Suisse, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 1258-0900

Mortinaissances et mortalité infantile 2003-2010. Evolutions, causes de décès et facteurs de risque, Neuchâtel 2012, 4 pages, gratuit, Numéro de commande: 1243-1000-05

La présente publication offre un survol des données statistiques sur le thème de la santé. Elle traite des conditions cadre et des déterminants qui influencent l'état de santé, de la santé de la population et du recours aux soins, du système de santé, de son coût et des modalités de son financement. Les données des graphiques de la publication sont mises à disposition sous forme de dossier électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch → Thèmes → 14-Santé → Publications).

N° de commande

1291-1200

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch**Prix**

23 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14179-3