



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

OBSAN RAPPORT 46

46

La santé dans le canton de Vaud

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

Editeurs: Observatoire suisse de la santé (Obsan) et
Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud



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

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

Impressum

Editeurs

Observatoire suisse de la santé (Obsan) et
Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud

Auteurs

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

Reviewboard

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

Responsables du projet dans le canton:

Henri Briant et Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne

Direction du projet à l'Obsan

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

Série et numéro

Obsan Rapport 46

Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé et Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (Eds, 2010). *La santé dans le canton de Vaud. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Obsan rapport 46). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

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

Langues du texte original

Français et allemand

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Révision

Sophie Neuberg, Wortlabor, Berlin

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress / Print, OFS

Commandes

Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
Service de la santé publique
Rue Cité-Devant 11
1014 Lausanne – CH
info.santepublique@vd.ch
Tél. +41 (0)21 316 42 69
<http://www.santepublique.vd.ch/>

gratuit

Téléchargement du fichier PDF

<http://www.santepublique.vd.ch/> (Publications)

ISBN

978-3-907872-77-2

© Obsan 2010

Table des matières

Préambule	3	2.4 Santé sociale	42
Abréviations	5	2.4.1 Sentiments de solitude	42
Résumé général	6	2.4.2 Personne de confiance	44
1 Introduction	9	2.5 Mortalité et causes de décès	45
1.1 Objectifs	9	2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Vaud	45
1.2 Orientation thématique	10	2.5.2 Comparaison régionale	46
1.3 Sources de données et méthodologie	13	2.5.3 Principales causes de décès	48
1.4 Le canton de Vaud en comparaison régionale	15	2.5.4 Années potentielles de vie perdues	50
2 Etat de santé	19	2.6 Résumé	50
2.1 Santé subjective	19	3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	52
2.2 Santé physique	22	3.1 Attention portée à la santé	52
2.2.1 Problèmes de santé de longue durée	22	3.1.1 Compétence en matière de santé	54
2.2.2 Troubles physiques	25	3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique	56
2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles	26	3.2.1 Surcharge pondérale	56
2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne	27	3.2.2 Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide	59
2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires	30	3.2.3 Activité physique	61
2.2.6 Accidents	31	3.3 Consommation de substances psychoactives	65
2.2.7 Chutes	33	3.3.1 Consommation de tabac	65
2.3 Santé psychique	35	3.3.2 Fumée passive	68
2.3.1 Problèmes psychiques	35	3.3.3 Consommation d'alcool	70
2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie	37	3.3.4 Consommation de cannabis	73
2.3.3 Sentiment de cohérence	39	3.3.5 Consommation de médicaments	74
2.3.4 Symptômes dépressifs	40	3.4 Résumé	78
		4 Conditions de logement et situation professionnelle	79
		4.1 Nuisances à la maison	80

4.2 Nuisances au travail	83	6.1 Recours aux consultations médicales en cabinet	109
4.2.1 Nuisances	83	6.2 Recours aux examens/mesures préventifs	116
4.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail	85	6.2.1 Dépistage des maladies chroniques	116
4.3 Satisfaction dans la vie professionnelle	87	6.2.2 Dépistage des cancers	119
4.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver d'emploi comparable	88	6.2.3 Prévention de la grippe	121
4.5 Résumé	90	6.3 Recours à la médecine complémentaire	123
5 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale	92	6.4 Recours aux hôpitaux	124
5.1 Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention	92	6.5 Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)	127
5.1.1 Situation	92	6.6 Résumé	129
5.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque	93	7 Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)	130
5.1.3 Résultats	94	7.1 Les coûts de l'AOS dans le canton de Vaud	131
5.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche	98	7.2 Modèles d'assurance et primes	135
5.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales	99	7.3 Résumé	137
5.2.1 Introduction	99	Glossaire	138
5.2.2 Méthode	100	Index des figures et des tableaux	140
5.2.3 Résultats	101	Bibliographie	145
5.2.4 Discussion	106	Annexe	152
5.3 Résumé	107		
6 Recours aux services de santé	109		

Préambule

Des chiffres pour la santé des Vaudoises et des Vaudois

Lorsque j'ai commencé à travailler dans le secteur de la santé publique pour m'occuper de prévention, il y a un peu plus de douze ans, je venais de terminer une période professionnelle de recherche en sciences humaines, sciences dites «molles». J'ai tout de suite été impressionné par la dimension scientifique et rationnelle de la démarche de définition des priorités de santé publique.

En effet, sur la base des résultats de l'Enquête suisse sur la santé, s'établissait, sur commande du canton, un rapport sur l'état de santé de la population vaudoise. Ces résultats étaient ensuite confiés à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, avec comme objectif de déterminer les axes de la politique cantonale de prévention et de promotion de la santé à développer pour la législature suivante. Ceux-ci tenaient compte des principaux risques de maladie identifiés en fonction de leur prévalence et des actions qui étaient reconnues comme potentiellement utiles à la réduction des facteurs de risque. Les programmes étaient alors confiés à des services de l'Etat ou à des institutions cantonales reconnues, pour être déployés de manière équitable sur le territoire vaudois.

Enfin, en parallèle au monitoring annuel des actions, l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé se faisait en étudiant l'évolution des comportements de la population en matière de santé, celle des maladies, de leur prévalence et de leur incidence, par le biais de l'établissement, tous les cinq ans, de l'Enquête suisse sur la santé et... du document sur la santé dans le canton de Vaud. La boucle était ainsi bouclée!

Le document de l'Observatoire suisse de la santé, pour la partie qui nous concerne plus particulièrement: «La santé dans le canton de Vaud» est, aujourd'hui encore, essentiel à la construction et au pilotage de la politique cantonale de santé publique. Ce rapport, par la photographie qu'il donne de la santé des Vaudois à un moment donné, permet non seulement de vérifier les

effets des programmes et actions antérieurs sur la santé de la population, mais il donne une vision claire et définie des besoins de santé présents et à venir.

Ainsi, on y apprend par exemple que, en Suisse comme dans les autres pays occidentaux, 60% de la mortalité peut être attribuée à cinq facteurs de risque: l'hypertension artérielle, la consommation de tabac, un taux de cholestérol sanguin trop élevé, le surpoids et le manque d'activité physique. Ceux-ci sont les principales causes d'apparition des maladies cardio-vasculaires. Trois d'entre elles: l'hypertension, l'excès de cholestérol et le surpoids résultent, au moins en partie, d'une alimentation trop riche et du manque d'activité physique. Or, dans le canton de Vaud, la part de la population physiquement active a progressé de 29% en 2002 à 33,2% en 2007, alors que la part des personnes inactives s'est réduite de 4,1 points à 20,6% durant la même période. Parmi d'autres causes externes, il est probable que les nombreuses initiatives lancées ces dernières années pour accroître le niveau d'activité physique de la population commencent à porter leurs fruits! D'autres messages sont entendus puisque la proportion de fumeurs a diminué: en 2002, 31,8% des Vaudoises et des Vaudois étaient fumeurs; ils ne sont plus que 26,4% en 2007. Gageons que l'interdiction de fumer dans les lieux publics intervenue en 2009 modifiera encore les résultats à venir et qu'elle conduira à une diminution des affections respiratoires chroniques en particulier!

Le rapport de l'Obsan permet d'identifier non seulement les défis à venir pour la santé de la population, mais aussi les groupes les plus à risque et leur environnement. On y apprend, par exemple, qu'il est utile d'étudier les signes précurseurs de la maladie dépressive. La dépression et les symptômes dépressifs sont étroitement liés – par des rapports de causalité, de conséquence ou de concomitance – à des problèmes d'insertion sociale, tels que l'isolement ou les difficultés professionnelles et à des événements critiques de la vie, tels que la perte d'un emploi, le divorce ou la perte d'un proche. Une bonne connaissance de ces liens peut fournir des indications

utiles pour la planification des mesures de prévention et pour la mise sur pied d'interventions précoces et de prévention secondaire. Ce document permet d'orienter les politiques pour que la santé publique de demain réponde aux besoins de santé de la population de demain.

C'est également avec plaisir que j'ai lu dans le rapport que, au cours des vingt dernières années, le canton de Vaud a connu une forte croissance de son espérance de vie à la naissance, que la mortalité est en net recul et que l'espérance de vie des personnes âgées de plus de 65 ans progresse.

L'objectif du rapport est de permettre aux responsables politiques, aux professionnels de santé publique et aux personnes intéressées de disposer d'une vue d'ensemble de la santé de la population vaudoise. L'objectif est atteint! Je tiens ici à en remercier ses auteurs, non seulement pour leur travail d'analyse et de rédaction, mais aussi pour leur contribution à ce que j'appellerai: «notre développement durable».



Jean-Christophe Masson,
chef du Service de la santé publique du canton de Vaud

Abréviations

AA	Assurance-accidents	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation de coopération et de développement économiques OCDE)
ADL/AVQ	Activities of daily living/Activités de la vie quotidienne	OFS	Office fédéral de la statistique
AI	Assurance-invalidité	OFSP	Office fédéral de la santé publique
AM	Assurance militaire	OMS	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization WHO)
AOS	Assurance obligatoire des soins	PIB	Produit intérieur brut
APVP	Années potentielles de vie perdues	SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
AVS	Assurance-vieillesse et survivants	SSN	Société Suisse de Nutrition
BADL/AFVQ	Basic activities of daily living/Activités fondamentales de la vie quotidienne	TMS	Taux de mortalité standardisé
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population	UMSA	Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (Swiss Multicenter Adolescent Survey: SMASH)
CUDIT	Cannabis Use Disorders Identification Test	WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé OMS)
EMS	Etablissement médico-social		
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs		
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population		
ESS	Enquête suisse sur la santé		
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children		
HEPA	Réseau suisse Santé et activité physique (Health Enhancing Physical Activity)		
HMO	Health Maintenance Organization (organisation pour le maintien en bonne santé)		
IADL/AIVQ	Instrumental activities of daily living/Activités instrumentales de la vie quotidienne		
ICD/CIM	International Classification of Diseases/Classification internationale des maladies		
IMC	Indice de masse corporelle		
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies		
LAMaI	Loi fédérale sur l'assurance maladie		
LCA	Loi sur le contrat d'assurance		
LiMA	Liste des moyens et appareils		
MCA	Médecine alternative et complémentaire		
n	Nombre de personnes interrogées		
n.s.	non-significatif		
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (Organisation for Economic Co-operation and Development OECD)		

Résumé général

Une activité ciblée de prévention et de promotion de la santé nécessite une bonne connaissance préalable de la santé de la population. Le présent rapport, axé sur le canton de Vaud, s'attache à identifier certains problèmes de santé dans divers groupes de population, à mettre en évidence des comportements favorables ou nuisibles à la santé et à décrire certaines conditions de logement et de travail défavorables à la santé, à présenter enfin le recours aux soins et les coûts des prestations médicales. Les données utilisées dans ce rapport reposent en premier lieu sur l'Enquête suisse sur la santé 2007 et, pour les comparaisons temporelles, sur l'enquête de 2002. D'autres données ont été tirées de la statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique ou du «pool de données» de santésuisse. Une grande partie des résultats sont ainsi fondés sur des réponses données par les personnes interrogées. Le rapport a été établi par l'Observatoire suisse de la santé sur mandat du canton de Vaud.

Troubles de la santé fréquents malgré une bonne santé subjective

La majorité de la population vaudoise (85,7%) se sent en bonne, voire en très bonne santé, ce qui était déjà le cas en 2002. Les hommes se déclarent un peu plus en bonne ou très bonne santé que les femmes. Mais 27,8% des personnes interrogées souffrent d'un problème de santé de longue durée (handicap ou maladie chronique). Une proportion presque semblable (26,6%) de personnes interrogées se plaignent de troubles physiques importants comme des maux de têtes, des maux de dos, des sentiments de faiblesse ou de lassitude et des troubles du sommeil. On observe ici une différence entre les sexes: la moitié des hommes mentionnent de tels troubles physiques contre sept femmes sur dix. Les hommes présentent par contre plus souvent des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires (p. ex. excédent de poids et taux de cholestérol élevé) que les femmes. Les hommes jeunes sont aussi deux fois plus exposés au

risque d'accident que les femmes du même âge. On note aussi que le sentiment d'être en bonne santé diminue avec l'âge et, que, à l'inverse, les problèmes de santé de longue durée, les chutes, les limitations dans les activités quotidiennes, mais également les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, deviennent plus fréquents.

Plus d'un cinquième de la population vaudoise a des problèmes psychiques moyens ou importants

21,6% des Vaudoises et Vaudois déclarent avoir des problèmes psychiques moyens à importants (nervosité, découragement, déprime, etc.) et 22,2% se disent affectés par des symptômes dépressifs (le plus souvent faibles). Ces problèmes psychiques ne sont pas des maladies diagnostiquées, mais ils ont des conséquences importantes pour la qualité de vie, l'aptitude au travail et les relations sociales. Ils sont souvent les signes avant-coureurs d'une dépressivité ultérieure caractérisée. La part de la population vaudoise déclarant avoir des problèmes psychiques moyens à forts se situe au-dessus de la moyenne suisse. Tant dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse, les femmes mentionnent plus souvent que les hommes des symptômes dépressifs.

Comme l'ont montré des analyses approfondies sur la dépression (chapitre 5), les symptômes dépressifs sont étroitement liés à la présence de troubles physiques (chroniques), au sentiment de solitude et d'insécurité ainsi qu'à l'insatisfaction et aux tensions psychiques au travail. Les femmes (jeunes notamment), les personnes vivant seules ou élevant seules des enfants et les personnes affectées par de fortes souffrances physiques ou de fortes tensions psychiques éprouvent plus souvent des sentiments de solitude. Dans le domaine de la santé psychique, il s'avère que les personnes manifestant un faible sentiment de maîtrise de la vie et un faible sentiment de cohérence face aux événements de la vie souffrent plus fréquemment de troubles psychiques moyens à forts.

En plus de l'âge et du sexe, la formation est un élément essentiel pour la santé. La corrélation suivante peut être mise en évidence tant dans le canton de Vaud que dans la Suisse entière: plus le niveau de formation et le revenu sont élevés, mieux une personne se sent, physiquement comme psychologiquement.

Le taux de mortalité des femmes vaudoises est inférieur à la moyenne suisse

Au cours des 20 dernières années, l'espérance de vie – en particulier celle des personnes de 65 ans et plus – s'est constamment allongée dans le canton de Vaud comme dans la Suisse entière. Le taux de mortalité dans le canton de Vaud ne diffère pas de la moyenne suisse pour les hommes, tandis qu'il est inférieur de 2% pour les femmes. Les maladies cardio-vasculaires représentent dans ce canton, comme en Suisse, la cause de décès la plus fréquente, devant les cancers. Les décès par cancer du poumon, de la trachée et des bronches sont significativement plus fréquents dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse pour les deux sexes. Il en va de même pour les cancers du pancréas et de l'estomac pour les hommes. Les décès dus à la démence et les maladies de l'appareil respiratoire sont significativement plus fréquents qu'en moyenne suisse, tandis que la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires est d'environ 20% inférieure à la moyenne nationale.

Les principales causes de décès ne sont pas les mêmes selon les groupes d'âge: pour les personnes de 15 à 34 ans, les accidents, les actes de violence et les suicides occupent la première place; plus tard, ce sont les cancers et, à partir de 80 ans, les maladies cardio-vasculaires. Les cancers sont à l'origine de 42% des années potentielles de vie perdues des femmes, respectivement de 27% pour les hommes.

Evolution positive des habitudes de la population vaudoise au niveau de l'activité physique et de l'alimentation

Entre 2002 et 2007, la part des personnes physiquement actives dans le canton de Vaud semble avoir un peu augmenté, passant de 29,0% à 32,2%. Les personnes ne pratiquant aucune activité physique représentent 20,6% de la population, avec une fréquence plus élevée parmi les personnes ayant un faible niveau de formation. Par ailleurs, les femmes et les personnes âgées sont moins actives physiquement que les hommes et les personnes jeunes. Le niveau d'activité physique dans le canton de Vaud est inférieur à celui observé dans la Suisse entière.

En ce qui concerne les habitudes alimentaires, on observe que 34,9% des personnes interrogées (femmes: 44,4%; hommes: 25,3%) suivent la recommandation de consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour, une proportion supérieure à la moyenne nationale. Toutefois, dans le canton de Vaud, les personnes qui disent faire attention à leur alimentation sont proportionnellement moins nombreuses que dans l'ensemble de la Suisse (VD: 54,6%, CH: 70,5%).

On compte dans le canton de Vaud 37,4% de personnes en surpoids, dont 8,2% sont obèses. Ces pourcentages sont à peu près les mêmes pour l'ensemble de la Suisse. La part des personnes en surpoids est restée relativement stable depuis 2002. Avec l'âge, la proportion des personnes en surcharge pondérale ou obèses tend à augmenter. La part des personnes en surpoids est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et cela dans tous les groupes d'âge.

La consommation de médicaments, de tabac et d'alcool est variable selon le sexe

Le canton de Vaud compte 26,4% de fumeurs, soit près de 5% de moins qu'en 2002. La baisse a touché les deux sexes, et notamment les personnes fumant beaucoup. Le pourcentage de fumeurs (hommes et femmes confondus) diminue avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, les hommes fument plus souvent que les femmes. La proportion de fumeurs dans le canton de Vaud (hommes et femmes confondus) se situe dans la moyenne suisse. La part des personnes exposées quotidiennement à la fumée passive dans l'année de l'enquête est plus élevée dans le canton de Vaud (19,9%) que dans la Suisse entière (15,6%). Le pourcentage de Vaudois ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (35,7%) n'est pas différent de la moyenne nationale.

Dans le canton de Vaud, 19,2% des personnes boivent de l'alcool chaque jour, 43,3% au moins une fois par semaine et 37,5% plus rarement ou jamais. On observe de nettes différences entre les sexes quant à la consommation d'alcool: 35,7% des femmes en boivent rarement ou jamais, contre 15,4% des hommes. En revanche, la part des personnes buvant chaque jour est plus élevée chez les hommes (26,6%) que chez les femmes (11,1%). Sur le plan de la quantité d'alcool consommée, presque 8% des Vaudois et des Vaudoises consomment une quantité d'alcool qui fait encourir un risque moyen à élevé pour la santé. La consommation d'alcool des femmes dans le canton de Vaud se situe à peu près dans la moyenne suisse par contre celle des hommes est supérieure.

La part des personnes ayant pris au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête a augmenté entre 2002 et 2007 (passant de 40,8% à 46,3%). Elle a nettement progressé chez les hommes. La consommation de médicaments dans le canton de Vaud est supérieure à la moyenne nationale. A l'échelle suisse, les femmes consomment plus fréquemment des médicaments que les hommes, une tendance que l'on retrouve dans le canton de Vaud.

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

Près d'un quart (22,2%) des personnes interrogées sont exposées à deux nuisances ou plus (notamment bruit du trafic automobile et bruit provoqué par d'autres personnes) dans leur environnement résidentiel. Les personnes ayant un faible niveau de formation et un bas revenu sont particulièrement exposées. Les personnes qui subissent plus fréquemment des nuisances à la maison se plaignent aussi plus souvent d'un mauvais état de santé. Sur le lieu de travail, les personnes ayant un statut social modeste sont aussi davantage touchées par des nuisances telles que le bruit et des températures trop élevées ou trop basses.

Dans le canton de Vaud, la majorité des personnes professionnellement actives (60,3%) sont très satisfaites de leurs conditions de travail (CH: 65,8%). Néanmoins, 16,9% des Vaudois professionnellement actifs sont soumis au travail à des charges physiques importantes et 41,8% à des tensions psychiques élevées. Ces proportions correspondent à celles observées dans l'ensemble de la Suisse. Les charges physiques sont mentionnées en particulier par des personnes exerçant des professions manuelles, alors que les tensions psychiques le sont avant tout par des cadres. En 2007, 14,5% des actifs occupés avaient peur de perdre leur emploi, et 44,4% n'éprouvaient aucune crainte à ce sujet.

Les Vaudoises passent plus souvent une mammographie que les habitantes des autres cantons

81,6% des Vaudois et des Vaudoises ont un médecin de famille. Cette proportion tend à être légèrement inférieure à la moyenne nationale (87,9%). Depuis 2002, le nombre de consultations médicales a globalement augmenté aussi bien dans la Suisse entière que dans le canton de Vaud, les hommes ayant particulièrement contribué à cette évolution. Dans l'année de l'enquête, 39,6% des femmes de moins de 40 ans se sont soumises à un examen de dépistage du col de l'utérus et 33,7% des

femmes de 50 ans et plus ont passé une mammographie. Un cinquième des hommes de 40 ans (22,7%) ont subi un contrôle de la prostate. Les examens de dépistage – à l'exception de la mammographie – sont moins fréquents dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Vaud, le recours aux services médicaux ambulatoires est plus élevé qu'au niveau de la Suisse entière. Il n'y a pas de différence pour l'utilisation des services hospitaliers entre le canton de Vaud et la moyenne nationale.

Des coûts supérieurs à la moyenne, mais hausse plus faible

De 2003 à 2007, les coûts de la santé relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont augmenté moins fortement dans le canton de Vaud (+2,8%) que dans la Suisse entière (+4,5%), mais ils restent supérieurs à la moyenne nationale (VD: 3239 francs par personne assurée, CH: 2860 francs). Une forte progression des coûts s'observe dans le secteur hospitalier (en particulier au niveau de l'ambulatorio hospitalier), dans le secteur des soins et de l'assistance à domicile ainsi que pour les médicaments vendus en cabinet.

Le modèle d'assurance avec franchise à option est le modèle le plus répandu dans le canton de Vaud. Le modèle du médecin de famille a gagné en importance ces dernières années, toutefois encore nettement moins dans ce canton (11,3%) que dans l'ensemble de la Suisse (14,0%).

Introduction

Andrea Zumbrunn, Florence Moreau-Gruet et Isabelle Sturny

1.1 Objectifs

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

Objectifs du deuxième rapport sur la santé dans le canton de Vaud

Pour pouvoir aménager une politique de la santé axée sur la création de conditions sociales favorables à la santé, il est indispensable de disposer de données de base sur l'état de santé de la population et sur ses facteurs déterminants. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels

de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population vaudoise et des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé.

Principaux objectifs:

- le rapport sur la santé est une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- les groupes à risque et les groupes-cibles y sont identifiés en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- les changements intervenus entre 2002 et 2007¹ y sont définis et décrits (apparition de nouveaux problèmes de santé, aggravation de problèmes de santé);
- les spécificités du canton de Vaud sur le plan sociodémographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé y sont mises en évidence;
- les conditions et les facteurs influant sur la santé y sont illustrés par le biais de deux thèmes de santé publique: la surcharge pondérale et la dépression.

Collaboration intercantonale coordonnée pour l'établissement de rapports sur la santé

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé d'analyser les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et d'autres sources de données, et d'établir un rapport sur la santé pour les cantons de Lucerne, d'Appenzell-Rhodes extérieures, de Fribourg, de Genève, du Tessin, d'Uri et de Vaud. Ces rapports s'inscrivent dans le prolongement des rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993, 1997 et 2002 (p. ex. Obsan, 2005; Observatoire valaisan de la santé & IUMSP, 2004; Weiss, 2000). Il s'agit donc pour le canton de Vaud du premier rapport cantonal effectué par l'Obsan. La rédaction a eu lieu dans le cadre d'une collaboration coordonnée entre l'Observatoire suisse de la santé et les cantons concernés. Les travaux ont été réalisés par des collaboratrices et collaborateurs de l'Obsan ainsi que par des expertes et experts externes. Le

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

projet était placé sous la houlette d'un groupe de pilotage composé de personnes représentant les cantons concernés. La liste des membres du Reviewboard (évaluation du contenu du rapport) et des responsables du projet dans le canton figure à l'intérieur de la couverture du rapport.

1.2 Orientation thématique

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

– Le *chapitre 2* de ce rapport décrit de manière détaillée comment les diverses dimensions de la santé se com-

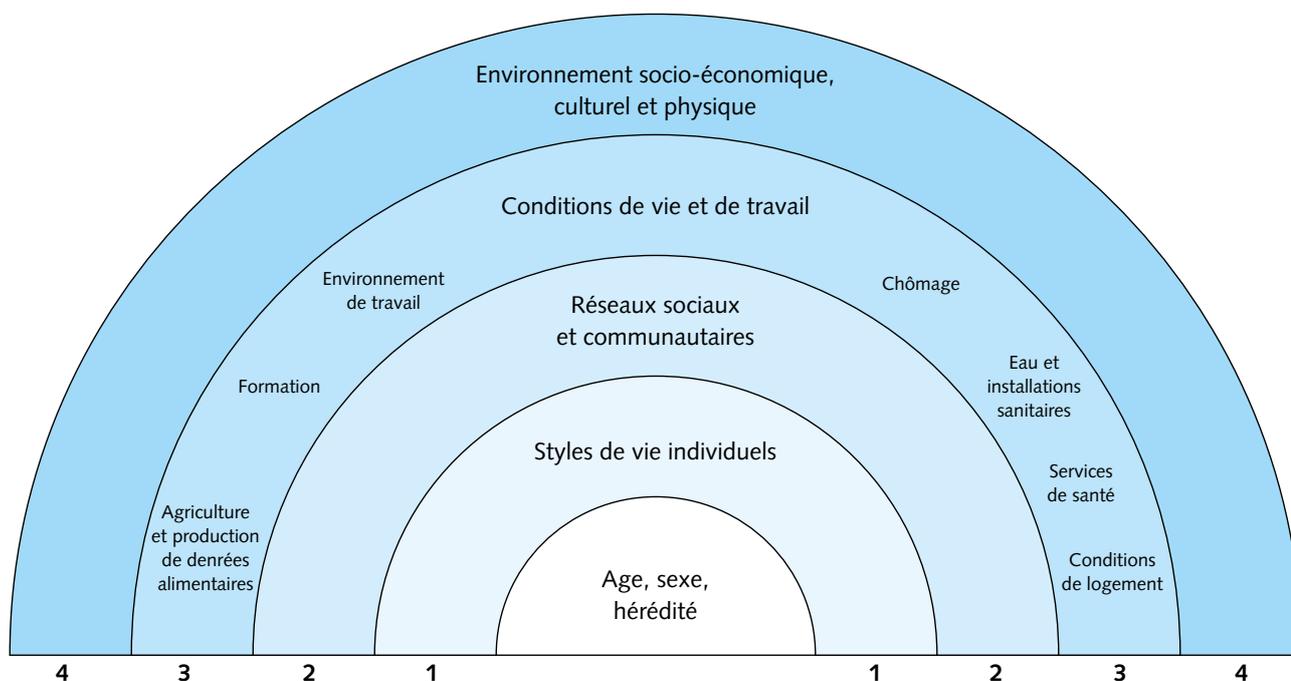
binent et l'état de bonne ou mauvaise santé des Valaisans et Vaudois. Il traite également de la mortalité et des principales causes de décès de la population vaudoise.

Les principaux déterminants de la santé

Divers facteurs exercent une influence sur l'état de santé des individus. Ces facteurs comportent différents niveaux qui sont mis en avant à l'aide de modèles explicatifs. Le concept des déterminants de la santé², par exemple, souvent utilisé dans les rapports nationaux et internationaux sur la santé (Meyer, 2009), distingue les niveaux suivants (figure 1.1): le niveau des styles de vie individuels, le niveau des réseaux sociaux et communautaires, le niveau des conditions de vie et de travail et, enfin, le niveau des conditions générales de l'environnement socio-économique, culturel et physique. Ces facteurs d'influence agissent sur la santé d'un individu ainsi que sur ses ressources et compétences personnelles sur le plan de la santé.

Dans le présent rapport, certains facteurs d'influence importants sont traités de manière détaillée, d'autres sont abordés plus brièvement. Le choix des thèmes a été déterminé en premier lieu par les intérêts et besoins des

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé



Source: Dahlgren & Whitehead, 1991

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

instances cantonales. Des effectifs parfois trop faibles au niveau cantonal ont aussi influencé la sélection de certaines thématiques. Les facteurs d'influence suivants sont présentés dans le rapport:

- Le *point 1.4* présente une sélection de données cantonales sur les caractéristiques sociodémographiques et structurelles de la population vaudoise. Il donne un aperçu de la situation contextuelle dans le canton, par exemple, concernant la structure par âge de la population ou la composition des ménages.
- Le *point 2.4* aborde brièvement la question de l'existence d'un réseau social et de sa qualité.
- Le *chapitre 3* expose, de manière approfondie, une sélection de comportements et attitudes influençant la santé des individus (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives).
- Le *chapitre 4* traite des aspects des conditions de vie, de logement et de travail des Vaudoises et des Vaudois (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).
- Afin d'aller au-delà de la description des facteurs influençant la santé, le *chapitre 5* met en évidence, à l'aide d'exemples, les liens (à l'échelle suisse) entre les facteurs explicatifs de l'évolution de deux problèmes de santé, la dépression et l'obésité, et leur importance.

Informations complémentaires sur le système de prise en charge médicale

Ce rapport porte principalement sur l'état de santé de la population, ses comportements par rapport à la santé et son contexte de vie. Des informations sont aussi apportées sur le système de soins. La prise en considération des prestations médicales donne, par exemple, d'autres indications sur les problèmes de santé ainsi que sur le comportement de la population par rapport à la santé.

- Dans ce rapport, des renseignements sont fournis par les personnes interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le canton de Vaud (*chapitre 6*), et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs. Le *point 1.4* fournit par ailleurs des chiffres clés sur le système de soins dans le canton de Vaud, tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.
- Pour les personnes interrogées, le recours aux soins représente une charge financière qui se reflète notamment dans l'évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le *chapitre 7* en donne un aperçu.

Les différences entre les groupes de population

Les conditions de vie et les comportements varient parfois fortement selon les groupes de population. Ce constat est déterminant pour prendre des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées. Dans le rapport vaudois sur la santé, les différents groupes de population sont systématiquement comparés entre eux. Des tableaux uniformisés présentent la fréquence de différentes problématiques selon le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et le degré d'urbanisation (p. ex. tableau 2.1). On part du principe que les conditions de vie et les comportements sont différents en fonction de la catégorie d'appartenance. L'encadré gris (ci-dessous) illustre les différences observées par rapport à la santé entre les femmes et les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi qu'entre les personnes les mieux et les moins formées et/ou fortunées. L'état de santé et les comportements vis-à-vis de la santé varient également selon le pays d'origine et l'histoire migratoire des personnes (OFSP, 2007a). Pour des raisons méthodologiques, ce rapport ne procède qu'à une distinction grossière entre deux groupes, celui des Suisses et Suisesses et celui des étrangers et étrangères³. La thématique abordée est présentée ensuite en fonction de la population urbaine ou rurale (variable du degré d'urbanisation), selon la région linguistique et une sélection de cantons, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les différentes structures de population régionales.

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

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

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

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

Les résultats de ce rapport se réfèrent principalement aux données de l'Enquête suisse sur la santé 2007, dans le cadre de laquelle seules des personnes de 15 ans et plus ont été interrogées. Ce rapport ne traite donc pas des déterminants de la santé des enfants et des jeunes⁴. Chez les personnes adultes, certaines situations de vie ne sont pas favorables à la santé, par exemple la situation des parents élevant seuls des enfants, la situation des personnes migrantes et certaines situations liées à des conditions de travail particulières. Sur le plan des conditions de travail, l'augmentation des exigences psychiques et psychosociales dans le monde du travail – simultanément fréquente de diverses étapes de travail, nombreux délais, fréquentes nouveautés – peut poser des problèmes et nécessiter un aménagement du travail pour les actifs occupés plus âgés (Höpflinger & Weiss, 2009). Avec l'âge, les problèmes de santé et les infirmités deviennent plus fréquents et conduisent assez souvent à une morbidité multiple. On observe cependant de grandes différences entre les individus âgés quant à la santé physique et psychique, à l'autonomie et au bien-être. Des relations sociales intactes, l'indépendance, des ressources financières suffisantes ainsi que le respect et la reconnaissance représentent des éléments particulièrement importants pour le maintien de la qualité de vie à un âge avancé (ISPM Zürich, 2008; Perrig-Chiello, 2005). Les personnes très âgées sont souvent affectées par des troubles cognitifs et psychiques. En Suisse, 1 à 2% des personnes de 65 à 69 ans souffrent de troubles démentiels, une proportion qui passe à plus de 30% chez les plus de 90 ans (Kickbusch & Ospelt-Niepel, 2009).

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

La formation est un bien réparti de manière inégale dans la société et elle a de multiples effets sur la santé et les com-

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

Le concept d'«inégalité en matière de santé» – que l'on peut définir comme le rapport entre le statut social d'une part, la morbidité et la mortalité d'autre part – englobe, en plus du facteur formation, les différences selon le statut professionnel et le revenu. Dans ce rapport, les différences entre groupes professionnels (catégories socioprofessionnelles) sont traitées essentiellement au chapitre 4 «conditions de logement et situation professionnelle». Cependant, le revenu⁵ étant une variable centrale, il est présenté systématiquement dans le tableau comparatif malgré certains problèmes méthodologiques. Etant donné qu'il ne s'agit pas d'un rapport thématique sur les inégalités sociales et la santé, ces variables ne sont discutées que ponctuellement.

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

Ecole obligatoire:

Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation postobligatoire⁶.

Degré secondaire II:

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

Niveau tertiaire:

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

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

⁵ Dans ce rapport, la variable revenu se réfère au revenu d'équivalence du ménage, c'est-à-dire au revenu de chacun des membres du ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et du nombre d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage. On trouvera aussi d'autres renseignements méthodologiques dans la dernière partie de la section 1.3.

⁶ En tout, 90% environ des personnes dans cette catégorie ont achevé l'école obligatoire et 10% environ n'ont pas suivi ou achevé l'école obligatoire.

1.3 Sources de données et méthodologie

La principale source de données est l'Enquête suisse sur la santé

Le présent rapport est basé essentiellement sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'année 2007 (enquête la plus récente). La santé de la population, en règle générale, ne change pas de manière déterminante d'une année à l'autre, c'est pourquoi il est possible de rendre compte de manière satisfaisante de la situation actuelle à partir des résultats de 2007⁷. Cette enquête de l'Office fédéral de la statistique représente une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé en raison de son large éventail de thèmes et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes sont couverts uniquement par cette seule enquête. A la différence, par exemple, de la statistique des hôpitaux, les enquêtes représentatives menées auprès de la population, telles que l'ESS, ne fournissent pas seulement des informations sur les patients et les personnes malades, mais aussi sur les personnes plus ou moins en bonne santé et sur leurs troubles, douleurs et handicaps passagers ou chroniques (Weiss, 2000). L'état de santé individuel peut de plus être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie et les comportements favorables ou défavorables à la santé ainsi que la manière de faire face à des problèmes de santé. Un point fort de cette enquête est qu'elle se répète tous les cinq ans, ce qui permet d'évaluer les changements dans le temps (pour des infor-

mations complémentaires sur l'ESS consulter le tableau 1.1, l'annexe, ou les publications citées dans la bibliographie (OFS, 2008a, 2008b, 2010)).

Malgré ses atouts, l'Enquête suisse sur la santé se heurte à certaines limites. Ainsi, elle ne considère que les personnes vivant dans des ménages privés et ayant un raccordement téléphonique. Les personnes qui résident dans des homes ou dans d'autres institutions ne sont pas représentées, ce qui est le cas notamment de bon nombre de personnes âgées. On peut donc supposer que les résultats de l'ESS donnent une image trop positive de la santé de ces dernières, et que cette image serait moins favorable si l'on tenait compte des personnes vivant dans des homes pour personnes âgées⁸. De plus, ne sont interrogées dans le cadre de l'ESS que des personnes capables de s'exprimer suffisamment bien dans l'une des trois langues officielles, le français, l'allemand et l'italien. De la sorte, les personnes issues de la migration et mal intégrées linguistiquement sont sous-représentées. En outre, l'enquête ne s'adresse qu'à des personnes disposant d'un raccordement au réseau téléphonique fixe dans leur ménage.

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

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

Producteur de données:	Office fédéral de la statistique OFS, section Services de santé, Neuchâtel
Bases légales:	Loi sur la statistique fédérale, ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.
Objet de l'enquête:	L'Enquête suisse sur la santé fournit entre autres des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladie et sur l'utilisation des services de santé.
Milieux interrogés:	Echantillon aléatoire représentatif formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.
Echantillonnage:	La sélection des personnes interrogées s'est faite en deux étapes: 1. Echantillon régional de ménages privés, stratifié par cantons, 2. Sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage. Dans le cadre de l'ESS 2007, 18'760 personnes ont pris part à l'enquête principale menée par téléphone. Parmi ces personnes, 14'432 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le canton de Vaud, 1382 personnes ont été interviewées par téléphone et 1073 ont aussi donné des renseignements par écrit. 13 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.
Périodicité:	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.
Pertinence:	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

⁷ Des aspects spécifiques comme la satisfaction au travail peuvent cependant très bien changer brusquement par l'effet d'un événement comme celui de la crise financière.

⁸ Pour compléter l'Enquête suisse sur la santé, l'Office fédéral de la statistique a mené en 2009 une enquête auprès des personnes âgées vivant dans des établissements médico-sociaux afin d'obtenir des informations plus détaillées sur la situation (sanitaire) de ces personnes.

Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidante du canton de Vaud selon le sexe et la classe d'âge, 2007 (15 ans et plus)

Classes d'âge	Hommes				Femmes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 ans	163	32,4	87 030	32,5	173	30,8	86 326	29,7	336	31,6	173 356	31,0
35–49 ans	199	30,7	78 511	29,3	208	29,9	80 428	27,7	407	30,3	158 939	28,5
50–64 ans	129	20,2	59 869	22,3	192	20,9	62 830	21,6	321	20,6	122 699	22,0
65 ans et plus	133	16,7	42 705	15,9	185	18,5	60 842	20,9	318	17,6	103 547	18,5
Total	624	100,0	268 115	100,0	758	100,0	290 426	100,0	1382	100,0	558 541	100,0

Source: OFS, ESPOP 2007

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

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

Parmi les 558'541 habitantes/habitants âgés de 15 ans et plus, 1382 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'ESS, dont 758 femmes et 624 hommes.

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

Autres sources de données

Des données autres que celles de l'Enquête suisse sur la santé sont utilisées dans certains chapitres de ce rapport (notamment les chapitres 2 et 7); elles sont tirées des statistiques suivantes:

– *Statistique des causes de décès:*

La statistique des causes de décès, établie par l'Office fédéral de la statistique, fournit une vue d'ensemble de la mortalité ainsi que des informations sur les causes de décès en Suisse.

– *Pool de données santésuisse:*

Le Pool de données de l'association faïtière des assureurs-maladie (santésuisse) recense les données agrégées d'environ 97% des assurés (en 2007), et fournit des renseignements sur le comportement des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes dans le domaine de l'AOS.

– *ESPOP:*

La statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), établie par l'Office fédéral de la statistique, fournit des informations sur l'état et la structure de la population résidante permanente ainsi que sur les mouvements enregistrés de cette dernière.

Ces sources de données sont décrites de manière plus détaillée dans les chapitres concernés.

Indications méthodologiques sur l'exploitation des données

Dans le rapport vaudois sur la santé, la plupart des analyses ont un caractère descriptif. Une bonne partie des figures et des tableaux présentent la fréquence des différentes valeurs des variables. Chaque figure et chaque tableau indique le nombre de personnes interrogées prises en compte dans l'exploitation des données. Les résultats se basent sur les données pondérées (voir l'annexe pour la procédure de pondération). Cette pondération permet d'obtenir des valeurs aussi représentatives que possible pour les cantons et la Suisse, et de réduire les biais liés à la procédure d'échantillonnage. Comme c'est le cas en général pour les analyses de l'Enquête suisse sur la santé (consignes de l'Office fédéral de la statistique), aucun résultat reposant sur les indications de moins de 10 personnes n'est présenté ici. Cette absence de résultats est indiquée par un point dans les tableaux. Les valeurs qui représentent les réponses de 10 à 29 personnes figurent entre parenthèses dans les tableaux et les figures et n'ont qu'une pertinence limitée du fait du faible nombre de cas. Dans certains cas, les résultats pour les petits groupes de population ou certains événements ne peuvent donc pas être établis au niveau cantonal, mais seulement à l'échelle suisse.

Les différences de distribution de fréquence de chaque variable entre les cantons respectifs et l'ensemble de la Suisse sans le canton en question, et, si possible, entre les années 2002 et 2007 ont fait l'objet d'un examen systématique. Le test de z a été utilisé pour les comparaisons régionales et temporelles et le test du χ^2 pour les autres comparaisons. Un écart est «statistiquement significatif» lorsque la probabilité d'erreur est de $p < 5\%$. Dans ce cas, la probabilité (p) est faible que le résultat obtenu soit le fruit du hasard. Les différences statistiquement significatives sont mentionnées en tant que telles dans les tableaux des comparaisons régionales. Pour augmenter la représentativité, il a fallu tenir compte du plan d'échantillonnage pour les comparaisons régionales pour pouvoir calculer correctement l'erreur standard ou l'intervalle de confiance.

Enfin, aucune correction due aux variations liées à l'âge ou au sexe n'a été apportée dans les comparaisons régionales (et temporelles), sauf dans le chapitre sur la mortalité, parce que d'autres facteurs déterminants que l'âge et le sexe auraient dû être pris en compte. Le canton de Vaud accorde une attention particulière aux fréquences réelles de certains résultats importants pour la planification de ses activités. Etant donné que les valeurs sont présentées selon différentes caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques, il est possible de comparer directement certains sous-groupes de population entre le canton de Vaud et la Suisse (p. ex. tableau 2.1).

La précision statistique des résultats présentés dans ce rapport doit être brièvement illustrée par un exemple. Alors que la part des fumeurs et des fumeuses est estimée à 26,4% pour le canton de Vaud (estimée pour la population du canton sur la base d'un échantillon de 1382 personnes), la probabilité est de 95% que la part effective de fumeurs et de fumeuses se situe entre 23,8% et 29,1% (intervalle de confiance de 95%). Plus l'échantillon est petit (p. ex. si de nombreuses valeurs font défaut), plus l'intervalle de confiance est important. Par ailleurs, les résultats des analyses bivariées réalisées dans le cadre de ce rapport ne disent souvent rien sur le lien avec d'autres facteurs et l'influence de ceux-ci. Des analyses multivariées ont été réalisées uniquement au chapitre 5 consacré aux symptômes de la dépression et à l'obésité, où elles y sont décrites. Citons enfin la question des valeurs manquantes. Tous les groupes de population n'ont pas répondu aussi fréquemment aux questions portant sur le revenu. La part des valeurs manquantes est particulièrement élevée chez les femmes âgées et chez les jeunes gens, ce qui implique que les résultats

collectés ne sont pas représentatifs pour toute la population. Malgré cette faiblesse, la variable revenu est conservée, car ces distorsions concernent tant la Suisse que le canton de Vaud et parce qu'elle revêt un rôle particulièrement important.

1.4 Le canton de Vaud en comparaison régionale

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

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

La majorité de la population vaudoise vit en milieu urbain

Malgré un vaste arrière-pays, la majeure partie de la population du canton de Vaud (74,8%) vit en zone urbaine. En comparaison, en Suisse, 73,4% de la population vit en région urbaine, à Fribourg ce chiffre s'élève à 55,5% et à Uri il est nul. Entre 2002 et 2007, le canton de Vaud a vu sa population s'accroître de 6,5%, se plaçant ainsi au 3^{ème} rang des cantons suisses à connaître une croissance démographique. La première place revient au canton de Fribourg avec une croissance démographique de 8,2%. La population vaudoise est relativement jeune puisque les individus âgés de 0 à 49 ans représentent 66,4% de la population, cette proportion étant de 64,7% en Suisse. D'ailleurs, le taux de natalité est le plus élevé de Suisse avec 11,4 nouveaux nés pour 1000 habitants en 2007 contre 9,9 en moyenne en Suisse.

Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés pour le canton de Vaud en comparaison avec la Suisse entière

Indicateur	VD	CH	Rang VD ¹	Description de l'indicateur et des sources
Population résidente en 2007				
Femmes	345 652	3 866 480	3	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2007)
Hommes	326 387	3 727 014	3	
Total	672 039	7 593 494	3	
Evolution démographique 2002–2007 (en %)				
Femmes	6,0	3,4	3	Hausse / baisse en % entre 2002 et 2007 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2002–2007)
Hommes	7,0	4,3	3	
Total	6,5	3,8	3	
Structure par âge en 2007 (en %)				
0–14 ans	16,9	15,5	5	Population résidente à la fin de l'année par classe d'âge en % (OFS: ESPOP 2007)
15–34 ans	25,8	25,1	7	
35–49 ans	23,7	24,1	16	
50–64 ans	18,3	19,0	21	
65 ans et plus	15,4	16,4	18	
Taux de natalité en 2007 (pour 1000 habitants)				
	11,4	9,9	1	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants 2007 (OFS: ESPOP, BEVNAT)
Proportion de la population en régions urbaines 2007 (en %)				
	74,8	73,4	10	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente, en % (OFS: ESPOP, repartition selon le recensement de la population 2000)
Proportion d'étrangers en 2007 (en %)				
	29,0	21,1	3	Proportion de la population étrangère résidente rapportée à l'ensemble de la population à fin 2007 (OFS: ESPOP 2007)
Proportion de la population de langue étrangère en 2000 (en %)				
	10,5	9,0	5	Proportion de la population indiquant parler une autre langue principale que les quatre langues nationales (OFS: Recensement de la population 2000)
Niveau de formation des 25–64 ans en 2000 (en %)				
Sans formation post-obligatoire	22,7	22,9	18	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population résidente, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS: Recensement de la population 2000)
Degré secondaire II	45,1	49,2	24	
Degré tertiaire	24,7	21,5	5	
Structure des ménages en 2000				
Nombre de personnes par ménage	2,2	2,2	22	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé, proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages et proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans rapportée à l'ensemble des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans (OFS: Recensement de la population 2000)
Ménages d'une seule personne (en %)	37,8	36,0	4	
Familles monoparentales; ménages (en %)	14,9	13,1	3	
Taux de chômage en 2007 (en %)				
	4,1	2,8	3	Proportion des chômeurs inscrits en 2007 rapportée au nombre de personnes actives selon le recensement de la population 2000 (seco, OFS)

Indicateur	VD	CH	Rang VD ¹	Description de l'indicateur et des sources
Taux d'activité en 2000 (en %)	63,1	65,3	20	Proportion de personnes actives dans la population dès 15 ans (OFS: Recensement de la population 2000)
Structure de l'emploi en 2005 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	5,6	5,3	17	Emplois par secteur économique en proportion de l'ensemble des emplois (OFS: Recensement des entreprises 2005)
Salariés dans le secteur secondaire	19,7	25,5	24	
Salariés dans le secteur tertiaire	74,7	69,2	4	
Revenu équivalent du ménage 2006 (en CHF)	55 212	55 047	8	Revenu moyen net pondéré par taille et composition des ménages (Administration fédérale des contributions AFC 2006)
Taux d'aide sociale 2007 (en %)	4,7	3,1	3	Proportion des bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population (OFS: Statistique de l'aide sociale 2007)
Densité de médecins (pour 1000 habitants)				
Médecins généralistes	0,6	0,6	10	Nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet privé en 2007 pour 1000 habitants (FMH: Statistique médicale 2007)
Médecins spécialistes	1,9	1,5	3	Nombre de médecins spécialistes exerçant en cabinet privé en 2007 pour 1000 habitants (FMH: Statistique médicale 2007)
Dentistes	0,5	0,5	10	Nombre de dentistes pour 1000 habitants en 2007: membres de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) et non-membres reconnus par les assurances sociales (Annuaire médical suisse 2007)
Densité de pharmacies (pour 1000 habitants)	0,4	0,2	5	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 1000 habitants 2007 (Annuaire médical suisse)
Densité de lits d'hospitalisation (pour 1000 habitants)				
Hôpitaux de soins généraux	3,3	3,3	9	Nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants (OFS: Statistique des hôpitaux 2007)
Cliniques spécialisées	2,2	2,1	10	
Densité de places dans les institutions médico-sociales (pour 1000 habitants dès 65 ans)	56	72	23	Nombre de places d'hébergement en service, occupées ou non, au 1 ^{er} janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS: Statistique des institutions médico-sociales 2007)
Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus en jours (médiane)	7,0 (5)	7,3 (5)	19	Moyenne et médiane. Age des patients dès 15 ans, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile, distribution tronquée au 99 ^e percentile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Taux d'hospitalisation 2007 (pour 1000 habitants)	127,5	134,1	20	Hospitalisations dans les hôpitaux de soins aigus (K1), cas intra-muros, cas A, pour 1000 habitants (sorties en 2007) (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale)
Taux d'hospitalisation multiple 2007 (en %)	20,4	19,8	7	Part des personnes hospitalisées plus d'une fois rapportée au total des personnes hospitalisées. Seulement hôpitaux de soins aigus, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile (OFS Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Dépenses cantonales de santé en CHF par personne (y compris dépenses des communes)	1'270	1 085	6	Besoins financiers nets par personne en 2005, selon la classification fonctionnelle point 4 (Administration fédérale de finances AFF, OFS)

¹ Le premier rang signifie que la valeur la plus élevée concerne le canton de Vaud

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

Le canton de Vaud a une longue tradition d'accueil des étrangers: 29,0% de sa population est étrangère. En Suisse, cette part est de 21,1%. Le tissu économique vaudois est dominé par le secteur tertiaire, 74,7% de la population y est employée (4^{ème} rang en Suisse). Le secteur secondaire n'est pas totalement absent avec 19,7% de la population occupée dans ce domaine. La composition de la population en fonction du niveau de formation diffère beaucoup en Suisse. Dans le canton de Vaud, la proportion de personnes de niveau de formation universitaire ou équivalent est relativement élevée (24,7%, 5^{ème} rang en Suisse). En comparaison, dans le canton de Genève, 30,6% de la population a reçu une formation de degré tertiaire contre 13,3% dans le canton d'Uri.

Vaud compte aussi son lot de population précaire

Le revenu annuel d'équivalence du ménage dans le canton de Vaud est supérieur à la moyenne et s'élève en 2006 à 55'212 CHF (8^{ème} place en Suisse). Le canton de Vaud abrite aussi une population dont les conditions de vie sont précaires. Dans le canton de Vaud, le taux de chômage est parmi les plus élevés de Suisse, soit 4,1% de chômeurs contre 2,8% en moyenne en Suisse. Par ailleurs, la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale est l'une des plus importantes de Suisse (Vaud 4,7%, Suisse 3,1%). Comme dans l'ensemble de la Suisse, le canton de Vaud recense un grand nombre de familles monoparentales (14,9%) et de ménages composés d'une seule personne (37,8%). Ces structures de ménage caractérisent les individus les plus exposés à un risque de précarité. En Suisse, les ménages composés de familles monoparentales s'élèvent à 13,1% et ceux ne comptant qu'une seule personne à 36,0%.

Un grand nombre de médecins spécialistes en cabinet privé

Le canton de Vaud se distingue également par les caractéristiques de ses prestataires de soins et par les coûts élevés de son système de santé. Il compte un nombre relativement élevé de médecins spécialistes pratiquant en cabinet privé: en moyenne 1,9 médecins spécialistes pour 1000 habitants, contre 1,5 en Suisse. Depuis l'introduction de la «clause du besoin» au niveau fédéral en 2002, le canton de Vaud cherche à réorienter l'offre médicale en faveur de la médecine de famille. En ce qui concerne les lits d'hospitalisation, la densité en cliniques

spécialisées est relativement élevée (2,2 lits pour 1000 habitants; Suisse 2,1) tandis que celle des lits d'hôpitaux de soins généraux est équivalente à la moyenne suisse (3,3 lits pour 1000 dans le canton et en Suisse).

Un système de santé bien doté

Malgré une durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus plutôt courte, 7,0 jours, un taux d'hospitalisation plus bas que la moyenne suisse (127,5 hospitalisations pour 1000 habitants dans le canton de Vaud, 134,1 en Suisse) et une densité de places dans les institutions médico-sociales faible (56 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus dans le canton, 72 en Suisse), les dépenses cantonales de santé par habitant y sont plus élevées avec un montant de 1270 CHF par personne (en Suisse, 1085 CHF). Une large part de ce financement est attribuée aux soins intra-muros. Ces frais de santé cantonaux sont à mettre en relation avec la présence d'un hôpital universitaire sur le territoire vaudois (Centre hospitalier universitaire vaudois). Les coûts d'une telle infrastructure de soins sont notables et s'expliquent notamment par la complexité des prises en charge qu'il assure, par une large offre de prestations d'intérêt général (médecine communautaire), par sa mission de recherche et formation mais aussi par la charge élevée de ses services. A noter encore que, dans le canton de Vaud, ce ne sont pas seulement les dépenses cantonales de santé qui sont élevées mais aussi les coûts de l'assurance obligatoire des soins (voir chap. 7).

2 Etat de santé

Jean-Luc Heeb (2.1 à 2.4 et 2.6)

Maik Roth (2.5 et 2.6)

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

Le présent chapitre passe en revue différents indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Ces

indicateurs permettent de situer la population vaudoise sur un continuum santé-maladie⁹. Dans un premier temps, la santé subjective – soit la perception, par les personnes interrogées, de leur état de santé – et ses liens avec les trois dimensions de la santé seront présentés (point 2.1). Ensuite, différents aspects de la santé physique (point 2.2), de la santé psychique (point 2.3) et de la santé sociale (point 2.4) seront examinés plus en détail. Une attention particulière sera portée aux rapports que ces trois dimensions de la santé entretiennent entre elles et avec les principaux déterminants sociodémographiques. Le chapitre se termine par la description de la mortalité et des principales causes de décès dans le canton de Vaud (point 2.5), suivie d'un résumé (point 2.6).

2.1 Santé subjective

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

⁹ La sélection des indicateurs tient largement compte des précédents rapports de l'Observatoire suisse de la santé réalisés à partir des données de l'ESS 2002, ce afin de faciliter les comparaisons. Les indicateurs utilisés dans l'ESS 2007 sont parfois différents de ceux de 2002, en particulier pour la santé psychique. Les différences sont signalées dans le texte. Il convient en outre de souligner que les indicateurs reposent exclusivement sur des indications fournies par les personnes interrogées; il s'agit toujours d'une évaluation de la santé du point de vue de ces dernières. Par conséquent, les résultats ne doivent pas être interprétés comme un diagnostic au sens médical, mais comme des auto-évaluations de la santé des personnes interrogées.

Presque neuf Vaudois sur dix jugent leur santé bonne ou très bonne

Dans une très large mesure, les Vaudois estiment être en bonne ou en très bonne santé (85,7%). Un peu plus d'une personne interrogée sur dix juge sa santé moyenne, alors que les répondants considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise sont peu nombreux (figure 2.1). Les hommes déclarent un peu plus souvent être en très bonne santé que les femmes. La santé subjective des Vaudois est comparable à celle de la population suisse dans son ensemble. Entre 2002 et 2007, la part des personnes qui se sentent en bonne ou en très bonne santé semble avoir légèrement augmenté, ce autant dans le canton de Vaud (de 84,3% à 85,7%) que dans l'ensemble de la Suisse (de 85,8% à 86,7%)¹⁰.

La santé subjective est intimement liée à l'âge et à la formation (tableau 2.1). Les autres facteurs sociodémographiques de même que l'appartenance régionale – à l'exception toutefois des cantons du Tessin et de Zurich – jouent un rôle sensiblement plus modeste. Les personnes interrogées évaluent leur santé d'autant plus favorablement qu'elles sont jeunes. Ainsi, presque tous les Vaudois de 15 à 34 ans se déclarent en bonne ou en très bonne santé contre deux tiers des répondants de 65 ans et plus. Un écart similaire s'observe selon le niveau de formation. Sept répondants sur dix qui ont suivi la seule scolarité obligatoire déclarent être en bonne ou en très

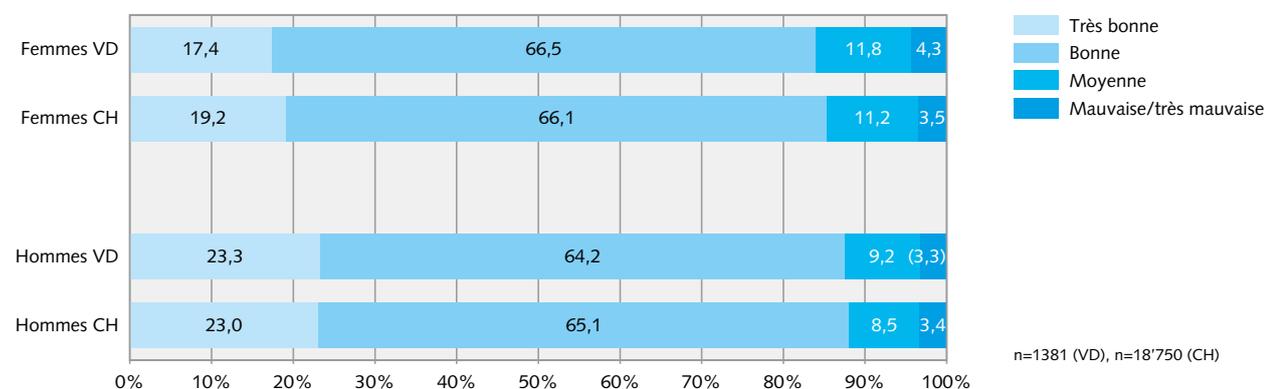
bonne santé. Cette proportion s'élève à environ neuf répondants sur dix chez les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

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

L'âge et la formation comptent parmi les principaux déterminants de la santé (Meyer, 2009; voir point 1.2). Lorsque l'âge augmente, les atteintes à la santé et les infirmités sont plus fréquentes, tandis qu'un faible niveau de formation va souvent de pair avec des ressources limitées pour surmonter les problèmes de santé, mais aussi, par exemple, avec des contraintes physiques au travail. Dès lors, il peut être intéressant d'examiner la santé subjective en considérant simultanément les deux déterminants que sont l'âge et la formation (figure 2.2). La combinaison de ces deux facteurs révèle un écart d'autant plus prononcé entre les classes d'âge que le niveau de formation est bas. C'est surtout chez les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire que la santé subjective se détériore à mesure que l'âge croît. Si le bien-être des répondants de 15 à 34 ans ne se différencie guère selon la formation, les personnes de 50 ans et plus en bonne ou en très bonne santé sont nettement moins nombreuses parmi celles qui ont suivi la scolarité obligatoire que parmi celles qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

Santé subjective selon le sexe, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁰ Ce constat doit cependant être considéré avec prudence, car la question sur la santé subjective figurant dans l'ESS 2002 («Comment allez-vous actuellement?») n'était pas la même que celle de l'ESS 2007.

Tab. 2.1 Santé subjective, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Bonne ou très bonne		Moyenne à très mauvaise	
		VD	CH	VD	CH
Sexe	Femmes	83,9	85,4	16,1	14,6
	Hommes	87,6	88,2	12,4	11,8
Classes d'âge	15–34 ans	96,1	94,7	(3,9)	5,3
	35–49 ans	90,3	90,9	9,7	9,1
	50–64 ans	78,9	82,7	21,1	17,3
	65 ans et plus	67,3	71,8	32,7	28,2
Formation	Scolarité obligatoire	69,9	71,8	30,1	28,2
	Degré secondaire II	86,4	87,8	13,6	12,2
	Degré tertiaire	92,8	92,6	7,2	7,4
Nationalité	Suisses	86,0	87,3	14,0	12,7
	Etrangers	85,0	84,7	15,0	15,3
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	85,0	84,8	15,0	15,2
	De 3000 à 4499 CHF	85,2	86,4	14,8	13,6
	De 4500 à 5999 CHF	84,7	89,2	15,3	10,8
	6000 CHF et plus	92,9	92,1	(7,1)	7,9
Degré d'urbanisation	Ville	85,3	86,5	14,7	13,5
	Campagne	86,9	87,3	13,1	12,7
Comparaison régionale	Suisse	86,7			13,3
	Vaud	85,7			14,3
	Berne	86,6			13,4
	Fribourg	86,9			13,1
	Genève	84,8			15,2
	Neuchâtel	85,3			14,7
	Tessin	80,8*			19,2*
	Valais	86,2			13,8
	Zurich	89,3*			10,7*
	Suisse alémanique	87,5			12,5
	Suisse romande	85,6			14,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1381 (VD), n=18'750 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

La santé subjective reflète la santé physique et psychique

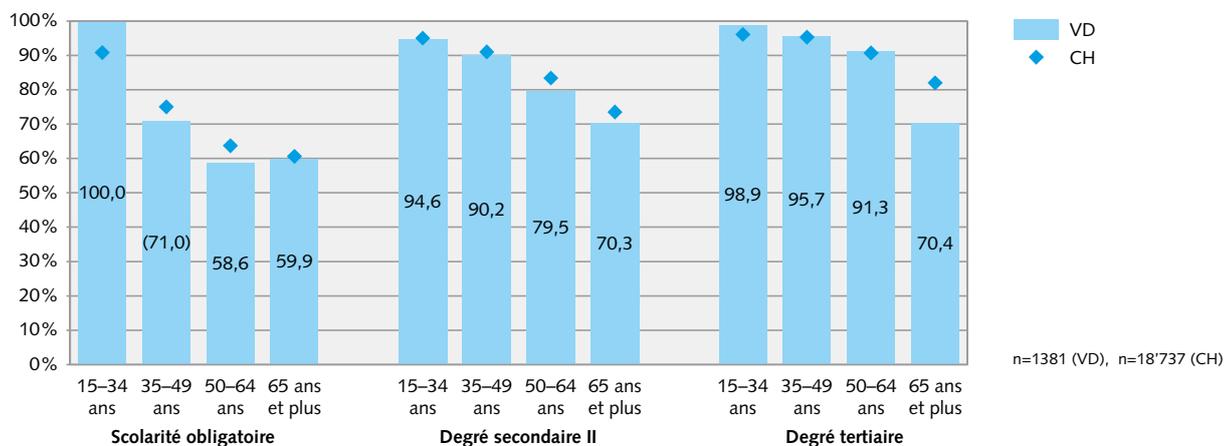
Quel rapport existe-t-il entre la santé subjective et les indicateurs de la santé physique, psychique et sociale? Des études étrangères ont mis en évidence des corrélations entre la santé subjective d'une part, les atteintes à la santé physique et psychique d'autre part (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). On observe des liens semblables dans la population du canton de Vaud et dans la population suisse: les problèmes de santé de longue durée (voir point 2.2.1), les troubles physiques (voir point 2.2.2) et les problèmes psychiques (voir 2.3.1) vont de pair avec une moindre santé subjective (figure 2.3). En comparai-

son avec la santé psychique et surtout physique, les variations de la santé subjective selon la santé sociale, mesurée par le sentiment de solitude (voir point 2.4.1), sont moins affirmées.

Les problèmes de santé de longue durée et les troubles physiques importants ont un effet particulièrement défavorable sur la santé subjective. Seuls 60% environ des Vaudois interrogés évoquant un problème de santé de longue durée et 70% de ceux qui sont atteints de troubles physiques jugent leur état de santé bon ou très bon. Ces proportions s'élèvent à 95% chez les répondants sans problème de santé de longue durée ou qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Le lien entre la santé subjective et les problèmes psychiques est moins prononcé: environ trois quarts des personnes

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.2



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

qui déclarent des problèmes psychiques moyens ou importants s'estiment en bonne ou en très bonne santé contre neuf sur dix chez les personnes ayant de faibles problèmes psychiques. Enfin, environ huit Vaudois sur dix éprouvant des sentiments de solitude – qu'ils soient occasionnels ou fréquents – se considèrent en bonne ou en très bonne santé contre neuf répondants sur dix ne se sentant jamais seuls.

Le cumul d'atteintes à la santé physique et à la santé psychique influe encore plus nettement sur la santé subjective. Ainsi, chez les Vaudois qui présentent simultanément un problème de santé de longue durée et des problèmes psychiques moyens ou importants, 53,2% des répondants considèrent être en bonne ou en très bonne santé (CH: 45,9%). Ce taux est de 69,3% (62,4%) chez les personnes déclarant à la fois des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens ou importants.

2.2 Santé physique

La santé subjective est étroitement liée à la santé physique. Dans ce qui suit, on examinera d'abord plus avant les problèmes de santé de longue durée (point 2.2.1) et les troubles physiques (point 2.2.2) dont il vient d'être question. Puis, on abordera les limitations passagères (point 2.2.3) et durables (point 2.2.4) – provoquées essentiellement par des atteintes à la santé physique – affectant l'accomplissement des activités quotidiennes. Il sera ensuite question de facteurs de risque pour la santé

physique par le biais de l'exemple, particulièrement pertinent du point de vue de la prévention, des maladies cardio-vasculaires (point 2.2.5). Enfin, les accidents (point 2.2.6) et les chutes (point 2.2.7) en tant qu'atteintes majeures à la santé physique seront passés en revue.

2.2.1 Problèmes de santé de longue durée

Un quart des Vaudois interrogés déclarent un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique au moment de l'enquête¹¹ (tableau 2.2). Les problèmes de santé de longue durée paraissent un peu moins fréquents dans le canton de Vaud qu'à l'échelle de la Suisse (25,6% vs 27,3%; n.s.).

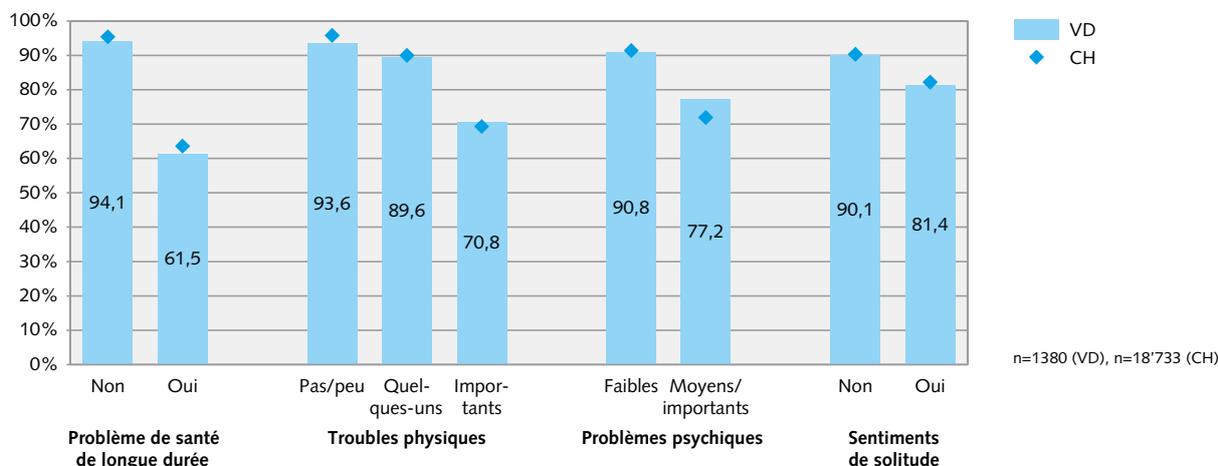
Les problèmes de santé de longue durée augmentent selon l'âge

Les problèmes de santé de longue durée augmentent continuellement selon l'âge. Ils sont jusqu'à trois fois plus fréquents chez les 65 ans et plus que chez les 15-34 ans (figure 2.4). Chez les personnes de 65 ans et plus, les femmes sont plus souvent touchées que les hommes. Dans le canton de Vaud, les répondants de cette classe d'âge semblent moins souvent confrontés à des problèmes de santé de longue durée que dans l'ensemble de la Suisse.

¹¹ La question était formulée ainsi: «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps?» En raison de formulations différentes, les comparaisons avec l'ESS 2002 ne sont pas possibles.

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.3



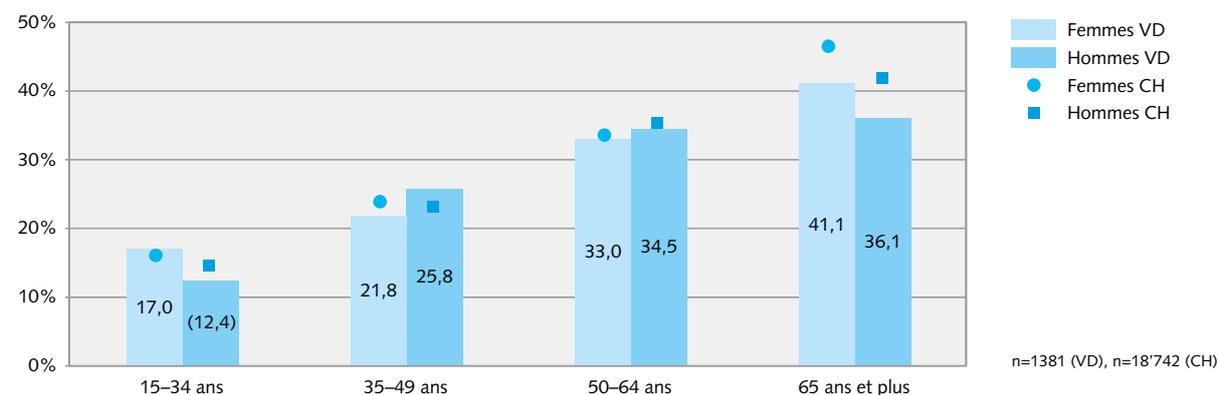
Sentiments de solitude: non: jamais de sentiments de solitude, oui: parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.4



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les problèmes de santé de longue durée sont un peu plus fréquents chez les répondants ayant suivi la seule scolarité obligatoire que chez ceux qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire (tableau 2.2). Ils se rencontrent également plus souvent chez les citoyens suisses que chez les étrangers. Par rapport à l'ensemble du pays, les problèmes de santé de longue durée s'observent plus fréquemment dans le canton de Berne, tandis qu'ils sont plus rares au Tessin et en Valais.

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

Les problèmes de santé de longue durée peuvent considérablement diminuer la santé subjective (voir point 2.1). Cependant, les ressources personnelles et sociales sont susceptibles de contribuer à surmonter les conséquences de problèmes de santé de longue durée. A titre d'exemple de telles ressources, on peut citer le sentiment de maîtrise de la vie, c'est-à-dire la conviction de pouvoir influencer le cours de sa propre vie (voir point 2.3.2), et le soutien social, appréhendé ici par le biais de l'existence de sentiments de solitude (voir point 2.4.1).

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

		Problème de santé de longue durée		Troubles physiques importants	
		VD	CH	VD	CH
Sexe	Femmes	26,3	28,2	34,3	30,8
	Hommes	24,9	26,3	18,7	17,3
Classes d'âge	15–34 ans	14,6	15,4	24,1	22,3
	35–49 ans	23,8	23,5	26,5	23,3
	50–64 ans	33,7	34,5	26,6	23,3
	65 ans et plus	38,8	44,5	30,9	29,4
Formation	Scolarité obligatoire	29,2	33,4	32,0	32,3
	Degré secondaire II	25,2	26,5	25,3	24,0
	Degré tertiaire	24,5	25,9	26,2	20,2
Nationalité	Suisses	27,9	28,6	26,3	24,4
	Etrangers	19,4	22,1	27,4	23,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	24,0	26,1	31,1	26,3
	De 3000 à 4499 CHF	26,8	29,6	27,1	24,1
	De 4500 à 5999 CHF	27,0	28,3	25,4	23,1
	6000 CHF et plus	24,1	26,1	18,9	19,5
Degré d'urbanisation	Ville	25,0	27,6	26,9	24,7
	Campagne	27,1	26,3	25,6	22,6
Comparaison régionale	Suisse		27,3		24,2
	Vaud		25,6		26,6
	Berne		30,4*		23,1
	Fribourg		27,8		22,6
	Genève		24,7		27,2
	Neuchâtel		26,5		25,6
	Tessin		21,9*		26,0
	Valais		24,3*		26,4
	Zurich		27,4		25,0
	Suisse alémanique		28,2		23,4
Suisse romande		25,6		26,1	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problème de santé de longue durée: n=1070 (VD), n=18'742 (CH); troubles physiques n=999 (VD), n=17'421 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

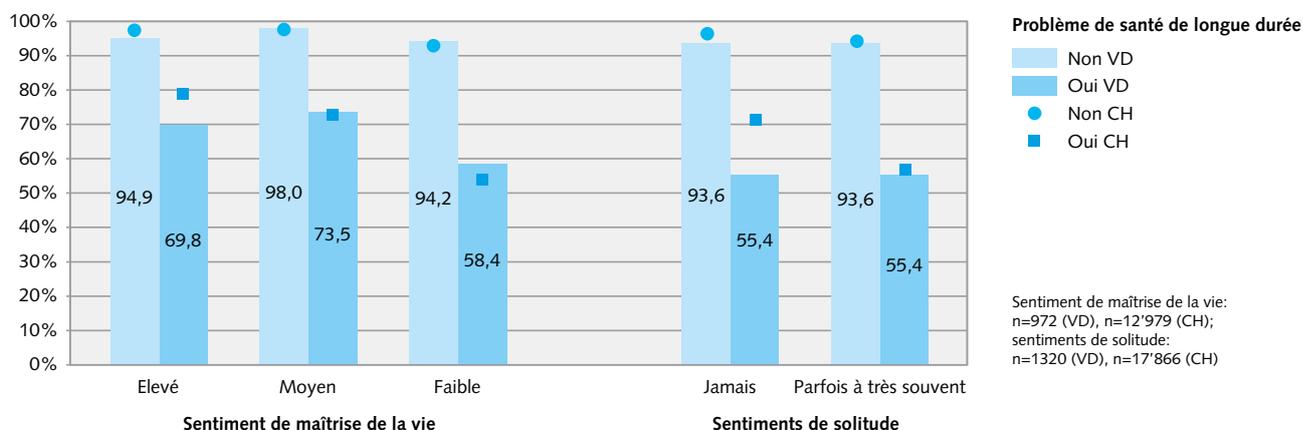
La santé subjective des personnes évoquant un problème de santé de longue durée est d'autant meilleure qu'elles font état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou qu'elles déclarent ne jamais éprouver de sentiments de solitude (figure 2.5).

En présence d'un problème de santé de longue durée, 58,4% des Vaudois ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie et 55,4% de ceux qui éprouvent des sentiments de solitude déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Ces proportions s'élèvent à environ sept personnes sur dix lorsque le sentiment de maîtrise de la vie

est moyen ou élevé de même qu'en l'absence de sentiments de solitude. Chez les répondants n'ayant aucun problème de santé de longue durée, les facteurs précités ne jouent pratiquement aucun rôle. Les ressources personnelles et sociales semblent ainsi contribuer à réduire les différences en termes de santé subjective entre les personnes connaissant un problème de santé de longue durée et celles qui n'en présentent pas.

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

Fig. 2.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.2.2 Troubles physiques

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

Les maux de dos, les insomnies, la faiblesse ou la lassitude et les maux de tête sont fréquents

Dans le canton de Vaud, les troubles physiques les plus répandus sont les maux de dos et de reins (44,9%). Ils sont suivis à égalité des difficultés d'endormissement et insomnies d'une part (39,7%), d'un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude d'autre part (39,4%), puis des maux de tête et autres douleurs du visage (35,0%). Les maux de ventre et ballonnements (29,2%), la diarrhée et la constipation (20,6%) et, surtout, les douleurs dans la poitrine (9,6%) et les irrégularités cardiaques (7,3%) sont plus rarement cités. La plupart des personnes interrogées n'évoquent que de légers troubles physiques (réponse «un peu»). De forts troubles (réponse «beaucoup») s'observent surtout pour les maux de dos et de reins d'une part, les difficultés d'endormissement et insomnies d'autre part; près d'un Vaudois sur dix est concerné par chacun de ces troubles. Quelque 6% à 7% des répondants se plaignent par ailleurs de forts troubles physiques en rapport avec un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude ou de maux de tête et autres douleurs du visage.

Les huit indicateurs ont été réunis pour examiner les troubles physiques dans leur ensemble en distinguant les catégories suivantes: troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles¹². Dans le canton de Vaud, plus de six personnes interrogées sur dix présentent des troubles importants (26,6%) ou quelques troubles (35,3%). Les troubles physiques importants paraissent un peu plus fréquents dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse, tandis que les atteintes dues à la présence de quelques troubles ont une fréquence similaire¹³. La fréquence des troubles physiques est semblable en 2002 et en 2007 (respectivement 61,8% et 61,9%). A l'échelle de la Suisse, une légère hausse semble apparaître (respectivement 58,8% et 59,7%).

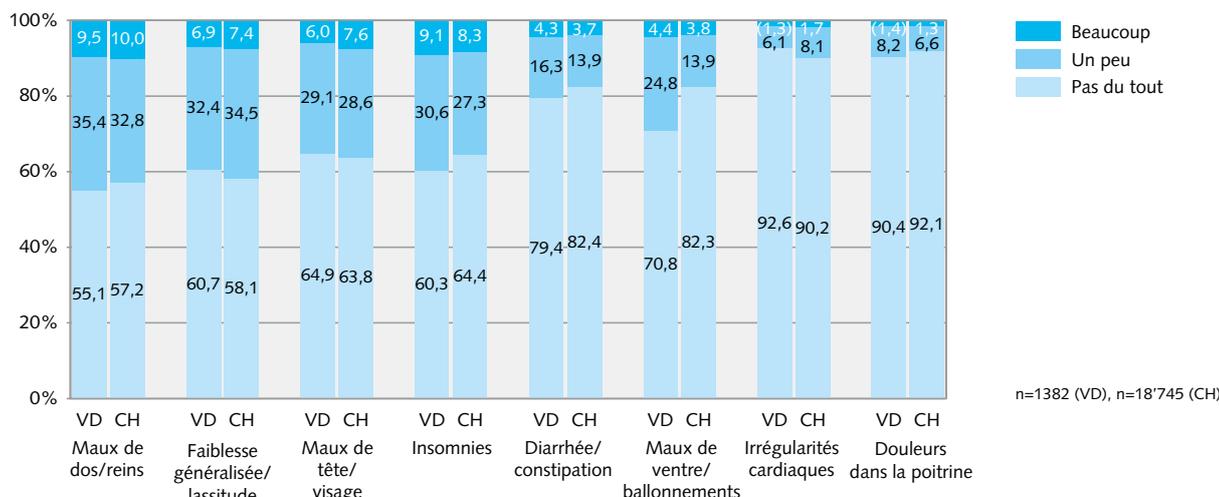
Les troubles physiques s'accompagnent souvent de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, les Vaudois déclarant un problème de santé de longue durée sont deux fois plus nombreux à se plaindre de troubles physiques importants que ceux qui ne connaissent pas de tel problème (42,3% vs 21,4%). Inversement, les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques se rencontrent plus fréquemment dans le groupe de personnes ne déclarant pas de problème de santé de longue durée que dans le groupe ayant de tels problèmes (42,4% vs 25,5%).

¹² Pour les différents troubles, des points ont été attribués aux trois catégories: pas du tout (0 point), un peu (1) et beaucoup (2). Avec un total de 8 points ou plus, les troubles sont qualifiés d'importants. Il est question de quelques troubles lorsque le total est compris entre 4 et 7 points et de peu ou pas de troubles lorsqu'il ne dépasse pas 3 points. Les personnes atteintes de fièvre ont été exclues afin de ne pas tenir compte de maladies telles la grippe (voir OFS, 2008a).

¹³ Les pourcentages s'élèvent respectivement à 24,2% et à 35,5%.

Troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.6



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les troubles physiques sont fréquents chez les femmes

Contrairement aux problèmes de santé de longue durée, la fréquence des troubles physiques varie selon le sexe et, de manière moindre, selon l'âge (figure 2.7). Les femmes vaudoises signalent plus fréquemment des troubles physiques que les hommes vaudois. Quelle que soit la classe d'âge, environ sept femmes interrogées sur dix mentionnent des troubles contre un peu plus d'un homme sur deux. Il apparaît également que les femmes et les hommes se démarquent le plus quant aux troubles physiques importants: les femmes évoquent presque deux fois plus souvent de tels troubles que les hommes (34,3% vs 18,7%). La présence de troubles physiques – qu'ils soient importants ou qu'il s'agisse de quelques troubles – ne dépend que dans une faible mesure de l'âge. Par contre, la part de femmes faisant état de troubles physiques importants croît selon l'âge: entre 15 et 34 ans, trois femmes sur dix sont concernées contre quatre sur dix dès 65 ans. En même temps, la part de femmes signalant quelques troubles physiques diminue selon l'âge. Chez les hommes, on n'observe pas de variations semblables en rapport avec l'âge.

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

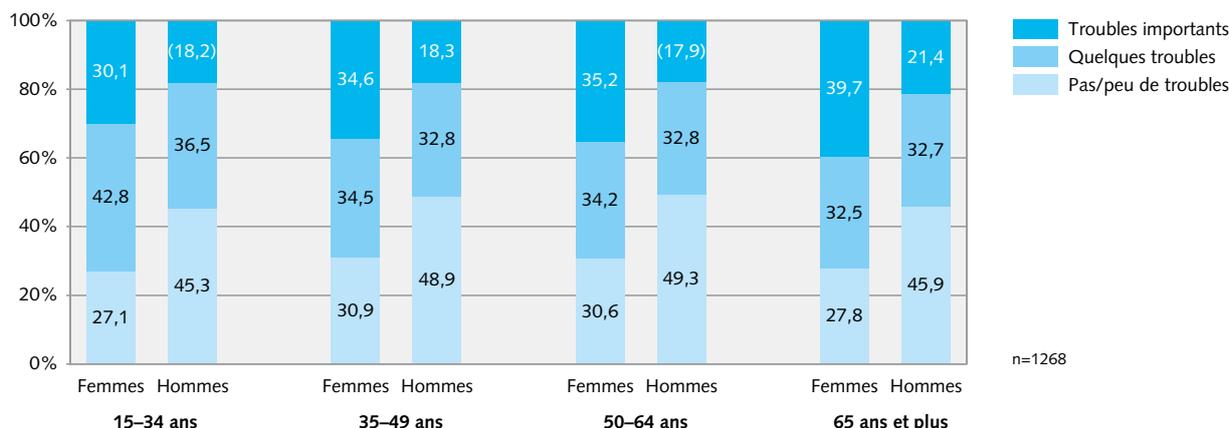
2.2.3 Limitations passagères dans les activités habituelles

L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles peut avoir des conséquences défavorables au plan à la fois personnel, familial et économique. Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 12,0% des personnes interrogées dans le canton de Vaud – 17,1% à l'échelle de la Suisse – n'avaient pas pu exercer leurs activités comme elles en ont l'habitude pour des raisons de santé¹⁴. Durant ce même laps de temps, les Vaudois se trouvant dans l'incapacité de poursuivre normalement leurs activités n'avaient pas pu vaquer comme de coutume à leurs occupations pendant 8,4 jours en moyenne. Dans l'ensemble de la Suisse, on observe une durée voisine de 8,1 jours. La part des personnes se trouvant dans l'incapacité d'effectuer leurs activités comme d'habitude est similaire en 2002 et en 2007 dans le canton de Vaud (respectivement 12,3% et 12,0%), tandis qu'elle a légèrement crû dans l'ensemble de la Suisse (respectivement 15,2% et 17,1%). En 2002, la durée moyenne des limitations passagères dans les activités habituelles semble plus longue dans le canton de Vaud, tandis qu'elle n'a que peu varié dans l'ensemble de la Suisse (respectivement 9,6 et 8,2 jours). L'incapacité d'accomplir ses acti-

¹⁴ Part des personnes qui ont répondu par au moins un jour à la question: «Pendant combien de jours avez-vous été handicapé(e) par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines?».

Troubles physiques selon le sexe et l'âge, canton de Vaud, 2007

Fig. 2.7



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

vités habituelles est avant tout due à des maladies, et ce dans le canton de Vaud plus souvent que dans l'ensemble de la Suisse (respectivement 80,3% et 72,9%). Les accidents en sont à l'origine dans un peu plus d'un cas sur dix (respectivement 11,3% et 14,4%).

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

Les limitations passagères dans les activités habituelles se manifestent surtout en cas de problème de santé de longue durée et de troubles physiques, bien que ce lien semble moins prononcé dans le canton de Vaud qu'à l'échelle de la Suisse (figure 2.8). Environ deux Vaudois sur dix déclarant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants n'ont pas pu se consacrer comme d'habitude à leurs activités au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Les personnes interrogées n'ayant pas de problème de santé de longue durée ou présentant quelques troubles physiques déclarent deux fois moins souvent être limitées dans leurs activités habituelles. Quant aux répondants n'ayant que peu ou pas de troubles physiques, moins d'un sur vingt est concerné. La durée de l'incapacité est également plus longue en présence d'un problème de santé de longue durée ou de troubles physiques importants. Chez les personnes qui ont un tel problème ou de tels troubles, la durée est en moyenne deux fois plus longue que chez les autres répondants.

2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne

Lorsque l'âge avance, les problèmes de santé sont plus fréquents, entraînant des limitations fonctionnelles et restreignant l'autonomie dans la vie de tous les jours. Il en résulte une augmentation du besoin d'aide et de soins. La présente section traite de l'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Il y sera question de limitations fonctionnelles dans les activités de base, comme se nourrir ou s'habiller, et dans les activités instrumentales, comme préparer les repas ou faire les courses¹⁵.

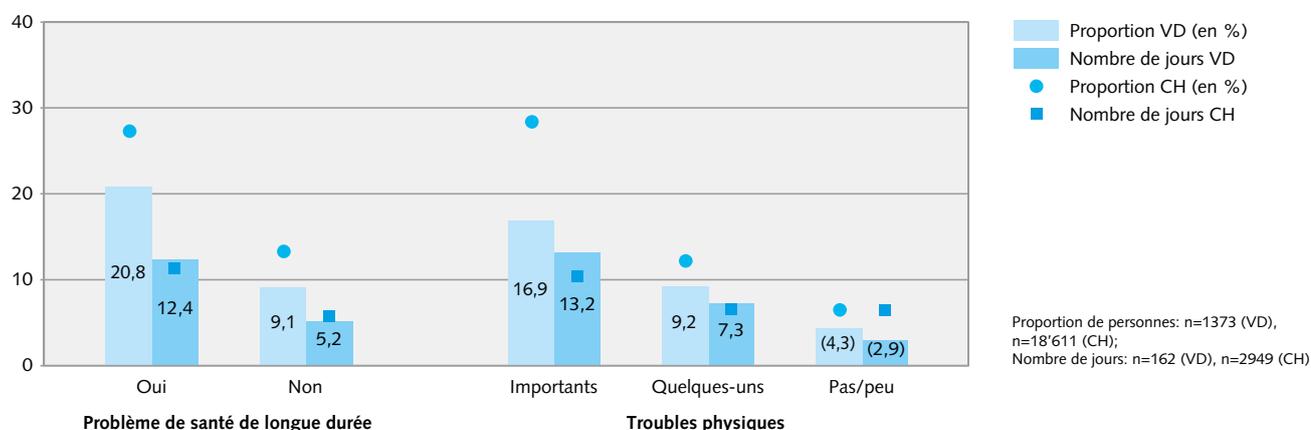
Dans le canton de Vaud, une personne interrogée sur sept déclare rencontrer des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (13,8%; CH: 14,4%)¹⁶. Les activités instrumentales occasionnent environ quatre fois plus souvent des difficultés que les activités de base (VD: 13,4% vs 3,4%; CH: 14,0% vs 3,4%). Les difficultés à effectuer les activités de base de

¹⁵ L'ESS 2007 recense cinq activités de base de la vie quotidienne (ou BADL, basic activities of daily living en anglais; voir Katz et al., 1963), soit: se nourrir; se coucher et se lever du lit, se lever d'un fauteuil; s'habiller et se déshabiller; aller aux toilettes; prendre un bain ou une douche. De plus, les huit activités instrumentales (ou IADL, instrumental activities of daily living en anglais; voir Lawton & Brody, 1969) suivantes ont été recensées: préparer les repas; téléphoner; faire les achats; faire la lessive; effectuer de petits travaux ménagers; effectuer occasionnellement de gros travaux ménagers; tenir ses comptes; utiliser les transports publics. Comme l'ESS a été conduite auprès de ménages privés, les personnes ayant des besoins élevés en aide et en soins sont vraisemblablement sous-représentées.

¹⁶ La question sur les activités de base était formulée ainsi: «Je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficulté, ou pas du tout». Celle sur les activités instrumentales avait la teneur suivante: «Je vais énumérer d'autres activités quotidiennes. Dites-moi, pour chacune d'elles, ...». Dans le texte, les personnes qui rencontrent des difficultés sont celles qui, pour au moins une activité, ont choisi l'une des trois dernières possibilités de réponse.

Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité¹ selon différents indicateurs de santé
canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)

Fig. 2.8



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

la vie quotidienne vont en général de pair avec des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités instrumentales. Chaque activité de base occasionne des difficultés à environ 2% des répondants. Cette proportion s'élève jusqu'à 4% pour les différentes activités instrumentales, environ une personne sur dix éprouvant des difficultés à accomplir occasionnellement de gros travaux ménagers.

Dès 65 ans, les activités quotidiennes posent des difficultés à plus d'un tiers des personnes

Les difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne dépendent fortement de l'âge (figure 2.9). Dès 65 ans, autant les femmes que les hommes mentionnent jusqu'à environ quatre fois plus souvent de telles difficultés que les personnes plus jeunes. Toujours dans la classe d'âge de 65 ans et plus, les femmes rencontrent plus fréquemment des difficultés que les hommes.

Parmi les personnes interrogées de 65 ans et plus, un tiers ont des difficultés à accomplir des activités instrumentales (figure 2.10). Dans cette classe d'âge, les activités de base posent également des difficultés à une personne sur dix. En même temps, l'autonomie dans la vie quotidienne est essentiellement mise à mal par les atteintes à la santé physique: en comparaison avec la population totale, les personnes déclarant des troubles physiques importants ou un problème de santé de lon-

gue durée rencontrent deux fois plus souvent des difficultés à effectuer des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne.

Environ six Vaudois sur dix de 65 ans et plus qui ont un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants évoquent des difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales¹⁷. En l'absence de problème de santé de longue durée – toujours dans le groupe des 65 ans et plus –, environ une personne sur quatre est concernée; chez les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques, moins d'une personne sur cinq est touchée¹⁸.

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

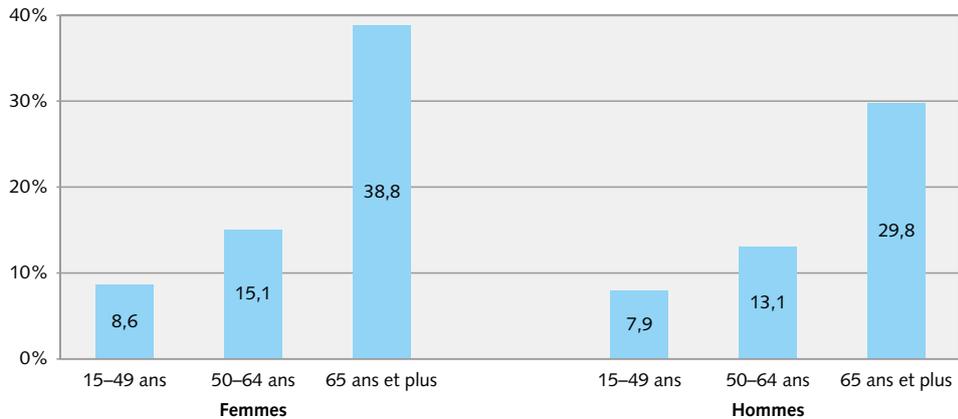
En lien avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il sera encore brièvement question des problèmes d'ouïe, de vue et de locomotion. Les personnes âgées sont les premières touchées par ces problèmes. Parmi les Vaudois de 65 ans et plus, une personne sur six déclare ne pas avoir une vue suffisante pour lire, ou alors seulement avec de grandes difficultés, un livre ou un journal (16,8%; CH: 10,4%). Un peu moins souvent –

¹⁷ Problème de santé de longue durée: VD 57,2%, CH 49,7%; troubles physiques importants: respectivement 62,5% et 53,7%

¹⁸ Aucun problème de santé de longue durée: VD 27,2%, CH 23,3%; peu ou pas de troubles physiques: respectivement 19,3% et 18,4%. Le pourcentage de 19,3% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

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

Fig. 2.9



n=18'752

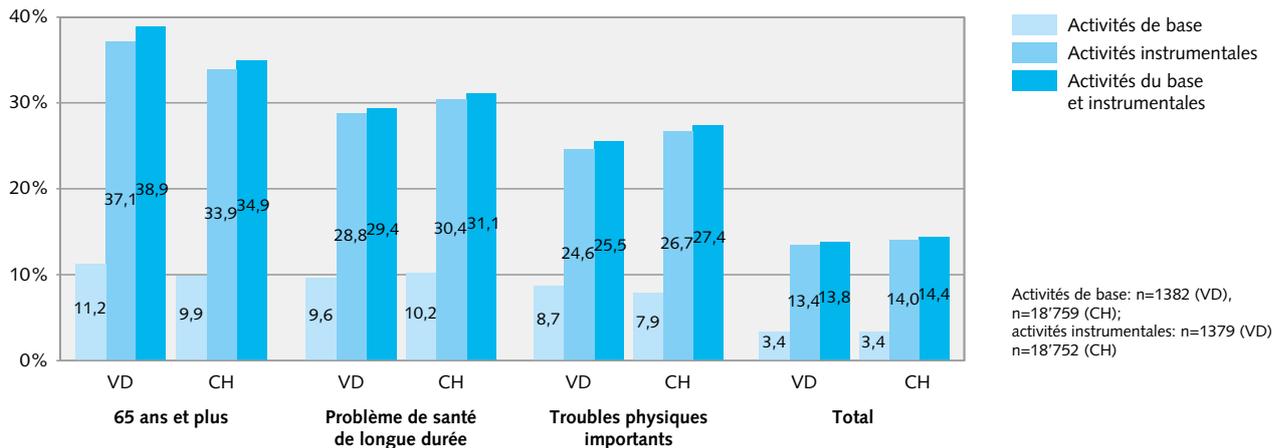
Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne: activités de base et activités instrumentales réunies

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.10



Activités de base: n=1382 (VD), n=18'759 (CH);
activités instrumentales: n=1379 (VD), n=18'752 (CH)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

dans un cas sur dix –, les répondants ne peuvent pas suivre une conversation à laquelle participent deux autres personnes (respectivement 10,2% et 13,2%). Une part similaire des Vaudois de 65 ans et plus ne parviennent pas à parcourir à pied une distance de 200 mètres sans s'arrêter et sans rencontrer de difficultés (respectivement 8,6%¹⁹ et 9,6%)²⁰. Environ une personne sur cinq de 65 ans et plus évoque l'un des trois problèmes cités, tandis qu'une sur vingt signale plusieurs problèmes à la fois.

¹⁹ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

²⁰ Chez les Vaudois de 15 ans et plus, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 5,4%, à 3,1% et à 2,6% (CH: 4,3%, 5,0% et 2,8%).

Une forte association se dessine entre les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne et les problèmes d'ouïe, de vue ou de locomotion. Environ une personne sur dix qui ne déclare aucun problème d'ouïe, de vue et de locomotion fait état de difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (VD: 9,0%; CH: 10,1%). Lorsqu'il existe un problème de ce type, ce sont plus de la moitié des répondants vaudois qui évoquent des difficultés (57,5%; CH: 47,0%); en présence de deux ou trois problèmes, il s'agit de neuf personnes sur dix (respectivement 90,8%²¹ et 83,0%).

²¹ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont non seulement la principale cause de mortalité, mais aussi l'une des plus fréquentes causes d'hospitalisation dans la population suisse. Les maladies chroniques des vaisseaux coronaires (maladies cardiaques ischémiques) et les maladies cérébro-vasculaires (infarctus cérébral, hémorragies cérébrales) jouent un rôle prépondérant en tant que causes de mortalité (Meyer et al., 2009; voir aussi point 2.5). Dans près d'une hospitalisation sur dix, le diagnostic principal est une maladie cardio-vasculaire (OFS, 2008c)²². Les maladies cardiaques ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires représentent respectivement 6,2% et 3,3% de la charge totale de morbidité en Suisse²³ (OCDE, 2006). La prévention des risques associés aux maladies cardio-vasculaires permet d'agir de manière ciblée sur la mortalité et la morbidité. Du point de vue de la prévention, les facteurs de risque susceptibles d'être modifiés, en particulier par l'adoption d'un comportement adéquat, sont particulièrement intéressants.

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

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

Le surpoids et l'obésité constituent le facteur de risque le plus fréquent, suivis du tabagisme (tableau 2.3). Presque quatre Vaudois sur dix sont en surpoids ou obèses et plus d'un quart fument. Environ un répondant sur six est concerné par l'hypertension artérielle ou un taux élevé de cholestérol²⁴. La fréquence des facteurs de risque se situe dans la moyenne suisse, à l'exception de l'hypercholestérolémie. A l'instar des cantons de Genève et du Tessin, un taux de cholestérol élevé est nettement plus souvent mentionné dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse. Souvent, ces facteurs de risque sont concomitants. Ainsi, 34,9% des Vaudois (CH: 35,3%) ne présentent aucun des quatre facteurs de risque, 40,1% (39,7%) un facteur et 25,0% (25,1%) plusieurs facteurs. A cet égard, il convient de signaler le rapport entre le surpoids et l'obésité d'une part, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie d'autre part. En effet, les Vaudois en surpoids ou obèses font près de trois fois plus souvent état d'hypertension artérielle (29,9%; CH: 28,3%) que les Vaudois ayant un poids normal ou se trouvant en sous-poids (respectivement 11,4% et 10,1%). En cas de surpoids ou d'obésité, un taux élevé de cholestérol (VD: 23,1%; CH: 16,6%) est plus de deux fois plus fréquent qu'en cas de poids normal ou de sous-poids (respectivement 10,2% et 7,3%).

La distribution des différents facteurs de risque dépend en grande partie du sexe et de l'âge (tableau 2.3). D'une part, les femmes présentent plus rarement les facteurs de risque en question, en particulier le surpoids et l'obésité. D'autre part, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie de même que le surpoids et l'obésité sont d'autant plus fréquents que l'âge augmente. Les personnes jeunes ne font que rarement état d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie, tandis que chez les 65 ans et plus, l'hypertension artérielle concerne la moitié des Vaudois interrogés, un peu moins d'un tiers ayant un taux de cholestérol élevé. Le surpoids et l'obésité s'observent chez un répondant sur deux âgé

²² En 2007, sur un total de 1'509'181 cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation recensés dans la Statistique médicale des hôpitaux, 142'283 étaient imputables à des maladies cardio-vasculaires (chapitre IX de l'ICD).

²³ La charge totale de morbidité (global burden of disease en anglais) correspond aux années de vie en bonne santé perdues pour cause de problèmes de santé ou de mortalité prématurée (exprimée en DALY, disability-adjusted life years en anglais, ou AVCI, années de vie corrigée de l'incapacité en français). Les termes français font référence à la terminologie de l'OMS (2000).

²⁴ Il est question d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie lorsque la personne interrogée déclare que sa pression artérielle respectivement son taux de cholestérol est trop élevé au moment de l'enquête ou qu'elle a pris un antihypertenseur respectivement un médicament hypocholestérolémiant au cours des sept jours précédant l'enquête. Cette définition concorde avec le codage utilisé dans l'ESS 2002, ce qui permet d'effectuer des comparaisons avec les travaux antérieurs (OFS, 2008d). Il convient cependant de rappeler qu'il s'agit ici d'indications fournies par les personnes interrogées elles-mêmes; en même temps, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie ne sont en principe pas directement décelables, mais demandent une mesure. Des changements intervenus depuis la dernière mesure, voire l'absence d'une telle mesure, ou des problèmes de mémoire peuvent fausser les indications recueillies.

de 65 ans et plus, soit deux fois plus souvent que chez les 15–34 ans. Le tabagisme est le seul facteur de risque qui est moins fréquent chez les personnes âgées que chez les jeunes répondants.

Enfin, on relèvera le lien que le surpoids et l'obésité entretiennent avec le niveau de formation, les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire paraissant particulièrement exposées (voir aussi point 3.2). Par ailleurs, les répondants qui ont achevé une formation de degré secondaire II sont ceux qui fument le plus (voir aussi point 3.3).

2.2.6 Accidents

La santé physique est souvent mise à mal par un accident. Actuellement, le nombre d'accidents non professionnels – en recul – est estimé à environ un million par an en Suisse (voir Niemann et al., 2008). Environ 1800 de ces accidents ont une issue fatale. La proportion d'accidents mortels est presque deux fois plus élevée pour les accidents de la circulation que pour les autres accidents non professionnels. Néanmoins, toujours en ce qui concerne les accidents non professionnels, quatre acci-

Tab. 2.3 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Hypertension artérielle		Hypercholestérolémie		Surpoids/obésité ¹		Tabagisme	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH	VD	CH
Sexe	Femmes	15,0	15,6	12,0	8,8	27,1	29,8	21,4	23,6
	Hommes	20,4	17,4	17,5	12,4	48,2	48,5	31,3	32,3
Classes d'âge	15–34 ans	(3,7)	2,5	.	1,1	23,3	23,3	35,4	35,1
	35–49 ans	(7,4)	7,6	12,9	6,3	37,3	38,0	29,8	30,4
	50–64 ans	27,1	22,1	22,9	15,7	46,5	48,7	21,8	27,0
	65 ans et plus	50,4	46,3	30,3	24,9	49,8	50,6	9,6	12,6
Formation	Scolarité obligatoire	30,4	24,6	19,5	13,0	48,0	53,0	19,5	23,2
	Degré secondaire II	17,3	16,0	13,5	9,6	36,9	37,5	28,6	30,0
	Degré tertiaire	12,1	13,8	14,4	11,5	34,0	35,5	25,6	25,3
Nationalité	Suisses	19,5	17,6	15,9	11,0	36,9	38,2	26,2	26,9
	Etrangers	12,4	11,6	(11,1)	8,3	39,8	41,9	26,6	31,6
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	15,2	14,3	14,9	8,2	40,5	39,3	27,3	28,1
	De 3000 à 4499 CHF	18,9	18,5	12,0	11,9	36,5	40,6	24,0	27,4
	De 4500 à 5999 CHF	20,1	18,2	15,4	12,0	36,7	38,2	28,3	29,6
	6000 CHF et plus	17,7	16,2	(16,1)	12,1	33,4	35,7	29,3	29,7
Degré d'urbanisation	Ville	16,4	16,8	14,2	10,8	34,9	37,7	25,8	28,4
	Campagne	21,2	15,7	15,9	9,7	45,0	42,5	27,9	26,5
Comparaison régionale	Suisse	16,5		10,5		38,9		27,9	
	Vaud	17,7		14,6*		37,6		26,4	
	Berne	18,6*		11,0		42,9*		26,4	
	Fribourg	14,0		10,1		39,4		26,3	
	Genève	14,8		14,3*		37,9		29,4	
	Neuchâtel	20,2*		11,7		41,0		27,7	
	Tessin	17,9		13,4*		39,9		27,4	
	Valais	12,9*		11,9		40,2		28,7	
	Zurich	17,0		9,9		35,0*		29,3	
	Suisse alémanique	16,6		9,4		38,9		28,0	
	Suisse romande	16,0		13,1		38,8		27,7	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Hypertension artérielle: n=1244 (VD), n=16'966 (CH); hypercholestérolémie: n=1127 (VD), n=14'730 (CH); surpoids/obésité: n=1325 (VD), n=17'879 (CH); tabagisme: n=1382 (VD), n=18'754 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

¹ Les pourcentages portant sur le surpoids et l'obésité se réfèrent aux 18 ans et plus.

dents mortels sur cinq et neuf accidents non mortels sur dix ont lieu au domicile, durant les loisirs ou lors de la pratique d'un sport.

Chaque année, plus d'une personne sur six est victime d'un accident

Dans le canton de Vaud, plus d'une personne interrogée sur six a eu un accident au cours des douze mois précédant l'enquête²⁵ (figure 2.11). Un peu moins de la moitié des personnes accidentées se sont blessées en pratiquant un sport ou un jeu, environ un tiers au domicile ou au jardin. Un peu moins souvent, il s'agit d'un accident de travail, tandis qu'une personne accidentée sur dix évoque un accident de la circulation. Dans le canton de Vaud, la fréquence des accidents est comparable à l'ensemble de la Suisse, et cela tant en 2007 (respectivement 18,2% et 17,7%) qu'en 2002 (respectivement 18,1% et 17,2%). Le risque d'accident est le plus élevé entre 15 et 34 ans, une personne sur quatre étant concernée (tableau 2.4). Ce risque diminue à mesure que l'âge augmente. Dès 65 ans, un répondant sur huit signale un accident.

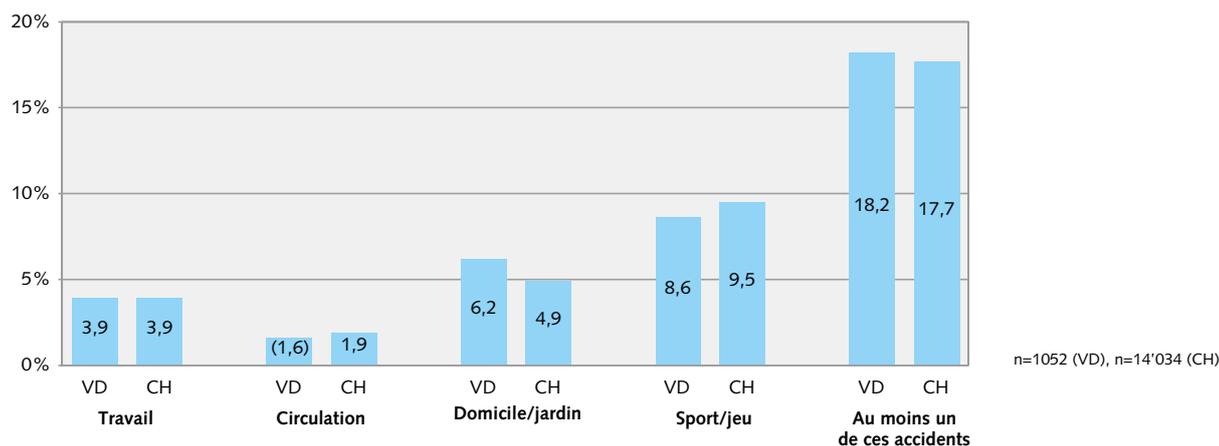
Après un accident, il faut souvent compter avec des limitations dans la vie quotidienne. Selon le type d'accident, des différences apparaissent. A l'échelle de la Suisse, les conséquences sont les plus marquées pour les accidents de travail, ces derniers entraînant une incapacité de travail d'au moins un jour chez 62,0% des répondants déclarant un tel accident. A la suite d'un accident de la circulation, 46,1% des personnes accidentées n'ont pas pu accomplir leurs activités comme à l'accoutumée. Cette part s'élève à 36,7% en cas d'accident au domicile ou au jardin et à 34,8% en cas d'accident de sport ou de jeu²⁶.

Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident

Le risque d'accident dépend fortement du sexe (figure 2.12). Chez les femmes, la fréquence des accidents est un peu plus élevée chez les 15-34 ans que dans les trois autres classes d'âge; chez les hommes, cette fréquence diminue continûment à mesure que l'âge augmente. Les hommes jeunes, âgés de 15 à 34 ans, sont particulièrement exposés; ils sont deux fois plus souvent victimes

Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 2.11



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

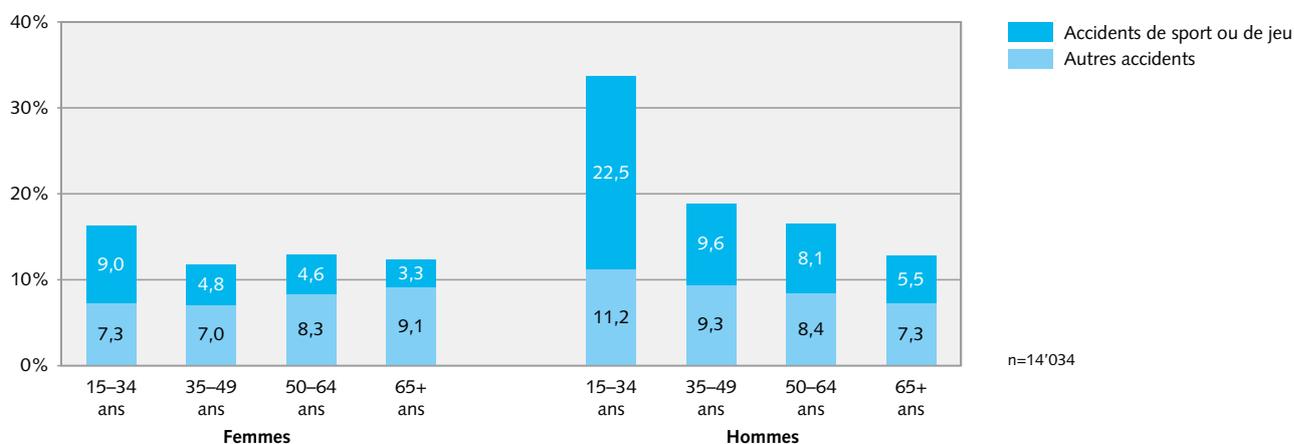
²⁵ La question était formulée comme suit: «Avez-vous été victime, au cours des 12 derniers mois, d'une atteinte corporelle à la suite d'un accident?». Les réponses sont classées en accidents de travail, accidents de la circulation, accidents au domicile ou au jardin et accidents de sport et de jeu.

²⁶ Chez les personnes sans activité lucrative, il est question d'incapacité lorsqu'elles ne peuvent pas accomplir leurs tâches domestiques usuelles ou qu'elles sont empêchées de fréquenter les cours. Au plan suisse, la durée moyenne de l'incapacité varie entre 22,7 (accident de sport ou de jeu) et 33,2 jours (accident de travail; incapacité d'un jour au moins). Indépendamment du type d'accident, environ quatre répondants sur dix mentionnent une durée comprise entre un et cinq jours.

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

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

Fig. 2.12



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

d'un accident que les femmes du même âge. Dans les classes d'âge supérieures, la fréquence des accidents des hommes se rapproche de celle des femmes. Ces différences s'expliquent principalement par les accidents de sport et de jeu, qui sont très fréquents surtout chez les hommes jeunes. La propension à adopter des comportements à risque, plus forte chez les hommes que chez les femmes, est susceptible de jouer ici un rôle (voir BAG, 2006).

2.2.7 Chutes

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

Chaque année, près d'un quart des personnes de 60 ans et plus font une chute

Dans le canton de Vaud, presque une personne interrogée sur quatre de 60 ans et plus a au moins une fois été victime d'une chute au cours des douze mois précédant

l'enquête (24,1%; tableau 2.4). Cette part est voisine de celle de l'ensemble de la Suisse (23,4%). Parmi les personnes qui ont fait une chute, environ deux tiers sont tombées une seule fois, un sixième deux fois et un autre sixième trois fois ou plus. Entre 2002 et 2007, la fréquence des chutes a augmenté aussi bien dans le canton de Vaud (21,4% vs 24,1%) qu'à l'échelle de la Suisse (20,1% vs 23,4%).

Contrairement aux accidents, les femmes présentent un risque de chute sensiblement plus élevé que les hommes (figure 2.13). La fréquence des chutes augmente selon l'âge; un tiers des personnes âgées de 80 ans et plus sont tombées au cours des douze mois précédant l'enquête. Le risque de chute est également étroitement lié à la santé physique: tant les problèmes de santé de longue durée que les troubles physiques importants s'accompagnent d'un risque accru de chute. Ce lien est particulièrement marqué en cas de troubles physiques. Au plan suisse, et ce quelle que soit la classe d'âge, les personnes interrogées qui déclarent des troubles physiques importants tombent deux fois plus souvent que les personnes ne connaissant que peu ou pas de troubles physiques. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont particulièrement exposées: en présence de troubles physiques importants, la fréquence des chutes atteint 44,2%.

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

		Accident ¹		Chute ²	
		VD	CH	VD	CH
Sexe	Femmes	17,2	13,5	29,3	25,3
	Hommes	19,1	22,1	18,4	21,1
Classes d'âge	15–34 ans	26,0	25,1	-	-
	35–49 ans	17,9	15,3	-	-
	50–64 ans	12,3	14,7	23,0	19,9
	65 ans et plus	(11,7)	12,6	24,6	24,8
Formation	Scolarité obligatoire	(19,7)	17,4	(22,4)	23,9
	Degré secondaire II	18,3	17,8	23,8	22,8
	Degré tertiaire	17,3	17,6	(27,5)	24,7
Nationalité	Suisses	17,1	17,2	24,5	23,9
	Etrangers	(20,8)	19,7	.	18,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	18,7	18,3	21,8	25,8
	De 3000 à 4499 CHF	16,6	16,4	26,9	21,0
	De 4500 à 5999 CHF	17,9	16,3	(28,8)	21,7
	6000 CHF et plus	20,1	18,5	(24,6)	24,8
Degré d'urbanisation	Ville	18,6	17,6	22,7	24,1
	Campagne	16,9	18,2	27,7	21,1
Comparaison régionale	Suisse		17,7		23,4
	Vaud		18,2		24,1
	Berne		16,6		24,9
	Fribourg		19,1		20,9
	Genève		17,9		22,5
	Neuchâtel		16,8		25,6
	Tessin		15,6		19,0*
	Valais		15,9		20,0
	Zurich		15,3*		26,9*
	Suisse alémanique		17,8		23,9
Suisse romande		17,9		22,9	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Accident: n=1052 (VD), n=14'034 (CH); chute: n=450 (VD), n=6108 (CH)

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

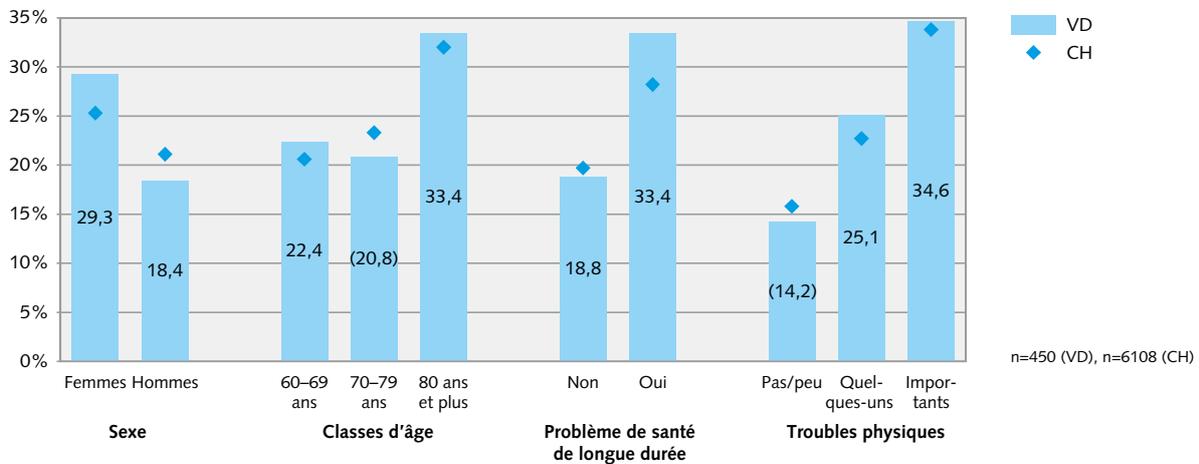
* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

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

² Personnes de 60 ans et plus

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

Fig. 2.13



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.3 Santé psychique

Durant les dernières décennies, l'importance des troubles de la santé psychique n'a cessé d'augmenter et cette évolution se poursuivra vraisemblablement à l'avenir (Murray & Lopez, 1996; WHO, 2001). En Suisse, les maladies psychiques représentent désormais la principale cause de la charge totale de morbidité²⁷ (OCDE, 2006). Au cours de leur vie, la moitié des Suisses sont confrontés au moins une fois à une maladie psychique nécessitant une prise en charge (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Au sens étroit du terme, les maladies psychiques désignent des affections d'une certaine gravité, d'une durée généralement longue et aux conséquences souvent lourdes, déterminées selon des critères diagnostiques (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Par opposition, les atteintes moins sévères, qui ne font pas l'objet d'un diagnostic, sont considérées ici comme des troubles psychiques. L'étude de tels troubles permet notamment d'évaluer l'état de santé psychique sur un continuum santé-maladie²⁸. En effet, des problèmes plus ou moins marqués sont révélateurs de différences en matière de santé psychique. En ce sens, la santé psychique est souvent interprétée de diverses façons, par exemple en tant

²⁷ Exprimée en années de vie en bonne santé perdues pour cause de problèmes de santé ou de mortalité prématurée (voir note de bas de page 23). Les troubles dépressifs unipolaires représentent 10,3% et les démences 4,7% de la charge totale de morbidité.

²⁸ Une telle lecture de la santé psychique se justifie, en outre, dans la mesure où les personnes affectées de maladies psychiques graves séjournent souvent en institution ou en hôpital, de sorte qu'elles sont vraisemblablement sous-représentées dans une enquête menée auprès de ménages privés telle l'ESS.

que sentiment d'auto-efficacité, d'autonomie ou de compétence (WHO, 2001). Dès lors, la présente section examine d'abord les problèmes psychiques (point 2.3.1), puis la relation entre ces derniers et les ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie (point 2.3.2) et le sentiment de cohérence (point 2.3.3). Enfin, les symptômes dépressifs, susceptibles d'être liés à des atteintes marquées à la santé psychique, seront examinés en particulier (point 2.3.4)²⁹

2.3.1 Problèmes psychiques

Plus d'un Vaudois sur cinq fait état de problèmes psychiques

Dans le canton de Vaud, plus d'une personne interrogée sur cinq déclare des problèmes psychiques moyens ou importants³⁰ (tableau 2.5). Cette part est sensiblement plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse, où un

²⁹ Les comparaisons temporelles ne sont possibles que de manière limitée, car seuls les symptômes dépressifs et le sentiment de maîtrise de la vie sont recensés à la fois dans l'ESS 2002 et l'ESS 2007. Les problèmes psychiques et le sentiment de cohérence remplacent les indicateurs de l'équilibre psychique et du bien-être psychique qui étaient utilisés auparavant (voir OFS, 2003).

³⁰ Les problèmes psychiques ont été mesurés à l'aide de la sous-échelle MHI de la version courte du MOS (SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992). La sous-échelle correspond au cumul des fréquences des cinq états suivants au cours des quatre semaines précédant l'enquête: se sentir «très nerveux(se)», avoir «le cafard», être «calme et paisible», se sentir «abattu(e) et déprimé(e)» et se sentir «heureux(se)». Elle s'étend de 0 à 100 points et est subdivisée en problèmes psychiques importants (de 0 à 52), moyens (de 53 à 72) et faibles (de 73 à 100), cette dernière catégorie tenant compte des personnes n'ayant pas de problèmes psychiques. Comme seules 5,2% des personnes interrogées souffrent de problèmes psychiques importants dans le canton de Vaud (CH: 4,3%), les problèmes psychiques moyens et importants ont été regroupés.

répondant sur six évoque de tels problèmes. De manière générale, les problèmes psychiques sont plus fréquents dans les cantons latins que dans les cantons alémaniques. Le canton de Vaud occupe une place intermédiaire parmi les cantons latins, comparable à la Suisse romande prise dans son ensemble. Alors que les femmes sont clairement plus touchées à l'échelle de la Suisse, les problèmes psychiques ne sont que légèrement plus fréquents chez ces dernières que chez les hommes dans le canton de Vaud. Cette proximité s'explique surtout par la situation des hommes, les problèmes psychiques étant plus répandus chez les hommes vaudois que suisses.

Les problèmes psychiques moyens ou importants s'observent plus souvent chez les Vaudois que chez l'ensemble des Suisses dans chaque classe d'âge (figure 2.14). Cependant, la différence est particulièrement prononcée chez les répondants de moins de 50 ans. Les femmes vaudoises dès 35 ans semblent un peu plus exposées que les femmes du même âge au niveau suisse. Autant chez les hommes que chez les femmes, les personnes plus âgées sont moins touchées que les jeunes répondants.

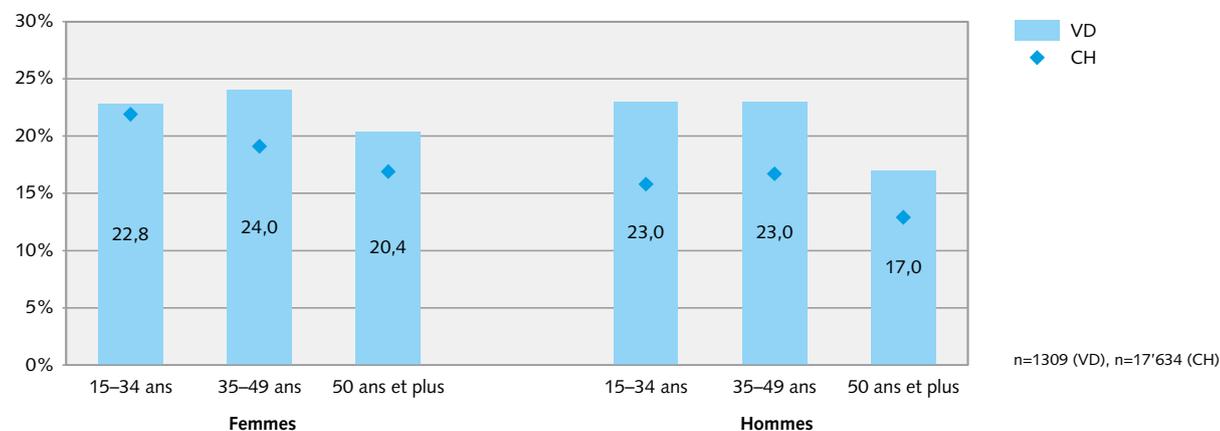
De manière générale, on remarque que les problèmes psychiques sont moins fréquents lorsque l'âge augmente (tableau 2.5). La fréquence des problèmes psychiques diminue lorsque le revenu et, du moins à l'échelle du pays, le niveau de formation croît.

Les atteintes à la santé physique s'accompagnent de problèmes psychiques

Plus qu'au sexe, à l'âge ou aux différences régionales, les problèmes psychiques sont liés au type de ménage, à la santé physique et à la santé sociale (figure 2.15). Les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants mentionnent jusqu'à une fois et demie plus souvent des problèmes psychiques moyens ou importants que les répondants qui vivent en couple. C'est le cas de plus d'un quart des Vaudois qui ne vivent pas en couple, ce qui peut traduire l'absence d'appui et de soutien de la part d'un conjoint, notamment pour l'éducation des enfants. L'importance des contacts sociaux en tant que ressource favorable à la santé psychique apparaît encore plus clairement en lien avec le sentiment de solitude. Ainsi, dans le canton de Vaud, un répondant sur sept qui ne se sent jamais seul fait état de problèmes psychiques moyens ou importants. Chez les personnes qui éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents, cette proportion est multipliée par trois: quatre répondants sur dix évoquent de tels problèmes psychiques.

Les problèmes psychiques s'accroissent en cas d'atteintes à la santé physique. Ce lien est particulièrement marqué pour les troubles physiques. Plus de quatre Vaudois sur dix déclarant des troubles physiques importants présentent des problèmes psychiques moyens ou impor-

Proportion de personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007 **Fig. 2.14**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

tants contre moins d'un dixième des répondants n'ayant que peu ou pas de troubles physiques. La part de personnes évoquant des problèmes psychiques moyens ou importants est deux fois plus élevée chez les personnes qui ont un problème de santé de longue durée – cette part s'élevant à un tiers dans le canton de Vaud – que chez les personnes qui n'en mentionnent pas. L'écart moins prononcé pour les problèmes de santé de longue durée que pour les troubles physiques pourrait, du moins en partie, s'expliquer par des maladies chroniques relativement bien tolérées telles le diabète ou en raison de stratégies d'adaptation, mises en place au fil du temps, qui atténuent les effets des atteintes. Au contraire, des troubles physiques douloureux, survenant brusquement ou de manière inattendue, pourraient davantage affecter la santé psychique.

2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie

Le degré selon lequel une personne estime pouvoir influencer le cours de sa vie peut aller d'un sentiment de contrôle interne à un sentiment de contrôle externe. Le premier s'interprète en principe comme facteur de pro-

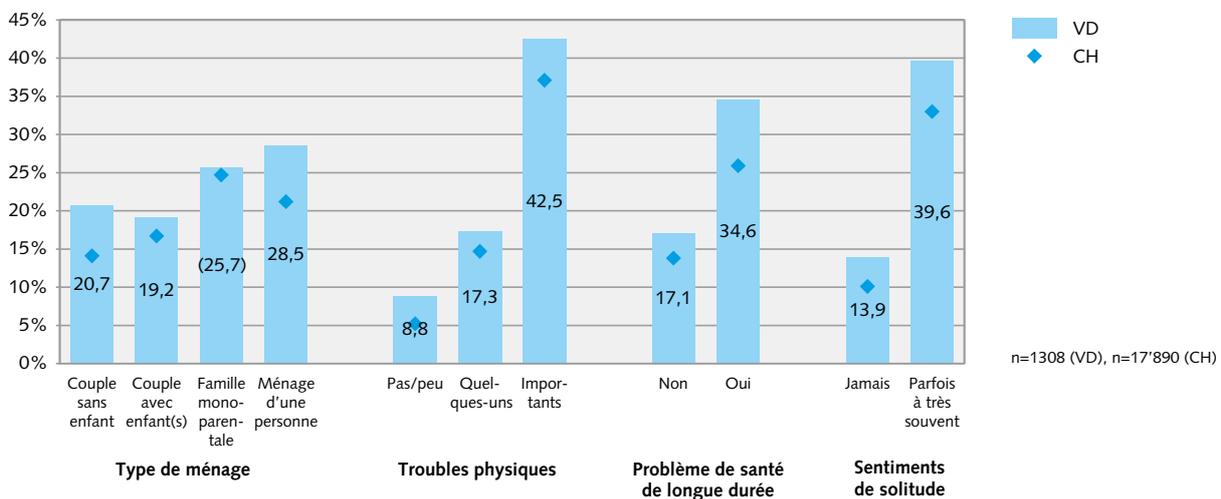
tection, le second comme facteur de risque. L'affirmation du contrôle interne signifie qu'une personne a dans une large mesure le sentiment de déterminer elle-même le déroulement et l'organisation de sa vie (ci-après sentiment élevé de maîtrise de la vie). Le contrôle externe, en revanche, renvoie à des facteurs extérieurs à l'individu, tels le hasard, le destin ou le fonctionnement de la société, qui influenceraient sa vie (faible sentiment de maîtrise de la vie). Plus le sentiment de maîtrise de la vie est élevé, plus la personne a la conviction de pouvoir agir sur le cours et les événements de l'existence par ses propres actes.

Près de la moitié des Vaudois de 65 ans et plus ont un sentiment élevé de maîtrise de la vie

La plupart des Vaudois ont un sentiment élevé (32,2%) ou moyen (41,9%) de maîtrise de la vie³¹. A l'échelle de la Suisse, un sentiment élevé de maîtrise de la vie s'observe plus souvent, tandis qu'un sentiment moyen est à peu près aussi fréquent (respectivement 39,5% et 40,1%). Dans le canton de Vaud – à l'instar des autres cantons latins –, les répondants déclarent moins souvent

Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le type de ménage et différents indicateurs de santé canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.15



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³¹ Le sentiment de maîtrise de la vie repose sur l'évaluation, par les répondants, de quatre affirmations sur la maîtrise de leur propre vie (ne pas arriver à surmonter certains problèmes, avoir l'impression d'être ballotté dans tous les sens, avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, se sentir submergé par les problèmes) sur une échelle qui va de 1 («tout à fait d'accord») à 4 («pas du tout d'accord»). Selon le score total, le sentiment de maîtrise de la vie est qualifié de faible (4 à 11 points), de moyen (12 à 14) ou d'élevé (15 ou 16; OFS, 2008a).

Tab. 2.5 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants, un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou un sentiment élevé de cohérence, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Problèmes psychiques moyens ou importants		Sentiment élevé de maîtrise de la vie		Sentiment élevé de cohérence ¹	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Sexe	Femmes	22,2	19,0	31,7	37,3	62,5	61,5
	Hommes	20,9	14,9	32,8	41,8	56,5	61,3
Classes d'âge	15–34 ans	22,9	18,9	29,8	35,5	48,9	47,4
	35–49 ans	23,5	17,9	27,1	37,6	57,5	61,0
	50–64 ans	20,9	16,3	34,2	40,3	66,0	69,1
	65 ans et plus	16,2	13,3	46,3	50,7	75,1	78,0
Formation	Scolarité obligatoire	22,6	23,8	38,7	37,3	58,2	52,4
	Degré secondaire II	21,4	16,7	32,8	39,4	58,2	60,5
	Degré tertiaire	21,4	14,7	28,8	40,5	62,4	67,1
Nationalité	Suisses	20,1	15,8	31,0	40,1	62,8	63,8
	Etrangers	26,2	22,3	35,3	37,2	51,3	52,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	23,2	19,6	30,9	36,7	51,1	56,8
	De 3000 à 4499 CHF	24,6	17,2	30,4	40,4	62,0	63,6
	De 4500 à 5999 CHF	15,6	14,2	32,9	39,8	65,4	64,6
	6000 CHF et plus	18,8	12,7	32,7	44,3	65,9	67,5
Degré d'urbanisation	Ville	22,9	17,5	32,4	39,5	58,5	61,3
	Campagne	18,2	15,8	31,8	39,5	62,1	61,7
Comparaison régionale	Suisse		17,0		39,5		61,4
	Vaud		21,6*		32,2*		59,5
	Berne		14,3*		41,2		62,5
	Fribourg		19,2		35,4		61,9
	Genève		23,0*		33,0*		61,0
	Neuchâtel		23,9*		36,9		62,5
	Tessin		21,8*		29,9*		61,4
	Valais		20,7*		35,0		59,5
	Zurich		15,8		40,7		61,0
	Suisse alémanique		15,1		42,1		61,8
	Suisse romande		21,8		33,7		60,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problèmes psychiques n=1309 (VD), n=17'634 (CH); sentiment de maîtrise de la vie: n=974 (VD), n=12'992 (CH); sentiment de cohérence: n=1031 (VD), n=13'548 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

¹ Personnes ayant un score compris entre 14 et 18 sur une échelle de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé)

un sentiment élevé de maîtrise de la vie qu'en Suisse alémanique; la proportion de personnes mentionnant un sentiment élevé de maîtrise de la vie y est comparable à la moyenne romande (tableau 2.5).

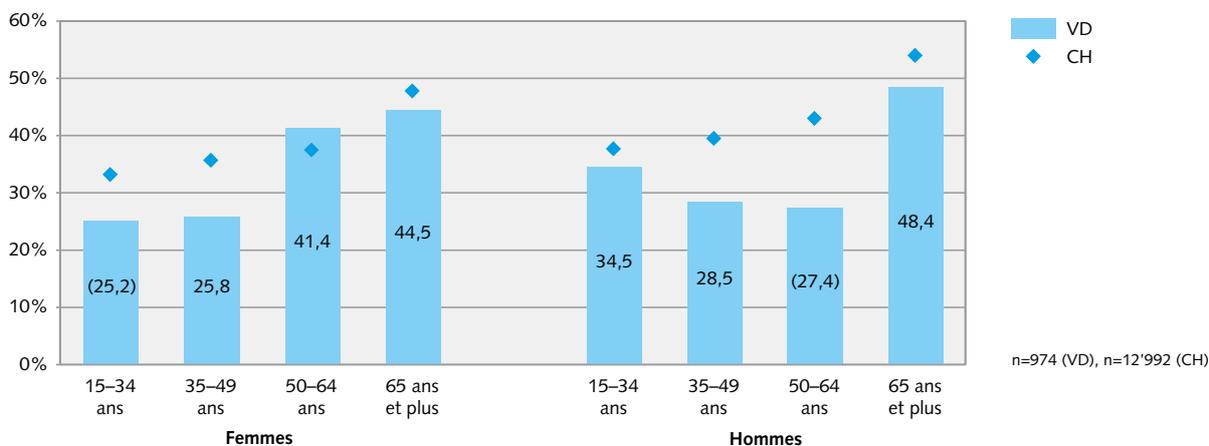
Ces différences régionales sont en accord avec la fréquence des problèmes psychiques moyens ou importants, plus élevée dans les cantons romands et du Tessin que dans les cantons alémaniques (voir point 2.3.1). De même, les Vaudois bénéficient dans une proportion similaire d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie, tandis qu'au plan suisse, les hommes évoquent plus souvent un tel sentiment que les femmes. Par ailleurs, un sentiment élevé de maîtrise de la vie s'observe plus couramment

dans les classes d'âge supérieures que chez les jeunes personnes. Les écarts dus à la formation semblent moins marqués, en tout cas à l'échelle de la Suisse. Entre 2002 et 2007, la part des personnes interrogées faisant état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie n'a guère varié, et cela tant dans le canton de Vaud (respectivement 31,9% et 32,2%) que dans l'ensemble de la Suisse (respectivement 39,0% et 39,5%).

A partir de 65 ans, plus de quatre femmes sur dix et près de la moitié des hommes ont un sentiment élevé de maîtrise de la vie dans le canton de Vaud (figure 2.16). A raison d'une répondante sur quatre, les femmes vaudoises de moins de 50 ans en font le moins souvent état.

Personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.16



Tandis que l'on observe une amélioration du sentiment de maîtrise de la vie selon l'âge à l'échelle de la Suisse, la situation est plus contrastée dans le canton de Vaud. Chez les femmes, un sentiment élevé de maîtrise de la vie est presque aussi fréquent chez les répondantes âgées de 50 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus. Chez les hommes, on ne note pas d'amélioration avant 65 ans. En comparaison avec la Suisse, ce sont surtout les femmes vaudoises de moins de 50 ans et les hommes vaudois d'âge moyen qui ont moins souvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie.

Aussi l'augmentation des atteintes à la santé physique selon l'âge (voir points 2.2.1 et 2.2.2) ne s'accompagne-t-elle pas nécessairement du sentiment de ne plus pouvoir influencer sur le cours de sa propre existence. La mise en place de stratégies d'adaptation pour faire face à de possibles problèmes de santé est, à cet égard, susceptible de jouer un rôle.

2.3.3 Sentiment de cohérence

Dans l'approche salutogénétique, le sentiment de cohérence représente une ressource centrale permettant à l'individu de conserver et de renforcer sa santé (Antonovsky, 1997). Un sentiment marqué de cohérence permet de faire plus facilement face aux facteurs de stress qui viennent perturber l'équilibre de santé momentané. Le sentiment de cohérence comprend trois dimensions, qui émanent de facteurs protégeant ou favorisant la santé³², à savoir le sentiment de comprendre les évé-

nements de la vie (reconnaître et ordonner les sollicitations), celui de les gérer (agir face aux sollicitations grâce aux ressources disponibles) et enfin celui de leur attribuer un sens (il est souhaitable de faire face aux sollicitations).

Sur une échelle allant de 0 (sentiment de cohérence le plus faible) à 18 (sentiment de cohérence le plus élevé)³³, le score moyen des Vaudois est de 13,9 (CH: 13,9). Six personnes interrogées sur dix font état d'un sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 14 et 18; tableau 2.5). Contrairement à la situation qui prévaut à l'échelle de la Suisse ou pour les problèmes psychiques (voir point 2.3.1) et le sentiment de maîtrise de la vie (voir point 2.3.2), les hommes semblent avoir moins souvent un sentiment élevé de cohérence que les femmes dans le canton de Vaud. De même, par opposition aux problèmes psychiques et au sentiment de maîtrise de la vie, les variations régionales du sentiment de cohérence sont peu prononcées.

³² Antonovsky (1997) parle de ressources de résistance générales (general resistance resources en anglais) pour désigner les facteurs qui protègent ou renforcent la santé. Le revenu, la formation, le soutien social ou la confiance en soi en font par exemple partie.

³³ Les personnes interrogées étaient invitées à répondre à une question pour chaque dimension du sentiment de cohérence, soit «Vos sentiments et vos pensées sont-ils souvent confus?» (sous-échelle allant de «très souvent», codé 0, à «très rarement ou jamais», codé 6; comprendre les événements de la vie), «Avez-vous quelques fois le sentiment de vous trouver dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir que faire?» (même sous-échelle; gérer les événements) et «Les choses que vous faites quotidiennement sont-elles pour vous une source de joie profonde et de contentement ou de souffrance et d'ennui?» (sous-échelle allant de «de souffrance et d'ennui», codé 0, à «de joie profonde et de contentement», codé 6; attribuer un sens aux événements). L'échelle du sentiment de cohérence correspond à la somme des trois sous-échelles. Toutefois, davantage d'items servent habituellement à mesurer le sentiment de cohérence (ainsi, le questionnaire original comprend 29 items dans sa version longue et 13 items dans sa version courte, Antonovsky, 1987; pour un questionnaire comportant trois items, voir Lundberg & Nystrom Peck, 1995, et pour une comparaison des trois échelles, voir Olsson et al., 2009). Les seuils de l'échelle à trois items ne sont pas suffisamment établis dans la littérature spécialisée. Pour cette raison, les indications portent parfois également sur les scores moyens.

Le lien avec l'âge est particulièrement affirmé: chez les 65 ans et plus, trois quarts des répondants se caractérisent par un sentiment élevé de cohérence contre un peu moins de la moitié chez les 15-34 ans. Cette proportion s'élève à plus de six sur dix chez les personnes disposant d'un revenu élevé et chez les citoyens suisses, tandis que la moitié environ des personnes qui ont un bas revenu et des étrangers indiquent un sentiment élevé de cohérence. La formation joue un rôle comparable au revenu et à la nationalité à l'échelle suisse, tandis que les différences sont moins marquées dans le canton de Vaud. Un sentiment élevé de cohérence est le plus fréquent en cas de formation de degré tertiaire. Les variations du sentiment de cohérence selon la formation sont plus prononcées chez les étrangers que chez les citoyens suisses. Ainsi, quatre répondants étrangers sur dix ayant suivi la seule scolarité obligatoire ont un sentiment élevé de cohérence contre plus de six sur dix chez ceux qui ont achevé une formation de degré tertiaire (CH: 38,3% vs 64,6%).

Le sentiment de cohérence s'affirme selon l'âge

Le sentiment de cohérence croît graduellement selon l'âge, et cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes (figure 2.17). Dans le canton de Vaud, la progression est plus marquée chez les hommes que chez les

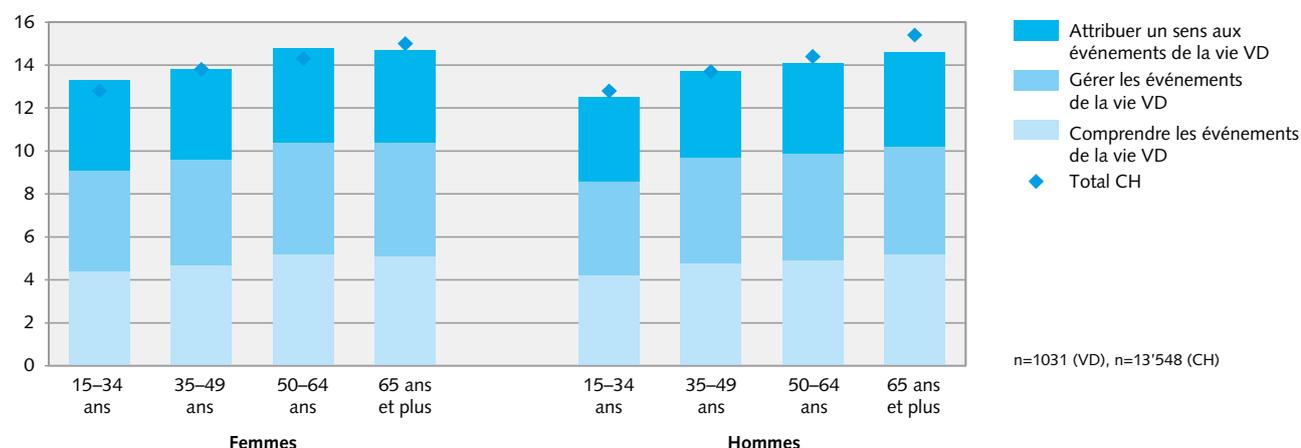
femmes. Chez ces dernières, l'augmentation concerne principalement les dimensions de la compréhension et de la gestion des événements de la vie. Chez les hommes, la dimension de l'attribution d'un sens aux événements de la vie progresse également, celle de la compréhension des événements de la vie augmentant le plus fortement.

La fréquence des problèmes psychiques est intimement liée aux ressources disponibles pour influencer le cours de sa vie et faire face aux facteurs de stress (figure 2.18). Un sentiment élevé de maîtrise de la vie et un sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 16 et 18) semblent largement prévenir les problèmes psychiques moyens ou importants: moins d'une personne interrogée sur quinze est alors concernée par de tels problèmes. Lorsque ces ressources font défaut, la proportion est cinq à six fois plus élevée: quatre répondants sur dix disposant d'un faible sentiment de maîtrise de la vie et un tiers des personnes ayant un faible sentiment de cohérence (scores compris entre 0 et 13) évoquent des problèmes psychiques moyens ou importants.

2.3.4 Symptômes dépressifs

La dépression fait partie des maladies psychiques les plus répandues, l'anxiété et la dépendance étant des comorbidités fréquentes (WHO, 2001; voir point 5.1). Elle peut nécessiter un traitement de longue durée et précède la

Scores moyens d'après l'échelle du sentiment de cohérence, par dimension, selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007 Fig. 2.17



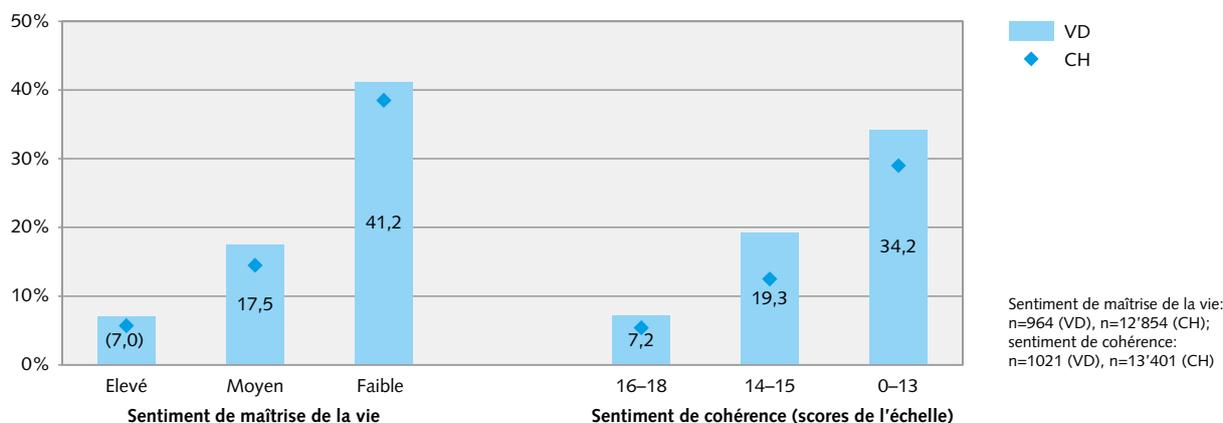
Scores sur une échelle allant de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé), représentant la somme des scores des trois sous-échelles de la compréhension, de la gestion et de l'attribution de sens allant de 0 (score le plus bas) à 6 (score le plus élevé)
 Scores des sous-échelles de la compréhension, de la gestion et de l'attribution de sens

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.18



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
 Les scores sur l'échelle du sentiment de cohérence vont de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

plupart des suicides (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Tant l'Enquête suisse sur la santé de 2002 que celle de 2007 comportent des questions sur les symptômes dépressifs³⁴.

Une personne sur cinq présente des symptômes dépressifs

Dans le canton de Vaud, 22,2% des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs. Comme pour les problèmes psychiques (voir point 2.3.1), cette part se situe au-dessus de la moyenne suisse (18,9%). Il s'agit le plus souvent de symptômes faibles (VD: 17,9%; CH: 15,8%) et, plus rarement, de symptômes moyens ou sévères (respectivement 4,3% et 3,1%)³⁵. Par rapport à 2002, les symptômes dépressifs semblent plus fréquents dans le canton de Vaud en 2007 (18,8% vs 22,2%). A l'échelle suisse, la progression est moindre (17,8% vs 18,9%).

Les personnes de 65 ans et plus déclarent le plus souvent des symptômes dépressifs: c'est le cas de quatre personnes sur dix dans le canton de Vaud et de trois sur dix à l'échelle de la Suisse (figure 2.19). Dans les trois autres classes d'âge, la fréquence des symptômes dépressifs est plus ou moins la même et les différences entre le canton de Vaud et la Suisse sont moins marquées que chez les répondants de 65 ans et plus. Tant dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse, les femmes évoquent plus souvent des symptômes dépressifs que les hommes. Un quart des femmes vaudoises et un cinquième des hommes vaudois mentionnent de tels symptômes.

Les symptômes dépressifs se manifestent plus fréquemment en présence de problèmes psychiques moyens ou importants qu'en cas de faibles problèmes psychiques (VD: 49,4% vs 14,9%; CH: 43,3% vs 14,1%). En outre, lorsque les ressources personnelles sont modestes, les symptômes dépressifs sont plus fréquents³⁶.

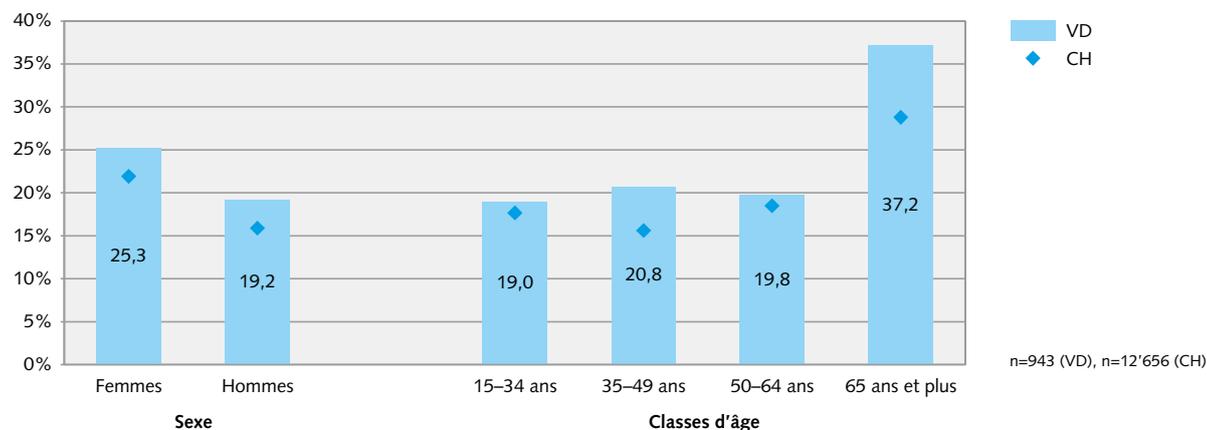
³⁴ Les réponses portent sur la fréquence de dix symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête: tristesse, abattement ou sentiment de déprime; manque d'intérêt; fatigue ou épuisement; perte d'appétit ou de poids; troubles du sommeil; lenteur de déplacement ou d'élocution; baisse de la libido; perte de confiance en soi ou auto-reproches; difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort ou de suicide. Les symptômes dépressifs peuvent être classés en quatre catégories: aucun symptôme, symptômes faibles, symptômes moyens et symptômes sévères (Wittchen et al., 2000). Les symptômes, déclarés par les répondants, sont susceptibles de signaler une humeur dépressive, mais ne constituent pas un diagnostic.

³⁵ La fréquence des symptômes les plus graves est vraisemblablement sous-estimée, car l'enquête porte sur des personnes vivant en ménage privé. Or, il s'ensuit généralement une hospitalisation lorsque les symptômes sont graves.

³⁶ Sentiment de maîtrise de la vie faible ou moyen respectivement élevé: VD 27,9% et 7,5%, CH 24,7% et 9,0%; sentiment de cohérence faible respectivement élevé: VD 35,4% et 12,7%, CH 30,2% et 11,2%. Le pourcentage de 7,5% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

Personnes présentant des symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.19



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.4 Santé sociale

Souvent négligée par rapport à la santé psychique et surtout à la santé physique, la santé sociale représente la troisième dimension de la santé selon la définition de l'OMS. Elle concerne la participation sociale, le soutien reçu de l'entourage et la qualité de vie. Elle participe à la fois de l'environnement social de l'individu et du contexte sociétal plus large (voir par exemple Kolip & Hurrelmann, 1994). La participation sociale et le soutien sont souvent bénéfiques à la santé et contribuent à surmonter les événements difficiles (Bachmann, 2000; Berkman & Glass, 2000). Le texte qui suit est consacré à la présentation de deux indicateurs centraux de la santé sociale, à savoir l'existence de sentiments de solitude d'une part (point 2.4.1), la présence et le manque occasionnel d'une personne de confiance d'autre part (point 2.4.2).

2.4.1 Sentiments de solitude

Dans le canton de Vaud, sept personnes interrogées sur dix – soit autant que dans l'ensemble de la Suisse – ne se sentent jamais seules (respectivement 69,9% et 69,7%). Le plus souvent, les autres répondants déclarent éprouver parfois des sentiments de solitude (respectivement 26,2% et 27,1%). Seule une minorité évoque des sentiments de solitude assez ou très fréquents. En 2007, la part des personnes qui ne se sentent jamais seules est voisine de celle de 2002 (VD: 69,7%; CH: 70,2%).

Les jeunes femmes se sentent souvent seules

La fréquence des sentiments de solitude varie à la fois selon l'âge et le sexe³⁷ (figure 2.20). Les femmes entre 15 et 34 ans sont – surtout à l'échelle de la Suisse – le plus fortement touchées, environ quatre femmes interrogées sur dix mentionnant des sentiments de solitude. A partir de 35 ans, les femmes se sentent nettement moins souvent seules, les classes d'âge ne se différenciant guère. Chez les hommes, en revanche, les sentiments de solitude se font plus rares à mesure que l'âge augmente. Par ailleurs, les hommes font moins souvent état de sentiments de solitude que les femmes, et ce quelle que soit la classe d'âge.

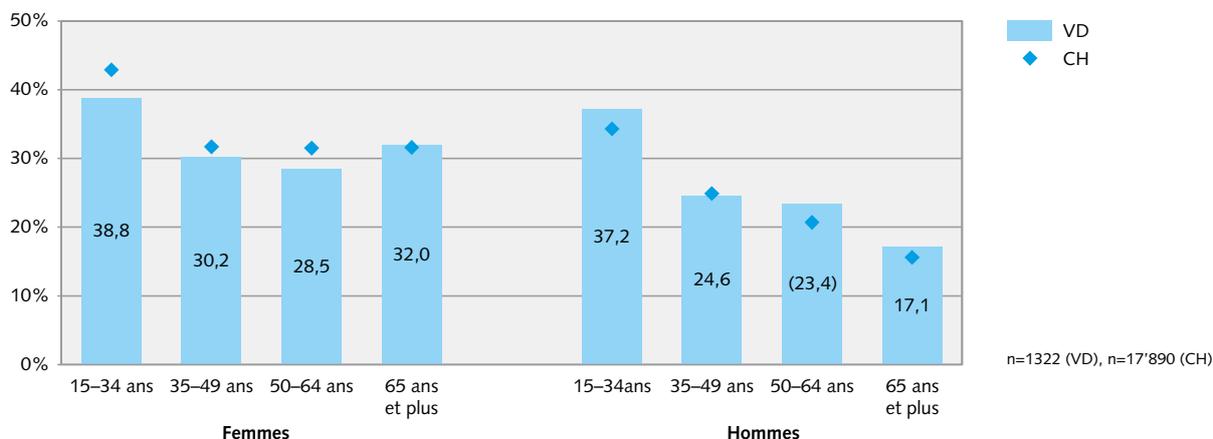
Cette différence est la plus affirmée chez les répondants de 65 ans et plus, les femmes éprouvant près de deux fois plus souvent des sentiments de solitude que les hommes. Par ailleurs, de tels sentiments sont particulièrement fréquents chez les personnes qui vivent seules (figure 2.21). Ce constat peut rendre compte, du moins en partie, de la différence que l'on observe entre les sexes à la vieillesse, car les femmes âgées vivent plus souvent seules que les hommes³⁸.

³⁷ Les personnes interrogées qui éprouvent parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude ont été regroupées.

³⁸ La fréquence des sentiments de solitude est semblable chez les femmes et chez les hommes qui vivent seuls (VD: respectivement 49,2% et 51,2%; CH: 50,1% dans les deux cas).

Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge
canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.20



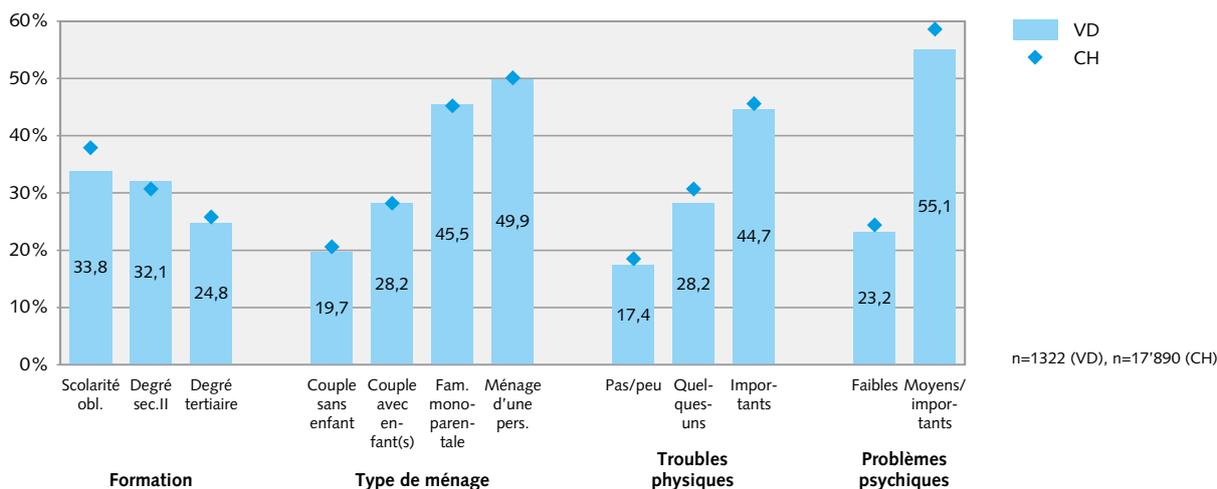
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 2.21



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Les sentiments de solitude se manifestent également plus fréquemment chez les personnes qui élèvent seules leurs enfants que chez les répondants vivant en couple (figure 2.21). Chez ces derniers, les femmes – du moins à l'échelle du pays – éprouvent plus souvent des sentiments de solitude que les hommes (VD: 26,8% vs 22,6%; CH: 29,8% vs 20,3%). Par ailleurs, plus le niveau de formation est bas, plus les sentiments de solitude sont fréquents: les personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire se sentent jusqu'à une fois et demie

plus souvent seules que celles qui ont achevé une formation de degré tertiaire. De même, les sentiments de solitude vont souvent de pair avec des atteintes à la santé physique et psychique. Les personnes déclarant des troubles physiques importants se sentent deux fois et demie plus souvent seules que les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Un écart semblable s'observe pour les problèmes psychiques, plus de la moitié des répondants évoquant des sentiments de solitude lorsque ces problèmes sont moyens ou importants.

2.4.2 Personne de confiance

Dans le canton de Vaud, la plupart des répondants comptent parmi leurs proches au moins une personne de confiance avec laquelle ils peuvent parler de leurs problèmes personnels (93,0%; CH: 94,9%). Un peu plus de six personnes interrogées sur dix évoquent même plusieurs personnes de confiance – une proportion qui est plus élevée au plan suisse (respectivement 62,3% et 71,3%).

Une personne sur six manque parfois de soutien social dans le canton de Vaud

Cependant, une personne interrogée sur six a le sentiment de manquer parfois d'une telle personne de confiance dans le canton de Vaud, ce un peu moins souvent qu'à l'échelle de la Suisse (16,5% vs 20,2%). Les répondants privés de personne de confiance déclarent deux fois plus souvent – même davantage dans le canton de Vaud – manquer parfois de soutien social que ceux qui signalent au moins une personne de confiance (VD: 37,7% vs 14,9%; CH: 41,6% vs 19,0%). En 2007, la proportion de répondants mentionnant au moins une personne de confiance était presque la même qu'en 2002 (VD: 92,7%; CH: 95,3%).

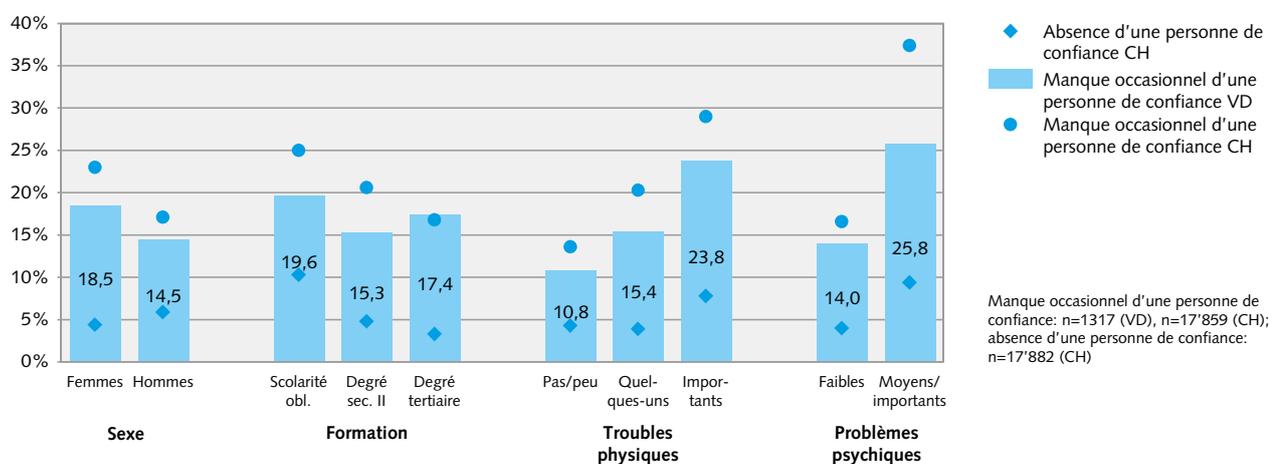
Si les femmes ont plus souvent au moins une personne de confiance que les hommes, elles mentionnent en revanche plus fréquemment manquer parfois de soutien social (figure 2.22). A cet égard, un niveau élevé de formation peut constituer un avantage: les répondants

ayant achevé une formation de degré secondaire II ou – du moins à l'échelle du pays – de degré tertiaire évoquent moins souvent l'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance que les répondants qui ont suivi la seule scolarité obligatoire.

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

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

Fig. 2.22

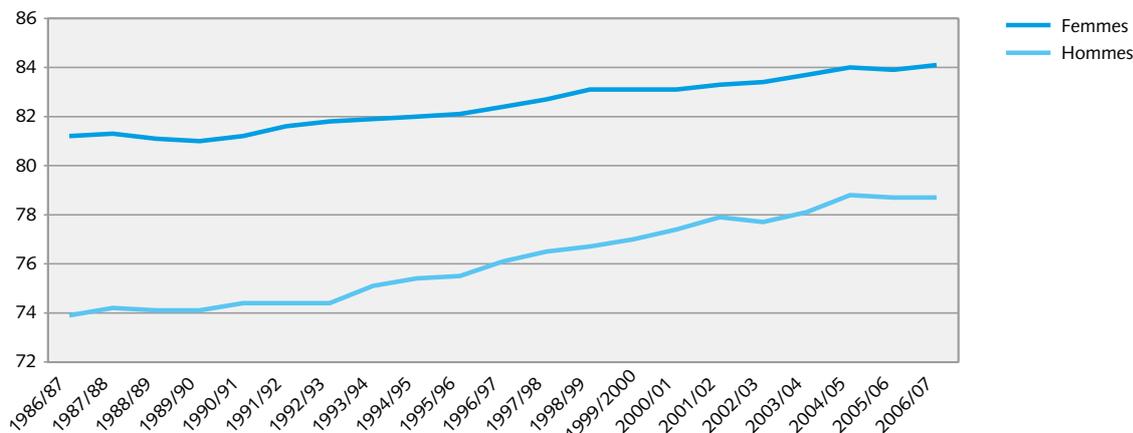


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Espérance de vie à la naissance selon le sexe
canton de Vaud, 1986/87 à 2006/07

Fig. 2.23



Source: OFS, ESPOP 1986–2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.5 Mortalité et causes de décès

La répartition et l'évolution des causes de décès fournissent des indications importantes sur la fréquence des maladies et sur l'état de santé de la population. Du point de vue de la prévention, il est particulièrement intéressant d'analyser les causes des décès pour lesquels les principaux facteurs de risque sont connus (voir chapitre 3). Il convient de préciser que certaines maladies – le cancer, notamment – ont un long temps de latence jusqu'à leur diagnostic, si bien que les évolutions actuelles, en termes de mortalité, sont en fait le reflet de causes plus anciennes (Meslé, 2004). D'autres comportements, en revanche, occasionnent une mort immédiate (p. ex. accident, suicide). Outre les causes de décès, la mortalité générale est un indicateur descriptif important de l'état de santé.

Dans les paragraphes suivants, il sera d'abord question de l'évolution de la mortalité générale dans le canton de Vaud, puis d'une comparaison avec d'autres cantons. Les principales causes de décès seront ensuite décrites et enfin l'indicateur des années potentielles de vie perdues donnera quelques indications sur la mortalité prématurée.

2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Vaud

Dans le canton de Vaud, l'espérance de vie à la naissance pour la période 2006/2007 était de 78,7 ans pour les hommes (CH: 79,2) et de 84,1 ans pour les femmes (CH: 84,1) (OFS, 2008e). Comme pour l'ensemble de la

Suisse l'espérance de vie a augmenté régulièrement chaque année (figure 2.23). Elle était de 73,9 ans pour les hommes (CH: 73,8) et 81,2 ans pour les femmes (CH: 80,5) en 1986/87. L'espérance de vie des personnes âgées a aussi augmenté de façon importante. En 2006/2007, pour les personnes de 65 ans domiciliées dans le canton de Vaud, elle s'élevait à 21,9 ans pour les femmes et à 18,2 ans pour les hommes. Ces vingt dernières années, l'espérance de vie à 65 ans a progressé de 2 années pour les femmes et 2,6 années pour les hommes.

Par ailleurs, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes tend à se réduire: il était de 4,3 années en 1986/87 contre 3,7 années en 2006/2007.

Statistique des causes de décès

La statistique des causes de décès renseigne sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Elle permet de tirer des conclusions importantes sur l'état de santé de la population et les tendances chronologiques, de signaler les évolutions qui se dessinent et d'indiquer les mesures préventives ou curatives susceptibles de prolonger l'espérance de vie de la population. Il s'agit d'un relevé exhaustif, basé sur les indications des offices d'état civil (registres d'état civil) et les déclarations de décès rendues par les médecins. Les résultats sont généralement publiés sous forme de chiffres absolus pour 100'000 habitants (population résidante permanente au milieu de l'année selon la statistique de l'état annuel de la population, ESPOP).

Source: OFS, www.bfs.admin.ch

En 2006, 2742 femmes et 2585 hommes ont perdu la vie dans le canton de Vaud soit un total de 5327 décès. C'est seulement 136 cas de décès de plus qu'en 1986, tandis que la part de personnes âgées dans la population augmente. La part de personnes âgées de 80 ans et plus dans la population est passée de 3,7% en 1986 à 4,5% en 2006. De manière générale, on observe un recul du nombre de décès des personnes âgées de moins de 80 ans et une hausse des décès des personnes âgées de plus de 80 ans.

2.5.2 Comparaison régionale

Le taux de mortalité standardisé par âge (figure 2.24) permet ici de comparer le canton de Vaud à différents cantons, différentes régions et à l'ensemble de la Suisse en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population. L'intervalle de confiance pour les taux standardisés permet de comparer chacune des régions à l'ensemble de la Suisse. Il varie en fonction de la population du canton et de son taux de mortalité. Les cantons et régions marqués d'un astérisque diffèrent de manière significative de la moyenne suisse (GE, NE, VS, FR). Le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Vaud

est en moyenne de 534 décès pour 100'000 habitants par année pour la période 2000/2006. Ce taux ne diffère pas significativement de la moyenne suisse (538 décès pour 100'000 habitants) et des régions de Suisse romande et alémanique. Les faibles taux observés dans les cantons du Tessin et de Genève peuvent s'expliquer en raison de l'effet dit «healthy worker effect» (travailleur en bonne santé). Cet effet s'observe dans les cantons qui emploient une main d'œuvre étrangère importante. Les immigrants sont généralement jeunes et en bonne santé. Puis ils retournent généralement au pays pour la retraite ou pour des raisons de santé (OFS, 2008e). La population du Tessin est marquée par les flux migratoires de personnes âgées retournant chez elles au terme de leur carrière professionnelle ou arrivant de l'étranger pour y passer leur retraite (Charton & Wanner, 1998). Le chapitre suivant permet de comprendre plus en détail au travers des causes de décès, les différences observées entre le canton de Vaud et la Suisse.

Comparaison régionale des taux standardisés
données agrégées 2000–2006 (avec intervalle de confiance à 95%)

Fig. 2.24



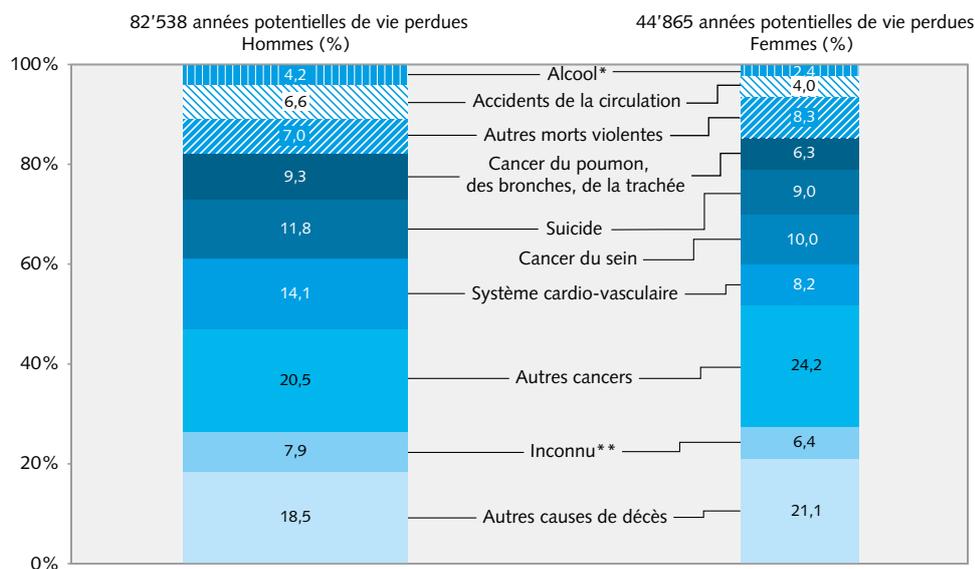
*Régions ou cantons dont le taux de mortalité diffère de manière significative de la moyenne suisse

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000-2006

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Années potentielles de vie perdues selon le sexe
canton de Vaud, données agrégées 2000–2006

Fig. 2.25



Années perdues avant 70 années révolues; décès à partir de l'âge de 1 an.

* Alcool: Code ICD-10 F10 et K703

** Inconnu: Code ICD-10 R99

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 2.6 Causes de mortalité les plus fréquentes selon l'âge et le sexe, canton de Vaud et Suisse, données agrégées 2000–2006

Classes d'âge	Sexe	Nombre de cas moyen par année	Taux brut de mortalité par année ¹		Causes de décès les plus fréquentes (en % de tous les cas)
			VD	CH	
0–14 ans	Garçons et filles	41	31,6	31,8	Causes de décès périnatales (28%) Malformations congénitales (24%)
15–34 ans	Hommes	55	62,3	68,5	Accidents, suicides et autres morts violentes (60%) Accidents, suicides et autres morts violentes (40%)
	Femmes	28	30,7	28,8	
35–49 ans	Hommes	129	189,7	183,0	Accidents, suicides et autres morts violentes (29%) Cancers (43%)
	Femmes	70	101,2	105,3	
50–64 ans	Hommes	401	843,7	773,6	Cancers (43%) Cancers (56%)
	Femmes	226	435,6	410,2	
65–79 ans	Hommes	854	3 594,7	3 650,4	Cancers (38%) Cancers (38%)
	Femmes	586	1 690,0	1 782,4	
80 ans et plus	Hommes	1 081	14 775,4	15 606,0	Système cardio-vasculaire (38%) Système cardio-vasculaire (42%)
	Femmes	1 796	14 201,3	14 774,4	

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

¹ Nombre de cas pour 100'000 habitants par année

2.5.3 Principales causes de décès

Cette partie aborde dans un premier temps l'évolution des taux de mortalité par âge, ainsi que les causes principales de décès y relatives. Dans un deuxième temps, les différentes causes de mortalité dans le canton de Vaud sont discutées et comparées à la moyenne suisse.

Si l'on compare le taux brut de mortalité pour 100'000 habitants de 1980/86 avec celui de 2000/06, il recule pour toutes les classes d'âge de façon importante dans le canton de Vaud, comme pour le reste de la Suisse. Le recul est particulièrement marqué pour les hommes de 15-34 ans, le taux brut de mortalité étant passé, entre 1980/86 et 2000/06, de 122 à 69, soit un recul de 49%. Cette tendance se confirme pour l'ensemble de la Suisse. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, un recul, pour la même période, de 16,6% est observé pour les femmes (CH: -11,8%) et de 10,9 % pour les hommes (CH: +2,1%). Le tableau 2.6 montre que le taux brut de mortalité du canton de Vaud est très proche de la moyenne Suisse pour presque toutes les classes d'âge. La classe d'âge de 50-64 ans présente toutefois des taux bruts de mortalité pour les hommes et les femmes légèrement au-dessus de la moyenne nationale.

Le tableau 2.6 présente les principales causes de décès selon la classe d'âge pour les hommes et les femmes. Les causes de décès varient dans le canton de Vaud d'un groupe d'âge à l'autre de façon comparable à l'ensemble de la Suisse. Les causes externes (accidents, morts violentes, suicides) occupent la première place pour les jeunes âgés de 15 à 34 ans. Le suicide est la principale cause de décès des hommes de 15 à 49 ans et des femmes de 15 à 34 ans. Les cancers sont la première cause de décès des femmes de 35 à 79 ans et des hommes de 50 à 79 ans. Il s'agit principalement du cancer du sein pour les femmes et du cancer du poumon, des bronches et de la trachée pour les hommes. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, les décès sont dus principalement aux maladies du système cardio-vasculaire. Plus spécifiquement, les maladies coronariennes sont la première cause de décès et représentent 13% des cas de décès pour les femmes et les hommes âgés de 80 ans et plus.

Le tableau 2.7 présente le nombre de cas moyen selon la cause de décès et compare le canton de Vaud à la moyenne suisse à l'aide de l'indicateur SMR. L'indice standardisé de mortalité (SMR) mesure la différence de mortalité entre deux régions en tenant compte de la structure d'âge de ces dernières. Un SMR de 100 signifie qu'il n'y a aucune différence entre les deux régions

observées pour la cause de décès étudiée. Une valeur de 110 dans un canton indique un taux de mortalité supérieur de 10% par rapport à la moyenne suisse. En revanche, un résultat de 90 reflète un taux de mortalité inférieur de 10% à la moyenne nationale dans le canton considéré (Bisig & Beer, 1996). Un test statistique permet de déterminer si les différences observées sont significatives ou non.

Dans le canton de Vaud, 5268 décès ont été observés en moyenne annuelle entre 2000 et 2006, soit 2725 femmes (52%) et 2543 hommes (48%). Le nombre de décès observés n'est pas significativement différent de celui observé pour l'ensemble de la Suisse pour les hommes, tandis qu'il est significativement plus bas pour les femmes.

Les maladies du système cardio-vasculaire représentent la première cause de décès dans le canton de Vaud pour les femmes avec 34% des décès et la seconde cause pour les hommes avec 29% des décès. Les maladies du système cardio-vasculaire sont significativement moins fréquentes dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse. Ce constat est valable pour les principales maladies du système cardio-vasculaire (maladies coronariennes, maladies cardio-vasculaires, etc.). Le nombre de décès par démence est en revanche plus fréquemment observé qu'en moyenne suisse. La démence est toutefois une cause de décès fortement liée au vieillissement et frappe principalement en fin de vie.

Les cancers sont la première cause de décès la plus observée pour les hommes et la seconde cause pour les femmes. Il s'agit d'une particularité du canton de Vaud car, en moyenne suisse, les cancers sont généralement la seconde cause de décès après les maladies du système cardio-vasculaire. Pour les femmes vaudoises, le nombre de cancers n'est pas différent de la moyenne suisse, il est toutefois significativement plus élevé pour les hommes. Ce sont en particulier les cancers du pancréas, du poumon, de la trachée et des bronches qui sont significativement plus fréquents chez les hommes dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse, avec respectivement 42 et 179 décès en moyenne par année. La tendance à l'augmentation du nombre de décès dus au cancer du poumon observée au niveau suisse (OFS, 2009b) se confirme aussi pour le canton de Vaud. Les cancers du poumon, de la trachée et des bronches sont aussi significativement plus élevés chez les femmes qu'en moyenne suisse, avec environ 88 cas par année.

Avec une moyenne de 104 cas par année, le cancer du sein reste le type de cancer le plus fréquent chez les femmes. Le nombre de cas observés dans le canton de

Tab. 2.7 Nombre et part (en %) des cas de décès et Indice standardisé de mortalité (SMR) selon la cause de décès et le sexe, canton de Vaud, données agrégées 2000–2006

Cause de décès	Femmes				Hommes			
	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif
	N	en %			N	en %		
Maladies infectieuses	26	1	95	n.s.	29	1	105	n.s.
Cancers	604	22	101	n.s.	746	29	103	*
Estomac	13	0	-	-	21	1	74	***
Gros intestin	53	2	110	n.s.	51	2	99	n.s.
Pancréas	42	2	101	n.s.	42	2	114	*
Poumon, trachée, bronches	88	3	123	***	179	7	107	*
Sein	104	4	89	***	-	-	-	-
Col de l'utérus	6	0	-	-	-	-	-	-
Ovaires	40	1	109	n.s.	-	-	-	-
Prostate	-	-	-	-	114	4	102	n.s.
Autres cancers	258	9	100	n.s.	338	13	103	n.s.
Diabète	46	2	57	***	39	2	69	***
Démence	231	8	115	***	94	4	111	**
Système cardio-vasculaire	930	34	81	***	729	29	81	***
Maladies coronariennes	298	11	69	***	293	12	70	***
Embolie pulmonaire	22	1	111	n.s.	11	0	-	-
Maladies cérébro-vasculaires	185	7	81	***	120	5	83	***
Autres maladies du système cardio-vasculaire	425	16	91	***	304	12	96	*
Maladies de l'appareil respiratoire	216	8	129	***	213	8	116	***
Grippe	4	0	-	-	2	0	-	-
Pneumonie	111	4	147	***	87	3	149	***
Bronchite	55	2	106	n.s.	81	3	89	**
Asthme	7	0	-	-	3	0	-	-
Autres maladies de l'appareil respiratoire	38	1	145	***	40	2	144	***
Alcool²	17	1	102	n.s.	53	2	123	***
Organes urinaires	24	1	88	n.s.	24	1	122	**
Causes de décès périnatales	5	0	-	-	6	0	-	-
Malformations congénitales	10	0	-	-	10	0	-	-
Accidents, suicides et autres morts violentes	128	5	103	n.s.	190	7	101	n.s.
Accidents de la circulation	11	0	-	-	28	1	95	n.s.
Suicide	39	1	107	n.s.	77	3	100	n.s.
Autres morts violentes	77	3	100	n.s.	86	3	105	n.s.
Autres causes de décès	488	18	130	***	410	16	138	***
Total	2725	100	98	***	2543	100	100	non

Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000–2006

¹ Indice standardisé de mortalité (SMR), CH=100, Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05. Le SMR n'est pas calculé si le nombre de cas est inférieur à 100 entre 2000 et 2006

² Alcool: Code ICD-10 K703 et F10

Vaud est toutefois significativement plus bas qu'en moyenne suisse et qu'en Suisse alémanique, mais aucune différence n'est observée entre le canton de Vaud et la Suisse romande. Le canton de Vaud est l'un des premiers cantons suisses à avoir introduit un programme de dépistage du cancer du sein en 1999³⁹. Les résultats de l'ESS 2007 montrent aussi que le taux de dépistage du cancer du sein est plus élevé dans le canton de Vaud qu'en Suisse et est comparable à celui observé en Suisse romande (voir point 6.2.2).

Le cancer de la prostate est le second cancer le plus fréquent pour les hommes et provoque en moyenne 114 décès par année dans le canton, le nombre de cas n'est pas significativement différent de la moyenne suisse.

Les maladies de l'appareil respiratoire et en particulier les pneumonies sont significativement plus observées dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse. Les décès liés à la consommation d'alcool (cirrhose du foie et troubles dus à l'alcool) sont nettement plus fréquents chez les hommes du canton de Vaud qu'en moyenne suisse (SMR=123): ils sont la cause de 53 décès en moyenne par année. Notons que selon les résultats de l'ESS (point 3.3.3), les Vaudois sont plus nombreux que les Suisses à boire plusieurs fois par jour de l'alcool.

Le taux de mortalité par morts violentes (suicides, accidents, etc.) n'est pas significativement différent de la moyenne suisse. La fréquence des suicides et des accidents de la circulation est comparable à la moyenne nationale.

2.5.4 Années potentielles de vie perdues

La médecine préventive a entre autres pour objectif l'étude des causes de mortalité prématurée ou évitable, mesurée en fonction du nombre d'*années potentielles de vie perdues* (APVP). Cet indicateur permet d'identifier les principales causes des décès compromettant notablement l'espérance de vie de la population résidante d'un canton. Son analyse donne des indications sur la mortalité prématurée en pondérant plus fortement les décès survenus avant la 70^{ème} année.

Cet indicateur additionne les années que les personnes décédées avant 70 ans auraient dû vivre pour atteindre cet âge. Ainsi les causes de décès qui intervien-

nent tôt dans la vie (accidents de la route, suicides, etc.) ont un poids plus élevé. La figure 2.25 présente la distribution en pour cent des APVP selon les causes de décès sur la période 2000-2006. Le canton de Vaud compte en moyenne 18'200 APVP par année pour la période 2000-2006, dont 6409 (35%) pour les femmes et 11'791 (65%) pour les hommes.

Environ 43% des années potentielles de vie perdues par les femmes sont à imputer aux cancers, soit en moyenne 2722 années potentielles de vie perdues par année. Le cancer du sein représente une part importante avec 10% d'APVP. Pour les hommes, les cancers représentent environ 28% des APVP, mais tout de même 3245 APVP par année. Le cancer du poumon, des bronches et de la trachée représente à lui seul 9% des APVP des hommes. Les accidents, morts violentes et suicides reflètent une différence de comportement importante entre hommes et femmes: ils représentent 28% des APVP des hommes, soit 3007 APVP par année et 19% pour les femmes, soit 1242 APVP par année. Relevons finalement qu'une part non négligeable de 12% d'APVP est due aux suicides et une part de 4% est liée à la consommation d'alcool chez les hommes.

2.6 Résumé

Etat de santé

Les Vaudois évaluent favorablement leur santé. Près de neuf personnes interrogées sur dix jugent leur état de santé bon ou très bon. Les personnes jeunes déclarent plus souvent être en bonne ou en très bonne santé que les personnes âgées. De même, la santé subjective est meilleure lorsque le niveau de formation est élevé plutôt que bas. Elle est étroitement liée aux problèmes de santé de longue durée, aux troubles physiques et aux problèmes psychiques.

Environ une personne interrogée sur quatre mentionne un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique. Une proportion similaire de répondants se plaignent de troubles physiques importants – principalement de maux de dos, d'insomnies, de faiblesse ou de lassitude et de maux de tête. Les femmes font presque deux fois plus souvent état de problèmes physiques importants que les hommes. Cependant, les atteintes à la santé physique ne se traduisent pas nécessairement par une mauvaise santé subjective. Ainsi, le lien entre la santé subjective et les ressources personnelles ou sociales est particulièrement marqué en présence d'atteintes à la santé physique.

³⁹ Ces programmes s'adressent aux femmes de 50 à 70 ans, domiciliées et assurées dans l'un des cantons doté d'un programme de dépistage (GE, VS, VD, FR, JU et JU bernois, NE, en projet: SG) et ne présentant aucun problème connu aux seins. Tous les deux ans, elles sont automatiquement invitées à un contrôle par le centre de dépistage. L'examen consiste en une radiographie des seins. Si celle-ci dévoile un problème, elle sera complétée ultérieurement par d'autres examens, facturés en sus (<http://www.depistage-sein.ch>).

Une personne sur six est victime d'un accident chaque année, tandis qu'un répondant sur quatre de 60 ans et plus fait une chute. Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident – avant tout lors de la pratique d'un sport ou d'un jeu –, alors que ce sont les 80 ans et plus qui tombent le plus souvent. Par ailleurs, plus d'un tiers des répondants de 65 ans et plus rencontrent des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne. Dans le canton de Vaud, près de deux tiers des personnes interrogées présentent au moins l'un des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires que sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids ou l'obésité et le tabagisme, un quart même plusieurs.

La santé psychique est meilleure chez les répondants âgés que chez les plus jeunes, sauf en ce qui concerne les symptômes dépressifs. Les femmes font plus souvent état de symptômes dépressifs que les hommes. A l'instar de la Suisse romande et du Tessin, les personnes interrogées semblent mentionner une moins bonne santé psychique dans le canton de Vaud qu'à l'échelle de la Suisse. Elles y signalent plus souvent des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs que la population suisse, mais évoquent également plus rarement un sentiment élevé de maîtrise de la vie. Un peu plus d'une personne interrogée sur cinq évoque des problèmes psychiques moyens ou importants dans le canton de Vaud, tandis qu'une proportion similaire présente des symptômes dépressifs. Les problèmes psychiques sont intimement associés aux ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence. Quatre personnes sur dix mentionnant un faible sentiment de maîtrise de la vie et environ trois personnes sur dix ayant un faible sentiment de cohérence font état de problèmes psychiques moyens ou importants.

Trois personnes interrogées sur dix éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents, tandis qu'une sur six déclare manquer parfois d'une personne de confiance parmi ses proches. Les sentiments de solitude se rencontrent particulièrement souvent chez les jeunes gens, chez les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants et chez celles qui présentent des troubles physiques ou des problèmes psychiques.

Mortalité

Au cours des vingt dernières années, le canton de Vaud a connu une forte croissance de son espérance de vie, la mortalité étant en net recul et l'espérance de vie des per-

sonnes âgées (>65 ans) progressant. En comparaison nationale, le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Vaud en 2000/2006 est significativement plus bas pour les femmes et n'est pas significativement différent pour les hommes.

Les maladies du système cardio-vasculaire représentent la première cause de décès dans le canton de Vaud (32% des décès) suivi par les cancers (27%). Ces deux causes sont responsables d'environ 59% des décès dans le canton. Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches est responsable de 7% des décès masculins du canton et est significativement plus fréquent qu'en moyenne suisse pour les deux sexes. Le cancer du pancréas est également plus fréquemment observé chez les Vaudois qu'en moyenne nationale. Il faut aussi relever que les décès dus à la démence et aux maladies de l'appareil respiratoire sont significativement plus fréquents qu'en moyenne suisse, tandis que les décès dus aux maladies du système cardio-vasculaire sont en moyenne de 20% inférieurs à la moyenne nationale.

La médecine préventive s'intéresse particulièrement aux causes de décès qui touchent une part importante de la population, qui sont à l'origine d'un nombre élevé d'années potentielles de vie perdues (APVP) et dont les facteurs peuvent être modifiés. Il s'agit notamment des tumeurs malignes ou cancers qui, dans le canton de Vaud, sont à l'origine d'environ 34 % des APVP avant 70 ans. Pour les femmes, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent et représente 10% d'APVP. Les accidents, les morts violentes et les suicides sont la seconde plus importante cause d'APVP: ils sont à l'origine de 24 % d'APVP. Bien qu'aucune différence significative ne soit observée avec la moyenne suisse, les suicides sont la première cause de décès des hommes de 15 à 49 ans et des femmes de 15 à 34 ans et représentent 12% d'APVP pour les hommes, respectivement 9% pour les femmes. Le taux de mortalité par accidents de la circulation n'est pas significativement différent de la moyenne suisse. Ces derniers sont à l'origine d'environ 6% d'APVP. Relevons finalement que les décès liés à la consommation d'alcool (cirrhose du foie et troubles dus à l'alcool) sont significativement plus fréquents chez les hommes du canton de Vaud qu'en moyenne nationale.

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

Florence Moreau-Gruet et Laila Burla (3.1, 3.3 et 3.4)

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (3.2)

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs. Certains de ces facteurs comme les facteurs génétiques sont immuables, tandis que d'autres, comme les comportements à l'égard de la santé, le style de vie, les conditions environnementales peuvent être influencés. Les comportements à risque exposent les individus à des problèmes de santé, voire à des maladies. A l'inverse, les comportements protecteurs préservent la santé des individus et diminuent les risques de maladie.

Les conséquences sur la santé des comportements à risque et de l'absence de comportements protecteurs ne sont pas négligeables. En Suisse, comme le montre une étude de l'OCDE (OCDE, 2006) pour l'année 2002, 60% de la mortalité peuvent être attribués à cinq facteurs de risque: l'hypertension artérielle, la consommation de tabac, un taux de cholestérol sanguin trop élevé, le surpoids, et l'inactivité physique. Ces facteurs comptent parmi les facteurs de risque les plus importants dans l'apparition de maladies cardio-vasculaires. Trois d'entre eux, l'hypertension artérielle, l'excès de cholestérol et le surpoids résultent, au moins en partie, d'une alimentation trop riche et du manque d'activité physique.

Ce chapitre traite des attitudes et des comportements qui peuvent constituer un risque pour la santé. Deux autres facteurs de risque, l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé, sont examinés au point 2.2.5. Les décès dus aux maladies cardio-vasculaires font l'objet du point 2.5.3. Dans le présent chapitre, nous commencerons par décrire les dispositions individuelles qui peuvent influencer les comportements de santé. Nous examinerons notamment la place qu'occupe la santé dans les préoccupations des Suisses et des Suissesses ainsi que la perception qu'ils ont de leurs connaissances dans le domaine de la santé. Nous considérerons ensuite les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population vaudoise, puisqu'un manque d'*activité physique* et de mauvaises *habitudes alimentaires* favorisent les maladies du cœur, les attaques cérébrales et le diabète. La surcharge pondérale de la population vaudoise sera mesurée à l'aide de l'*indice de masse corporelle*

(*IMC*), une mesure de l'embonpoint qui met en relation le poids et la taille et qui témoigne dans une certaine mesure des comportements alimentaires et du niveau d'activité physique de la population.

Dans ce chapitre la consommation de substances psychoactives, soit des substances entraînant une dépendance comme le tabac, l'alcool, le cannabis et certains médicaments psychotropes de la population vaudoise sera examinée. Le tabagisme, facteur de risque important associé à de nombreux types de cancers et aux maladies cardio-vasculaires, sera décrit en premier. Bien que n'étant pas un comportement volontaire, l'exposition à la fumée de cigarettes, cigares, etc. (désignée dans ce rapport par le terme de «*fumée passive*») a aussi été reconnue comme pouvant augmenter le risque de développer certaines maladies. La fumée passive est donc également présentée dans ce chapitre, en lien avec la consommation de tabac. Nous examinerons aussi la *consommation d'alcool* dans la population vaudoise. Des études montrent qu'une consommation excessive d'alcool augmente le risque de nombreuses maladies (nombreux cancers, maladies du cœur, voir Rehm et al., 2003). Nous parlerons brièvement du *cannabis*, dont la consommation régulière peut présenter des risques pour la santé. Enfin, nous nous intéresserons à la *consommation de certains médicaments psychotropes*, qui est révélatrice de divers problèmes de santé et qui peut, en cas de consommation régulière, engendrer une dépendance.

Les comportements des Suisses et des Suissesses dans le domaine de la santé sont souvent en rapport avec leur attitude individuelle face à la santé et avec leurs connaissances dans ce domaine. Nous commencerons donc par ces deux aspects de la question.

3.1 Attention portée à la santé

L'importance que les individus donnent à la santé compte probablement beaucoup dans leur manière de se comporter à l'égard de la santé. Les individus qui portent

beaucoup d'attention à leur santé ont en général des comportements et des attitudes favorables à la santé. A l'inverse, les personnes peu concernées par la santé sont probablement moins motivées à changer des comportements néfastes à la santé. Dans le canton de Vaud, 21,5% ont déclaré «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé», alors que la majorité des répondants (59,5%) estiment que la proposition «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» cor-

respond le mieux à leur rapport à la santé et que 19% pensent que «Des considérations relatives à leur santé déterminent dans une large mesure leur manière de vivre» (tableau 3.1). Dans le canton de Vaud, une proportion de personnes nettement supérieure à celle de la Suisse (12,3%) dit ne pas se soucier de sa santé. L'attention portée à la santé par les Vaudois n'a pas beaucoup évolué entre 2002 et 2007, les chiffres correspondants pour 2002 étant de 17,6%, 59,9% et 22,5%.

Tab. 3.1 Attention portée à la santé, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Insouciance		Attention		Grande attention	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		21,5	12,3	59,5	68,4	19,0	19,4
Sexe	Femmes	16,4	9,3	60,7	68,8	22,9	22,0
	Hommes	26,7	15,4	58,4	68,0	15,0	16,6
Classes d'âge	15–34 ans	25,1	17,9	60,2	69,4	(14,7)	12,8
	35–49 ans	20,7	11,3	61,6	71,8	17,7	16,9
	50–64 ans	15,4	9,2	64,3	69,8	20,3	21,0
	65 ans et plus	24,3	7,8	48,3	59,3	27,4	32,9
Formation	Scolarité obligatoire	29,8	15,6	43,0	54,3	27,2	30,1
	Degré secondaire II	21,9	13,2	59,1	67,6	19,0	19,2
	Degré tertiaire	17,3	8,6	67,1	76,2	15,5	15,2
Nationalité	Suisses	21,3	11,7	62,4	69,5	16,3	18,7
	Etrangers	22,1	14,4	52,3	64,0	25,6	21,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	19,6	12,8	65,1	66,0	15,2	21,2
	De 3000 à 4499 CHF	26,4	12,4	49,0	66,5	24,6	21,1
	De 4500 à 5999 CHF	(16,0)	10,6	66,2	72,1	17,8	17,3
	6000 CHF et plus	21,0	10,9	64,4	75,0	(14,6)	14,1
Degré d'urbanisation	Ville	19,1	11,6	61,1	69,0	19,7	19,3
	Campagne	28,0	13,9	55,1	66,7	16,9	19,4
Comparaison régionale	Suisse		12,3		68,4		19,4
	Vaud		21,5*		59,5*		19,0
	Berne		9,6*		71,3		19,0
	Fribourg		13,1		67,7		19,2
	Genève		17,2*		64,0		18,8
	Neuchâtel		21,9*		58,9*		19,2
	Tessin		13,1		71,8		15,1
	Valais		18,6*		60,1*		21,4
	Zurich		8,7*		73,5*		17,8
	Suisse alémanique		9,9		70,5		19,6
Suisse romande		18,7		61,9		19,5	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1047 (VD), n=13'923 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Question ESS (questionnaire écrit): Quelle importance revêt pour vous la santé? «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé» (insouciance), «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» (attention) et «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre» (grande attention).

Les personnes sans formation post-obligatoire portent moins d'attention à leur santé

Dans certains groupes de population du canton de Vaud, on trouve plus de personnes qui disent ne pas se soucier de leur santé. C'est le cas pour les plus jeunes (et les plus âgés) et pour les personnes sans formation post-obligatoire. Au niveau suisse, les personnes qui évaluent leur état de santé comme moyen à (très) mauvais disent nettement plus fréquemment vivre sans se préoccuper de leur santé (figure 3.1). Par contre, elles sont plus nombreuses à exprimer que leur santé détermine dans une large mesure leur manière de vivre.

Les personnes présentant des comportements préjudiciables à la santé sont moins nombreuses à s'en soucier

Les personnes qui adoptent des comportements préjudiciables à leur santé sont plus nombreuses à ne pas se préoccuper de leur santé (figure 3.1): au niveau suisse, 23,9% des gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour) disent ne pas se soucier de leur santé alors que cette

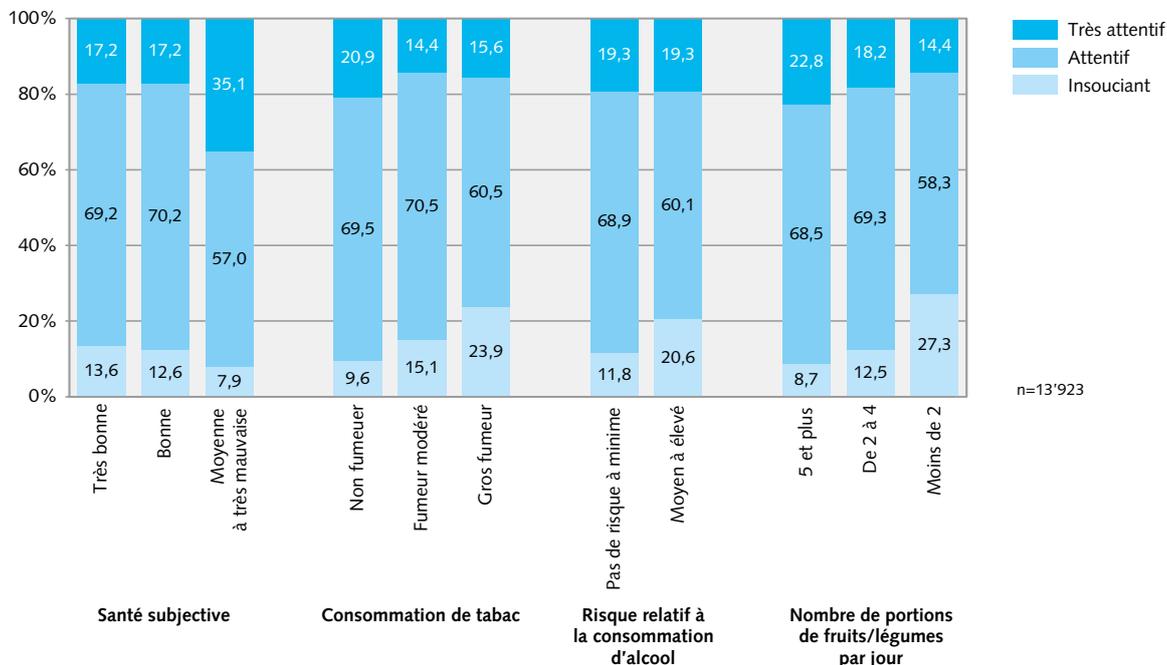
proportion s'abaisse à 15,1% chez les fumeurs modérés (jusqu'à 9 cigarettes) et à 9,6% chez les non-fumeurs. De même, 20,6% des personnes présentant une consommation d'alcool élevée ne se soucient pas de leur santé, contre 11,8% des personnes qui ne présentent pas de risque par rapport à leur consommation d'alcool. 27,3% des personnes qui consomment moins de deux portions de fruits et/ou légumes⁴⁰ par jour disent ne pas se soucier de leur santé. Par comparaison, cette proportion est de 8,7% chez celles qui disent manger cinq portions de fruits et/ou légumes par jour.

3.1.1 Compétence en matière de santé

La compétence en matière de santé est la capacité de l'individu à prendre, à la maison, dans la société, sur le lieu de travail, dans le système de santé, dans son environnement et au niveau politique, des décisions dans sa vie quotidienne qui ont une influence positive sur sa santé. «La compétence en matière de santé autorise les personnes à l'autodétermination et à la prise en charge

Etat de santé et comportements selon l'attention portée à la santé
Suisse, 2007

Fig. 3.1



Pour la définition de la variable "Santé subjective" voir point 2.1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴⁰ Une portion de fruits et/ou légumes correspond à la grosseur du poing (environ 120g).

d'une liberté de choix et d'organisation concernant leur santé. Elle améliore la capacité à trouver des informations sur la santé, à comprendre et à assumer leur responsabilité pour leur propre santé» (Kickbusch, 2006, p. 69). Les recherches actuelles ont mis en évidence un décalage entre les exigences du système de santé et les compétences moyennes de santé de ses utilisateurs. Selon une vaste étude américaine, seuls 12% des Américains seraient «compétents» dans le domaine de la santé, c'est-à-dire capables d'obtenir, de suivre, et de comprendre des informations de base sur la santé et les services de soins nécessaires pour prendre des décisions appropriées dans le domaine de la santé (National Center for Education Statistics, 2006).

La mesure de la compétence en matière de santé est obtenue par l'auto-évaluation des répondants de leurs connaissances en matière de santé dans quatre domaines (pour connaître le libellé exact, voir sous la figure 3.2). Ces questions permettent uniquement de connaître la perception que les répondants ont de leurs compétences en matière de santé (souvent désignées par le terme anglais de *Health Literacy*).

Les répondants sont plus sûrs de leur comportement face à leur santé que face au système de santé et lors de votations

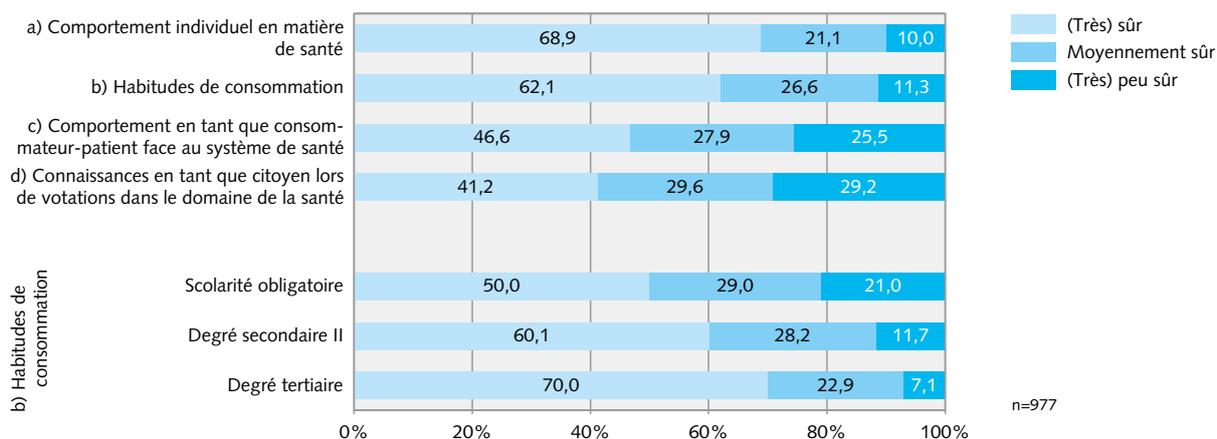
Les répondants du canton de Vaud se sentent les plus sûrs au niveau de leurs connaissances sur les comportements en matière de santé (68,9% s'estiment sûrs ou

très sûrs, figure 3.2). Ils sont légèrement moins sûrs concernant leurs habitudes de consommation (62,1% s'estiment sûrs ou très sûrs). Face aux possibilités de choix relatives au système de santé et aux assurances, la proportion de personnes sûres et très sûres n'est plus que de 46,6%. Moins de la moitié des personnes (41,2%) s'estiment sûres lors de votations concernant le domaine de la santé. Ces proportions sont inférieures à celles que l'on observe dans l'ensemble de la Suisse: 75,4%, 68,0% (n.s.), 50,3% (n.s.) et 48,9%. On peut dire que, de manière générale, la compétence auto-évaluée des Suisses alémaniques est supérieure à celle des Romands et des Tessinois: au niveau des habitudes de consommation, 54,7% des Tessinois se sentent (très) sûrs, 62,8% des Romands et 70,5% des Suisses alémaniques (résultats non présentés).

Les personnes de formation supérieure sont plus sûres de leurs connaissances

Les personnes de formation tertiaire se sentent plus sûres que celles qui ont une formation moins élevée concernant le comportement individuel et les habitudes de consommation (figure 3.2). Une différence entre les sexes s'observe dans le domaine des votations sur des questions de santé: les hommes (50,1%) se sentent à cet égard nettement plus sûrs de leurs connaissances que les femmes (35,5%).

Connaissances auto-évaluées en matière de santé, canton de Vaud, 2007 **Fig. 3.2**



Question ESS: On entend souvent dire que le système de santé devient de plus en plus compliqué. Avez-vous le sentiment de le connaître suffisamment pour vous y retrouver? Comment décririez-vous votre niveau de connaissances dans les quatre domaines suivants: réponses: très sûr(e) à très peu sûr(e).

- a) Comportement individuel en matière de santé (p.ex. alimentation, exercice physique)
- b) Habitudes de consommation (p.ex. achat d'aliments bons pour la santé, de compléments alimentaires, médicaments en vente libre)
- c) Comportement en tant que consommateur et patient face au système de santé et aux assurances (p.ex. choix de l'assurance-maladie, communication avec le médecin)
- d) Connaissances en tant que citoyen(ne) lors de votations concernant le domaine de la santé

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les différences en fonction de l'âge sont peu marquées pour le comportement individuel en matière de santé et pour les habitudes de consommation, mais elles sont prononcées pour les connaissances en tant que consommateur et patient: ((très) sûr, moins de 35 ans: 34,9%, 65 ans et plus: 67,8%) ainsi que pour les connaissances en tant que citoyen lors de votations au sujet de la santé: ((très) sûr, moins de 35 ans: 40,8%, 65 ans et plus: 57,8%) (résultats non présentés)).

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

La question du poids corporel est souvent associée à celles de l'alimentation et du mouvement. Une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante jouent en effet un rôle important dans la lutte contre les problèmes de poids. Ces trois notions reviennent également dans les programmes actuels de promotion de la santé tels que le «Programme national alimentation et activité physique 2008-2012» (OFSP, 2008a) ou, dans le canton de Vaud, le programme «ça marche! Bouger plus, manger mieux»⁴¹.

Compte tenu de l'étroite corrélation entre ces trois notions, le présent chapitre s'intéresse au nombre croissant des personnes en surcharge pondérale, même si cette question pourrait être abordée avec les facteurs de risque pour la santé analysés au chapitre 2. Le point suivant présente l'étendue des problèmes de poids dans le canton de Vaud; les deux points qui viennent ensuite sont consacrés aux habitudes alimentaires et à l'activité physique. Les résultats ainsi présentés sont repris et comparés dans le chapitre 5.

3.2.1 Surcharge pondérale

Le nombre de personnes présentant une surcharge pondérale augmente depuis des décennies dans le monde entier. Différents observateurs et organismes parlent depuis quelques années d'une épidémie (OECD, 2009; OFSP, 2008a; WHO, 2000), voire d'une pandémie d'obésité (OFS, 2007). Un excédent de poids est considéré comme un facteur de risque pour diverses maladies (OFSP, 2008a; WHO, 2000). Les mesures de prévention, de promotion et d'amélioration de la santé axées sur la lutte contre les problèmes de surpoids revêtent donc une grande importance.

Il existe différents moyens de déterminer si quelqu'un est en surpoids ou non. Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) constitue une méthode simple et largement reconnue qui prend en compte la taille et le poids de la personne concernée (voir encadré). L'IMC est toutefois une mesure relativement grossière, qui ne donne par exemple pas d'indication sur la proportion de graisse dans le corps, et qui, dans le cadre d'une enquête, tend à sous-estimer l'étendue des problèmes de poids dans la population (Faeh et al., 2008).

L'indice de masse corporelle (IMC) est défini comme suit:

$$\text{IMC} = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$$

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

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

Le tableau 3.2 et les figures 3.3 et 3.4 montrent, malgré les réserves formulées plus haut sur l'IMC auto-déclaré, qu'une part importante de la population du canton de Vaud et de la Suisse présente un excès de poids. Dans le canton de Vaud, plus d'un quart (29,2%) des personnes de 18 ans ou plus sont en surcharge pondérale et 8,2% souffrent d'obésité. Près de deux cinquièmes de la population vaudoise (37,4%) sont donc concernés par l'excès de poids, soit à peu près la même proportion qu'au niveau de la Suisse (38,9%).

Les hommes sont deux fois plus souvent en surpoids que les femmes

Comme le montre la figure 3.3, on ne peut pas parler actuellement d'une augmentation marquée, épidémique, des cas de surcharge pondérale. Entre 2002 et 2007, la part des personnes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité dans l'ensemble de la population est restée relativement stable, ce qui est aussi le cas dans le canton de Vaud: dans ce dernier, elle est passée de 38,9% en 2002 à 37,4% (n.s.).

L'IMC varie considérablement selon le sexe, l'âge et la position socio-économique. La figure 3.4 montre que le surpoids touche, suivant les classes d'âge, jusqu'à deux fois plus d'hommes que de femmes. Les valeurs extrêmes s'observent chez les femmes de 18 à 34 ans (17,5% des personnes en surpoids) et chez les hommes de 65 ans et plus (62,5%). Comparés aux différences liées à l'âge et au sexe, les écarts liés à la formation, à la

⁴¹ Consulté le 14 juin 2010 sous: <http://www.ca-marche.ch/>

Tab. 3.2 Indice de masse corporelle (IMC), canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus, en %)

		Insuffisance pondérale		Poids normal		Surcharge pondérale		Obésité	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		3,6	3,3	58,7	57,8	29,2	30,4	8,2	8,5
Sexe	Femmes	6,6	5,6	66,3	64,6	20,0	21,7	7,1	8,1
	Hommes	.	0,8	51,1	50,7	38,3	39,5	9,8	9,0
Classes d'âge	18–34 ans	(6,5)	5,3	70,2	71,4	20,1	19,0	(3,2)	4,3
	35–49 ans	(2,8)	2,8	59,9	59,3	31,5	30,0	(5,8)	8,0
	50–64 ans	.	2,3	52,4	49,0	30,4	36,5	16,1	12,1
	65 ans et plus	(3,8)	2,3	46,4	47,2	37,7	39,6	12,1	11,0
Formation	Scolarité obligatoire	.	2,2	48,4	44,9	31,3	37,6	16,7	15,4
	Degré secondaire II	(3,9)	3,7	59,2	58,8	27,6	29,0	9,4	8,5
	Degré tertiaire	(3,2)	2,8	62,8	61,8	31,1	30,3	(2,9)	5,2
Nationalité	Suisses	4,1	3,4	59,0	58,6	29,1	30,0	7,8	8,2
	Etrangers	.	2,8	57,9	55,3	29,5	32,0	(10,3)	9,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	(4,6)	3,5	54,9	57,2	28,8	29,8	11,7	9,5
	De 3000 à 4499 CHF	(3,3)	3,0	60,2	56,3	28,0	31,6	8,5	9,1
	De 4500 à 5999 CHF	.	3,1	59,9	58,8	32,3	30,7	(4,3)	7,5
	6000 CHF et plus	.	3,1	64,8	61,2	30,0	29,8	.	5,8
Degré d'urbanisation	Ville	4,0	3,4	61,0	58,9	26,7	29,4	8,2	8,2
	Campagne	.	2,8	52,5	54,7	36,0	33,1	9,1	9,4
Comparaison régionale	Suisse		3,3		57,8		30,4		8,5
	Vaud		3,6		58,7		29,2		8,2
	Berne		2,5		54,7*		33,1*		9,8
	Fribourg		4,9*		55,6		30,9		8,5
	Genève		3,9		58,2		30,4		7,5
	Neuchâtel		3,8		55,2		31,1		9,8
	Tessin		4,7*		55,3		30,3		9,6
	Valais		3,8		56,1		31,6		8,8
	Zurich		3,3		61,6*		27,9*		7,2*
	Suisse alémanique		2,9		58,2		30,4		8,5
Suisse romande		3,9		57,3		30,3		8,5	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1325 (VD), n=17'879 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

nationalité, au revenu et au degré d'urbanisation sont relativement faibles (tableau 3.2). Les différences entre cantons et régions sont peu marquées.

Le poids corporel: une source d'insatisfaction répandue

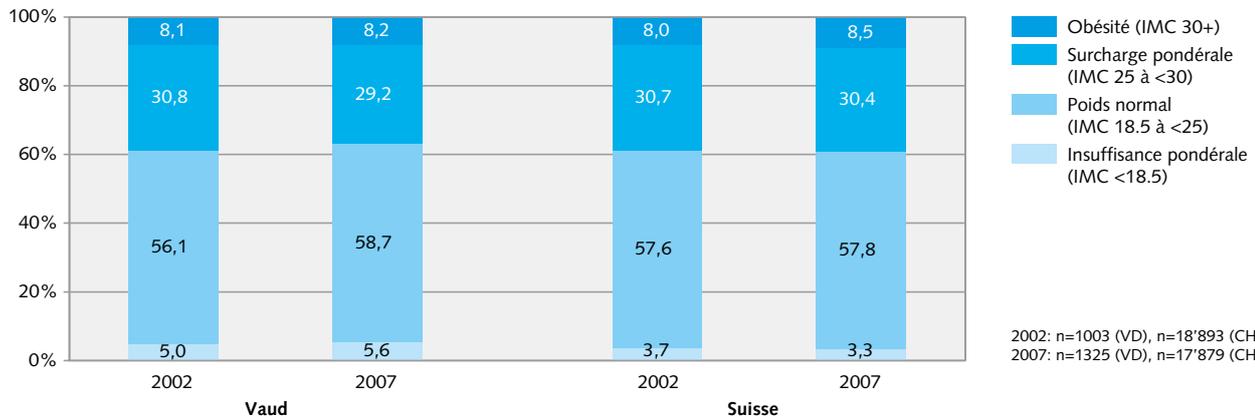
Les personnes présentant une surcharge pondérale sont, sans surprise, plus souvent insatisfaites de leur poids corporel que celles ayant un poids normal. Dans le canton de Vaud, la part des personnes insatisfaites de leur poids est d'environ une sur six (17,6%) parmi les personnes qui ont un poids normal ou inférieur à la normale et de

plus d'une sur deux (55,3%) parmi celles atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité. La figure 3.5 fait apparaître ici encore une différence considérable entre les sexes. Chez les femmes, près d'un cinquième (22,1%) des personnes qui ont un poids normal ou inférieur à la normale et plus de deux tiers (68,4%) des personnes en surpoids sont insatisfaites de leur poids corporel, contre respectivement 11,2% et 47,9% chez les hommes. Les hommes s'accrochent donc mieux d'un excès de poids que les femmes.

Cela ressort aussi des réponses à la question: «Avez-vous suivi un régime alimentaire spécial au cours des 12 derniers mois?»: 10,1% des Vaudoises interrogées

Evolution temporelle de l'indice de masse corporelle (IMC)
canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.3

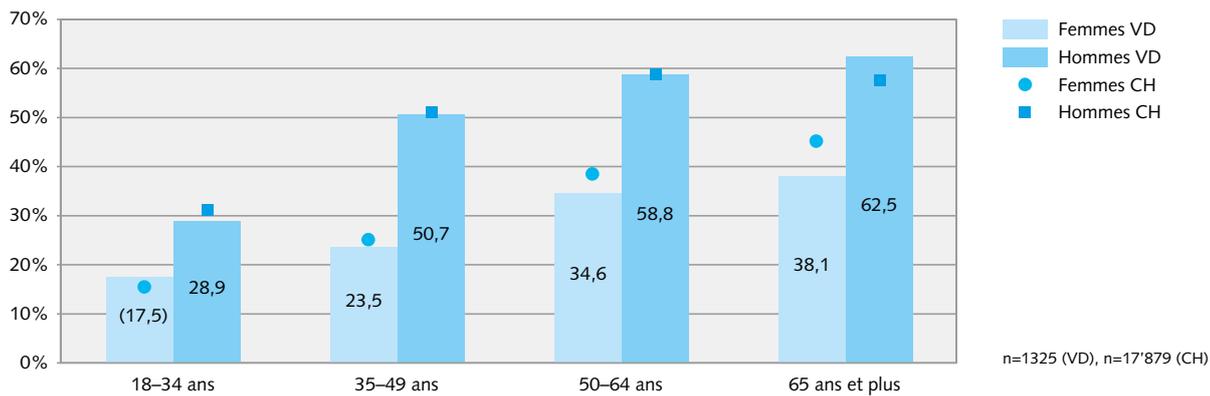


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le sexe et l'âge
canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.4



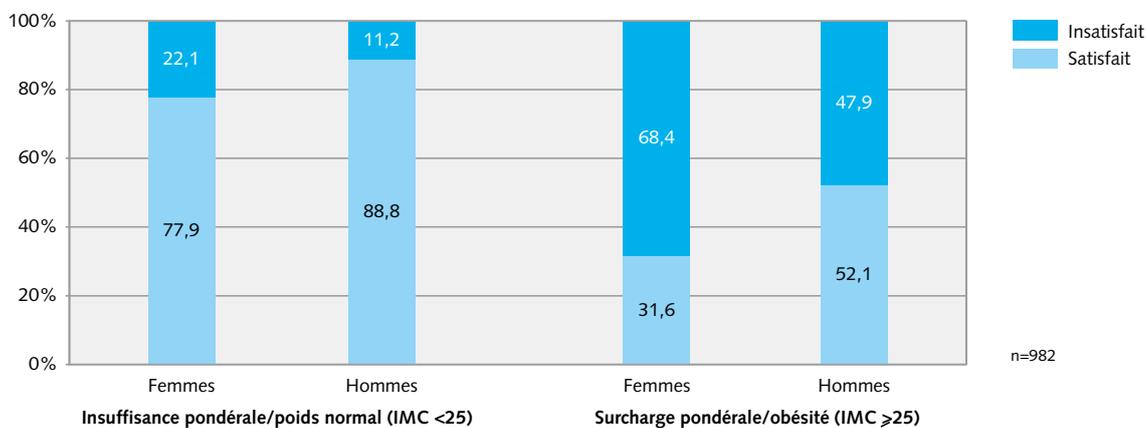
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la satisfaction à l'égard de son poids corporel selon le sexe
canton de Vaud, 2007 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

répondent par oui, contre seulement 5,8% des Vaudois. Comme on s'y attendait, les personnes en surpoids affirment plus souvent suivre un régime alimentaire spécial que celles ayant un poids normal ou inférieur à la normale.

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

Une alimentation équilibrée contribue, par la normalisation de l'apport énergétique, au maintien d'un poids corporel normal et fait partie intégrante d'un mode de vie sain. En revanche, une alimentation malsaine a des conséquences négatives sur la santé. L'Office fédéral de la santé publique (2008b), se référant aux publications de l'OMS, désigne les six principales maladies liées à l'alimentation (voir aussi OFS, 2007; WHO, 2000): l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies dentaires et l'ostéoporose. Une alimentation saine et équilibrée repose sur la consommation régulière de fruits, de légumes et de produits à base de céréales complètes, un apport suffisant en liquide et une consommation modérée de viande, de produits laitiers, d'œufs, de sucreries, d'aliments riches en sel et de certaines graisses (OFSP, 2007c; SSN, 2006).

Pour avoir une alimentation saine et équilibrée, il faut tout d'abord disposer des connaissances nécessaires et être conscient de l'enjeu. Seules les personnes qui connaissent les bienfaits pour la santé des fruits et des légumes peuvent adapter leur comportement en conséquence. L'ESS comporte quelques données sur l'attention portée à l'alimentation et sur le comportement alimentaire de la population. Les quelques résultats disponibles montrent toutefois clairement que dans le canton de Vaud et en Suisse, il reste encore beaucoup à faire en faveur d'une alimentation équilibrée.

Près de la moitié de la population se soucie peu de son alimentation

La partie gauche du tableau 3.3 qui concerne l'attention portée à l'alimentation, renseigne sur la part des personnes interrogées qui ont déclaré «faire attention à quelque chose» dans leur alimentation. La proportion est nettement moins élevée dans le canton de Vaud – un peu plus de la moitié de la population – que dans le reste de la Suisse. La partie inférieure du tableau montre les différences entre les régions: le canton de Vaud se situe à peu près dans la moyenne de la Suisse romande (56,3%),

mais nettement au-dessous de la Suisse alémanique, où plus de trois quarts de la population (75,5%) disent faire attention à leur alimentation.

L'attention portée à l'alimentation varie en outre dans le canton de Vaud entre les femmes (63,2%) et les hommes (46,0%) ainsi que selon l'âge et le niveau de formation. Par rapport à 2002, la part des personnes qui font attention à leur alimentation n'a pas évolué de manière significative dans le canton de Vaud, alors qu'on observe une évolution légère mais significative dans l'ensemble de la Suisse (de 69,1% à 70,5%).

Peu de légumes, beaucoup de viande

Des différences apparaissent également dans les comportements alimentaires. La partie droite du tableau 3.3 montre quel pourcentage de la population observe la recommandation selon laquelle il convient de manger cinq portions de fruits et/ou de légumes par jour. La consigne «5 par jour» est observée par environ un tiers de la population vaudoise et par un peu moins de 30% de la population suisse. Les femmes (44,4%) suivent cette consigne près de deux fois plus fréquemment que les hommes (25,3%), alors qu'il n'y a pas de différences claires pour les autres critères présentés dans le tableau. Cette absence de différences est particulièrement intéressante, notamment par rapport au revenu: elle infirme en effet l'idée très répandue qu'une alimentation saine coûte particulièrement cher⁴². A noter, ici encore, une différence entre d'une part le canton de Vaud et la Suisse romande (34,6%) et d'autre part la Suisse alémanique (27,7%), où la consigne «5 par jour» est moins souvent suivie malgré la plus grande attention que les Alémaniques portent à leur alimentation.

Si les Vaudois et les Vaudoises se situent nettement au-dessus de la moyenne suisse quant à la consommation de fruits et de légumes (tableau 3.4), ils consomment toutefois moins souvent des produits laitiers six à sept fois par semaine que la population suisse (65,0% vs 68,1%). En outre, leur consommation de viande et de poisson est un peu plus élevée que dans la Suisse entière.

⁴² La population estime que le prix est le principal facteur l'empêchant d'opter pour des aliments sains. Dans l'ESS 2007, 52% des personnes interrogées mentionnent le coût élevé des aliments sains, alors que 48% préfèrent s'adonner aux plaisirs de la table, 45% se réfèrent aux habitudes et contraintes quotidiennes, 35% mettent l'accent sur le grand investissement en temps induit par les achats et seuls 10% dénoncent une offre lacunaire dans le commerce (plusieurs réponses possibles; résultats concernant toute la Suisse, n=13'181).

Tab. 3.3 Attention portée à l'alimentation et respect de la recommandation d'alimentation «5 par jour», canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Attention portée à l'alimentation ¹		Habitudes alimentaires (recommandation «5 par jour») ²	
		VD	CH	VD	CH
Total		54,6	70,5	34,9	29,3
Sexe	Femmes	63,2	77,3	44,4	37,8
	Hommes	46,0	63,4	25,3	20,2
Classes d'âge	15–34 ans	41,8	60,9	38,1	29,1
	35–49 ans	59,5	72,8	32,6	29,5
	50–64 ans	62,1	77,0	38,5	31,4
	65 ans et plus	60,4	75,2	28,4	26,5
Formation	Scolarité obligatoire	55,1	63,3	29,1	24,6
	Degré secondaire II	52,0	69,1	35,0	28,7
	Degré tertiaire	59,3	78,0	37,4	32,9
Nationalité	Suisses	55,9	72,8	34,9	29,8
	Etrangers	51,1	61,8	35,2	27,0
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	53,3	66,6	32,2	29,0
	De 3000 à 4499 CHF	53,1	71,6	33,8	28,8
	De 4500 à 5999 CHF	60,7	74,7	42,2	30,5
	6000 CHF et plus	56,1	76,6	37,9	29,3
Degré d'urbanisation	Ville	53,3	71,0	36,4	29,8
	Campagne	58,0	69,3	30,8	27,8
Comparaison régionale	Suisse		70,5		29,3
	Vaud		54,6*		34,9*
	Berne		74,2*		26,1*
	Fribourg		59,9*		34,9*
	Genève		55,9*		37,7*
	Neuchâtel		55,0*		31,7
	Tessin		71,5		25,4*
	Valais		58,3*		30,5
	Zurich		78,5*		28,5
	Suisse alémanique		75,5		27,7
	Suisse romande		56,3		34,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Attention portée à l'alimentation: n=1380 (VD), n=18'742 (CH); habitudes alimentaires: n=1315 (VD), n=17'903 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

¹ Part des personnes ayant répondu «Oui, je fais un peu attention» à la question «Faites-vous attention à certaines choses en particulier dans votre alimentation?»

² Pour les habitudes alimentaires, un indice a été établi sur la base des deux questions suivantes: a) «Combien de portions de fruits et de jus de fruits consommez-vous en moyenne par jour?», b) «Combien de portions de légumes et de jus de légumes (sans les pommes de terre et le maïs) consommez-vous en moyenne par jour?». La recommandation de manger 5 fruits/légumes par jour est considérée comme suivie si la somme des deux réponses donne au moins 5 portions

Consommation de liquide inférieure à la moyenne

Une alimentation saine passe non seulement par une alimentation équilibrée, mais aussi par une consommation suffisante de liquide non alcoolisé. Dans ce contexte, l'OFSP et la Société suisse de nutrition (SSN) recommandent à la population de consommer chaque jour entre un et deux litres de boissons non alcoolisées (OFSP, 2007c; SSN, 2006).

La figure 3.6 montre qu'une grande majorité de la population vaudoise suit cette recommandation. Plus de la moitié de la population (56,8%) la suit même à la lettre, avec une consommation quotidienne d'un à deux litres de liquide sans alcool, et un dixième (9,8%) boit

Tab. 3.4 Fréquence de la consommation de viande, de poisson et de produits laitiers, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

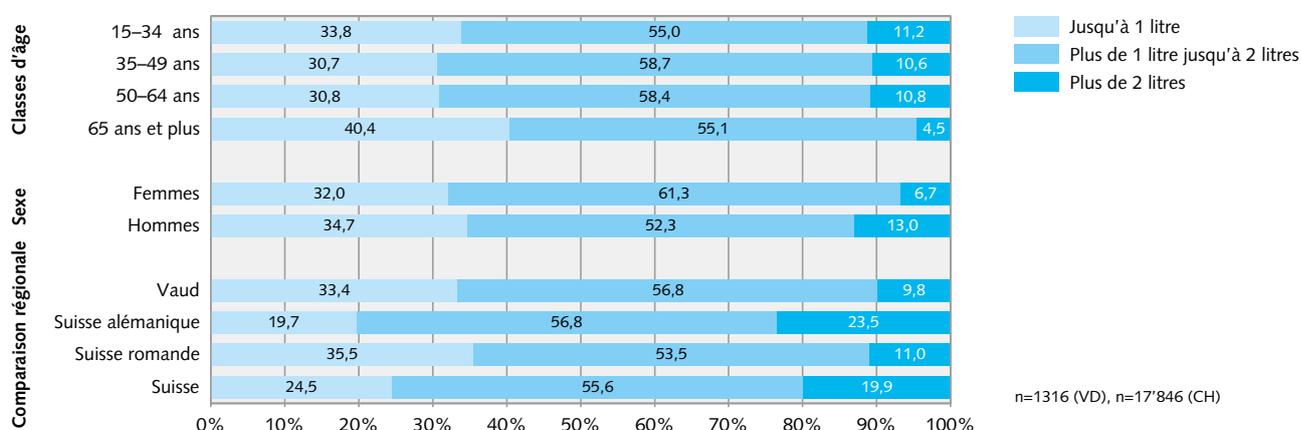
	6-7 fois par semaine		4-5 fois par semaine		1-3 fois par semaine		Rarement, jamais	
	VD	CH	VD	CH	VD	CH	VD	CH
Viande	24,2	25,6	33,2*	28,5	39,4	41,4	3,2*	4,5
Poisson	.	0,4	(1,8)	1,3	76,2*	61,7	21,7*	36,6
Lait et produits laitiers	65,0*	68,1	8,7	8,0	17,3	16,4	9,0	7,5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

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

Viande/saucisses: n=1377 (VD), n=18'702 (CH); poisson: n=1381 (VD), n=18'722 (CH); lait/produits laitiers: n=1381 (VD), n=18'717 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Vaud, 2007**Fig. 3.6**

Question ESS: «Combien de liquide buvez-vous approximativement d'ordinaire par jour pendant la semaine, sans compter les boissons alcoolisées?»

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

plus de deux litres par jour⁴³, de sorte qu'une personne sur trois (33,4%) n'atteint pas la quantité recommandée. Cette proportion se situe bien au-dessus de la moyenne suisse (24,5%).

La même figure montre que, dans le canton de Vaud, la recommandation est suivie plus rarement par les femmes et les personnes âgées (65 ans et plus). La même chose s'observe à l'échelle suisse. Comme la part des personnes qui boivent moins d'un litre par jour est plus élevée dans le canton de Vaud, la consommation quotidienne moyenne de liquide est, avec tout juste 1,6 litre, nettement au-dessous de la moyenne suisse (1,8 litre). La moyenne est nettement (et significativement) plus élevée en Suisse alémanique (près de 1,9 litre) qu'en Suisse romande (1,6 litre) et en Suisse italienne (1,5 litre).

⁴³ Les avantages et les inconvénients d'une forte consommation de liquide font l'objet de discussions controversées parmi les spécialistes (voir NZZ du 16 août 2008). Il y a quelques années seulement, il était recommandé de «boire autant que possible même si l'on n'avait pas soif». Cette recommandation n'est plus d'actualité, comme le montre entre autres celle de l'OFSP (2007c).

3.2.3 Activité physique

Avoir une activité physique régulière compte parmi les principaux éléments d'un comportement favorable à la santé. D'après la littérature spécialisée, les effets positifs de l'activité physique vont d'un meilleur équilibre psychique à une diminution du risque de diabète et de certains cancers (Marti & Hättich, 1999), en passant par une réduction de la surcharge pondérale.

Pour que l'activité physique ait un effet positif sur la santé, elle doit être pratiquée avec une certaine intensité et pendant une durée minimale. L'Office fédéral du sport, l'Office fédéral de la santé publique, le réseau suisse «Santé et activité physique» (hepa.ch) et «Promotion Santé Suisse» recommandent aux femmes et aux hommes de tout âge au moins une demi-heure d'activité physique par jour sous forme d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité au moins moyenne (OFSP et al.,

2007: p. 1; OFSPO, 2006)⁴⁴. Dans le cas particulier de l'activité physique, il est même souhaitable d'aller au-delà des recommandations minimales. Les personnes qui le font en retirent un bénéfice accru pour leur bien-être et leur santé. Ce n'est qu'à partir d'un très haut niveau d'activité physique que certains risques (épuisement, carences, etc.) viennent contrebalancer les effets favorables de cette activité.

Sur la base des données collectées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, un indice de l'activité physique a pu être établi, qui fait la distinction entre les niveaux d'activité suivants:

- *Personnes entraînées/actives*: ces personnes suivent les recommandations susmentionnées. Elles pratiquent au moins trois fois par semaine pendant leurs loisirs des activités physiques qui les font transpirer ou vont jusqu'à l'essoufflement au moins 5 jours par semaine dans des activités physiques d'au moins 30 minutes (d'intensité moyenne).
- *Personnes irrégulièrement ou partiellement actives*: ces personnes bougent de temps à autre mais pas dans la mesure recommandée. Font partie de cette catégorie les personnes qui bougent moins que les personnes «entraînées/actives», mais qui pratiquent pendant leurs loisirs une activité physique hebdomadaire d'au moins 30 minutes jusqu'à l'essoufflement, ou au moins une fois jusqu'à la transpiration.
- *Personnes inactives*: personnes qui ne pratiquent aucune activité physique pendant leurs loisirs.

Nette augmentation de l'activité physique

La figure 3.7 montre, pour le canton de Vaud comme pour la Suisse, une augmentation de la part des personnes physiquement actives. Dans le canton de Vaud, la proportion est passée de 29,0% en 2002 à 33,2% en 2007 (n.s.), tandis que la part des personnes physiquement inactives s'est réduite de 4,1 points et atteint 20,6%. L'évolution est donc aussi favorable dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse, où l'on observe également une nette hausse des personnes actives.

Ce résultat est d'autant plus étonnant que la part des personnes inactives physiquement s'était encore fortement accrue dans les années 1990 (OFS, 2006). Il rejoint

toutefois les conclusions d'une étude récente sur le comportement sportif de la population suisse (Lamprecht et al., 2008), et concorde avec un autre résultat de l'ESS qui montre que les activités physiques liées aux déplacements quotidiens ont augmenté: alors qu'en 2002, 51% de la population suisse se déplaçaient encore peu à pied ou à vélo, ce n'était plus le cas que de 43% de la population en 2007. On peut aussi en déduire que les nombreuses initiatives lancées ces dernières années pour accroître le niveau d'activité physique de la population commencent à porter leurs fruits⁴⁵.

Malgré cette évolution positive, il faut noter que plus de la moitié de la population interrogée dans le canton de Vaud et dans toute la Suisse n'atteint pas le niveau d'activité physique nécessaire pour un effet bénéfique sur la santé. On observe par ailleurs des différences entre les groupes de population et les régions (voir le tableau 3.5). Dans le canton de Vaud, la part des personnes actives physiquement est moins élevée chez les femmes (29,4%) que chez les hommes (37,1%). Les personnes âgées (65 ans et plus) sont plus souvent inactives et moins souvent actives que les personnes plus jeunes. On peut toutefois observer, dans une perspective à plus long terme, que les différences selon l'âge, selon les générations et selon le sexe sont nettement moins marquées aujourd'hui que dans les années 1980 et 1990 (Lamprecht & Stamm, 2002; OFS, 2006). Dans le canton de Vaud, les femmes d'âge moyen (50 à 64 ans) dépassent aujourd'hui les hommes de même âge dans le domaine de l'activité physique.

Disparités importantes selon le niveau de formation, la nationalité et la région linguistique

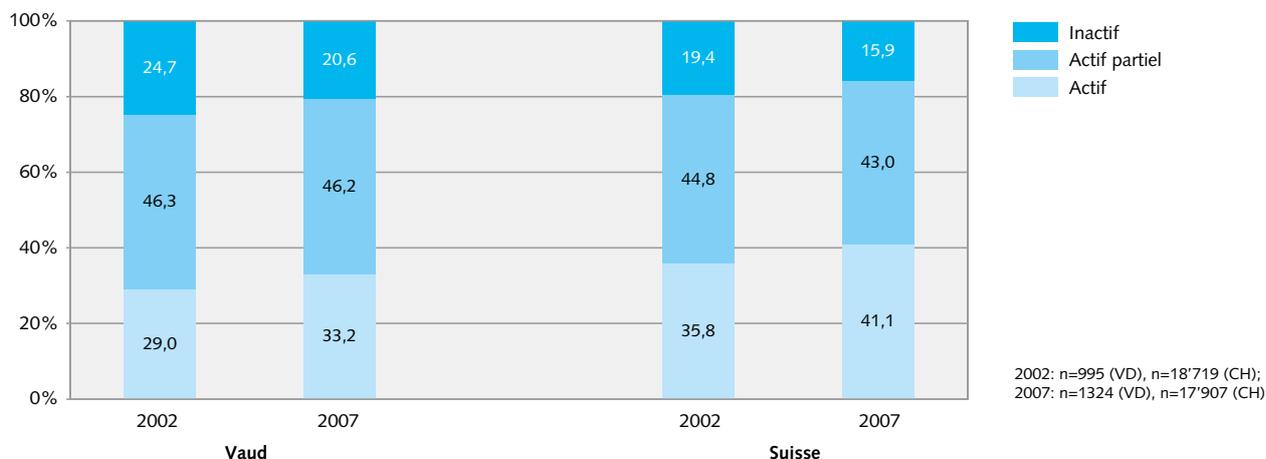
Les différences selon le niveau de formation sont parfois marquées, aussi bien dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Vaud, les personnes sans formation post-obligatoire présentent une part supérieure à la moyenne de personnes physiquement inactives (31,6%) et sont moins souvent actives que les personnes ayant un niveau de formation plus

⁴⁴ Les documents mentionnés font référence par le terme d'«intensité moyenne» à toute activité physique lors de laquelle la personne est au moins légèrement essoufflée sans pour autant forcément transpirer: la marche ou le vélo pratiqués rapidement, le pelletage de la neige ou différents travaux de jardinage, ainsi que d'autres activités de loisirs, quotidiennes ou sportives (OFSPO, 2006; OFSPO et al., 2007).

⁴⁵ Parmi ces initiatives, citons l'ouverture de places de jeux plus sportives pour les activités extra-scolaires, le remboursement partiel des abonnements de fitness par les assurances-maladie, l'amélioration continue des réseaux de cyclotourisme et de randonnée, l'offre variée des sociétés sportives et d'autres prestataires pour toutes les classes d'âge.

Evolution temporelle de l'activité physique canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007

Fig. 3.7



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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

élevé⁴⁶. Les différences selon la nationalité sont tout aussi nettes: les Suisses et les Suissesses sont souvent plus actifs physiquement que les étrangers et les étrangères.

On observe enfin des différences entre les régions linguistiques. Le niveau d'activité physique de la population vaudoise correspond relativement bien à celui des autres cantons romands et du Tessin, mais il est nettement inférieur à celui de la Suisse alémanique. Si la part des personnes physiquement actives dans le canton de Vaud (33,2%) est supérieure à celle observée au Tessin, elle est par contre bien plus faible qu'en Suisse alémanique (43,5%). A l'inverse, la part des personnes physiquement inactives est bien plus basse en Suisse alémanique (13,9%) que dans le canton de Vaud (20,6%).

La figure 3.8 montre que les personnes physiquement inactives présentent plus souvent une surcharge pondérale (40,0%) que celles qui sont actives (34,5%) ou partiellement actives (37,4%). Selon une analyse complémentaire qui n'est pas présentée ici, cette relation se

vérifie quels que soient l'âge et le sexe⁴⁷. Aucun lien de cause à effet ne peut bien entendu être tiré des chiffres présentés ici. En d'autres termes, ceux-ci ne permettent pas de déterminer si l'activité physique contribue véritablement à un poids corporel sain ou si, à l'inverse, la surcharge pondérale constitue un facteur décourageant en matière d'activité physique.

Les résultats présentés au point 3.2 dressent un tableau contrasté. La part des personnes en surcharge pondérale se stabilise actuellement à un niveau élevé, alors que celle des personnes physiquement actives augmente, malgré une part toujours importante d'inactifs. Les recommandations de diverses organisations concernant l'alimentation ne sont que partiellement suivies. L'augmentation de l'activité physique peut être interprétée comme un signe de l'efficacité des mesures prises ces dernières années pour promouvoir l'activité physique et le sport dans la population. Les programmes intégrés mentionnés en introduction visant un poids corporel sain grâce à une alimentation équilibrée et à une activité

⁴⁶ Les données de l'ESS ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle les personnes les mieux qualifiées compensent le peu de mouvement que leur permet leur travail par des activités physiques. A niveau égal d'activité physique au travail, les personnes les plus qualifiées sont en moyenne plus actives que celles dont le niveau de formation est plus bas. La part des personnes actives physiquement dans la population déclarant ne jamais bouger au travail au point de transpirer est de 31% chez les personnes diplômées du degré secondaire I et de 39% chez celles diplômées du degré tertiaire. Etonnamment, la part des personnes actives physiquement est même plus élevée chez celles exerçant une activité professionnelle très physique: 45% (degré secondaire I) ou 58% (degré tertiaire) des personnes qui transpirent au moins trois fois par semaine lors de leur activité professionnelle sont actives physiquement pendant leurs loisirs. L'effet de la formation se fait également sentir chez les personnes sans activité professionnelle (données pour l'ensemble de la Suisse).

⁴⁷ Compte tenu du peu de cas observés, cette analyse complémentaire n'a été réalisée qu'au niveau de l'ensemble de la Suisse. Il en ressort, par exemple, que parmi les moins de 35 ans inactifs physiquement, 31% des hommes et 21% des femmes sont en surcharge pondérale, contre 23% des hommes et 11% des femmes du même âge qui pratiquent une activité physique. Cette relation est moins marquée parmi les 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, la proportion correspondante est de 46% chez les femmes et de 62% chez les hommes, parmi les personnes physiquement inactives, alors qu'elle atteint 41% chez les femmes et 56% chez les hommes pratiquant une activité physique. Ces relations sont présentées plus en détail au chapitre 5.

Tab. 3.5 Activité physique, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Entraîné/actif		Irrégulièrement/ partiellement actif		Inactif	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		33,2	41,1	46,2	43,0	20,6	15,9
Sexe	Femmes	29,4	39,1	48,1	43,0	22,5	17,9
	Hommes	37,1	43,3	44,4	42,9	18,8	13,8
Classes d'âge	15–34 ans	39,4	47,8	45,8	42,0	14,8	10,2
	35–49 ans	25,1	39,2	56,2	46,7	18,7	14,1
	50–64 ans	34,7	38,6	44,5	45,6	20,8	15,8
	65 ans et plus	34,3	36,1	30,7	35,1	35,0	28,8
Formation	Scolarité obligatoire	31,6	36,5	36,7	34,1	31,6	29,4
	Degré secondaire II	34,1	41,6	43,9	42,9	22,0	15,5
	Degré tertiaire	32,4	42,3	54,9	47,2	12,8	10,5
Nationalité	Suisses	35,2	41,9	47,3	43,8	17,6	14,3
	Etrangers	27,6	37,7	43,0	39,2	29,3	23,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	33,2	40,2	47,6	41,6	19,1	18,2
	De 3000 à 4499 CHF	31,7	40,0	44,5	43,0	23,9	17,0
	De 4500 à 5999 CHF	36,3	41,6	45,1	45,7	18,6	12,7
	6000 CHF et plus	31,9	43,4	52,8	46,4	15,3	10,2
Degré d'urbanisation	Ville	34,8	40,8	44,6	42,8	20,5	16,4
	Campagne	28,9	42,0	50,2	43,4	20,9	14,6
Comparaison régionale	Suisse	41,1		43,0		15,9	
	Vaud	33,2*		46,2*		20,6*	
	Berne	44,4*		41,8		13,8*	
	Fribourg	39,6		45,4		15,0	
	Genève	36,3*		41,3		22,4*	
	Neuchâtel	37,7		41,0		21,3*	
	Tessin	30,8*		41,2		27,9*	
	Valais	38,7		43,7		17,6	
	Zurich	41,9		44,2		13,8*	
	Suisse alémanique	43,5*		42,7		13,9*	
	Suisse romande	36,2*		44,1		19,7*	

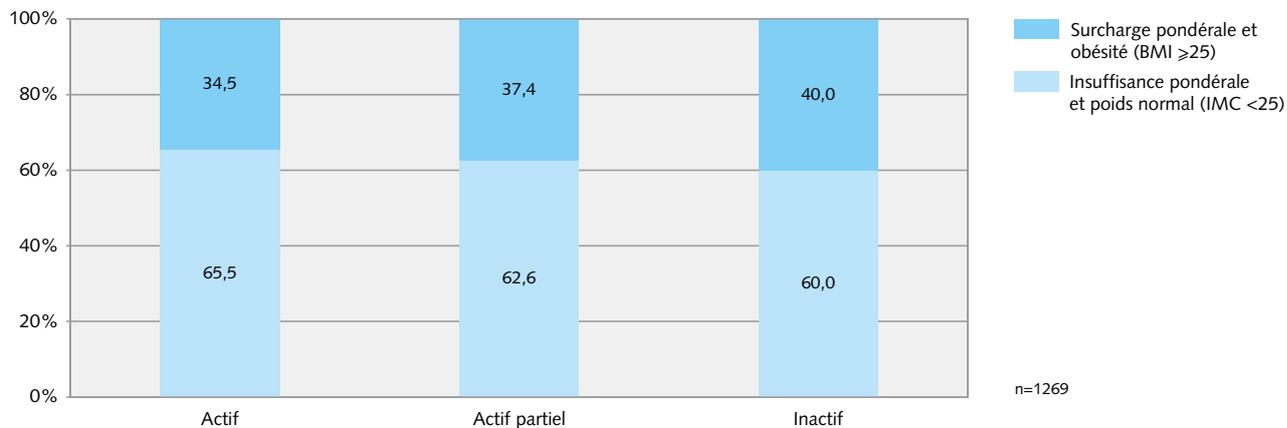
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1324 (VD), n=17'907 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)
Voir l'encadré pour la définition des catégories de l'activité physique

physique suffisante, tels qu'ils sont réalisés en particulier dans le canton de Vaud, représentent un pas supplémentaire important dans la lutte contre l'«épidémie de surcharge pondérale». Les liens entre le surpoids, l'alimentation, l'activité physique et d'autres facteurs font l'objet d'une analyse complémentaire au chapitre 5 du présent rapport.

Lien entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (IMC) canton de Vaud, 2007 (personnes de 18 ans et plus)

Fig. 3.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3 Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes peuvent modifier l'état de conscience, l'humeur, et les pensées. La consommation de substances psychoactives, que ce soit pour trouver du plaisir ou ne pas ressentir de douleur, peut nuire à la santé et engendrer des dépendances (WHO, 2004a).

Dans cette partie de ce chapitre, quatre substances sont considérées: le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes. Elles sont présentées en fonction du sexe car les différences de genre sont importantes.

3.3.1 Consommation de tabac

Originaire d'Amérique, importé par Christophe Colomb, le tabac fut d'abord utilisé comme médicament contre les migraines. Il envahit l'Europe surtout après la deuxième guerre mondiale. En Suisse, les fabricants de cigarettes réalisent un chiffre d'affaires d'environ trois milliards de francs. Plus de la moitié de l'impôt sur le tabac est versée aux caisses de l'AVS et de l'AI.

Selon les statistiques relatives à la vente de cigarettes, la consommation de tabac par habitant en Suisse n'a cessé d'augmenter entre les années 50 et le milieu des années 70. Depuis, la consommation de tabac par habitant est en baisse continue et atteint environ 12 millions

de cigarettes par année⁴⁸. En 2008, ces chiffres étaient pour la première fois à nouveau légèrement en hausse (ISPA, 2009).

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

Les coûts directs de la consommation de tabac (traitement des maladies) sont estimés à 1,5 milliards de francs, les coûts indirects (pertes de productivité générées par les maladies, décès et invalidité) à 4 milliards et les coûts humains (p. ex. baisse de la qualité de vie suite à la souffrance physique ou psychique) à 5,2 milliards (Vitale et al., 1998).

⁴⁸ www.swiss-cigarette.ch/fr/tabac/statistiques.html (accédé le 20 janvier 2010)

La proportion de fumeurs a diminué entre 2002 et 2007 au niveau suisse et la même tendance s'observe pour le canton de Vaud

En 2007 dans le canton de Vaud, plus d'un quart de la population fume (26,4%, tableau 3.6), proportion comparable à celle de l'ensemble de la Suisse (27,9%). La moitié des fumeurs environ fume modérément (jusqu'à 9 cigarettes par jour) alors que l'autre moitié appartient à la catégorie des gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour).

Entre 2002 et 2007, la proportion de fumeurs a diminué en Suisse (passant de 30,5% à 27,9%) et dans le canton de Vaud (passant de 31,8% à 26,4%, baisse significative). C'est surtout la part des gros fumeurs qui a diminué, passant de 19,2% à 13,8% (CH: de 16,5% à 13,6%).

Consommation de tabac plus élevée chez les hommes à tout âge

La consommation de tabac est associée à l'âge et au sexe (figure 3.9 et tableau 3.7). Les hommes fument plus fréquemment que les femmes et ceci à tout âge (VD: 31,3% vs 21,4%). C'est parmi les femmes de 15 à 34 ans que l'on trouve la proportion la plus élevée de fumeuses. La proportion de fumeurs diminue avec l'âge; dans la classe d'âge des 65 ans et plus, 9,6% des habitants du canton de Vaud fument.

Au niveau suisse, parmi les hommes de 65 ans et plus, presque la moitié sont des anciens fumeurs (47,4%), cette proportion n'étant que d'un cinquième pour les femmes du même âge (20,4%). Par contre, chez les 35 à 49 ans la proportion d'ex-fumeurs est équivalente pour les deux sexes (19,1% (F) et 21,8% (H)) et comparable chez les personnes âgées de 50 à 64 ans (26,6% (F) et 33,6% (H)) (données non présentées). Depuis les années 1950, les femmes ont été de plus en plus nombreuses à fumer ce qui a eu notamment une incidence négative sur

Tab. 3.6 Evolution temporelle de la consommation de tabac, canton de Vaud, 2002 et 2007 (en %)

	2002	2007		2002	2007
Non fumeur	68,2	73,6	Jamais fumé	46,8	49,9
			Ex-fumeur	21,4	23,7
Fumeur	31,8	26,4	Fumeur modéré ¹	12,6	12,6
			Gros fumeur ²	19,2	13,8

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

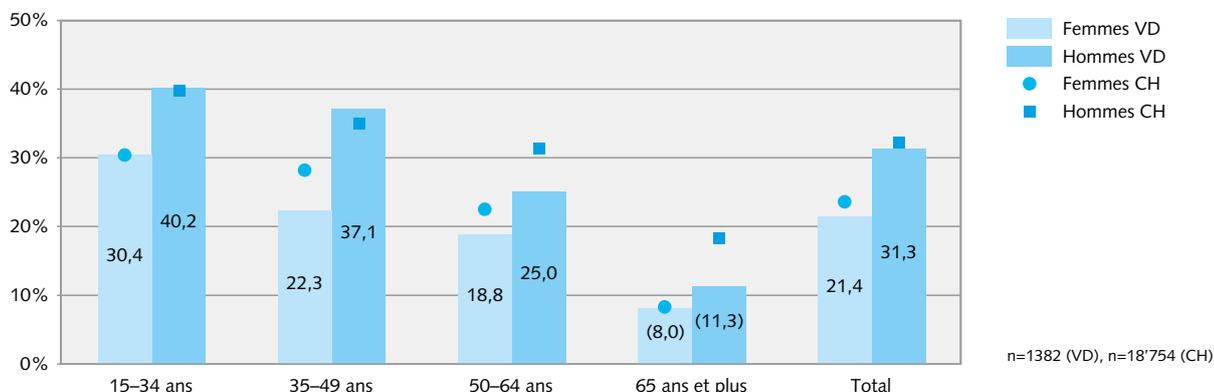
2002: n=1042, 2007: n=1382

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

Question ESS: Fumez-vous, même occasionnellement? Oui ou non. Combien fumez-vous de cigarettes par jour?

¹ jusqu'à 9 cigarettes par jour; ² 10 cigarettes et plus par jour

Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe, canton de Vaud et Suisse, 2007 Fig. 3.9



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
Question ESS: Fumez-vous, même occasionnellement? Oui ou non.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

la mortalité par cancer du poumon. En 1970 une femme pour 11 hommes décédait d'un cancer du poumon, ce ratio est actuellement d'environ un pour deux parmi les plus jeunes générations (OFS, 2009b).

Pour l'ensemble de la population suisse, c'est parmi les personnes ayant terminé une formation de niveau secondaire II que l'on trouve la plus grande proportion de fumeurs et de fumeuses. Dans la classe d'âge des 15 à 34 ans, les personnes sans formation post-obligatoire fument moins que les personnes ayant une formation plus élevée (figure 3.10). Parmi les 35 à 49 ans, les fumeurs et les fumeuses sont les plus nombreux chez les personnes sans formation post-obligatoire puis chez

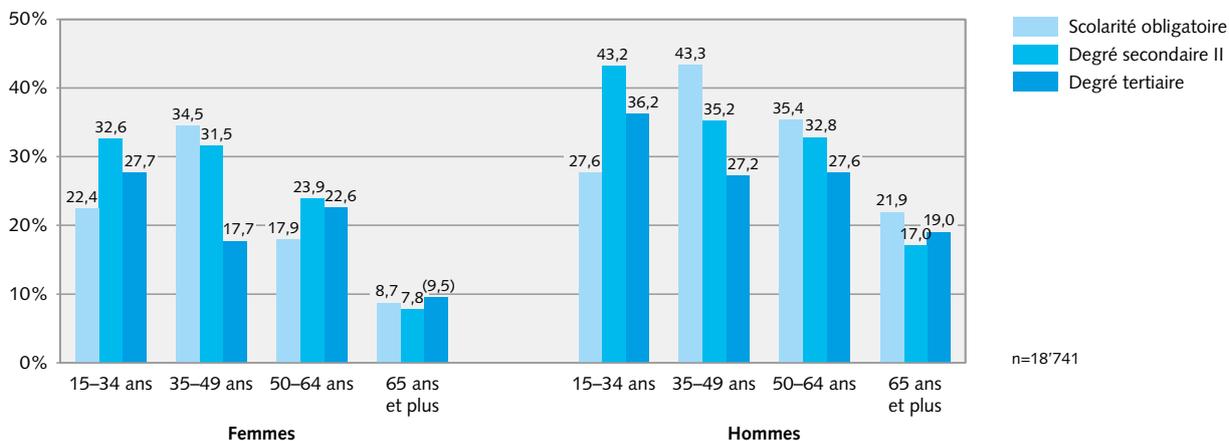
celles qui ont terminé une formation de niveau secondaire II (différences non significatives pour les classes d'âge supérieures).

Au niveau suisse, la consommation de produits du tabac diffère en fonction du sexe: la quasi-totalité des femmes fument des cigarettes (98%) alors que ce n'est le cas que de quatre cinquièmes des hommes dont certains fument (aussi) des cigares (17,2%), des cigarillos (10,7%), la pipe (7,2%) ou la pipe à eau (7,8%).

Augmentation des fumeurs modérés

Non seulement les hommes sont plus nombreux à fumer, mais ils sont plus nombreux à être de très gros consommateurs (20 cigarettes et plus) que les femmes (figure

Proportion de fumeurs selon l'âge, le sexe et la formation, Suisse, 2007 **Fig. 3.10**

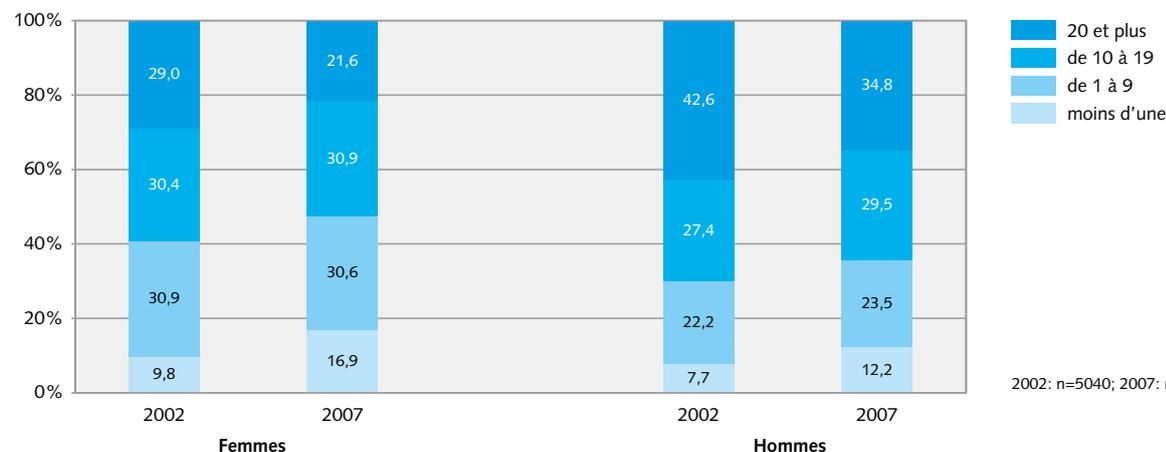


Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs par sexe Suisse, 2002 et 2007 **Fig. 3.11**



Question ESS: Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 3.7 Consommation de tabac, canton de Vaud, 2007 (en %)

	Non fumeurs		Fumeurs		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Total	78,6	68,7	21,4	31,3	
Classes d'âge	15–34 ans	69,6	59,8	30,4	40,2
	35–49 ans	77,7	62,9	22,3	37,1
	50–64 ans	81,2	75,0	18,8	25,0
	65 ans et plus	92,0	88,7	(8,0)	(11,3)
Formation	Scolarité obligatoire	88,2	67,5	(11,8)	(32,5)
	Degré secondaire II	75,4	67,1	24,6	32,9
	Degré tertiaire	78,7	71,5	21,3	28,5
Nationalité	Suisses	78,1	69,2	21,9	30,8
	Etrangers	80,2	67,8	(19,8)	32,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	76,3	69,0	23,7	31,0
	De 3000 à 4499 CHF	80,0	71,7	20,0	28,3
	De 4500 à 5999 CHF	77,3	66,7	22,7	33,3
	6000 CHF et plus	81,0	62,8	(19,0)	37,2
Degré d'urbanisation	Ville	80,4	67,7	19,6	32,3
	Campagne	73,2	71,1	26,8	28,9
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	83,3	67,5	16,7	32,5
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	73,9	63,8	26,1	36,2
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	83,1	79,6	.	(20,4)
	Cadres moyens et supérieurs	75,0	66,4	(25,0)	33,6
Comparaison régionale	Suisse	76,4	67,7	23,6	32,3
	Vaud	78,6	68,7	21,4	31,3
	Berne	78,9	68,0	21,1	32,0
	Fribourg	75,2	72,0	24,8	28,0
	Genève	75,4	65,7	24,6	34,3
	Neuchâtel	74,7	69,7	25,3	30,3
	Tessin	74,2	70,8	25,8	29,2
	Valais	73,8	68,6	26,2	31,4
	Zurich	73,2*	68,1	26,8*	31,9
	Suisse alémanique	76,7	67,2	23,3	32,8
	Suisse romande	75,9	68,6	24,1	31,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1382

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

3.11). En 2007 en Suisse, un tiers des hommes fument 20 cigarettes et plus par jour, ce qui n'est le cas que d'un cinquième des femmes. Par ailleurs, un peu moins de la moitié (47,5%) des femmes fument moins de 10 cigarettes par jour, ce qui n'est le cas que d'un tiers environ des hommes (35,7%).

La proportion de fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour)⁴⁹ a augmenté entre 2002 et 2007,

⁴⁹ Personnes qui disent fumer, mais ne fument pas tous les jours et moins d'une cigarette en moyenne par jour.

tant chez les hommes que chez les femmes. Parallèlement, on observe une diminution significative des très gros fumeurs (20 cigarettes et plus) pour les deux sexes.

3.3.2 Fumée passive

La fumée passive, ou fumée secondaire, se compose de la fumée qui s'échappe de l'extrémité incandescente de la cigarette et de la fumée exhalée par les fumeurs. La fumée de tabac contient plus de 4000 substances chimiques identifiées à ce jour dont 40 sont cancéri-

gènes. Le Centre international de recherche sur le cancer a formellement déclaré la fumée passive comme cancérigène en 2002 (International Agency for Research on Cancer, 2004). Chez les non-fumeurs exposés, la fumée passive peut aussi provoquer cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires, asthme et infections des voies respiratoires. Dans l'Enquête suisse sur la santé, les répondants ont indiqué la durée quotidienne de leur exposition à la fumée du tabac d'autres personnes (en minutes et en heures). Les résultats prennent en compte les non-fumeurs exposés à la fumée une heure et plus par jour.

Les résultats présentés ici datent de 2007. Entre-temps, des lois pour lutter contre le tabagisme passif ont été adoptées par certains cantons et sur le plan fédéral. Le Conseil fédéral a adopté en octobre 2009 une loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Ainsi, depuis le 1^{er} mai 2010, tous les espaces fermés servant de lieu de travail à plusieurs personnes sont non-fumeurs. A partir de cette date, la fumée est également bannie de tous les espaces fermés accessibles au public (par exemple centres commerciaux, cinémas, restaurants). Ces établissements peuvent s'équiper de fumoirs munis d'un système d'aération suffisant. Cette loi laisse cependant la possibilité aux cantons d'édicter des dispositions plus strictes pour la protection de la santé. Le canton de Vaud a adopté comme 14 autres cantons (AR, BE, BL, BS, FR, GR, NE, SG, SO, TI, UR, GE, VS, ZH) une législation contre le tabagisme passif plus stricte que les exigences fixées par la loi fédérale.

Les jeunes sont plus exposés à la fumée passive

Dans le canton de Vaud, 19,9% de la population disent être exposés au moins une heure par jour à la fumée du tabac (contre 15,6% en moyenne suisse). Au niveau suisse, les hommes (18,9%) sont plus exposés à la fumée que les femmes (12,9%, tableau 3.8). Cette différence entre les sexes s'observe aussi dans le canton de Vaud (22,0% vs 18,0%).

Dans le canton de Vaud comme dans l'ensemble de la Suisse, les jeunes sont plus souvent exposés à la fumée passive que les personnes plus âgées: la proportion est de 30,0% chez les personnes de moins de 35 ans et de 22,6% chez les personnes de 35 à 49 ans (CH: 27,8% vs 14,9%).

En Suisse, par rapport au niveau de formation, les personnes les plus exposées à la fumée passive sont celles qui ont une formation de niveau secondaire chez les femmes et celles qui ont terminé l'école obligatoire ou une formation de niveau secondaire chez les hommes (données non présentées).

Dans l'ensemble de la Suisse, les hommes rapportent aussi être plus exposés à la fumée passive au travail que les femmes (tableau 3.9). Sur une échelle de sept catégories, les personnes professionnellement actives devaient indiquer dans quelle mesure elles étaient exposées à la fumée de tabac d'autres fumeurs. Ont été considérées comme exposées celles qui ont sélectionné les modalités suivantes: tout le temps, presque tout le temps, environ

Tab. 3.8 Exposition à la fumée passive (une heure et plus) selon le sexe, Suisse, 2007 comparaison régionale, 2007 (en %)

		Femmes	Hommes
Comparaison régionale	Suisse	12,9	18,9
	Vaud	18,0*	22,0
	Berne	13,4	15,8
	Fribourg	18,3*	23,5
	Genève	17,4	20,2
	Neuchâtel	15,3	24,1
	Tessin	11,3	20,2
	Valais	15,2	23,1
	Zurich	11,6	16,2
	Suisse alémanique	11,5	17,7
	Suisse romande	17,1	22,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=12'7421

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Question ESS: Pendant combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes? Heures/Minutes par jour.

Groupe sélectionné: ceux qui sont exposés 60 minutes et plus par jour.

Tab. 3.9 Exposition à la fumée passive au travail, Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		Fumée passive au travail: exposé un quart du temps de travail jusqu'à l'entier de la journée
Total		15,6
Sexe	Femmes	11,8
	Hommes	18,6
Classes d'âge	15–34 ans	21,9
	35–49 ans	12,8
	50–64 ans	11,3
Formation	Scolarité obligatoire	19,6
	Degré secondaire II	19,4
	Degré tertiaire	8,3
Nationalité	Suisses	14,6
	Etrangers	19,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=7715 (questionnaire écrit)

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

les trois quarts du temps, environ la moitié du temps, environ le quart du temps. A nouveau, ce sont les plus jeunes (15-34 ans) ainsi que les personnes ayant une formation obligatoire ou secondaire II qui sont les plus exposées à la fumée passive au travail.

3.3.3 Consommation d'alcool

La fabrication d'alcool daterait d'il y a plusieurs milliers d'années, à l'apparition de l'agriculture. Toutefois le procédé de distillation date du Moyen Age. Les boissons alcooliques étaient essentiellement bues dans un contexte festif ou religieux. Depuis environ deux cents ans, suite aux progrès techniques et scientifiques, les boissons alcooliques et notamment les spiritueux sont devenus des biens de consommation courants, disponibles en tout temps pour tout le monde. La consommation d'alcool structure de nombreux événements sociaux et participe de la culture, particulièrement en Suisse, pays producteur de vin. Ainsi est-il fréquemment difficile d'échapper à la pression sociale qui encourage la consommation (Fouquet & de Borde, 1990).

En Suisse, la consommation d'alcool induit une part importante de la charge de maladie. Une consommation élevée provoque de nombreuses maladies et peut conduire à la dépendance. Les risques liés à une consommation régulière et importante d'alcool sont: dommages à de nombreux organes (foie, pancréas, estomac, etc.), augmentation de la tension artérielle, infarctus, lésions cérébrales pouvant aller de simples problèmes de

concentration jusqu'à des démences graves, problèmes psychiques comme p. ex. dépressions, psychoses, problèmes au travail, en famille ou avec les amis.

L'alcool est ainsi le troisième facteur de risque d'années potentielles de vie perdues (décès prématuré) et de vie productive réduite (invalidité). En 2007, environ 15% des 384 décès dus à des accidents de la circulation ont été attribués à la consommation d'alcool (bpa, 2008). En Suisse, la consommation annuelle d'alcool des 15 ans et plus (10,1 litres par habitant), mesurée par les ventes annuelles, est supérieure à la moyenne de l'OCDE (9,5 litres par habitant, données 2005); à noter qu'en Suisse, entre 1980 et 2005, cette consommation a baissé de 25% (OCDE, 2007).

Une étude menée au niveau suisse estime que pour l'année 1998, le coût social total des dépenses liées à l'abus d'alcool est égal à 6,5 milliards de francs (Jeanrenaud et al., 2003). Cette étude montre que 350'000 personnes sont dépendantes de l'alcool et que 2100 personnes sont décédées des suites d'une consommation excessive d'alcool. Les maladies de l'appareil digestif sont à l'origine de 40% de ces décès, les accidents de la route, les chutes et les suicides étant les autres causes importantes. Les coûts directs (traitement des maladies attribuables à l'abus d'alcool et accidents de la route) sont estimés à 700 millions de francs, les coûts indirects (décès, invalidité, chômage) à 1,5 milliards de francs et les coûts humains (perte de qualité de vie, effets psychosociaux et comportementaux) à 4,3 milliards de francs.

Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe
canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 3.12



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Pour l'année 1998, 2800 personnes touchaient une rente d'invalidité pour motif d'alcoolisme avec un degré d'invalidité moyen supérieur à 90%.

L'Enquête suisse sur la santé aborde la consommation d'alcool sous trois aspects. Les personnes ont été interrogées sur la fréquence de leur consommation, le type de boisson alcoolisée consommée (bière, vin, cidre, spiritueux, alco pops) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Une consommation quotidienne moyenne de 20 g d'alcool pur chez les femmes et 40 g chez les hommes est considérée comme moyennement risquée pour la santé⁵⁰. A partir de 40 g d'alcool par jour chez les femmes et de 60 g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003)

Dans le canton de Vaud, 19,2% de la population boivent tous les jours, 43,3% chaque semaine et 37,5% plus rarement à jamais. Un peu plus d'un tiers des femmes ne boivent jamais (abstinentes) ou rarement (moins d'une fois par mois), il en va de même pour 15% des hommes (figure 3.12). Un quart environ des Vaudois et un dixième des Vaudoises boivent tous les jours. La fréquence de la consommation d'alcool des Vaudoises est assez identique à celle des Suissesses, par contre les

Vaudois sont plus nombreux que les Suisses dans leur ensemble à boire plusieurs fois par jour de l'alcool (7,8% versus 4,3%).

En Suisse, 4,6% des femmes et 5,7% des hommes font courir à leur santé un risque moyen à élevé de par leur consommation d'alcool (tableau 3.10). Ces données sont un peu plus élevées pour le canton de Vaud (respectivement 6,7 et 8,8%). Contrairement à d'autres cantons, la consommation à risque moyen à élevé n'augmente pas significativement avec l'âge. A souligner aussi qu'au niveau suisse les personnes aux revenus les plus élevés (revenu d'équivalence du ménage égal ou supérieur à 4500 CHF) présentent plus fréquemment un risque moyen à élevé. Cette tendance n'est pas observée dans le canton de Vaud (jusqu'à 2999 CHF: 8,5%, 3000 à 4599 CHF: 7,7%, plus de 4500 CHF: 8,6%).

Les personnes qui consomment le plus d'alcool sont aussi celles parmi lesquelles l'on compte la proportion la plus élevée de fumeurs, et particulièrement de gros fumeurs (figure 3.13).

⁵⁰ Un verre d'une boisson alcoolisée (3 dl de bière, 1 dl de vin, 25 cl d'eau-de-vie, p. ex.) contient 10 à 12 g d'alcool pur.

Tab. 3.10 Groupes à risque concernant la consommation d'alcool, Suisse, 2007 (en %)

		Pas de risque ¹	Risque faible	Risque moyen à élevé
Total		26,2	68,7	5,1
Sexe	Femmes	35,2	60,2	4,6
	Hommes	16,6	77,7	5,7
Classes d'âge	15–34 ans	28,6	66,6	4,8
	35–49 ans	23,7	72,4	3,9
	50–64 ans	23,4	70,3	6,3
	65 ans et plus	29,7	64,0	6,3
Formation	Scolarité obligatoire	50,1	45,2	4,7
	Degré secondaire II	25,9	68,8	5,3
	Degré tertiaire	15,5	79,5	5,0
Nationalité	Suisses	23,6	71,1	5,4
	Etrangers	37,6	58,2	4,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	31,5	63,7	4,8
	De 3000 à 4499 CHF	24,8	70,5	4,8
	De 4500 à 5999 CHF	18,5	74,9	6,6
	6000 CHF et plus	14,7	79,3	6,0
Degré d'urbanisation	Ville	26,3	68,5	5,2
	Campagne	26,0	69,1	4,9
Comparaison régionale	Suisse	26,2	68,7	5,1
	Vaud	24,4	67,8	7,8*
	Berne	24,3	71,4*	4,3
	Fribourg	24,7	70,7	4,6
	Genève	30,4*	63,0*	6,6
	Neuchâtel	26,5	66,4	7,1
	Tessin	40,4*	52,2*	7,3*
	Valais	32,4*	60,6*	7,0
	Zurich	22,2*	73,3*	4,4
	Suisse alémanique	24,9	70,6	4,4
	Suisse romande	27,4	65,8	6,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=17'888

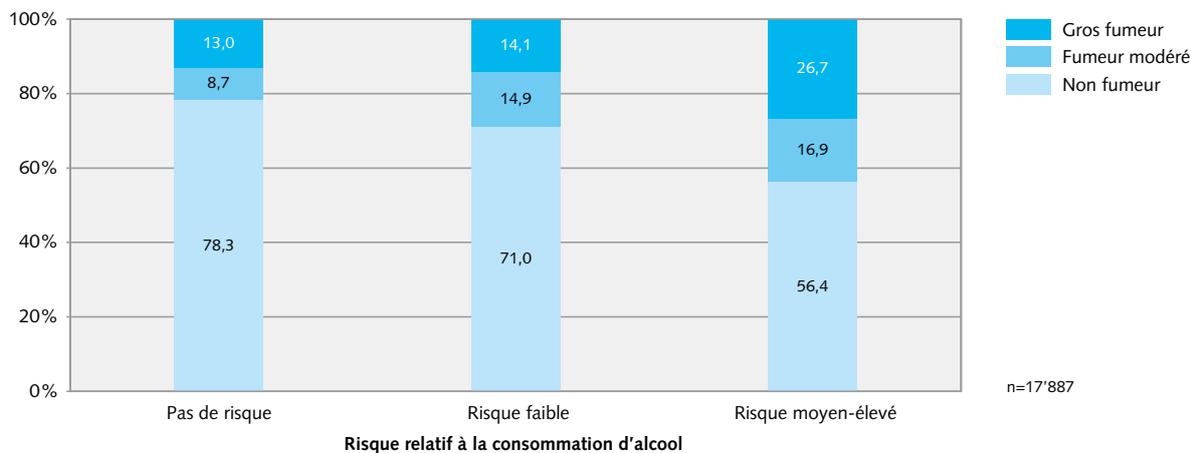
* Le valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

Risque faible: <20g/par jour (Femmes), <40g/par jour (Hommes); risque moyen à élevé: ≥20g/par jour (Femmes), ≥ 40g/par jour (Hommes)

¹ La catégorie «pas de risque» comprend, outre les personnes qui ne boivent jamais d'alcool, les personnes qui boivent de l'alcool moins d'une fois par mois et qui n'ont pas répondu à la question relative aux quantités consommées pour les différents types de boissons alcoolisées (voir: OFS, 2008a)

Consommation de tabac selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, Suisse, 2007

Fig. 3.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3.4 Consommation de cannabis

Les produits dérivés du cannabis sont les drogues illégales les plus consommées en Suisse. La première consommation survient, dans la majorité des cas, à l'adolescence. Il est maintenant prouvé que la consommation régulière de cannabis a des effets négatifs, tant sur la santé physique que psychique (Hall & Solowij, 1998): par exemple, risques augmentés de bronchite chronique, de psychose ou de troubles neuropsychologiques. Les conséquences les plus inquiétantes concernent les problèmes d'insertion familiale, sociale et professionnelle des jeunes (Lynskey & Hall, 2000).

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 montre qu'au niveau du canton de Vaud, 35,7% des personnes interrogées de 15 à 34 ans ont consommé des produits à base de cannabis (prévalence sur la vie, tableau 3.11) et que 10,0% de ces personnes consommaient du cannabis à l'époque de l'enquête. La prévalence sur la vie et la consommation au moment de l'enquête chez les 15-34 ans dans le canton de Vaud ne sont pas significativement différentes de la moyenne suisse (32,8% pour la prévalence sur la vie, 8,1% pour la consommation au moment de l'enquête). La prévalence sur la vie de la consommation de cannabis en Suisse est passée de 29,2% en 2002 à 32,8% en 2007. La prévalence sur la vie dans le canton de Vaud est stable depuis 2002 (35,1%).

Il n'y aurait pas eu de changement au niveau de la consommation actuelle en Suisse: au niveau suisse, la proportion de personnes de 15 à 34 ans qui consomment du cannabis au moment de l'enquête est passée de 8,9% en 2002 à 8,1% en 2007 (canton de Vaud 9,6% en 2002 à 10,0% en 2007).

Il existe des interactions entre la consommation de cannabis et le tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes (Richter et al., 2004). Dans l'ESS 2007, parmi les jeunes de 15 à 34 ans qui ont consommé au moins une fois de la marijuana ou du haschisch, 61,7% sont des fumeurs. Les fumeurs de cigarettes sont 57,4% à avoir aussi consommé au moins une fois de la marijuana ou du haschisch, contre 19,4% des non-fumeurs.

Les estimations basées sur l'Enquête suisse sur la santé, pour une classe d'âge comparable, se situent en général en dessous des chiffres qui proviennent des enquêtes sur la consommation de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes, telles que l'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), l'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), et la Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH). L'ensemble de ces enquêtes montre toutefois que la Suisse occupe, en comparaison internationale, l'une des positions de tête s'agissant de la consommation de cannabis (UNODC, 2009).

Ces études ont mis en évidence des prévalences de consommation qui ont nettement augmenté au cours des années 90. Le Moniteur Cannabis, qui constitue la première enquête longitudinale en Suisse, permet d'atteindre un nouveau niveau de qualité dans la recherche sur le cannabis car la même méthode est utilisée à plusieurs reprises auprès des mêmes individus (OFSP, 2005).

Les données des deux premières vagues (2004-2007) du Moniteur Cannabis font apparaître que les proportions d'adolescents et de jeunes adultes ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie ou qui en consomment actuellement sont globalement restées les mêmes

Tab. 3.11 Prévalence sur la vie et consommation actuelle de cannabis auto-déclarés, Suisse, 2007 (15 à 34 ans, en %)

		Prévalence sur la vie	Consommation actuelle
Sexe	Femmes	24,5	4,1
	Hommes	41,0	12,0
Nationalité	Suisses	36,0	9,4
	Etrangers	23,8	4,3
Comparaison régionale	Suisse	32,8	8,1
	Vaud	35,7	10,0
	Berne	29,8	7,1
	Fribourg	25,3*	(4,8)
	Genève	40,4*	(9,3)
	Neuchâtel	27,5	(7,1)
	Tessin	21,4*	(4,3)
	Valais	33,6	(7,4)
	Zurich	38,4*	11,6*
		Suisse alémanique	33,7
	Suisse romande	34,0	8,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=4305

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

pendant ce laps de temps. Alors qu'en 2004 46% des adolescents et des jeunes adultes (13-29 ans) interrogés disaient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, ils étaient 44% en 2007 (n.s.). Durant la même période, la part des consommateurs actuels, c'est-à-dire des personnes qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête, a aussi légèrement diminué, passant de 13% à 11% (n.s.).

Dans le Monitoring Cannabis, la consommation problématique⁵¹ est pour la première fois mesurée en Suisse. Le CUDIT (Adamson & Sellman, 2003) est un test qui contient dix questions et qui évalue la fréquence de la consommation de cannabis et recense divers problèmes liés à cette consommation, comme les problèmes de concentration, les difficultés à répondre à certaines exigences de la vie sociale et la perte subjective de contrôle de la consommation. En 2007, au niveau de la population suisse des 13 à 29 ans, 7,9% présentent une consommation non problématique et 3,2% une consommation problématique (les 88,9% restant ne consommant pas de cannabis). Durant la période 2004-2007, la part des personnes ayant une consommation problématique a elle aussi légèrement diminué, mais de manière

non significative du point de vue statistique. L'âge de la première consommation de cannabis a en revanche clairement baissé: alors qu'en 2004, elle avait lieu en moyenne à 16,5 ans, en 2007 elle se situe à 15,8 ans (BAG, 2008).

3.3.5 Consommation de médicaments

Les médicaments revêtent une grande importance pour la santé de la population: grâce à eux, de nombreux patients ont aujourd'hui la possibilité de voir leur maladie soulagée, voire guérie: les médicaments ont ainsi contribué au prolongement de l'espérance de vie et à l'amélioration de la qualité de vie jusqu'à un âge avancé. De plus, les nouveaux médicaments peuvent contribuer à réduire les séjours hospitaliers onéreux et à ce que le patient reprenne le plus rapidement possible ses activités quotidiennes (Marty, 2007).

Les médicaments n'ont pas seulement des effets bénéfiques, ils peuvent aussi être consommés de manière abusive et provoquer des effets secondaires non négligeables. Certains médicaments peuvent être utilisés à mauvais escient ou consommés sans raison médicale valable. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est parfois difficile à établir. Un certain nombre de médicaments génèrent également des dépendances. Des études montrent que l'usage inapproprié de médica-

⁵¹ La consommation problématique de cannabis consiste en une incapacité à contrôler sa consommation. Les usagers qui sont considérés comme «à problèmes» sont ceux dont la consommation induit une rencontre avec les systèmes public, sanitaire, social ou judiciaire.

ments concerne généralement les substances dites psychotropes, en particulier les somnifères (hypnotiques), les tranquillisants, les antidouleurs (analgésiques) et les stimulants (pas traités ici). L'usage régulier et prolongé de ce type de médicaments, même à petites doses, peut conduire à une (pharmaco-)dépendance (Maffli, 2005).

Les résultats présentés dans les paragraphes suivants ne permettent pas de distinguer entre une consommation appropriée ou inappropriée de médicaments. En particulier des différences par caractéristiques sociodémographiques ou par région peuvent potentiellement résulter de différences au niveau de l'état de santé et ne peuvent donc pas être attribuées à un abus de consommation de ces médicaments.

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

En 2007, un peu plus de la moitié des Vaudois ont consommé au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête, ce qui est significativement supérieur à la consommation de la population suisse (46,3%). De même leur consommation d'analgésiques (24,0%), de tranquillisants (6,7%), de somnifères (6,6%, n.s.), et d'antidépresseurs (4,3%) est supérieure à celle des Suisses dans leur ensemble (20,1%, 4,3%, 5,2%, 3,6%)

Augmentation de la consommation de médicaments en Suisse et dans le canton de Vaud

Tant au niveau du canton de Vaud que de la Suisse, la consommation de médicaments a augmenté. Dans le canton de Vaud, la consommation d'au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête est passée de 46,8% en 2002 à 51,9% en 2007 et pour les médicaments contre les douleurs de 17,9% à 24,0%. Les chiffres correspondants pour la Suisse sont: 40,8% et 46,3% et 14,5% et 20,1%. L'augmentation de la consommation de médicaments entre 2002 et 2007, tant pour le canton de Vaud que pour la Suisse, est significative.

Augmentation de la consommation de médicaments plus élevée chez les hommes

Au niveau suisse, les femmes sont plus nombreuses à dire consommer au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête, ce qui se vérifie aussi dans le canton de Vaud (tableau 3.12). L'augmentation de la

consommation est due en grande partie aux hommes (VD 2002: 40,8% (VD 2007: 47,6%), CH 2002: 34,9% (CH 2007: 41,0%)), la consommation des femmes, bien que plus élevée, a moins augmenté depuis 2002 (VD 2002: 52,2% (VD 2007: 56,1%), CH 2002: 46,2% (CH 2007: 51,3%). Aussi bien en Suisse que dans le canton de Vaud, la consommation de médicaments est plus élevée aux âges plus avancés avec quatre cinquièmes des 65 ans et plus qui en consomment. Dans toutes les classes d'âge, la consommation d'au moins un médicament au cours de la semaine précédant l'enquête est plus élevée dans la population vaudoise qu'au niveau suisse, avec un écart maximal dans la classe d'âge des 50 à 64 ans. L'augmentation de la consommation de médicaments ne provient donc pas uniquement du vieillissement de la population puisqu'elle a augmenté dans toutes les classes d'âge. Pour la consommation d'au moins un médicament et celle d'analgésiques, les personnes du canton de Vaud sans formation post-obligatoire ont une consommation plus élevée que les personnes qui ont une formation plus longue.

Au niveau suisse, c'est la consommation d'analgésiques dans la semaine précédant l'enquête qui a le plus augmenté entre 2002 et 2007, passant de 14,5% à 20,1%, avec une consommation quotidienne de 4,3% en 2002 et de 5,8% en 2007. La part des personnes consommant des somnifères est passée de 4,1% à 5,2% et celle des individus recourant aux tranquillisants de 3,8% à 4,3%.

La majorité des médicaments psychotropes sont prescrits par le médecin

Environ quatre cinquièmes des médicaments consommés sont prescrits par un médecin (78,1% en Suisse, 77,2% dans le canton de Vaud). Si au niveau suisse 97,8% des personnes qui prennent un antidépresseur disent qu'il a été prescrit par un médecin (82,3% pour les tranquillisants et 86,3% pour les somnifères), ce n'est le cas que de 54,8% des personnes qui prennent des médicaments contre les douleurs. Des résultats très similaires s'observent pour le canton de Vaud sauf pour les tranquillisants qui sont majoritairement prescrits par le médecin (93,5%). A noter qu'il n'y a pas de différence en fonction du sexe du consommateur pour la prescription de médicaments par un médecin.

Les personnes souffrant de problèmes psychiques importants sont nettement plus nombreuses à prendre des médicaments psychotropes ou d'autres médicaments

Tab. 3.12 Consommation de médicaments, canton de Vaud et Suisse, 2007 (dans la semaine précédant l'enquête, en %)

		N'importe quel médicament		Analgésiques		Tranquillisants	Somnifères	Anti-dépresseurs
		VD	CH	VD	CH	CH	CH	CH
Total		51,9	46,3	24,0	20,1	4,3	5,2	3,6
Sexe	Femmes	56,1	51,3	29,5	24,4	5,3	6,8	4,5
	Hommes	47,6	41,0	18,5	15,6	3,3	3,6	2,6
Classes d'âge	15–34 ans	33,8	31,0	17,8	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 ans	45,1	37,3	24,1	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 ans	64,7	54,0	27,5	21,7	6,4	6,3	5,8
	65 ans et plus	80,8	76,6	30,9	25,0	7,9	14,9	4,7
Formation	Scolarité obligatoire	60,4	53,9	32,4	25,6	7,8	10,6	6,0
	Degré secondaire II	49,6	44,9	20,6	19,5	4,0	4,9	3,2
	Degré tertiaire	51,8	45,3	26,3	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalité	Suisses	55,2	47,8	25,4	19,8	4,2	5,3	3,4
	Etrangers	43,0	40,3	20,3	21,1	4,9	4,8	4,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	44,9	42,4	22,2	20,6	4,5	5,3	3,7
	De 3000 à 4499 CHF	56,6	49,1	26,6	20,7	4,4	5,3	4,2
	De 4500 à 5999 CHF	54,4	49,0	24,4	18,6	4,3	5,3	3,2
	6000 CHF et plus	56,6	48,3	22,1	19,3	3,4	4,2	2,9
Degré d'urbanisation	Ville	52,2	47,3	23,3	20,4	4,5	5,3	3,8
	Campagne	51,1	43,5	26,1	19,3	3,8	4,9	3,0
Comparaison régionale	Suisse	46,3		20,1		4,3	5,2	3,6
	Vaud	51,9*		24,0*		6,7*	6,6	4,3*
	Berne	49,6*		19,1		3,9	4,4*	3,3
	Fribourg	44,9		21,4		4,3	5,8	4,6
	Genève	51,9		27,2		6,7	6,9	4,1
	Neuchâtel	55,8		25,6		6,9	7,0	6,7
	Tessin	45,2		18,5		5,7*	6,6*	3,9
	Valais	48,8		22,6		5,8	6,7	4,3
	Zurich	45,2		19,7		3,3*	4,3*	3,3
	Suisse alémanique	44,8		18,7		3,5	4,6	3,2
	Suisse romande	50,7		24,4		6,3	6,7	4,5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1381 (VD), n=18'733 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

Question ESS: La question très générale de la consommation de médicaments a été posée sur la base de l'utilisation d'un quelconque médicament au cours des sept jours précédant l'enquête. Les consommateurs de médicaments comprennent les personnes qui ont pris quotidiennement, plusieurs fois par semaine ou env. une fois par semaine un médicament

Note: 499 femmes de 15 à 34 ans et 152 de 34 à 49 ans prennent la pilule, cependant on ignore si elles l'ont comptabilisée dans la prise de médicaments (niveau suisse, questionnaire écrit)

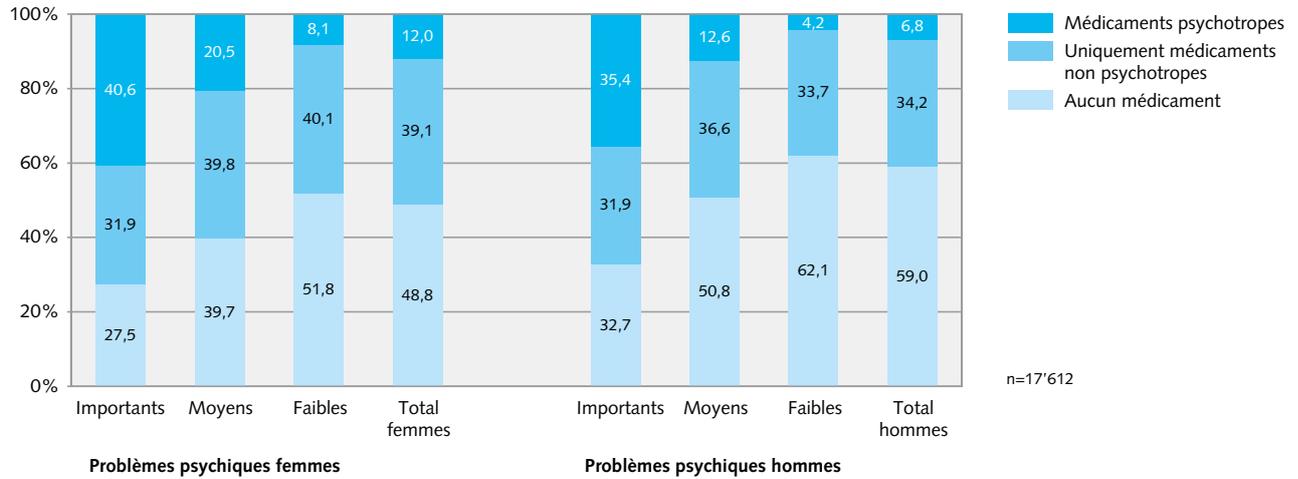
que celles qui ne souffrent pas d'un tel problème (figure 3.14). En cas de problèmes psychiques importants, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

La consommation de somnifères est plus élevée pour les groupes d'âge plus avancés: 14,9% des personnes de 65 ans et plus en consomment au moins une fois par semaine, ce qui n'est le cas que d'un pour cent des personnes de 15 à 34 ans. Comme le montre la figure 3.15,

moins de 10% des personnes de cette classe d'âge qui ont de grandes difficultés à s'endormir ou souffrent d'insomnies consomment des somnifères; cette proportion est déjà d'un quart pour les personnes de 35 à 49 ans et culmine à 42,2% parmi les personnes de 65 ans et plus. A noter qu'un cinquième (20,3%) des personnes de 65 ans et plus qui ne souffrent que d'un peu d'insomnies consomment au moins une fois par semaine des somnifères.

Consommation de médicaments selon les problèmes psychiques et du sexe, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.14



n=17'612

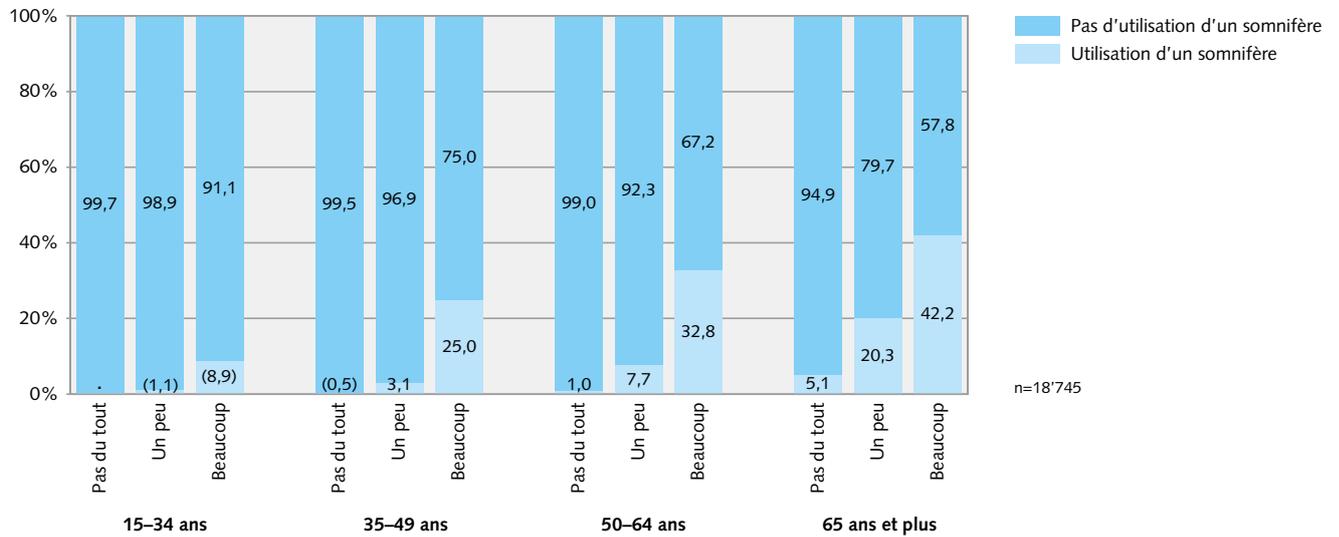
Les médicaments psychotropes considérés dans cette figure sont les somnifères, les calmants et les antidépresseurs. Pour la définition des problèmes psychiques, voir point 2.3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Consommation de somnifères selon l'importance des problèmes d'insomnies et l'âge Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.15



n=18'745

Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29) Consommation de somnifères au cours des sept jours précédant l'enquête: quotidiennement, plusieurs fois par semaine ou environ une fois par semaine.

Question ESS: avez-vous eu des difficultés à vous endormir, ou des insomnies durant les 4 dernières semaines? pas du tout, un peu, beaucoup

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.4 Résumé

Ce chapitre présente un certain nombre de comportements qui protègent la santé s'ils sont suivis (activité physique, habitudes d'alimentation) et d'autres comportements qui nuisent potentiellement à la santé (tabac, alcool, cannabis et médicaments) car ils peuvent conduire à des maladies ou à une dépendance.

Parmi les comportements de santé qui se sont améliorés depuis 2002, on peut signaler la pratique d'une activité physique: en 2007, 33,2% des habitants du canton de Vaud ont une activité physique contre 29,0% en 2002. La proportion de non actifs dans les loisirs a aussi diminué.

Dans le canton de Vaud, un peu plus de la moitié des répondants (54,6%) disent se soucier de leur alimentation, ce qui est nettement en dessous de la Suisse dans son ensemble (70,5%) mais qui est dans la moyenne de la Suisse romande (56,3%). Par contre, la consigne de manger 5 fruits ou légumes par jour est un peu mieux observée par la population vaudoise (34,9%) que par la population suisse dans son ensemble (29,3%).

Plus d'un quart (29,2%) des Vaudois de 18 ans ou plus sont en surcharge pondérale et 8,2% souffrent d'obésité. Les hommes sont deux fois plus souvent en surpoids que les femmes.

La proportion de fumeurs a diminué au niveau suisse et la même tendance s'observe dans le canton de Vaud: en 2002, il y avait 31,8% de fumeurs, et en 2007, ils ne

sont plus que 26,4% à se déclarer fumeurs. Une diminution de la proportion de gros fumeurs s'observe au niveau suisse et cette tendance est aussi présente dans le canton de Vaud.

Dans le canton de Vaud, 19,2% de la population boit tous les jours, 43,3% chaque semaine. 37,5% consomme de l'alcool plus rarement ou jamais. La consommation d'alcool des femmes vaudoises est assez similaire à celle de l'ensemble des Suissesses; par contre les hommes vaudois ont une consommation nettement plus fréquente que les hommes au niveau suisse: 7,8% d'entre eux consomment de l'alcool plusieurs fois par jour contre 4,3% de l'ensemble des Suisses.

Lors de la précédente enquête, les Vaudois consommaient déjà plus de médicaments que la moyenne suisse. Depuis 2007, la consommation de médicaments a augmenté dans la population suisse en général, y compris parmi les Vaudois, l'augmentation étant plus importante chez les hommes. Les Vaudois continuent à avoir une consommation plus élevée de médicaments en général et cela s'observe aussi pour les analgésiques, les tranquillisants et les antidépresseurs. Les données d'achats de médicaments dans le cadre de l'Assurance obligatoire des soins sembleraient aller dans le même sens d'une consommation plus élevée de médicaments dans le canton de Vaud.

4 Conditions de logement et situation professionnelle

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel, exerce une influence importante sur sa santé. C'est ce que montre notamment le document «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé» de l'Office fédéral de la santé publique (2005), dans lequel les domaines «emploi et monde du travail» et «habitat et mobilité» sont identifiés comme deux des sept principaux champs d'action de la politique de la santé⁵². Ce chapitre traite de l'influence que le logement et le travail peuvent avoir sur la santé des individus et complète les comportements présentés dans le chapitre précédent qui sont aussi en lien avec l'environnement résidentiel et professionnel.

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

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

exemple libérer les hormones du stress), favoriser l'hypertension ou provoquer des troubles du métabolisme des graisses, et ces perturbations peuvent augmenter le risque de maladie cardio-vasculaire (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

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

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

Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons aux influences potentiellement dangereuses pour la santé dans l'environnement résidentiel et professionnel. Le premier paragraphe concerne les nuisances au domicile et se base sur les données de l'Enquête suisse sur la santé. Les paragraphes suivants portent sur différents aspects du monde du travail: nuisances, tensions psychiques et charges physiques, satisfaction au travail et

⁵² Les autres champs d'action sont les suivants: «lutte contre les maladies et prévention», «sécurité sociale et égalité des chances», «formation et «empowerment»», «environnement construit et milieu naturel», ainsi que «sécurité des denrées alimentaires et nutrition».

crainte de la perte de l'emploi⁵³. Les facteurs importants cités plus haut en lien avec les conditions de travail et de logement ne sont pas présentés ici, car ils n'ont pas été traités dans l'Enquête suisse sur la santé (sujets difficiles à aborder dans le cadre d'une enquête auprès de personnes, nombre limité de thèmes abordés dans le questionnaire).

4.1 Nuisances à la maison

La figure 4.1 présente onze sources de nuisances dans l'habitat traitées dans l'enquête. Le bruit de la circulation routière représente de loin la principale source de nuisances dans le canton de Vaud, où il est mentionné par près d'une personne sur quatre (24,1%). Celui causé par d'autres personnes est cité par presque autant de répondants (23,4%). Plus d'un dixième des personnes interrogées citent des sources de nuisances non spécifiées, alors

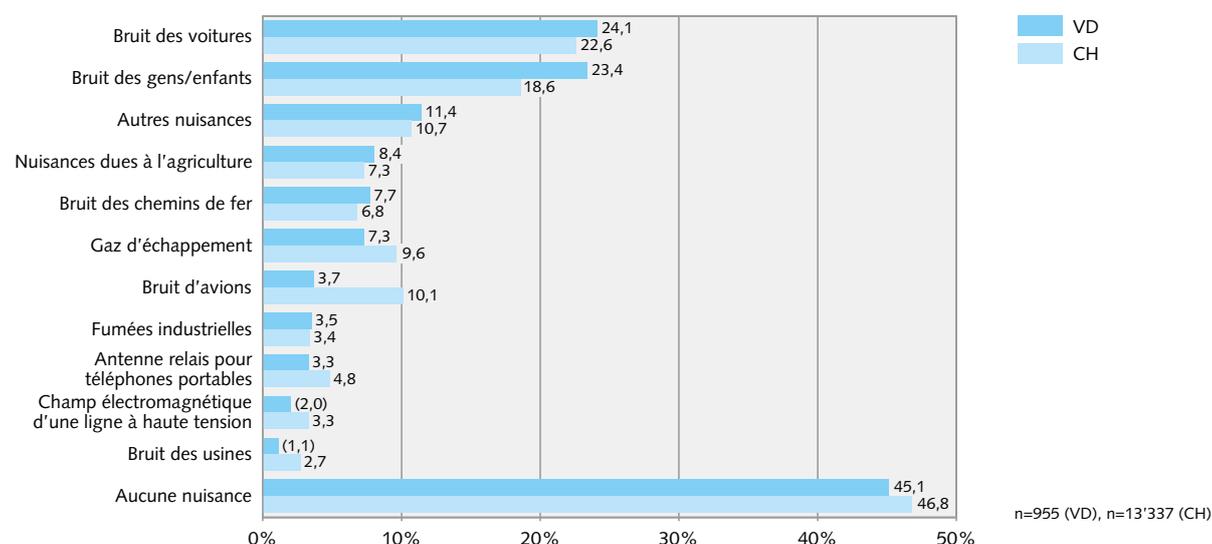
que les huit sources de nuisances restantes représentées sur la figure sont mentionnées par moins de 10% des personnes interrogées. Il n'est pas étonnant que le bruit de la circulation routière et le bruit d'autres personnes arrive en tête du classement des nuisances, étant donné la forte densité de l'habitat, la part élevée des maisons individuelles et le taux comparativement bas de logements occupés par leur propriétaire en Suisse.

Près de la moitié de la population vaudoise ne subit aucune nuisance à la maison

A noter toutefois qu'un peu moins de la moitié (45,1%) de la population vaudoise ne cite aucune des onze sources de nuisances. La part des personnes qui vivent loin de toute nuisance est ainsi comparable dans le canton de Vaud à la moyenne suisse de 46,8%. Le nombre de nuisances dans l'habitat citées par la population vaudoise est également comparable à celui observé dans

Personnes concernées par des nuisances à la maison
canton de Vaud et Suisse, 2007

Fig. 4.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵³ Ces derniers dépendent de la conjoncture et reflètent la situation conjoncturelle en 2007 (année de l'enquête). Les nuisances au travail et la peur de perdre son emploi n'auront probablement pas le même poids en 2010, en raison des conséquences de la crise financière et de la récession. Selon l'OFS (2005), 70% environ de tous les logements de Suisse se trouvaient dans des maisons occupées par au moins deux familles en 2000. La proportion de logements en propriété a augmenté entre 1990 et 2000 de 31,3% à 34,6% en Suisse (et de 26,7 à 28,3% dans le canton de Vaud), mais elle reste toutefois faible en comparaison internationale. Cette proportion est, p. ex., de 43% en Allemagne, de 55% en France, de 56% en Autriche et de 68% en Grande-Bretagne (voir <http://www.bwo.admin.ch/dokumentation/00101/00105/index.html?lang=fr>; accédé le 16 juin 2010).

d'autres cantons et régions (tableau 4.1). Le classement des sources de nuisances par ordre d'importance donne plus ou moins le même résultat dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse. La seule différence notable concerne le bruit du trafic aérien: seuls 3,7% de la population y sont exposés dans le canton de Vaud, contre un dixième environ (10,1%) en moyenne suisse.

Tous les groupes de population ne sont pas concernés dans la même mesure par le bruit et les autres nuisances. Un coup d'œil au tableau 4.1, sur lequel sont représentées les nuisances de la figure 4.1, permet de l'observer. Les personnes ayant un haut niveau d'éducation et qui gagnent bien leur vie mentionnent plus rarement des

nuisances dans l'habitat que les personnes qui ont un niveau d'éducation bas ou moyen et/ou un faible revenu. Ce résultat pourrait mettre en évidence un effet de stratification selon lequel les habitations confortables situées dans un environnement «sans nuisances» sont plus chères que les autres. La différence considérable entre les populations rurale et urbaine est également plausible: cette dernière est confrontée à des nuisances qui sont sensiblement plus fréquentes.

Par contre, la différence entre les hommes et les femmes – ces dernières souffrant plus fréquemment de nuisances – est plus difficile à expliquer. La cause de cette différence pourrait être due au fait qu'une partie

Tab. 4.1 Nombre de nuisances à la maison, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Aucune nuisance		1 nuisance		2 nuisances ou plus	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		45,1	46,8	30,2	26,2	24,7	27,0
Sexe	Femmes	41,6	45,4	32,9	27,2	25,5	27,4
	Hommes	48,6	48,2	27,5	25,2	23,9	26,6
Classes d'âge	15–34 ans	42,5	47,6	30,4	26,6	27,1	25,8
	35–49 ans	45,8	47,7	30,6	25,3	23,6	27,0
	50–64 ans	47,1	45,7	31,0	27,0	21,9	27,3
	65 ans et plus	46,2	45,3	28,2	26,0	25,6	28,6
Formation	Scolarité obligatoire	38,7	43,0	29,1	26,0	32,2	31,0
	Degré secondaire II	45,9	47,5	30,9	26,3	23,2	26,2
	Degré tertiaire	46,2	46,7	29,3	26,1	24,4	27,2
Nationalité	Suisses	43,8	48,1	31,5	26,0	24,7	25,9
	Etrangers	48,4	41,5	26,8	27,1	24,8	31,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	38,7	46,4	31,9	25,2	29,4	28,4
	De 3000 à 4499 CHF	43,5	45,2	34,5	26,9	22,0	27,9
	De 4500 à 5999 CHF	48,8	48,1	27,4	24,6	23,8	27,3
	6000 CHF et plus	60,4	49,5	22,2	27,3	17,4	23,2
Degré d'urbanisation	Ville	43,8	44,1	30,0	26,8	26,2	29,1
	Campagne	48,4	54,0	30,8	24,8	20,8	21,2
Comparaison régionale	Suisse		46,8		26,2		27,0
	Vaud		45,1		30,2*		24,7
	Berne		51,6*		24,8		23,6*
	Fribourg		49,1		28,6		22,2*
	Genève		28,8*		32,3*		38,9*
	Neuchâtel		46,8		25,4		27,8
	Tessin		45,7		24,7		29,6
	Valais		49,5		29,0		21,5*
	Zurich		41,3*		26,4		32,3*
	Suisse alémanique		48,1		25,2		26,7
	Suisse romande		43,0		29,8		27,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=955 (VD), n=13'337 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

des personnes de sexe féminin interrogées sont des femmes au foyer qui passent relativement beaucoup de temps à la maison et ont ainsi une plus grande probabilité d'être confrontées à des nuisances et de les percevoir. On observe également que la proportion de personnes qui souffrent de deux nuisances ou plus augmente avec l'âge. Une analyse complémentaire multivariée réalisée pour l'ensemble de la Suisse indique que la sensibilité aux nuisances augmente avec l'âge, ce qui a pu jouer un rôle ici⁵⁴.

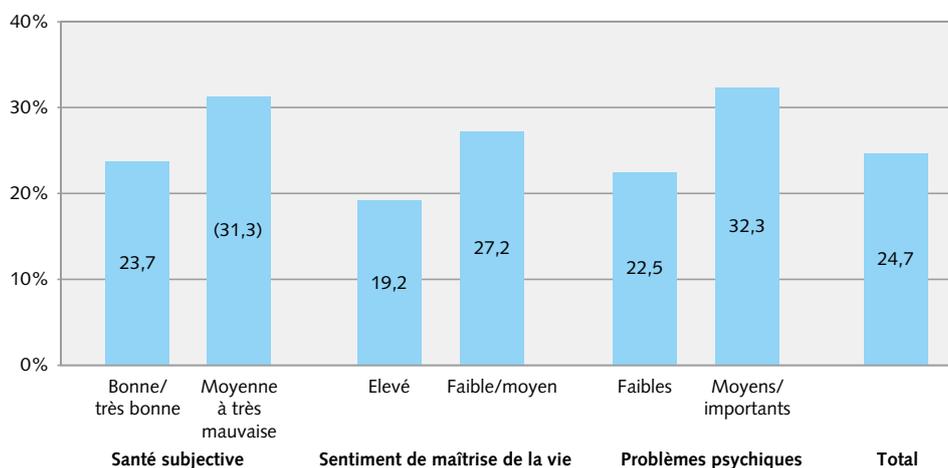
Lien entre les nuisances et l'état de santé

La figure 4.2 montre le rapport entre le nombre de nuisances perçues et différents aspects de la santé physique et psychique. Les personnes qui jugent leur état de santé

moyen à très mauvais, et celles dont le sentiment de maîtriser leur vie est faible à moyen, ou celles qui souffrent de problèmes psychiques d'intensité moyenne à importante⁵⁵, mentionnent nettement plus souvent que les autres au moins deux sources de nuisances par rapport à leur logement. Il est impossible de déterminer, avec les données de l'ESS, s'il existe un lien de causalité entre les nuisances et la santé et si oui, dans quel sens il s'exerce. Il est concevable que des nuisances dans l'habitat rendent «malade», tout comme il est concevable qu'un mauvais état de santé général et des problèmes psychiques induisent une sensibilité accrue aux nuisances. Enfin, on ne peut pas exclure que les résultats puissent être dus à d'autres effets, les «conditions de vie des classes défavorisées» influençant à la fois la situation du logement et l'état de santé physique et psychique.

Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud, 2007

Fig. 4.2



Santé subjective: n=954;
sentiment de maîtrise de la vie: n=878;
problèmes psychiques: n=947

Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)
Pour la définition de la santé subjective, du sentiment de maîtrise de la vie et des problèmes psychiques, voir chapitre 2.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵⁴ Dans une analyse de classification multiple, les effets de l'âge restent aussi bien perceptibles que le revenu et le lieu de domicile (ville-campagne).

⁵⁵ Pour la définition des variables utilisées, voir le chapitre 2.

4.2 Nuisances au travail⁵⁶

4.2.1 Nuisances

Les nuisances sur le lieu de travail font également partie du champ d'investigation de l'Enquête suisse sur la santé⁵⁷. Les personnes actives occupées ont été interrogées sur un total de dix sources de nuisances possibles. Le résultat est semblable à celui obtenu pour l'habitat. Dans le canton de Vaud comme dans l'ensemble de la Suisse, la moitié environ des personnes interrogées ne font état d'aucune source de nuisances; un peu moins d'un tiers en cite une ou deux et le cinquième restant mentionne plus de deux sources de nuisances (tableau 4.2).

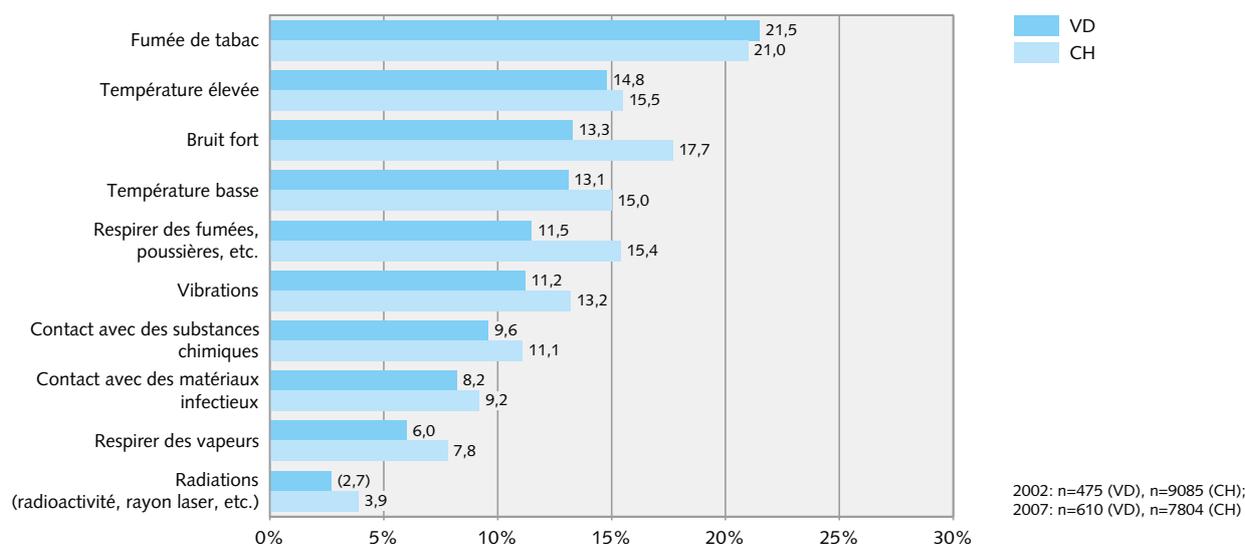
Des températures trop élevées, principale source de nuisance au travail

La figure 4.3 montre que, dans le canton de Vaud, les personnes actives occupées souffrent le plus souvent de fumée du tabac, de températures élevées, de bruit et de température trop basse. Un huitième à un cinquième des personnes interrogées se plaignent de ces nuisances. En revanche, les radiations et l'inhalation de vapeurs ne posent quasiment pas problème, du fait notamment que seule une minorité des personnes actives occupées travaillent dans un tel environnement.

Les écarts entre les résultats obtenus pour le canton de Vaud et pour l'ensemble de la Suisse sont insignifiants pour la plupart des nuisances considérées. Cependant, les personnes interrogées se plaignent davantage de températures trop basses à l'échelle suisse que dans le canton de Vaud.

Personnes subissant des nuisances au travail
canton de Vaud et Suisse (personnes actives occupées)

Fig. 4.3



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵⁶ A noter, en ce qui concerne la situation professionnelle, qu'une partie des personnes interrogées travaille en dehors de son canton de domicile (Vaud).

⁵⁷ La plupart des questions sur l'activité professionnelle exercée effectivement sont posées dans le questionnaire écrit. Etant donné que l'échantillon de l'enquête écrite est plus petit que celui des interviews téléphoniques, et que seulement la moitié environ de la population suisse est active occupée, le nombre des cas correspondants est comparativement faible. Pour le canton de Vaud, cela signifie qu'environ 500 personnes ont répondu à ces questions et que les analyses effectuées d'après les différentes caractéristiques des personnes interrogées atteignent leurs limites très rapidement.

Tab. 4.2 Nombre de nuisances au travail, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		Aucune nuisance		1 ou 2 nuisances		3 nuisances ou plus	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		51,1	49,6	30,6	31,4	18,4	19,0
Sexe	Femmes	56,7	55,1	33,8	34,2	(9,5)	10,8
	Hommes	46,7	45,4	28,2	29,2	25,1	25,4
Classes d'âge	15–34 ans	44,5	41,8	29,8	33,3	25,6	24,9
	35–49 ans	52,7	51,7	33,8	31,2	13,5	17,1
	50–64 ans	58,4	57,1	24,8	29,0	(16,8)	13,9
Formation	Scolarité obligatoire	.	39,1	(42,3)	32,1	(31,1)	28,8
	Degré secondaire II	47,1	42,1	31,4	33,6	21,6	24,3
	Degré tertiaire	61,3	64,6	27,4	27,4	(11,3)	8,0
Nationalité	Suisses	50,2	50,8	32,8	31,1	17,0	18,1
	Etrangers	53,0	45,1	25,7	32,4	(21,2)	22,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	37,2	40,3	36,7	34,4	26,1	25,4
	De 3000 à 4499 CHF	57,5	47,6	28,3	32,2	(14,2)	20,2
	De 4500 à 5999 CHF	53,5	53,2	25,6	30,1	(20,9)	16,7
	6000 CHF et plus	65,4	62,6	27,2	27,7	(7,4)	9,7
Degré d'urbanisation	Ville	52,7	51,6	31,2	31,4	16,0	17,0
	Campagne	46,9	44,2	29,0	31,4	24,2	24,4
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	(15,4)	25,3	40,6	33,5	44,0	41,2
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(44,5)	44,9	(21,6)	31,2	(33,9)	24,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	62,8	57,7	27,2	33,1	(10,0)	9,2
	Cadres moyens et supérieurs	60,5	60,4	30,9	29,6	(8,7)	10,0
Comparaison régionale	Suisse		49,6		34,4		19,0
	Vaud		51,1		30,6		18,4
	Berne		45,6*		35,5*		18,9
	Fribourg		46,5		33,2		20,4
	Genève		52,1		32,5		15,5
	Neuchâtel		47,8		29,1		23,1
	Tessin		52,9		34,1		13,0*
	Valais		43,2		31,1		25,7*
	Zurich		54,9*		30,6		14,5*
	Suisse alémanique		49,7		31,3		19,1
	Suisse romande		48,8		31,4		19,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=600 (VD), n=7828 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Le tableau 4.2 fait apparaître des effets liés à la formation, au revenu et à la profession: au niveau de l'ensemble de la Suisse, deux cinquièmes des ouvriers (41,2%) mentionnent plus de deux nuisances sur le lieu de travail. La proportion correspondante n'est que d'un dixième chez les employés de bureau (9,2%) et les cadres (10,0%). Le résultat est semblable lorsque l'on compare les niveaux de formation les plus bas avec les plus élevés (28,8% contre 8,0%) et les classes de salaires (25,4% contre 9,7%). Ces résultats ne sont pas éton-

nants. Les nuisances considérées apparaissent en effet surtout dans les secteurs du commerce et de l'industrie, où les niveaux moyens de revenu et de formation sont plus bas que dans le secteur des services⁵⁸. Comme le montre le point 4.2.2, ces tendances s'inversent si l'on s'intéresse aux tensions psychiques au travail.

⁵⁸ L'ESS 2007 montre que 12% des personnes actives dans l'industrie et l'artisanat ont terminé une formation de degré secondaire II, et 24% ont un titre de degré tertiaire. Dans le secteur des services, les pourcentages correspondants sont de 7% et 27%. Le revenu équivalent du ménage des personnes actives occupées s'élève à CHF 4200 dans le secteur de l'industrie et à CHF 4600 dans le secteur tertiaire.

4.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail

Le bruit, les odeurs et la fumée ne sont pas les seules nuisances auxquelles on peut se trouver confronté à sa place de travail. Beaucoup de personnes se plaignent de subir des charges physiques considérables en raison d'un travail qui les oblige à porter des objets lourds ou à manipuler des machines lourdes. Les tensions psychiques, qu'il faut également prendre en considération, peuvent aller de la course contre la montre et du surmenage jusqu'à des conflits avec les collègues et au mobbing⁵⁹.

Le tableau 4.3 montre qu'un sixième seulement de la population active occupée du canton de Vaud subit des charges physiques importantes au travail (16,9%), alors que plus de deux cinquièmes des personnes interrogées déclarent souffrir de tensions psychiques importantes au travail (41,8%). Le tableau 4.4 montre que sur l'ensemble des personnes interrogées, 8,3% disent subir d'importantes charges tant physiques que psychiques au travail et près de la moitié des charges psychiques et physiques d'intensité moyenne ou faible.

Des charges physiques au travail en dessous de la moyenne suisse dans le canton de Vaud

Il ressort du tableau 4.3 que la part des personnes subissant de lourdes charges physiques au travail est plus faible dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse, alors que la proportion correspondante pour les tensions psychiques correspond à peu de choses près à la moyenne suisse. Ces résultats s'expliquent, entre autres, par la structure économique du canton de Vaud, qui se caractérise par une proportion comparativement basse de personnes actives occupées dans les secteurs primaire et secondaire, et une part supérieure à la moyenne de personnes travaillant dans le secteur des services (voir introduction). Le tableau montre également clairement que le type d'activité exercée influence de façon déterminante les charges perçues: en Suisse, 44,5% des ouvriers indiquent qu'ils subissent des charges physiques élevées, alors que cette proportion est nettement plus faible chez les employés de bureau (16,1%) et les cadres (12,1%)⁶⁰. Inversement, plus de la moitié des cadres

(51,7%) mentionnent d'importantes tensions psychiques, alors que c'est le cas de moins d'un tiers des ouvriers (30,7%). Des liens comparables peuvent également être observés pour le niveau d'éducation et le revenu, qui sont fortement liés à la profession.

En revanche, on observe pour une fois très peu de différences en rapport avec l'âge, la nationalité et le sexe. Pour ce qui est des différences spécifiques au sexe, on remarque seulement que les femmes se plaignent un peu plus rarement de tensions psychiques élevées que les hommes, ce qui est dû en partie au fait que les femmes actives professionnellement travaillent plus fréquemment à temps partiel et occupent des positions hiérarchiques plus basses que les hommes⁶¹.

Enfin, la figure 4.4 fait apparaître des liens entre les nuisances au travail présentées au point 4.2.1 et les charges physiques et tensions psychiques perçues. Etant donné que la question des nuisances vise avant tout les secteurs de l'industrie et de l'artisanat, le résultat présenté dans la figure n'est pas étonnant: les personnes qui subissent de lourdes charges physiques souffrent aussi davantage de nuisances. Plus de la moitié (51,8%) de la population active occupée du canton de Vaud subissant de lourdes charges physiques mentionne au moins trois nuisances, alors que c'est le cas d'un dixième seulement (11,4%) des personnes qui déclarent des charges physiques faibles à moyennes. A l'inverse, les personnes qui souffrent de tensions psychiques importantes ont tendance à déclarer moins de nuisances. Ce résultat est plausible si l'on considère que de nombreuses professions typiquement stressantes sont exercées dans des bureaux climatisés et aménagés confortablement.

Une autre analyse, qui n'a été faite que sur l'ensemble de la Suisse et dont les données ne sont pas présentées, montre aussi un lien entre, d'une part l'ampleur des tensions psychiques et des charges physiques au travail et d'autre part, la santé subjective et les problèmes psychiques. Plus les charges physiques et les tensions psychiques sont élevées au travail, plus l'état de santé est fréquemment ressenti comme moyen ou mauvais, et plus on éprouve fréquemment des problèmes psychiques importants dans la vie quotidienne.

⁵⁹ L'ESS contient une série de questions sur des expériences de violence, de discrimination ou de mobbing. Au niveau de l'ensemble de la Suisse, 3,7% des personnes interrogées indiquent avoir fait l'objet de violence ou de menaces de la part de collègues ou d'autres personnes au cours des 12 derniers mois d'activité professionnelle. Les valeurs correspondantes pour le mobbing et la discrimination/différence de traitement sont respectivement de 7,7% et 11,2%.

⁶⁰ En raison du nombre parfois trop restreint de répondants, nous nous référons ici et dans les explications suivantes aux données de l'ensemble de la Suisse. Les données du canton de Vaud sont certes représentées dans le tableau 4.3, mais elles doivent être interprétées avec prudence.

⁶¹ Une analyse supplémentaire confirme que dans l'ESS 2007, les femmes interrogées travaillent plus fréquemment à temps partiel (62% contre 14% des hommes) et se trouvent plus rarement à des positions hiérarchiques élevées (7%, hommes: 15%) que les hommes. Les personnes travaillant à temps partiel se plaignent sensiblement moins souvent de tensions psychiques élevées (36%) que les personnes travaillant à plein temps (45%), les femmes travaillant à temps partiel mentionnent ces problèmes encore nettement moins souvent (34%) que les hommes dans le même cas (45%).

Tab. 4.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		Charges physiques ¹				Tensions psychiques ²			
		Légères à moyennes ³		Élevées ⁴		Légères à moyennes ³		Élevées ⁴	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		83,1	76,7	16,9	23,3	58,2	58,7	41,8	41,3
Sexe	Femmes	85,9	78,1	14,7	21,9	65,1	64,6	34,9	35,4
	Hommes	81,3	75,5	18,7	24,5	52,8	54,1	47,2	45,9
Classes d'âge	18–34 ans	80,7	72,3	19,3	27,7	61,1	60,2	38,8	39,8
	35–49 ans	84,7	78,1	15,3	21,9	57,0	58,4	43,0	41,6
	50 ans et plus	83,5	80,1	(16,5)	19,9	55,9	57,2	44,1	42,8
Formation	Scolarité obligatoire	(66,3)	53,9	(33,7)	46,1	(78,2)	67,9	.	32,1
	Degré secondaire II	79,6	70,6	20,4	29,4	63,3	63,8	36,7	36,2
	Degré tertiaire	91,5	91,0	(8,5)	9,0	46,8	48,1	53,2	51,9
Nationalité	Suisses	84,7	77,5	15,3	22,5	55,8	58,5	44,2	41,5
	Etrangers	79,7	73,6	(20,3)	26,4	63,2	59,1	36,8	40,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	73,6	68,5	26,4	31,5	69,9	64,5	30,1	35,5
	De 3000 à 4499 CHF	82,7	74,3	(17,3)	25,7	55,1	58,0	44,9	42,0
	De 4500 à 5999 CHF	87,2	80,7	(12,8)	19,3	48,3	57,1	51,7	42,9
	6000 CHF et plus	96,4	89,3	.	10,7	47,8	51,7	52,2	48,3
Degré d'urbanisation	Ville	84,0	78,8	16,0	21,2	58,6	57,7	41,4	42,3
	Campagne	80,7	71,1	19,3	28,9	57,2	61,4	42,8	38,6
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	61,0	55,5	39,0	44,5	74,9	69,3	(25,1)	30,7
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	76,7	62,9	(23,3)	37,1	70,3	67,5	(29,7)	32,5
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	85,2	83,9	(14,8)	16,1	52,7	64,3	47,3	35,7
	Cadres moyens et supérieurs	92,8	87,9	(7,2)	12,1	51,2	48,3	48,8	51,7
Comparaison régionale	Suisse	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Vaud	83,1*		16,9*		58,2		41,8	
	Berne	71,7*		28,3*		61,8		38,2	
	Fribourg	78,9		21,1		55,4		44,6	
	Genève	82,5*		17,5*		55,8		44,2	
	Neuchâtel	77,4		22,6		64,4		35,6	
	Tessin	67,2*		32,8*		49,6*		50,4*	
	Valais	72,9		27,1		62,8		37,2	
	Zurich	81,0*		19,0*		57,3		42,7	
	Suisse alémanique	75,9		24,1		59,3		40,7	
	Suisse romande	80,2*		19,8*		58,2		41,8	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Charges physiques: n=606 (VD), n=7557 (CH); tensions psychiques: n=610 (VD), n=8016 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

¹ Question ESS: Qu'en est-il de la charge physique dans votre travail ? Imaginez deux postes de travail: un poste A où la charge physique est généralement très lourde, un poste B où la charge physique est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?² Réponses à la question: «Qu'en est-il de la tension psychique et nerveuse dans votre travail ?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte, un poste B où la tension psychique et nerveuse est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?»³ Somme des réponses «semblable à B», «exactement comme B» et «entre A et B».⁴ Somme des réponses «semblable à A» et «exactement comme A».

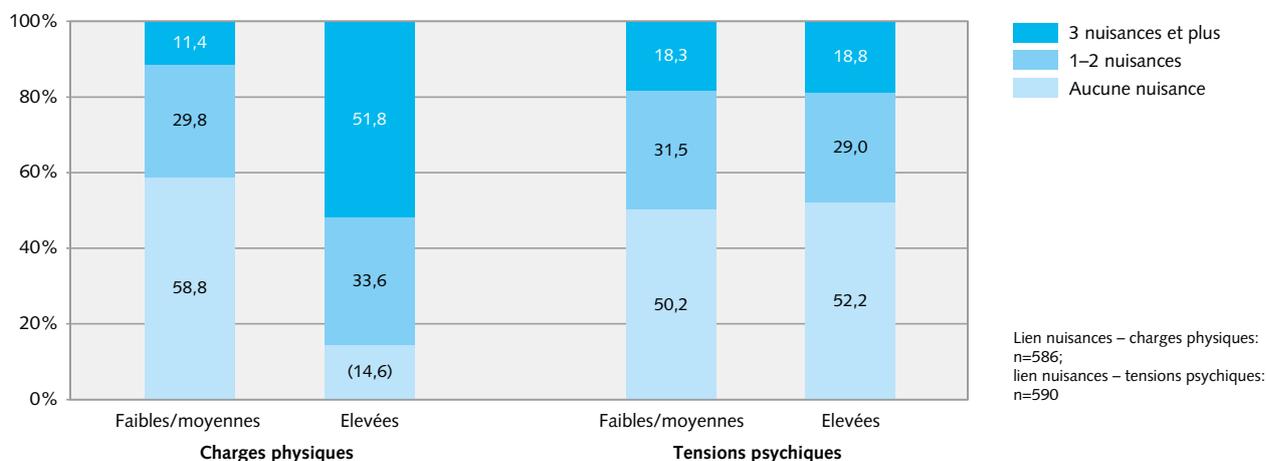
Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Vaud, 2007 (personnes actives occupées, en %)

Tensions psychiques	Charges physiques		
	Légères/moyennes	Elevées	Total
Légères/moyennes	49,8	8,5	58,3
Elevées	33,4	8,3	41,7
Total	83,2	16,8	100,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
 n=603
 Pour l'énoncé des questions voir la note sous le tableau 4.3

Lien entre le nombre de nuisance au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail canton de Vaud, 2007 (personnes actives occupées)

Fig. 4.4



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.3 Satisfaction dans la vie professionnelle

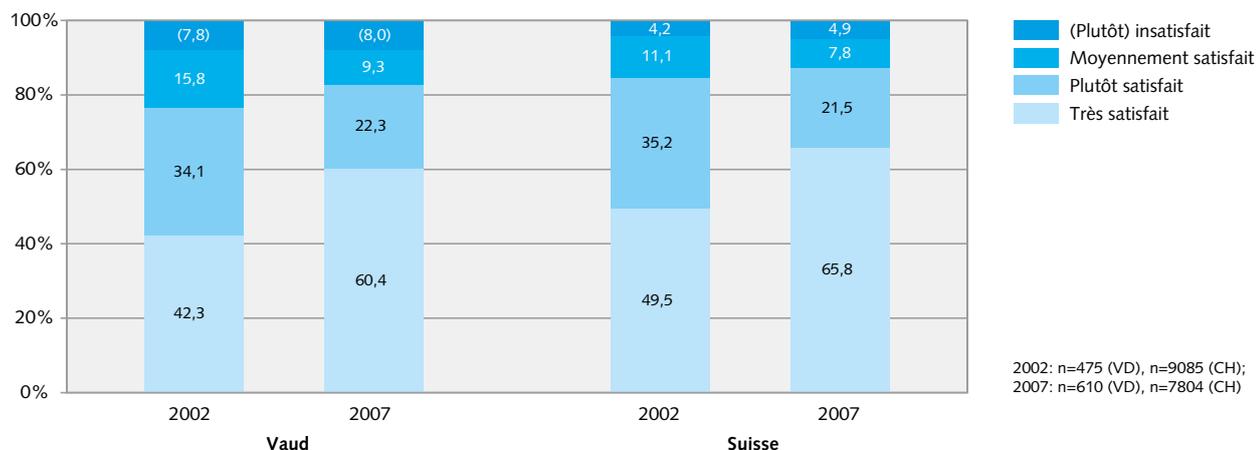
Une autre question importante en rapport avec le travail est celle de la satisfaction dans la vie professionnelle. Comme le travail occupe une place importante dans la vie de beaucoup de personnes, le sentiment de satisfaction et de bien-être au travail tend à rayonner sur d'autres secteurs de la vie et à exercer également une influence sur la santé (OFSP, 2005). La figure 4.5 montre que le degré de satisfaction au travail est élevé, tant dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse. Signalons que la part des personnes très satisfaites de leur travail a augmenté de manière considérable entre 2002 et 2007. Alors qu'en 2002, deux cinquièmes seulement (42,3%) des Vaudois et Vaudoises actifs occupés se disaient «très» voire «extrêmement satisfaits» de leur

travail, c'était le cas de plus de 60% des personnes interrogées en 2007. Cette hausse est également mise en évidence au niveau de l'ensemble de la Suisse, quoique à un niveau légèrement plus bas.

Il est intéressant de noter que cette hausse se fait toutefois moins aux dépens des personnes insatisfaites, dont la proportion n'a presque pas changé entre 2002 et 2007, si l'on prend en compte les personnes «plutôt insatisfaites». L'évolution la plus forte s'observe pour les personnes «plutôt satisfaites», dont la part dans l'ensemble de la population active occupée a nettement diminué. Ainsi, une légère polarisation se dessine chez les personnes actives occupées, entre celles qui sont «très satisfaites» d'un côté, et celles qui sont «(plutôt) insatisfaites» de l'autre.

Satisfaction au travail, canton de Vaud et Suisse
2002 et 2007 (personnes actives occupées)

Fig. 4.5



2002: n=475 (VD), n=9085 (CH);
2007: n=610 (VD), n=7804 (CH)

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

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver d'emploi comparable

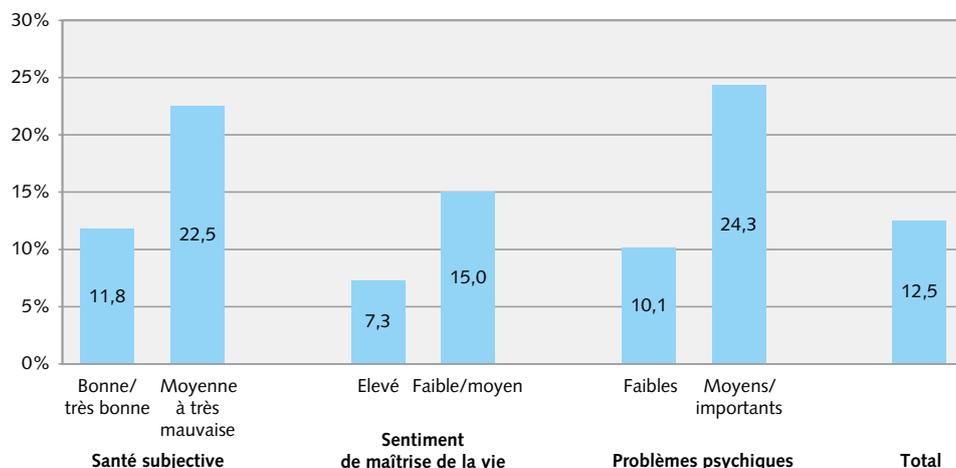
Indépendamment de la satisfaction professionnelle actuelle, la crainte de perdre son emploi et de se retrouver sans emploi peut représenter une charge considérable. Dans le canton de Vaud, quelque 14,5% de la population active occupée craignaient de perdre leur emploi en 2007, alors que près de la moitié (44,4%) des personnes interrogées ne se faisaient aucun souci à ce niveau. Les

autres personnes consultées déclaraient ne se faire «plutôt pas de souci» pour leur place de travail. Ces taux n'ont pratiquement pas changé depuis 2002 et sont plus ou moins équivalents aux valeurs enregistrées pour l'ensemble de la Suisse.

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

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

Fig. 4.6



Santé subjective: n=8036;
sentiment de maîtrise de la vie: n=7652;
problèmes psychiques: n=7988

Pour la définition des variables état de santé, sentiment de maîtrise de la vie et problèmes psychiques, voir chapitre 2.1.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 4.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)

		Très/assez facilement		Très/plutôt difficilement	
		VD	CH	VD	CH
Total		45,0	40,0	55,0	60,0
Sexe	Femmes	51,4	37,1	48,6	62,9
	Hommes	39,9	42,3	60,1	57,7
Classes d'âge	15–34 ans	61,6	56,4	38,4	43,6
	35–49 ans	45,9	39,7	54,1	60,3
	50 ans et plus	(17,8)	18,5	82,6	81,5
Formation	Scolarité obligatoire	(39,5)	32,7	(60,5)	67,3
	Degré secondaire II	43,1	38,3	56,9	61,7
	Degré tertiaire	48,7	44,4	51,3	55,6
Nationalité	Suisses	43,0	38,8	57,0	61,2
	Etrangers	49,1	44,3	50,9	55,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	48,6	41,5	51,4	58,5
	De 3000 à 4499 CHF	43,6	36,8	56,4	63,2
	De 4500 à 5999 CHF	43,0	39,0	57,0	61,0
	6000 CHF et plus	44,6	42,8	55,4	57,2
Degré d'urbanisation	Ville	47,2	40,0	52,8	60,0
	Campagne	39,0	40,1	61,0	59,9
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	53,5	41,2	46,5	58,8
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(41,3)	42,0	58,7	58,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	38,9	35,0	61,1	65,0
	Cadres moyen et supérieurs	45,8	41,3	54,2	58,7
Comparaison régionale	Suisse		40,0		60,0
	Vaud		45,0*		55,0*
	Berne		38,6		61,4
	Fribourg		39,3		60,7
	Genève		42,8		57,2
	Neuchâtel		36,1		63,9
	Tessin		37,2		62,8
	Valais		46,2		53,8
	Zurich		39,2		60,8
	Suisse alémanique		39,2*		60,8*
Suisse romande		42,9*		57,1*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=606 (VD), n=7923 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Question ESS: Si vous perdiez votre poste actuel (ou votre place d'apprentissage actuelle), pourriez-vous retrouver un nouveau poste comparable?

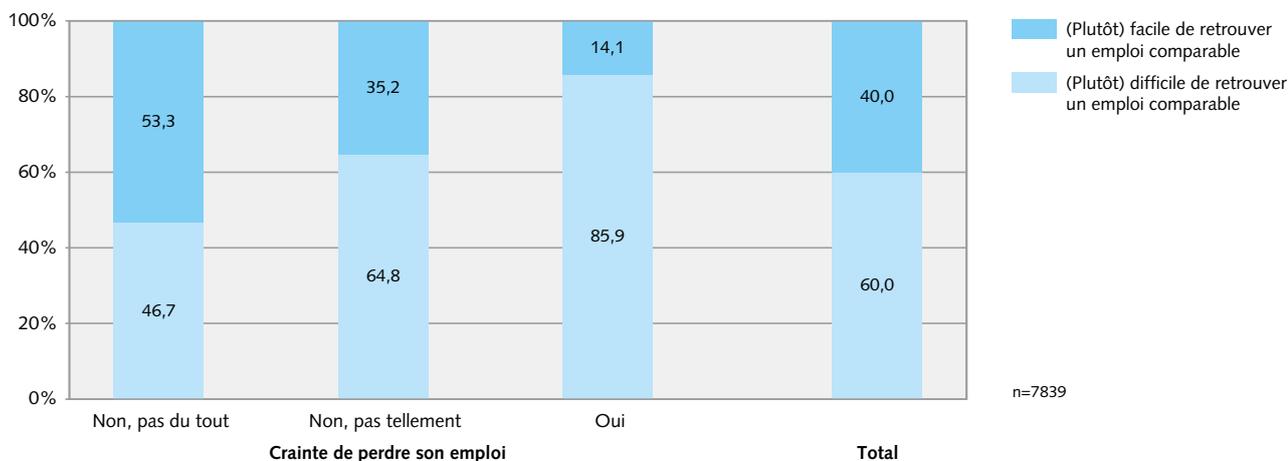
Un grand sentiment de sécurité de l'emploi...

Les faibles différences observées entre 2002 et 2007 sont quelque peu étonnantes, dans la mesure où – nous le mentionnons plus haut – la satisfaction par rapport au travail a clairement augmenté au cours de la même période. En 2007, plus de personnes étaient très satisfaites

de leur emploi que cinq années auparavant, mais les places de travail n'étaient cependant pas considérées comme plus sûres⁶².

⁶² Toutefois, les personnes qui sont insatisfaites de leur travail craignent nettement plus fréquemment de perdre leur emploi (29,1%) que les personnes qui en sont très satisfaites (8,8%) (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable selon la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées) Fig. 4.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

La figure 4.6 montre que la crainte de perdre son emploi n'est pas très répandue en Suisse, mais qu'il existe toutefois des liens importants avec différents aspects de la santé physique et psychique: parmi les personnes qui jugent leur santé (très) bonne, 11,8% craignent pour leur place de travail, alors que cette proportion est de presque un quart (22,5%) chez les personnes qui considèrent que leur santé est moyenne ou (très) mauvaise. La même chose vaut pour les autres variables représentées dans la figure: les personnes qui ont un faible sentiment de maîtrise de la vie (15,0%) et celles qui sont confrontées à des problèmes psychiques importants (24,3%) ont plus de deux fois plus de craintes concernant leur place de travail que les personnes qui ont un fort sentiment de maîtrise de la vie (7,3%) et des problèmes psychiques faibles (10,1%).

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

Si une perte de place de travail devait se produire malgré la grande confiance générale dans l'emploi actuel, l'assurance de retrouver une place comparable serait nettement plus faible: dans le canton de Vaud, un peu plus de la moitié des personnes interrogées formulent des craintes à ce sujet (55,0%). Les personnes actives occupées sont nettement plus confiantes dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse, d'après le tableau 4.5. Le fait que cette confiance dans l'emploi soit particulièrement marquée parmi les personnes jeunes et celles ayant un niveau de formation élevé rejoint les résultats

d'études réalisées sur le chômage, selon lesquels les personnes qui ont un faible niveau de formation et les salariés et salariées âgés comptent parmi les principaux groupes à risque par rapport au chômage (Djurdjevic, 2007). En revanche, on ne constate pas d'écart évident ni significatif entre les catégories socioprofessionnelles à ce niveau dans le canton de Vaud.

En combinant les données sur la crainte de perdre son emploi et sur l'assurance de retrouver un emploi comparable, on obtient le résultat présenté dans la figure 4.7: l'assurance de retrouver un emploi comparable est d'autant plus élevée que la personne juge sa place actuelle plus sûre. Parmi les personnes qui aujourd'hui craignent de perdre leur emploi, la part de celles qui pensent pouvoir en retrouver un comparable ne s'élève plus qu'à 14,1%.

4.5 Résumé

Ce chapitre montre les effets potentiels des conditions de logement et de travail sur la santé. Par rapport à l'habitat, on constate tout d'abord que seule une minorité de 24,7% de la population vaudoise interrogée est concernée par au moins deux sources de nuisances. Les principales sources de nuisances sont le bruit causé par d'autres personnes et celui du trafic routier. Parallèlement, la présente analyse met en évidence un lien entre le nombre de nuisances mentionnées, d'une part, et l'état de santé subjectif et les problèmes psychiques,

d'autre part. Compte tenu des effets sur la santé présentés dans la littérature (WHO, 2004b, 2004c), il importe d'éviter ou de réduire autant que possible toutes nuisances, sonores ou autres, même si elles ne concernent qu'une minorité de la population.

En outre, on remarque en observant les présents résultats que l'importance des nuisances dans l'habitat est répartie de manière inégale. Les personnes moins privilégiées quant au revenu et au niveau de formation sont plus souvent confrontées à des nuisances que les personnes qui ont un revenu et une formation élevés. Il ressort du présent rapport que les groupes de population ayant un faible revenu et un bas niveau de formation subissent également d'autres préjudices en termes de santé. Les nuisances examinées ici par rapport à l'habitat peuvent donc être considérées comme des éléments supplémentaires participant à l'inégalité face à la santé.

Des différences sociales considérables apparaissent également si l'on considère la situation professionnelle. Que ce soient les nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques ou encore les perspectives, en cas de perte de l'emploi, de retrouver un travail comparable, ce sont généralement les personnes appartenant à des groupes de population moins bien formés et moins privilégiés qui sont aux prises avec des problèmes et des craintes plus importants. Seule exception: les tensions psychiques au travail, qui touchent davantage les cadres ainsi que les personnes ayant un niveau de formation élevé et gagnant bien leur vie. Même si les données concernant les tensions psychiques ne permettent pas de construire un indicateur du «stress», celui-ci pourrait être plus répandu dans les groupes qui se plaignent d'importants problèmes psychiques que dans les autres groupes⁶³.

Il faut toutefois souligner une série de résultats positifs concernant la situation professionnelle, au moins pour l'année 2007: sur l'ensemble des personnes interrogées, une minorité «seulement» (un cinquième environ) est concernée par au moins deux sources de nuisances au travail, et moins d'un dixième par d'importantes charges physiques cumulées à de fortes tensions psychiques. A noter avant tout que la grande majorité des personnes actives occupées sont satisfaites de leur situation professionnelle. La part des personnes insatisfaites est de 8,0% environ, comme en 2002, alors que la proportion de celles qui se disent très ou extrêmement satisfaites de leur travail a augmenté de 42,4% à 60,4% entre 2002 et 2007. Malgré des charges physiques et des tensions psychiques répandues, le travail est encore une importante source de satisfaction pour la grande majorité des personnes professionnellement actives.

⁶³ Un autre résultat le confirme: si le «stress» est associé communément à une «course contre la montre», qui fait l'objet d'une question dans l'ESS 2007, il ressort que 88% des personnes interrogées ayant d'importants problèmes psychiques le mentionnent, contre 73% de celles indiquant des problèmes psychiques moyens ou faibles (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

5 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale

Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler et Tanja Fasel (5.1 et 5.3)

Hanspeter Stamm et Markus Lamprecht (5.2 et 5.3)

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

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

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

5.1.1 Situation

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

Les dépressions cliniquement significatives sont fréquentes

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

Dépression et politique de la santé

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

Symptômes annonciateurs de la maladie dépressive

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

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

Identifier les groupes à risque

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

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

5.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé, 12'656 personnes ont été interrogées par écrit sur la présence éventuelle de dix symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête (échelle dite de Wittchen; Wittchen, 2000; pour la définition, voir point 2.3.4). Au total, 20% des personnes qui ont participé à l'enquête écrite ont fait état d'au moins un symptôme dépressif⁶⁴. Pour pouvoir identifier, à partir des répondants présentant au moins un symptôme dépressif, des types de groupes à risque potentiels, nous avons procédé à une analyse de classification avec, comme critère d'entrée, une variable dépendante comportant les modalités «au moins un symptôme dépressif, pas de symptôme dépressif». Pour la détermination des types, nous nous sommes reportés à la littérature spécialisée consacrée aux facteurs déterminants des maladies dépressives et avons retenu

⁶⁴ Il s'agit d'un pourcentage non pondéré, car les analyses de classification travaillent sur des valeurs non pondérées. Le pourcentage pondéré, ajusté à la population suisse, est de 18,9%. Voir également le chapitre 2.

quelque 35 variables classificatoires possibles, relevant des domaines socio-économique, professionnel, sanitaire ou social⁶⁵.

Limites

L'analyse de classification⁶⁶ s'appuie sur un modèle théorique très simplifié de la dépression, qui postule que ce sont les caractéristiques observées qui déterminent la formation de groupes de population présentant des symptômes dépressifs, et non les symptômes dépressifs qui déterminent les caractéristiques observées. L'analyse ne tient pas compte des relations complexes et dynamiques qui existent entre la dépressivité et les facteurs sociodémographiques, économiques, sociaux et sanitaires. Par ailleurs, les résultats d'une enquête transversale permettent en principe de montrer des corrélations, mais pas de déterminer le sens dans lequel s'exercent les rapports de causalité. Les résultats de l'analyse de classification ne doivent donc pas être interprétés en termes de causalité. Ils fournissent surtout des indications utiles au dépistage des personnes particulièrement exposées.

5.1.3 Résultats

Des facteurs peu nombreux mais bien définis

L'analyse a permis d'établir une typologie formée de 13 groupes de population (voir la figure 5.1). Ce résultat est riche en enseignements. Il permet d'identifier clairement

⁶⁵ Variables sociodémographiques: sexe, âge, nationalité, état civil, formation, domicile, nombre d'enfants de moins de 15 ans, type de ménage. Variables socioéconomiques: revenu d'équivalence du ménage, catégorie socioprofessionnelle, travail rémunéré, situation professionnelle/taux d'activité. Environnement social: soutien social, sentiment de solitude, avoir une personne de confiance, regret de ne pas avoir une personne de confiance. Santé physique: troubles physiques, problème de santé de longue durée, cause sous-jacente à ce problème, limitation dans les activités de la vie quotidienne causée par un problème de santé, moins de 5 consultations médicales durant les six derniers mois, en traitement médical pour cause de migraine, en traitement médical pour cause d'asthme, en traitement médical pour cause de diabète. Comportement pouvant influencer la santé: consommation quotidienne moyenne d'au moins 20 g d'alcool, consommation de tabac, activité physique, indice de masse corporelle. Conditions de travail: crainte de perdre son emploi, confiance de retrouver un poste comparable, recherche d'emploi au cours des 4 semaines précédant l'enquête, sans emploi pour raison de santé, satisfaction par rapport au travail, résignation au travail, charge physique au travail, tension psychique au travail.

⁶⁶ L'analyse de classification a été réalisée statistiquement par la méthode dite de l'«arbre décisionnel» («CATFIRM»): formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Cette méthode consiste à calculer, pour un groupe de population donné, la variable qui sépare le mieux les personnes avec dépressivité des personnes sans dépressivité (test du chi carré), puis à procéder ainsi pour chaque nouveau groupe formé jusqu'à l'obtention de groupes finals qu'il n'est plus possible de subdiviser de manière statistiquement significative. Ces groupes correspondent à différents types de population présentant des proportions différentes de personnes avec «dépressivité». Sur les 12'656 personnes interrogées qui ont répondu aux questions relatives à la dépression, 822 n'ont pas répondu à la question relative aux troubles physiques, de sorte que la présente analyse porte sur 11'843 personnes.

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

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

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

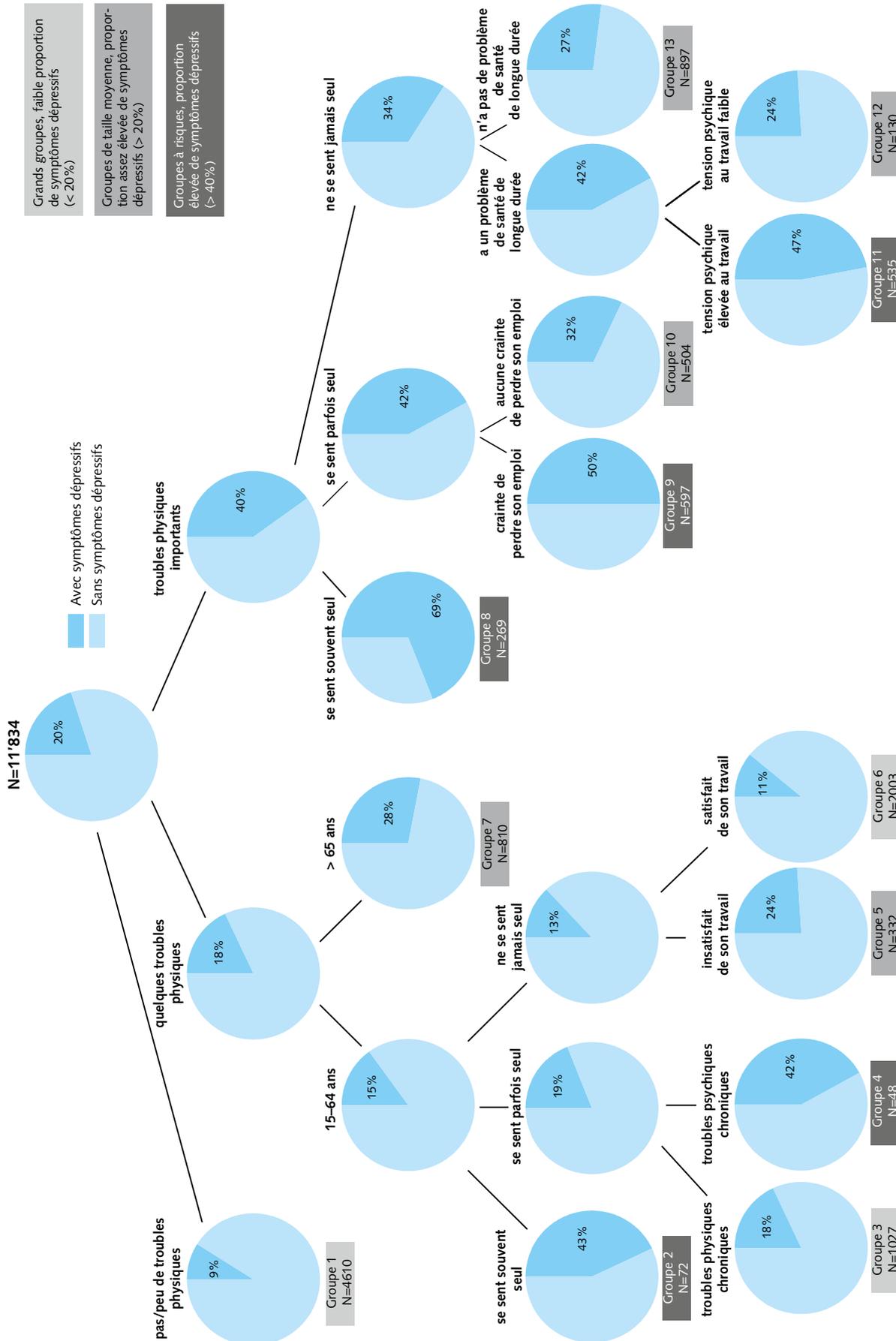
Les personnes qui n'ont pas ou qui ont peu de troubles physiques sont celles qui présentent le moins de symptômes dépressifs, sans que d'autres facteurs jouent ici un rôle (pas d'autres ramifications). Autrement dit, lorsqu'il n'y a pas de troubles physiques, les autres facteurs de risque potentiels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

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

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

Fig. 5.1

Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse, 2007



physiques modérés, qui ont moins de 65 ans, qui se sentent parfois seules et qui ont un problème de santé chronique forment le *groupe à haut risque 4* (43% avec symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants et qui se sentent très seules forment le *groupe à haut risque 8*; elles déclarent avoir des symptômes dépressifs dans 69% des cas environ. Lorsque le sentiment de solitude n'est qu'occasionnel – toujours chez les personnes qui ont des troubles physiques importants – l'élément décisif est la crainte de perdre son emploi. Les personnes qui ont cette crainte forment le *groupe à haut risque 9*, où la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs est de 50%. La proportion est beaucoup moins élevée chez les personnes qui pensent avoir une place de travail assurée (*groupe 10*, 32% avec symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants, qui ne se sentent jamais seules mais qui ont un problème de santé chronique sont également très touchées par les symptômes dépressifs. La tension psychique au travail joue chez elles un rôle décisif: les personnes qui sont exposées à une tension psychique importante forment le *groupe à haut risque 11*, où la part des personnes présentant des symptômes dépressifs atteint presque 47%. Une faible tension psychologique au travail va de pair, même combinée avec un problème de santé chronique, avec une proportion beaucoup plus faible de symptômes dépressifs (*groupe 12* avec 24% de symptômes).

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

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

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

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

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

Types non spécifiques et types spécifiques avec dépressivité

La typologie obtenue fournit des indications qui pourraient aider à déterminer la nature et le degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Les groupes de population 1, 3 et 6 (en gris très clair), groupes importants par le nombre, présentent des proportions inférieures à la moyenne – moins de 20% – de personnes avec symptômes dépressifs (et il ne s'agit généralement pas ici de symptômes dépressifs sévères, comme le montre le tableau 5.1 ci-après). Ces groupes appellent donc des mesures relativement peu spécifiques, destinées à un grand nombre de personnes modérément touchées par des symptômes dépressifs. Les groupes 5, 7, 10, 12 et 13 (en gris), où la proportion de personnes avec symptômes dépressifs va de 20 à 40%, sont formés de personnes sans troubles physiques importants mais âgées (*groupe 7*) ou insatisfaites de leurs conditions de travail (*groupe 5*), ou de personnes avec troubles physiques importants mais sans autres problèmes notables (*groupes 10, 12 et 13* – en gris). Des interventions plus spécifiques seraient ici envisageables. Enfin, des mesures très spécifiques seraient indiquées pour les groupes à haut risque où la proportion de personnes avec symptômes dépressifs est comprise entre 40 et 70%, et qui ont des difficultés importantes sur le plan psychologique (*groupes 2, 4, 8, 9 et 11* – en gris foncé).

Autres caractéristiques des groupes à risque

L'arbre décisionnel ne met en évidence que les variables les plus discriminantes. D'autres paramètres pertinents mais moins discriminants échappent à l'analyse. Nous avons donc pris en considération, pour caractériser plus précisément les cinq groupes à haut risque, quelques variables supplémentaires (voir le tableau 5.1).

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

Les personnes qui ont des symptômes dépressifs sont en moyenne un peu plus âgées dans le groupe de référence (groupe 1) que dans les groupes à risque, mais elles se distinguent très nettement des membres de ces derniers en ce qui concerne les autres attributs. Elles ont 4 symptômes dépressifs en moyenne mais elles ne remplissent que rarement les critères d'une dépression majeure. Elles n'éprouvent pratiquement jamais de tension psychique importante, ne sont pratiquement jamais limitées dans leurs activités, se sentent rarement démunies face aux événements de la vie (sentiment de maîtrise de la vie) et font rarement état de pensées suicidaires. En outre, elles recourent beaucoup plus rarement à des traitements (médicamenteux) ou à des séjours hospitaliers et elles font plus de sport que les personnes qui présentent des symptômes dans les groupes à risque.

Le sexe, qui n'apparaissait pas dans l'analyse parmi les attributs classificatoires, apparaît néanmoins ici comme un facteur important: les femmes sont nettement surreprésentées, avec des proportions de 60 à 70%, dans quatre des cinq groupes à risque. Le groupe 4, en revanche, se compose davantage d'hommes. Le nombre moyen de symptômes dépressifs est relativement élevé dans les groupes à risque: 6 à 8 symptômes en moyenne sur un total possible de 10. Il n'est donc pas surprenant que la proportion de personnes présentant une dépression cliniquement significative (dépression majeure) y soit clairement élevée (11%) à très élevée (45%). A noter également les proportions très élevées de personnes ayant des pensées suicidaires: entre un tiers et deux tiers des personnes, selon les groupes, ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête.

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

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

Le groupe 8, qui n'est caractérisé que par deux variables (troubles physiques importants et solitude), est particulièrement touché par les symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 80% des personnes subissent une tension psychique importante, 60% ont eu des pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête et près de la moitié remplissent les critères d'une dépression majeure. Ce sont fréquemment des femmes et des personnes qui ont rarement le sentiment de maîtriser leur vie, qui sont souvent limitées dans leurs activités et qui ont fréquemment consulté leur médecin au cours de l'année précédant l'enquête.

Tab. 5.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence, (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007

	Groupe 1 Pas/peu de troubles physiques (groupe de référence)	Groupe 2 Quelques troubles physiques, <65 ans, souvent seul	Groupe 4 Quelques troubles physiques, <65 ans, parfois seul, maladie chronique	Groupe 8 Troubles physiques importants, très seul	Groupe 9 Troubles physiques importants, parfois seul, peur de perdre son emploi	Groupe 11 Troubles physiques importants, pas de sentiment de solitude, maladie chronique, tension psychique importante au travail
Age moyen	50	40	45	48	50	61
Sexe féminin	43%	62%	43%	69%	71%	56%
Nationalité suisse	87%	69%	84%	75%	84%	92%
Dépression majeure	6%	54%	26%	47%	18%	11%
Nombre de symptômes dépressifs	4.2	6.6	6.5	7.9	6.5	5.3
Tension psychique élevée au travail	5%	60%	40%	80%	50%	27%
Sentiment moyen à élevé de maîtrise de la vie	71%	28%	29%	21%	38%	61%
Limitations importantes dans les activités quotidiennes	7%	22%	49%	45%	32%	42%
Pensées suicidaires	20%	58%	39%	60%	36%	32%
Traitements pour dépression, année écoulée	7%	29%	57%	53%	20%	15%
Nombre de visites chez le médecin, année écoulée	5	10	9	17	11	10
Séjours hospitaliers, année écoulée	14%	28%	11%	26%	20%	24%
Prise de somnifères, semaine écoulée	7%	28%	50%	35%	29%	26%
Prise d'antalgiques, semaine écoulée	29%	47%	25%	57%	49%	54%
Prise de tranquillisants, semaine écoulée	4%	8%	28%	36%	27%	19%
Prise d'antidépresseurs, semaine écoulée	9%	26%	56%	46%	25%	17%
Pratique du fitness, de la gymnastique, du sport (plusieurs fois par semaine ou tous les jours)	61%	33%	22%	32%	50%	44%

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

5.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche

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

Dépression et troubles physiques

Symptômes dépressifs et douleurs physiques sont étroitement liés. Deux tiers environ des personnes dépressives disent avoir des troubles physiques et deux tiers de celles qui ont des problèmes physiques sont dépressives (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Romano & Turner, 1985). Chaque symptôme somatique supplémentaire double environ la probabilité qu'une personne souffre de troubles dépressifs (Kroenke et al., 1994). Trois quarts environ des patients dépressifs décrivent aux médecins de famille leurs symptômes en des termes exclusivement physiques, ce qui complique considérablement le diagnostic (Bair et al., 2003). C'est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui, au lieu de parler

d'abattement ou de tristesse, diront par exemple qu'elles ont des insomnies ou des idées de mort (Gallo et al., 1994). Par ailleurs, les personnes qui souffrent à la fois de douleurs physiques et de dépression ont, malgré un recours accru à la médecine, un pronostic nettement moins bon que les autres. La dépression nuit de manière significative au processus de guérison de maladies somatiques courantes comme les maladies cardio-vasculaires. La comorbidité douleurs/dépression conduit en outre à des réductions particulièrement fortes de la mobilité, de l'activité et de l'aptitude au travail (Garcia-Campayo et al., 2008). On sait d'ailleurs qu'il existe des liens biologiques entre la douleur physique et la dépression: la sensibilité à la douleur et la dépression sont influencées par les mêmes molécules chimiques (par exemple la sérotonine). Ainsi les antidépresseurs peuvent-ils diminuer aussi bien les symptômes dépressifs que la douleur (Bair et al., 2003; Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004). Enfin, il apparaît que la souffrance psychosociale (liée par exemple à l'exclusion ou à la solitude) est étroitement apparentée, neurobiologiquement, avec la douleur physique – les deux types de souffrance se manifestent dans la même région bien délimitée du cerveau (Eisenberger et al., 2003).

Dépression et solitude

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

Dépression et tension psychique au travail

On sait qu'il existe des liens entre la tension psychique au travail et les troubles psychiques, en particulier la dépression. Plusieurs facteurs jouent à cet égard un rôle déterminant: rapport entre exigences et autonomie, qualité de l'environnement de travail, qualité de l'environnement social, maîtrise du travail, clarté des missions, rapport entre l'investissement personnel et la reconnaissance sociale, sans oublier la charge de travail elle-même. L'importance de ces facteurs peut varier selon les groupes de professions et selon la situation professionnelle (Godin et al., 2005; LaMontagne et al., 2008; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Paterniti et al., 2002; Tennant, 2001). Ces facteurs de stress exercent une influence directe sur les troubles dépressifs, même si d'autres facteurs, liés par exemple à la personnalité, sont pris en compte.

Dépression et peur de perdre son emploi

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

5.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

5.2.1 Introduction

Comme nous l'avons relevé au point 3.2 de ce rapport, la part des personnes présentant un excès de poids en Suisse s'est stabilisée ces dernières années à 40% environ de la population totale. Si cette valeur est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays – aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, plus de la moitié de la population serait actuellement en surpoids (voir OECD, 2009) –, elle est tout de même inquiétante étant donné les risques pour la santé induits par la surcharge pondérale (voir OFSP, 2008a; WHO, 2000). Plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années pour promouvoir

«un poids corporel sain». Elles ont été regroupées récemment dans le «Programme national alimentation et activité physique 2008-2012», développé par l'Office fédéral de la santé publique et par d'autres organisations (OFSP, 2008a). Ce programme montre l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante pour conserver ou recouvrer un poids corporel sain.

Nous présentons ici une analyse des facteurs qui ont une incidence sur les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. Cette analyse s'appuie sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007. A partir des observations présentées au point 3.2 sur l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel, elle élargit la perspective, dans un but exploratoire, à d'autres aspects du mode de vie, des comportements individuels et de la situation sociale, considérés dans la littérature spécialisée (voir Eichholzer, 2003; OECD, 2009; OFS, 2007; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; WHO, 2000, 2003). Nous ne prendrons pas en considération des facteurs structurels généraux tels que l'offre de denrées alimentaires ou l'attitude de certains groupes affinitaires importants, car ces dimensions n'étaient pas incluses dans l'Enquête suisse sur la santé. Notre analyse s'appuie sur les chiffres relevés au niveau national. Le nombre d'observations au niveau cantonal étant insuffisant sur certains points, nous ne présenterons pas ici de résultats cantonaux (voir aussi le point 5.2.2).

5.2.2 Méthode

Nos analyses et nos explications s'articulent de la manière suivante. Nous reviendrons tout d'abord sur les résultats présentés au point 3.2 et montrerons comment la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité varie en fonction de divers facteurs liés aux comportements et aux compétences dans le domaine de la santé. Nous élargirons ensuite la perspective pour examiner la question des rapports entre la surcharge pondérale et les inégalités sociales.

Les variables considérées au point 3.2 étaient l'activité physique, l'attention portée à l'alimentation, l'observation des recommandations nutritionnelles, la consommation de viande et la consommation de liquides non alcoolisés (voir la figure 5.2). Si les rapports entre les trois premières de ces variables et la surcharge pondérale semblent clairs – on s'attend à ce qu'une activité physique plus intense, une plus grande attention portée à l'alimentation et une meilleure observation des recommandations nutritionnelles aillent de pair avec un poids corporel inférieur –, les rapports entre la surcharge pon-

dérale et les deux autres variables – consommation de viande et consommation de liquides non alcoolisés – appellent quelques précisions. En ce qui concerne la consommation de viande, les spécialistes de l'alimentation établissent notamment un rapport entre les graisses (animales) et la surcharge pondérale (voir Eichholzer et al., 2005). Mais un paramètre lié au mode de vie pourrait également jouer un rôle: les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent en effet qu'il existe une corrélation entre la consommation de viande et un goût pour la bonne cuisine et pour une alimentation abondante, ce qui laisse supposer que la proportion de personnes en surcharge pondérale est supérieure à la moyenne parmi les consommateurs réguliers de viande⁶⁷. En ce qui concerne la consommation de liquides, l'OMS (WHO, 2003, p. 57) signale que les boissons sucrées pourraient entraîner une aggravation des problèmes de poids car, à valeur énergétique égale, elles sont moins rassasiantes que les aliments solides. Autrement dit, lorsque les boissons sucrées représentent une part importante de la consommation de boissons non alcoolisées, elles peuvent accentuer les problèmes de poids.

Nous considérerons ensuite les variables compétences de santé, compétences de consommation, consommation d'alcool, charge physique au travail, et quelques variables comportementales qui ont été examinées par ailleurs aux points 3.1, 3.3 et 4.2 (voir la figure 5.3). On peut s'attendre ici à ce que les personnes qui se soucient de leur alimentation, qui consomment peu d'alcool (dont l'apport énergétique est important) et qui sont physiquement actives auront en moyenne un poids corporel plus favorable (voir aussi WHO, 2003). Nous considérerons également les obstacles à une alimentation saine (nombre d'obstacles mentionnés par les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête) et la durée quotidienne des déplacements à pied ou à vélo: le premier de ces facteurs semble de nature à favoriser la surcharge pondérale, le second semble être plutôt favorable à un poids normal.

On peut supposer que ces différentes variables ne sont pas indépendantes les unes des autres. L'étape suivante de l'analyse consistera donc à déterminer au moyen d'un modèle statistique multivarié quelles corrélations sont assez fortes pour subsister lorsque l'on

⁶⁷ Invitées à citer, sur la base de dix réponses à choix, des obstacles possibles à une alimentation saine, 57% des personnes interrogées consommant souvent de la viande (au moins cinq fois par semaine) ont indiqué aimer «bien manger» et 21% ont répondu aimer «beaucoup manger». Parmi les personnes consommant rarement de la viande, les proportions sont respectivement de 25% et de 15% (n=12'788).

contrôle simultanément l'influence des autres variables. Il se pourrait, par exemple, que les variables de compétences en matière de santé et en matière d'alimentation mesurent à peu près la même chose et que leur rapport avec le poids corporel puisse se ramener en fait à une seule des deux variables. Pour tester ces questions, nous établirons des modèles de régression logistique permettant d'évaluer le degré de corrélation entre les différentes variables et la surcharge pondérale ou l'obésité⁶⁸.

Comportements individuels et inégalités

Les comportements et les compétences individuelles en matière de santé ne sont pas les seuls facteurs à être en rapport avec le poids corporel. La littérature spécialisée montre qu'il existe des différences selon les groupes de population, par exemple entre les hommes et les femmes ou entre les personnes dont le niveau de formation est élevé et celles dont le niveau de formation est bas. Sont fréquemment mentionnés également des facteurs tels que l'accès aux denrées alimentaires, les possibilités d'exercer une activité physique, la publicité et les campagnes de marketing, le style de vie déterminé par le milieu culturel, les prédispositions génétiques et l'influence du milieu social proche (famille, amis, collègues de travail; voir à ce propos le point 1.2). Ces facteurs généraux, relevant du mésoniveau et du macroniveau, ne peuvent pas être analysés sur la base des données de l'ESS. Seuls pourront être étudiés ici les rapports entre la surcharge pondérale et les variables sociodémographiques et socio-économiques présentés au point 3.2.

⁶⁸ La régression logistique permet d'expliquer une variable dichotomique – dans le cas présent: «poids normal vs surcharge pondérale (obésité incluse)» ou «poids normal ou légèrement excédentaire vs obésité» – par une série de variables dites indépendantes. Les effets des variables indépendantes sont contrôlés simultanément, c'est-à-dire que l'on élimine les variables qui ne fournissent aucune explication ou dont la force explicative est moins grande que celle d'autres variables. Les critères d'élimination sont, d'une part, le degré de signification des coefficients et, d'autre part, les variations de la force explicative du modèle lorsque certaines variables sont éliminées (log-likelihood). Pour déterminer si certaines variables doivent ou non être éliminées, nous avons utilisé d'abord les données non pondérées de l'ESS 2007, car le degré de signification des corrélations augmente avec le nombre d'observations. Si on avait utilisé dès le départ les données pondérées, on aurait couru le risque d'obtenir des corrélations non pertinentes. Mais dans les modèles définitifs, les paramètres ont été calculés sur la base des données pondérées. Les tableaux qui suivent comportent l'indication des «odds ratios» (avec un intervalle de confiance de 99%). Leur interprétation est relativement simple. L'«odds ratio» indique la probabilité avec laquelle un événement (p. ex. la surcharge pondérale ou l'obésité) se vérifie pour une variable donnée, par rapport à un groupe de référence. Dans le tableau 5.2, par exemple, l'«odds ratio» de 1,82 pour les personnes qui ont de faibles compétences en matière de santé signifie que ces personnes sont presque deux fois plus souvent (1,8 fois) atteintes de surcharge pondérale que les personnes qui ont de bonnes compétences en matière de santé. Pour la consommation de viande, l'«odds ratio» de 0,31 indique que les personnes qui mangent rarement de la viande ont un risque de surpoids nettement moins élevé (trois fois moins élevé) que celles qui mangent de la viande cinq fois par semaine ou plus.

Soulignons que les facteurs socio-économiques peuvent influencer le poids corporel d'une personne soit directement, soit indirectement par l'influence qu'ils exercent sur les comportements et sur les compétences de santé. Parmi les effets directs, il faut distinguer entre les effets «réellement directs» et les effets «apparemment directs». L'effet est réellement direct lorsque des différences physiologiques dans le bilan énergétique de l'organisme entraînent des différences de poids corporel. L'effet n'est qu'apparemment direct lorsque le poids corporel est influencé par des schémas de comportements caractéristiques d'un sexe ou d'une couche sociale, comportements que l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de mettre en évidence. Dans ce cas, l'effet est en réalité indirect (la situation sociale de la personne influence son comportement, qui à son tour exerce une influence sur le poids corporel), mais on ne peut pas le prouver parce que la variable comportementale n'a pas été considérée dans l'ESS.

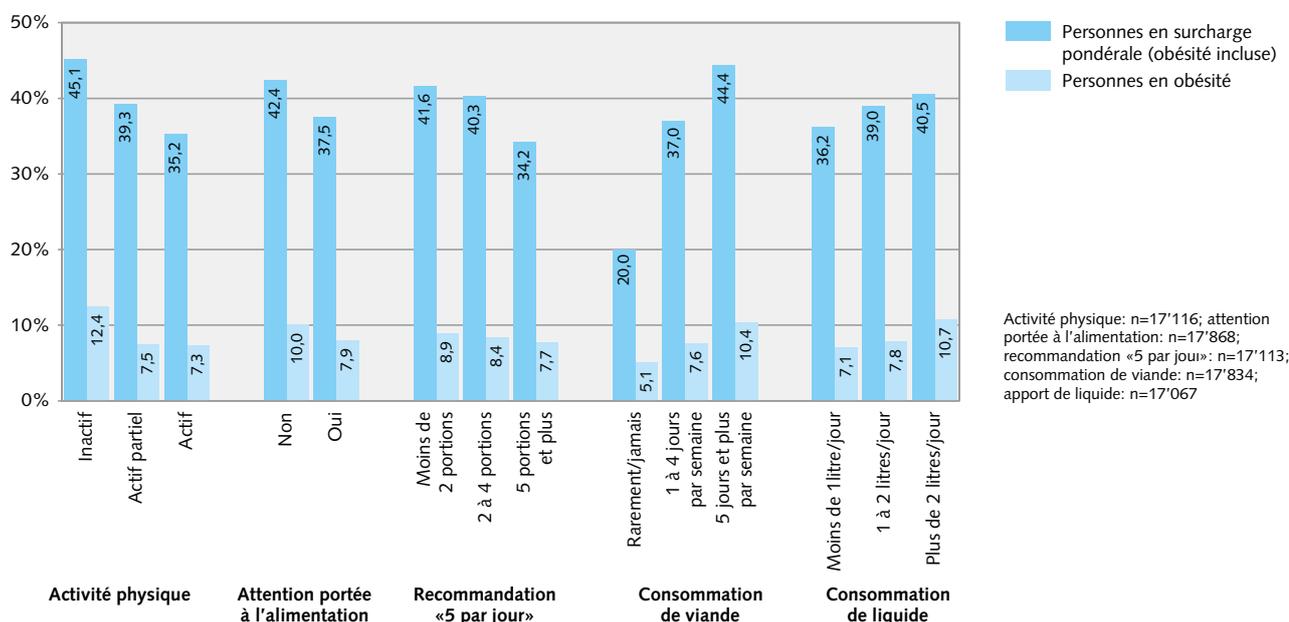
Par ailleurs, les relations entre le milieu social, les comportements et le poids corporel n'obéissent généralement pas à un modèle simple et linéaire, selon lequel un statut social élevé entraînerait automatiquement de meilleures compétences de santé et des comportements plus favorables, qui à leur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

5.2.3 Résultats

La figure 5.2 montre les liens qui existent entre divers aspects des comportements alimentaires et de l'activité physique et la proportion de personnes ayant des problèmes de poids. La part des personnes en surcharge pondérale ou obèses est plus faible parmi les personnes

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

Fig. 5.2



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

qui ont une activité physique régulière, qui font attention à leur alimentation et qui consomment souvent des fruits et des légumes, que dans le reste de la population. L'inverse s'observe pour la consommation de viande et l'apport en liquide: plus une personne mange de viande et plus elle absorbe de liquide, plus la probabilité qu'elle soit en surpoids est élevée.

Ces observations ne constituent toutefois qu'une tendance. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée ne permettent pas toujours d'éviter la surcharge pondérale ou l'obésité. Il existe par ailleurs une certaine marge d'imprécision dans la mesure de la surcharge pondérale et de l'obésité. L'indice de masse corporelle (IMC, voir point 3.2) est un critère simple pour distinguer les personnes de poids normal ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) des personnes en surcharge pondérale ($25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) ou obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), mais il néglige certains aspects de la problématique de la surcharge pondérale et de l'obésité (p. ex. la proportion de graisse dans le corps). Dans l'Enquête suisse sur la santé, l'IMC est en outre déterminé sur la base des informations fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner des distorsions.

Des problèmes de mesure se posent aussi pour l'activité physique et pour l'alimentation. Les indicateurs utilisés n'illustrent que de manière imparfaite les concepts

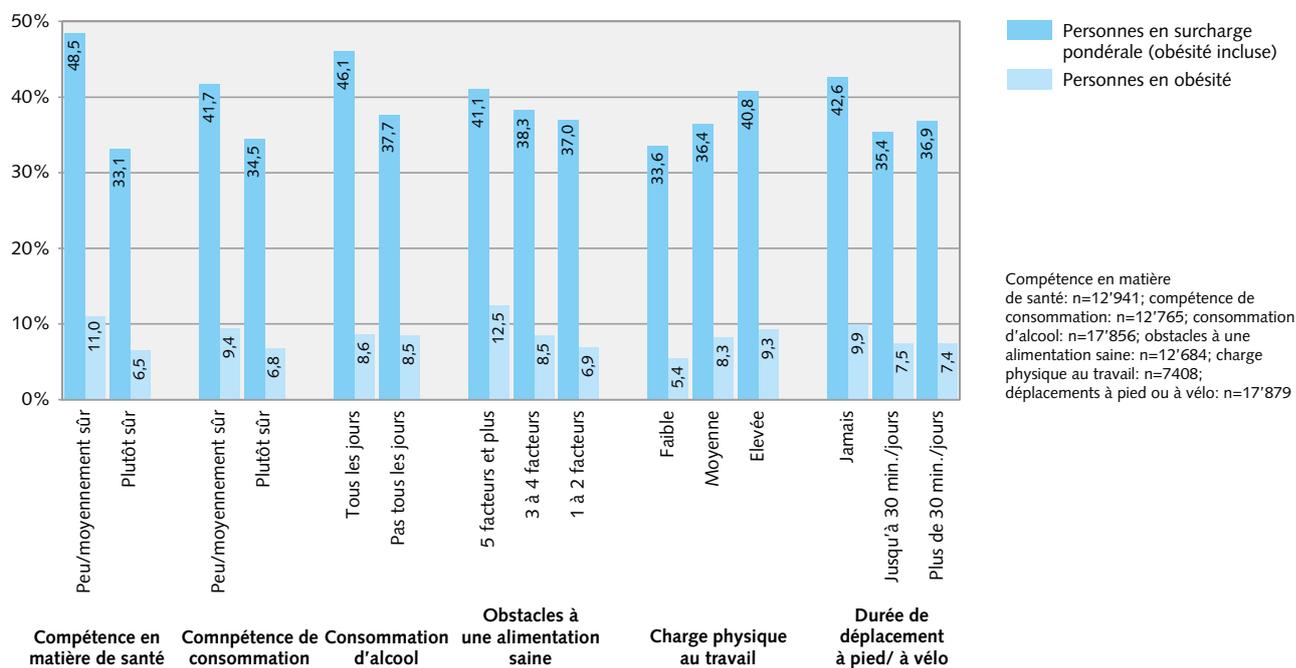
d'«alimentation équilibrée» et d'«activité physique déterminante pour le poids». C'est le cas en particulier des indicateurs des comportements alimentaires. La fréquence de la consommation de fruits et de légumes ne renseigne pas sur le reste des habitudes alimentaires ni sur le bilan énergétique. Celui-ci peut être rompu, par exemple, si un morceau de chocolat est consommé avec chaque pomme ou un morceau de fromage ou de pain avec chaque portion de légumes. En soi, consommer de la viande et des saucisses ne fait pas grossir, mais ce comportement est souvent associé, comme nous l'avons dit plus haut, à un mode de vie privilégiant une «alimentation abondante». Enfin, les résultats relatifs à la consommation de liquide semblent indiquer que les boissons sucrées ont bien, comme le suggère l'OMS (WHO, 2003), un effet défavorable sur le poids corporel.

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

Plusieurs autres facteurs liés aux compétences individuelles et au mode de vie peuvent avoir une incidence sur le poids corporel. Les liens entre certains de ces facteurs et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité sont présentés dans la figure 5.3. On observe clairement un lien entre les compétences de santé et de

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

Fig. 5.3



Compétence en matière de santé: n=12'941; compétence de consommation: n=12'765; consommation d'alcool: n=17'856; obstacles à une alimentation saine: n=12'684; charge physique au travail: n=7408; déplacements à pied ou à vélo: n=17'879

Définition des variables utilisées:

- Charge physique au travail (voir le point 3.2)
- Evaluation des compétences en matière de santé et de consommation: Les exemples cités dans la question concernant les connaissances en matière de consommation se réfèrent avant tout à l'achat d'aliments; cette question peut donc être considérée comme une approximation des connaissances en alimentation.
- Obstacles à une alimentation saine: réponses cumulées à la question: «De nombreuses personnes, dont vous faites peut-être partie, estiment qu'il est important de se nourrir sainement. Voyez-vous des obstacles pour quelqu'un voulant se nourrir sainement?». Les personnes interrogées devaient indiquer pour 10 éléments s'il s'agissait d'un obstacle ou non.
- Déplacements à pied/à vélo: indice basé sur deux questions: moyens de locomotion pour les trajets quotidiens (à pied et/ou à vélo) et durée de ces déplacements (en min.).
- Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ($p < 0,01$).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

consommation, qui ont déjà été examinées au point 3.1, et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité. On constate également que les personnes qui boivent plus d'alcool et celles qui mentionnent plus d'obstacles à une alimentation saine sont plus souvent que les autres en surcharge pondérale (mais ne sont pas forcément plus souvent obèses, du moins pour celles qui boivent plus d'alcool).

Pour la charge physique au travail, considérée comme un indicateur approximatif de la sédentarité, le rapport est exactement l'inverse de celui auquel on pouvait s'attendre: les personnes qui ont un travail physiquement éprouvant sont plus souvent en surpoids que celles qui exercent une activité professionnelle peu ou moyennement éprouvante, ce qui peut s'expliquer notamment par l'effet du niveau de formation ou du style de vie (voir point 3.2). Enfin, la figure 5.3 montre qu'il existe un lien entre les déplacements quotidiens à pied ou à vélo et le poids corporel.

Pour tous les indicateurs considérés dans les figures 5.2 et 5.3, la question se pose de savoir lesquels ont, indépendamment d'autres facteurs, un rapport de corrélation particulièrement fort avec le poids corporel. Il se pourrait en effet que les indicateurs relatifs aux compétences individuelles et au mode de vie, présentés dans la figure 5.3, mesurent plus ou moins la même chose que ceux relatifs aux comportements alimentaires et à la mobilité, présentés plus haut. Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un modèle de régression logistique multivarié, qui permet de tester simultanément les rapports entre ces différentes variables et l'excès de poids.

Le tableau 5.2. présente les résultats de cette analyse, qui peuvent se résumer comme suit:

- Des corrélations significatives existent entre la surcharge pondérale – éventuellement l'obésité – et l'activité physique, la consommation de viande, d'alcool

Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=11'610

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

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page au point 5.2.2.

et de liquide, les compétences de santé, le nombre mentionné d'obstacles à une alimentation saine et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo.

- L'absence d'activité physique, ou une activité seulement occasionnelle, et le sentiment de manquer de connaissances en matière de santé, vont de pair avec une probabilité plus élevée d'être atteint de surcharge pondérale ou d'obésité. Pour les autres variables, on observe les corrélations suivantes: plus la consommation de liquide, d'alcool ou de viande est importante, et plus les obstacles mentionnés à une alimentation saine sont nombreux, plus la probabilité de surcharge pondérale, voire d'obésité, augmente⁶⁹.

- La consommation d'alcool, la consommation de liquides non alcoolisés et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo sont corrélés avec la surcharge pondérale, mais pas avec l'obésité. On observe ici encore qu'une consommation accrue de liquide tend à être associée avec un poids corporel plus élevé, ce qui est probablement lié à l'absence de distinction entre boissons sucrées et boissons non sucrées.
- L'attention portée à l'alimentation, l'observation de la consigne «5 fruits et légumes par jour» et les compétences de consommation ne sont pas corrélées de manière significative avec la surcharge pondérale et avec l'obésité. Dans les analyses plus simples présentées au point 3.2 et dans les figures 5.2 et 5.3, ces indicateurs paraissent être en rapport avec le poids corporel, mais dans le modèle multivarié leur influence apparente semble mieux s'expliquer par l'effet d'autres variables (voir aussi le point 5.2.4).

⁶⁹ Nous avons dû renoncer ici, en raison des dimensions de notre étude, à présenter les modèles tenant compte de la charge physique au travail. Lorsqu'on fait intervenir cette variable, le nombre de cas considérés baisse nettement, puisque l'analyse ne peut alors porter que sur les personnes actives. L'analyse confirme toutefois le résultat présenté dans la figure 5.3: une plus lourde charge physique au travail est souvent associée à un poids corporel plus élevé.

Inégalités sociales et poids corporel

Comme le montre la dernière ligne du tableau 5.2, les modèles multivariés ne contribuent que modérément à expliquer la fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité en Suisse. Cela est imputable à l'imprécision des mesures, comme nous l'avons dit plus haut, mais également, comme les résultats semblent l'indiquer, à l'influence d'autres facteurs. Faute de données concernant le niveau structurel supérieur, nous ne pouvons pas tester ici un modèle complet, mais nous pouvons examiner quelles corrélations existent entre le

surpoids et les variables sociodémographiques et socio-économiques examinées au point 3.2 lorsqu'on considère simultanément l'influence des variables relatives aux comportements et aux compétences en matière de santé.

Nous avons vu au point 3.2 que ce sont surtout l'âge et le sexe qui sont étroitement corrélés avec les comportements en matière de santé et avec le poids corporel. Le niveau de formation et la profession (catégorie socioprofessionnelle) jouent aussi un rôle important, tandis que le revenu d'équivalence du ménage et la nationalité semblent secondaires.

Tab. 5.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=11'309

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

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

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page du point 5.2.2.

La question est de savoir si ces facteurs exercent une influence indépendamment les uns des autres ou si leurs influences se recourent, s'additionnent ou se compensent. Par exemple, il est possible que l'effet de la formation et de l'âge s'annulent – lorsque ces deux variables sont considérées simultanément – par suite de l'augmentation constante du niveau de formation en Suisse. Autrement dit, comme les jeunes en Suisse ont en moyenne un niveau de formation supérieur à celui des personnes plus âgées, il se pourrait que ces deux variables mesurent à peu près la même chose et qu'elles se neutralisent. La question peut être examinée à l'aide d'un modèle statistique multivarié dans lequel les effets des variables considérées sont testés en contrôlant simultanément les autres variables.

Le tableau 5.3 présente les résultats de cette analyse pour la surcharge pondérale (obésité incluse) et pour l'obésité seule. Il suffit de considérer l'ordre de grandeur des «*odds ratios*» pour constater le rôle particulièrement important que jouent la consommation de viande, les compétences de santé, l'âge, le sexe (seulement pour la surcharge pondérale) et la formation. Mais il faut noter une fois encore que ces corrélations pourraient être liées à des aspects du mode de vie qui n'ont pas été pris en considération: par exemple, une forte consommation de viande pourrait refléter un mode de vie caractérisé par une nourriture abondante ou des préférences spécifiques au sexe ou à la génération pour certaines formes d'alimentation ou d'activité physique.

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

5.2.4 Discussion

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

Les résultats présentés dans ce chapitre concordent avec ceux publiés dans la littérature spécialisée. De nombreuses études montrent que divers facteurs sociodémographiques et socio-économiques exercent une influence considérable sur le poids corporel, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du mode de vie et des compétences individuelles dans le domaine de la santé (voir p. ex. Eichholzer, 2003; H. Stamm & M. Lamprecht, 2009). Nos résultats correspondent également aux ordres de grandeur attendus en ce qui concerne les rapports entre le surpoids et les compétences de santé, l'activité physique, les obstacles à une alimentation saine et la surcharge pondérale, (voir OECD, 2009; OFS, 2006; WHO, 2003).

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

sonnes qui consomment fréquemment de la viande qui expliquent la corrélation entre cet indicateur et la surcharge pondérale. Les analyses que permettra le projet NANUSS, ainsi que les résultats de plusieurs évaluations portant sur les programmes de prévention de la surcharge pondérale actuellement en cours, permettront d'éclaircir ces questions.

En conclusion, il convient de souligner que, si les corrélations observées sont souvent modestes, elles ne doivent cependant pas être sous-estimées, car elles peuvent, en s'additionnant, produire des effets considérables. On peut le montrer en comparant deux groupes de population opposés. Le groupe des femmes jeunes (jusqu'à 34 ans) qui mangent rarement de la viande, qui bénéficient de compétences élevées en matière de santé et qui pratiquent des activités physiques (n=99), ne comporte que six pour cent de personnes en surcharge pondérale et une part négligeable de personnes obèses. Le groupe opposé, celui des hommes de 50 ans ou plus qui n'ont pas d'activité physique, qui ont de faibles compétences en matière de santé et qui consomment beaucoup de viande (n=54), comporte 67% de personnes en surcharge pondérale, et parmi elles plus de la moitié (36%) sont obèses. Cet exemple simple montre que même des corrélations qui, prises isolément, semblent relativement faibles, peuvent prendre une importance considérable lorsque les différents facteurs se combinent. Cette conclusion suggère aussi que les stratégies «multidimensionnelles» actuellement adoptées dans la prévention de la surcharge pondérale vont dans le bon sens: il ne semble pas y avoir de «panacée» contre la surcharge pondérale, mais les approches axées d'une part sur la sensibilisation et sur les comportements, d'autre part sur les aspects relationnels et structurels, s'annoncent prometteuses.

5.3 Résumé

Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs subcliniques, qui peuvent être les signes avant-coureurs d'une dépression ultérieure, sont très répandus dans la population. Sans gravité pour les personnes qui jouissent d'une bonne santé physique et d'une bonne intégration sociale et professionnelle, ces symptômes ne doivent pas être sous-estimés comme signes précurseurs de maladies dépressives plus sévères. Pour identifier des groupes spécifiques de population particulièrement exposés au risque de dépression, on a

procédé, sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé, à une analyse de classification qui a mis en évidence plusieurs groupes à haut risque. Ces résultats mériteraient d'être étudiés dans le cadre de projets plus approfondis ou, pour ce qui est de leurs conséquences pratiques, dans le cadre des projets existants («Alliance contre la dépression» ou projets analogues).

Les groupes à risque qui ont été identifiés se caractérisent par une tension psychique élevée, par des pensées suicidaires fréquentes, par des limitations marquées dans les activités quotidiennes et par un recours relativement important au système de santé. Quelques caractéristiques permettent de répartir les personnes atteintes de symptômes dépressifs en des groupes clairement définis. La concomitance de troubles physiques importants et d'un sentiment de solitude marqué, par exemple, définit un groupe de population dans lequel 70% des personnes déclarent avoir des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 45% des personnes remplissent les critères d'une dépression clinique, 80% sont soumises à une tension psychique importante, 60% ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête et 49% sont limitées dans leurs activités quotidiennes. Globalement, les facteurs suivants sont déterminants: troubles et douleurs somatiques (chroniques), sentiment de solitude, insécurité de l'emploi, insatisfaction au travail et tension psychique au travail. Même si les relations entre la dépression et ces facteurs sont complexes et dynamiques, nos résultats montrent dans quels domaines des mesures de prévention secondaire ou de dépistage peuvent s'avérer utiles (de telles mesures existent en partie déjà). Il est possible d'agir au niveau des traitements des médecins généralistes, éventuellement dans le cadre des services destinés aux personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (p. ex. au travers des soins à domicile), sur le lieu de travail, et peut-être aussi dans les quartiers d'habitation. Nos résultats indiquent enfin qu'il faut bien réfléchir au degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Il existe des groupes de population importants où la proportion de personnes dépressives est faible, des groupes de taille moyenne où la proportion de personnes dépressives est moyenne ou supérieure à la moyenne et des groupes restreints présentant des proportions très élevées de personnes dépressives. Des mesures ciblées seraient de nature à apporter une aide accrue surtout aux groupes de population moyennement touchés (intervention précoce) et aux groupes à risque (prévention secondaire).

Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

Une section de ce rapport a été consacrée à l'analyse des facteurs susceptibles d'influencer la surcharge pondérale et l'obésité. Partant des résultats relatifs à l'alimentation, à l'exercice physique et au poids corporel présentés sous le point 3.2, des corrélations ont été établies avec d'autres aspects des compétences de santé, du mode de vie et de la situation sociale; l'importance respective de ces facteurs a été testée au moyen d'un modèle statistique multivarié.

L'analyse montre que le poids corporel est influencé par différents aspects des compétences autodéclarées et des comportements dans le domaine de la santé, mais aussi et surtout par des facteurs sociaux, et en particulier par l'âge et le sexe. Ces conclusions concordent avec les résultats de nombreuses études sur le sujet. Les modèles statistiques expliquent près de 20 pour cent des différences observées pour la surcharge pondérale, et environ la moitié des différences observées pour l'obésité. Il est surprenant de constater que les effets des comporte-

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

6 Recours aux services de santé

Hélène Jaccard Ruedin, Marcel Widmer et France Weaver

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

Dans le rapport «La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002» (Obsan, 2006), le recours aux services de santé avait déjà été examiné pour la Suisse romande et le Tessin. Dans le présent rapport, les services de santé retenus sont les mêmes que dans ce précédent rapport mais les perspectives choisies diffèrent parfois, limitant les possibilités de comparaisons temporelles.

Il aurait été intéressant d'examiner le recours simultané à différents services, mais une telle analyse aurait dépassé le cadre de ce travail. L'on aborde donc séparément le recours aux services suivants, durant les douze mois précédant l'enquête:

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

6.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'Enquête suisse sur la santé est la seule source de données qui fournisse des indications sur la population qui ne fait pas appel aux services de santé, soit parce qu'elle n'en a pas besoin, mais peut-être aussi parce qu'elle n'y a pas accès. C'est pourquoi cette première partie examine spécifiquement la population qui n'a pas consulté de médecin (spécialiste et gynécologue inclus) au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau 6.1). Pour rappel, tous les résultats se basent sur des données auto-rapportées par les personnes interrogées.

Parmi la population vaudoise, 81,6% des répondants déclarent avoir un médecin de famille. Cette proportion est statistiquement plus faible que celle observée parmi la population suisse, dont 87,9% rapporte avoir un médecin de famille.

Plus du cinquième de la population vaudoise rapporte ne pas avoir consulté de médecin dans les douze mois précédant l'enquête

Dans le canton de Vaud, plus d'une personne sur cinq dit ne pas avoir consulté de médecin en cabinet durant les douze mois précédant l'enquête, une proportion légèrement supérieure à la moyenne suisse (22,8% vs 21,6%). On constate que cette différence est due aux hommes vaudois, dont un tiers dit ne pas avoir consulté (34,2% vs 28,7%). Les Vaudoises sont par contre moins nombreuses que les Suissesses à ne pas avoir consulté (11,4% vs 14,8%). Ces différences sont statistiquement significatives.

Avant 35 ans, les habitants du canton de Vaud sont plus nombreux que l'ensemble des Suisses à ne pas mentionner de consultation. Au-delà de cet âge, les différences s'estompent

Ce sont surtout les Vaudois et les Vaudoises âgés de moins de 35 ans qui recourent moins aux consultations médicales que la population suisse (28,0% vs 23,9%;

Tab. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Vaud et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		VD	CH
Total		22,8	21,6
Sexe	Femmes	11,4	14,8
	Hommes	34,2	28,7
Classes d'âge	15–34 ans	28,0	23,9
	35–49 ans	26,5	26,0
	50–64 ans	17,6	20,7
	65 ans et plus	(11,6)	11,3
Formation	Scolarité obligatoire	21,3	19,7
	Degré secondaire II	23,6	21,6
	Degré tertiaire	21,8	22,4
Nationalité	Suisses	20,8	20,7
	Etrangers	28,0	25,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	23,2	22,5
	De 3000 à 4499 CHF	25,2	20,9
	De 4500 à 5999 CHF	19,0	20,2
	6000 CHF et plus	19,0	20,8
Degré d'urbanisation	Ville	23,3	20,9
	Campagne	21,2	23,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	25,4	23,8
	Moyenne à très mauvaise	.	5,2
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	33,7	30,2
	Quelques troubles	19,0	19,7
	Troubles importants	12,2	11,3
A un médecin de famille	Oui	19,0	18,9
	Non	39,7	41,3
S'est rendu aux urgences d'un hôpital	Oui	(12,1)	5,3
	Non	24,3	23,4
Comparaison régionale	Suisse		21,6
	Vaud		22,8
	Berne		20,0
	Fribourg		24,0
	Genève		19,8
	Neuchâtel		17,1*
	Tessin		21,1
	Valais		19,3
	Zurich		21,9
	Suisse alémanique		21,7
	Suisse romande		21,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1301 (VD), n=17'656 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

n.s.). Par rapport à la nationalité, la part de la population vaudoise de nationalité suisse disant ne pas avoir consulté est comparable à la valeur suisse, alors que cette part est légèrement supérieure dans le cas des personnes étrangères (28,0% vs 25,2%, n.s.). Parmi les personnes qui disent ne pas avoir de médecin de famille,

près d'une personne sur deux ne mentionne pas de consultation tandis que, parmi celles qui disent en avoir un, cette part diminue à une personne sur cinq (différences non significatives par rapport à la Suisse).

La part des personnes qui ne consultent pas dans le canton de Vaud est comparable à celle observée en Suisse ou en Suisse romande, comme celle observée dans les différents cantons présentés dans le tableau 6.1. La seule différence significative concerne le canton de Neuchâtel, où la part des personnes ne consultant pas est significativement plus basse que dans le canton de Vaud.

La figure 6.1 révèle qu'un habitant du canton de Vaud sur cinq (19,0%) mentionnant souffrir de quelques troubles physiques (selon l'indice de troubles physique défini au chapitre 2.2.2), dit ne pas avoir consulté de médecin durant l'année précédant l'enquête, une proportion comparable à celle observée en Suisse (19,7%). Cette part tombe à près d'une personne sur huit (12,2%) en présence de troubles importants, une proportion légèrement supérieure à celle observée en Suisse (n.s.). Au niveau de la Suisse, il semble y avoir peu de personnes qui considèrent leur état de santé comme mauvais (5,2%, tableau 6.1) et qui n'aient pas consulté (en ce qui concerne le canton de Vaud, le nombre d'observations est insuffisant).

Les Vaudoises sont moins nombreuses que les Vaudois à ne pas consulter lorsqu'elles souffrent de peu de troubles (19,6% vs 42,7%) ou de troubles importants (10,1% vs 16,3%; n.s.). La même différence est observée sur le plan suisse (peu de troubles: 21,4 vs 36,2%; troubles importants: 9,3% vs 14,9%).

La part de la population qui dit ne pas avoir consulté de médecin a diminué depuis 2002 mais cette diminution concerne surtout les Vaudoises

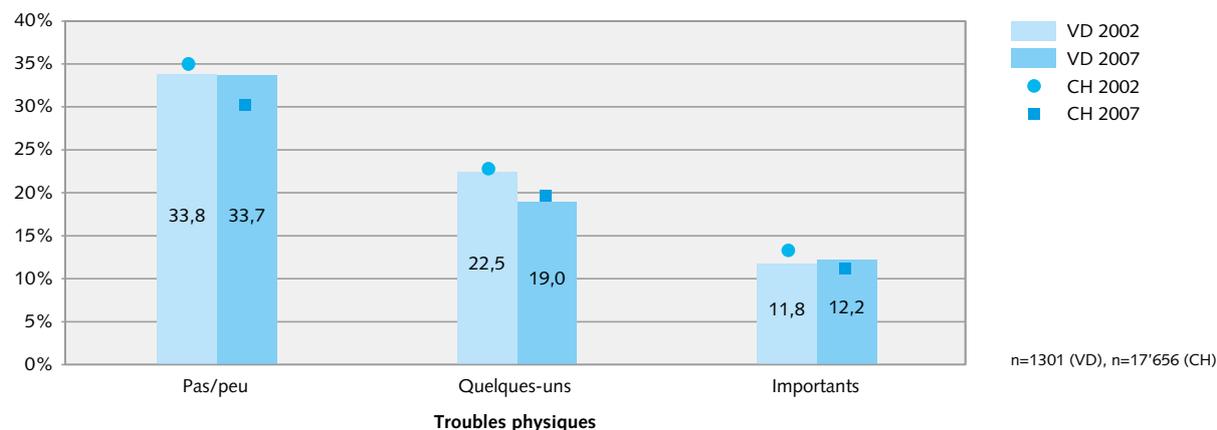
Depuis 2002, la part de la population qui dit ne pas avoir consulté a diminué tant dans le canton de Vaud (de 23,3% à 21,6%) qu'au niveau suisse (de 25,3% à 21,6%). Dans le canton de Vaud, cette évolution est due aux femmes, moins nombreuses à ne pas consulter (-6,1% de baisse), tandis que les hommes sont plus nombreux à ne pas consulter en 2007 (+1,5% d'augmentation). En outre, dans le canton de Vaud, cette diminution ne concerne que les personnes qui déclarent souffrir de quelques troubles physiques (-3,5% de baisse) (figure 6.1).

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

Cette partie se concentre uniquement sur la population qui mentionne avoir consulté au moins une fois un médecin en cabinet (médecin de famille, médecin généraliste, médecin gynécologue et médecin spécialiste⁷⁰). Si l'on examine le nombre rapporté de consultations par habitant on constate dans tous les cantons, y compris Vaud, que la moitié de la population *qui consulte*, consulte trois fois ou moins dans l'année. Cette intensité correspond à l'intensité médiane des consultations en

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

Fig. 6.1



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

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁷⁰ Le questionnaire parle de médecin généraliste ou médecin spécialiste sans en préciser la définition.

Tab. 6.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon l'intensité des consultations, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		VD				CH			
		1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total	1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total
Total		31,5	24,9	20,8	77,2	34,2	23,8	20,4	78,4
Sexe	Femmes	32,0	30,3	26,3	88,6	33,0	27,4	24,8	85,2
	Hommes	31,1	19,5	15,2	65,8	35,5	20,1	15,7	71,3
Classes d'âge	15-34 ans	28,4	22,0	21,6	72,0	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 ans	35,2	20,4	17,9	73,5	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 ans	33,3	27,4	21,7	82,4	33,0	24,6	21,8	79,3
	65 ans et plus	28,6	36,4	23,3	88,4	28,4	30,2	30,1	88,7
Formation	Scolarité obligatoire	22,6	24,0	32,1	78,7	30,5	23,5	26,3	80,3
	Degré secondaire II	32,8	24,3	19,4	76,4	34,3	24,1	20,0	78,4
	Degré tertiaire	33,5	26,7	18,0	78,2	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalité	Suisses	32,0	27,2	20,0	79,2	34,4	24,4	20,5	79,3
	Etrangers	30,2	18,6	23,2	72,0	33,5	21,4	19,9	74,8
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	31,7	22,1	23,0	76,8	33,6	23,1	20,8	77,5
	De 3000 à 4499 CHF	33,0	22,5	19,3	74,8	34,0	25,1	20,1	79,2
	De 4500 à 5999 CHF	31,2	28,6	21,2	81,0	35,0	23,7	21,1	79,8
	6000 CHF et plus	31,9	32,6	16,5	81,0	35,8	24,2	19,1	79,1
Degré d'urbanisation	Ville	30,5	24,6	21,6	76,7	34,2	24,2	20,7	79,1
	Campagne	34,3	25,9	18,6	78,8	34,3	22,8	19,4	76,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	34,1	24,7	15,8	74,6	36,9	23,9	15,4	76,2
	Moyenne à très mauvaise	(12,2)	27,1	57,4	96,7	14,2	23,7	56,9	94,8
A un médecin de famille	Oui	31,3	27,7	22,1	81,0	34,2	25,2	21,7	81,1
	Non	32,7	12,6	15,0	60,3	34,1	14,0	10,6	58,7
S'est rendu aux urgences d'un hôpital	Oui	25,5	23,7	38,7	87,9	25,0	28,9	40,8	94,7
	Non	32,4	25,1	18,1	75,7	35,3	23,3	18,1	76,6

Nombre moyen de consultations médicales par habitant	Population totale			Uniquement la population qui a consulté un médecin		
	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue
Comparaison régionale Suisse	4,1	2,3	1,8	5,2	2,9	2,3
Vaud	4,1	2,1	2,0	5,3	2,7	2,6
Berne	4,3	2,5	1,9	5,4	3,1	2,3
Fribourg	3,7*	1,9*	1,9	4,9	2,5*	2,4
Genève	4,3	2,0*	2,5*	5,4	2,4*	3,0*
Neuchâtel	4,3	2,4	2,0	5,2	2,8	2,4
Tessin	4,0	2,1*	2,0	5,1	2,6*	2,5
Valais	4,0	2,2	1,8	4,9	2,7	2,3
Zurich	4,1	2,4	1,9	5,2	3,0	2,4
Suisse alémanique	4,1	2,4	1,7	5,2	3,1	2,1
Suisse romande	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

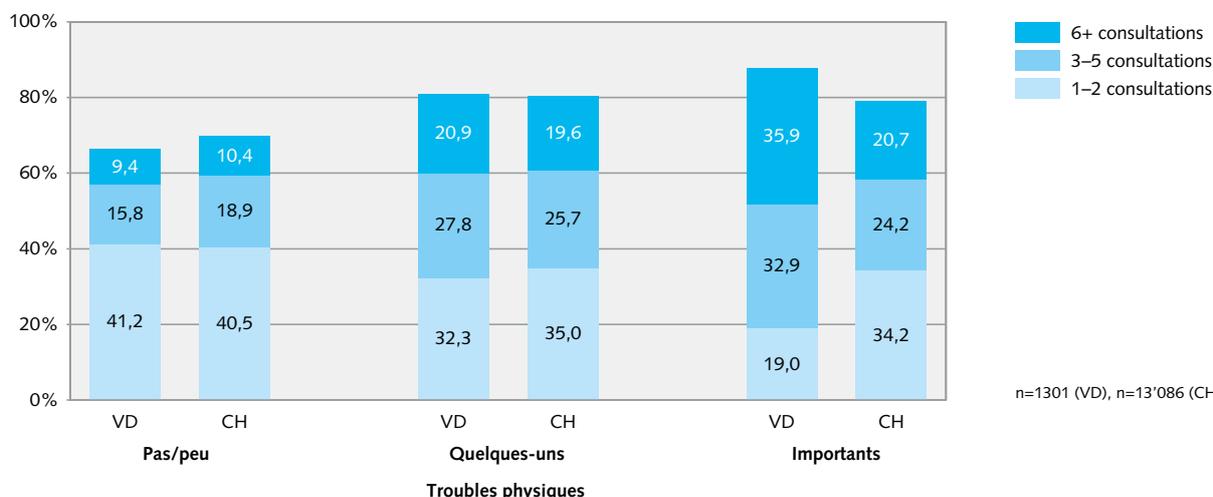
n=1301 (VD), n=17'656 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Intensité des consultations selon les troubles physiques
canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.2



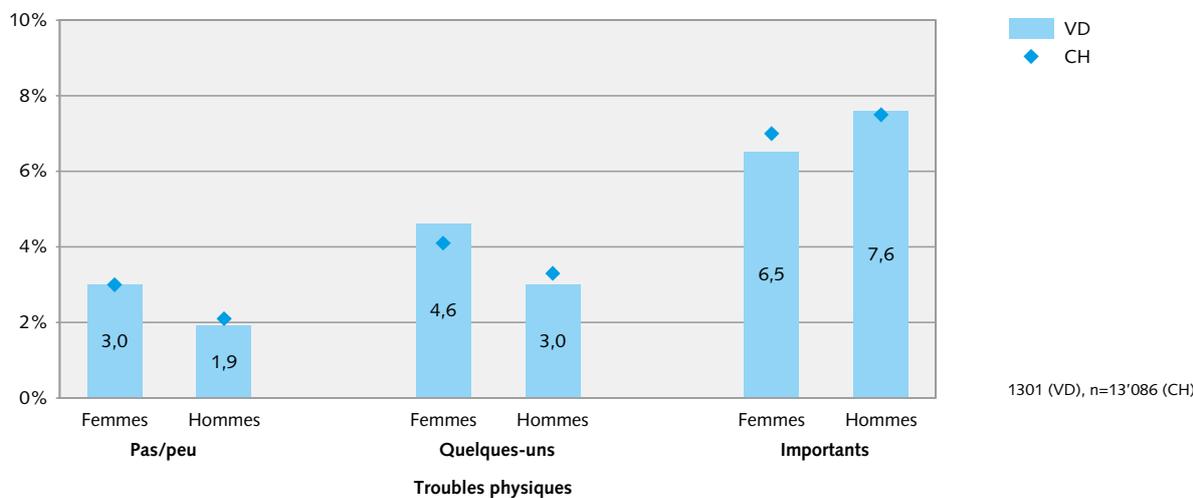
Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 6.3



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

cabinet. L'intensité moyenne des consultations en cabinet par habitant du canton de Vaud est pour sa part comparable à la moyenne suisse (5,3 visites par année vs 5,2, n.s.). Le fait que l'intensité moyenne soit supérieure à l'intensité médiane s'explique par le fait que certains habitants mentionnent un nombre particulièrement élevé de consultations. Cette différence entre valeur médiane

et valeur moyenne est plus marquée pour la Suisse que pour le canton de Vaud. Dans le tableau 6.2, l'analyse du recours selon les déterminants est réalisée pour trois groupes de patients:

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

Autant en Suisse que dans le canton de Vaud, avant 65 ans, les personnes consultant peu constituent la part la plus importante de la population. Au-delà de cet âge apparaissent des différences entre le canton de Vaud et l'ensemble de la Suisse: dans le canton de Vaud les personnes de 65 ans et plus qui consultent modérément sont plus nombreuses que celles qui consultent beaucoup. Sur le plan suisse par contre, ce sont les personnes de plus de 65 ans qui consultent beaucoup qui sont les plus nombreuses.

En comparaison avec l'ensemble de la Suisse, les Vaudoises sont tendanciellement plus nombreuses à consulter modérément tandis que les Vaudois sont moins nombreux à consulter peu (n.s.).

Sur le plan suisse, la part de personnes consultant beaucoup est la plus faible parmi les personnes ayant un niveau de formation plus élevé, ce qui peut s'expliquer par le fait que la part de personnes mentionnant un état de santé bon à très bon est plus importante dans cette catégorie (chapitre 2.1). D'ailleurs, plus de la moitié des Vaudois et des Vaudoises qui estiment leur état de santé mauvais à très mauvais disent avoir consulté six fois ou plus un médecin. Il est malgré tout surprenant d'observer que 15,8% – soit environ une personne sur six – des personnes qui estiment être en bonne santé ont consulté beaucoup (6 fois et plus).

La différence entre le canton de Vaud et la Suisse concerne le rapport entre le recours au médecin de famille (plus élevé en Suisse) et au médecin spécialiste (plus élevé dans le canton de Vaud). De telles différences s'observent autant pour l'ensemble de la population que pour la population qui consulte mais elles ne sont pas statistiquement significatives. Par rapport aux autres cantons, on constate que les Vaudois font significativement plus appel au médecin de famille et moins appel au médecin spécialiste que les Genevois tandis que leur recours au médecin de famille est plus bas que celui des Neuchâtelois (n.s.).

Lorsque l'on examine l'intensité du recours au médecin en fonction de la sévérité des troubles physiques mentionnés, on constate peu de différence entre la population vaudoise et la population suisse (figure 6.2, n.s.).

Les femmes vaudoises souffrant de troubles importants ont tendance à moins consulter que les Suissesses dans leur ensemble

Des différences plus marquées entre le canton de Vaud et l'ensemble de la Suisse apparaissent lorsque l'on examine séparément les deux sexes: parmi les femmes qui souffrent de troubles physiques importants, les Vau-

doises consultent en moyenne 6,5 fois un médecin, alors qu'au niveau suisse, les femmes de la même catégorie consultent en moyenne 7 fois un médecin. Cette différence, comme celles que l'on observe entre le canton de Vaud et le reste de la Suisse pour les autres catégories de troubles physiques ventilées selon le sexe, ne sont pas significatives (figure 6.3)

Des différences entre Vaudois et Suisses se retrouvent aussi lorsque l'on examine le nombre moyen de consultations rapportées en fonction du niveau de scolarité, les habitants au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire consultant plus (0,6 consultation de plus par année et par habitant vaudois que suisse, n.s.).

Parmi les femmes vaudoises, le nombre de consultations est relativement stable en fonction du degré de formation. Par contre, chez les hommes, les Vaudois ayant accompli uniquement leur scolarité obligatoire sont ceux qui consultent le plus et ceux au bénéfice d'une formation de degré secondaire II sont ceux qui consultent le moins. Ces derniers consultent significativement moins que les Suisses du même niveau de formation (résultats non présentés). Toutes les autres différences ne sont pas significatives.

Si on prend le total des consultations, par rapport à 2002, le nombre moyen par habitant a augmenté aussi bien dans le canton de Vaud (de 3,9 en 2002 à 4,1 en 2007, n.s.) que dans l'ensemble de la Suisse (de 3,7 à 4,1, sig.).

Ce sont les personnes qui consultent beaucoup qui sollicitent surtout le médecin spécialiste

En 2007, parmi la population qui dit consulter peu, le recours au médecin spécialiste est plus faible que celui au médecin de famille, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (figure 6.4). On peut supposer qu'il est rare d'aller directement chez le médecin spécialiste et que le médecin de famille joue déjà le rôle de «gate-keeper».

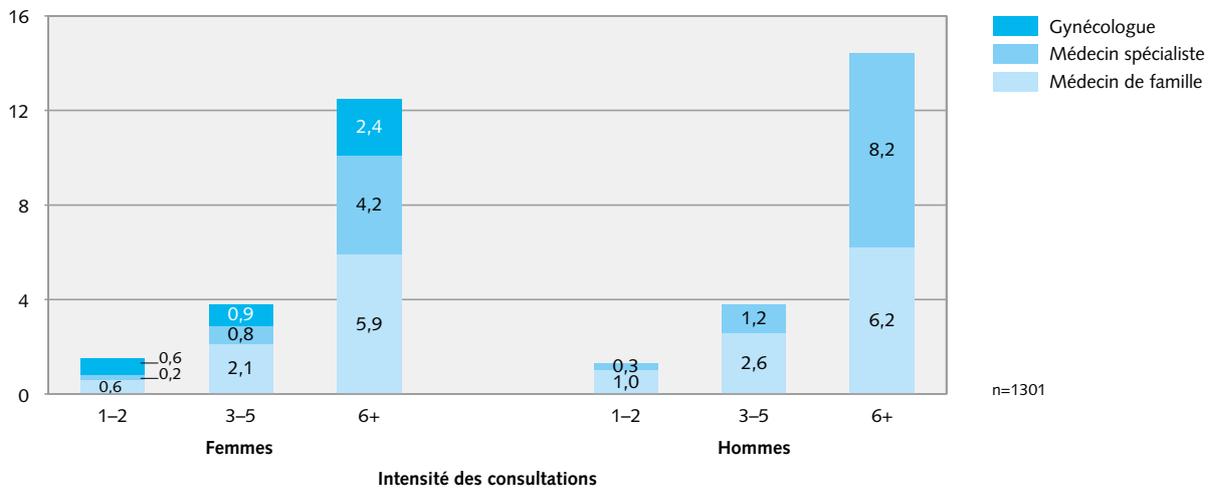
Le recours au médecin spécialiste semble pour sa part associé au cinquième de la population (20,8%) qui dit consulter beaucoup. Finalement, chez les femmes, le recours au médecin gynécologue augmente avec l'intensité du recours en général.

Dans le canton de Vaud, les hommes ont tendance à plus consulter le médecin spécialiste que les femmes. L'inverse s'observe pour le médecin de famille

Indépendamment de l'intensité du recours et si l'on fait abstraction de la catégorie particulière du gynécologue, les Vaudois consultent moins le médecin de famille et plus le spécialiste que les Vaudoises (Vaudois: 1,8 et 1,6,

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

Fig. 6.4

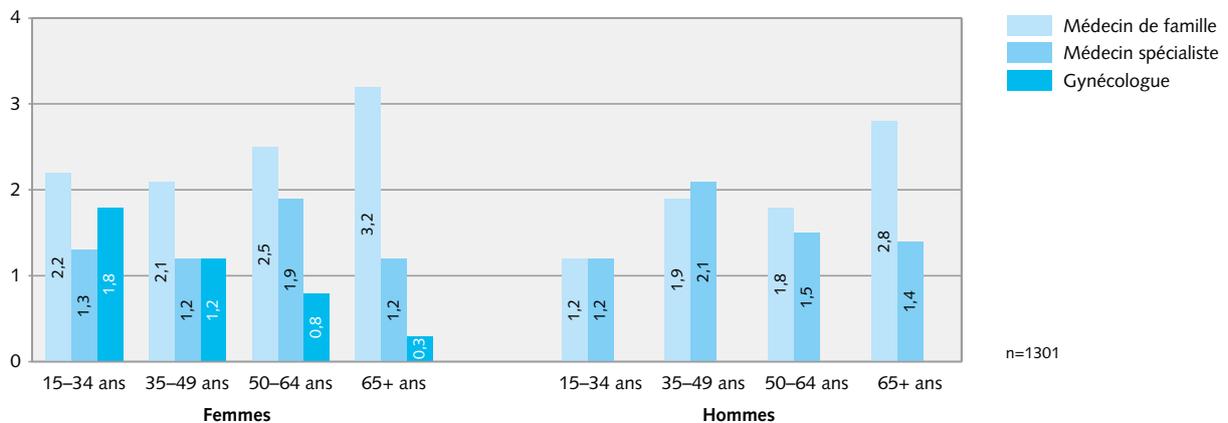


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation, canton de Vaud, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

n.s. respectivement; Vaudoises: 2,4 et 1,4). Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille et le spécialiste est similaire pour les deux sexes (Suisse: 2,2 et 1,4; Suissesses: 2,5 et 1,3). En examinant le recours total (médecine de famille + médecine spécialisée), on constate que les Vaudoises consultent légèrement plus que les Suissesses, mais cette différence n'est pas significative.

Les médecins de famille sont les médecins les plus sollicités

En examinant le recours selon l'âge, la différence entre les sexes reste statistiquement non significative (figure 6.5). Le recours au médecin de famille augmente avec l'âge pour les deux sexes et il semble plus important chez les femmes que chez les hommes. Par contre, les Vaudois âgés de moins de 50 ans ont tendance à recourir plus au médecin spécialiste qu'au médecin de famille. Le recours au médecin gynécologue diminue régulièrement lorsque l'âge augmente.

Il faut préciser que, comme le recours examiné dans l'Enquête suisse sur la santé est auto-rapporté, il est soumis à un biais de mémoire et un biais de désirabilité (la personne adapte sa réponse selon ce qui est désirable socialement). Ces deux biais entraînent une sous-estimation du recours aux consultations médicales en cabinet. En comparant les valeurs de 2007 du recours pour le canton de Vaud, à celles du recours en 2004 dans le pool de données santésuisse®, on note des écarts importants, surtout pour le recours au médecin «généraliste» systématiquement plus élevé dans le pool de données. Cet écart s'accroît fortement après 65 ans (dans le pool des données, de 5 à 9 consultations/assuré/an chez le médecin généraliste et 3 consultations/assuré/an chez le spécialiste) (rapport réalisé par l'Observatoire suisse de la santé pour les autorités vaudoises en 2006 (voir Jaccard Ruedin et al., 2007)). Une partie des différences s'explique peut-être par l'écart des années (2004 vs 2007) ou des définitions des médecins «généralistes» ou spécialistes différentes. Théoriquement, le recours devrait être plus élevé dans l'ESS puisque cette enquête inclut aussi le recours lié aux autres assurances que l'assurance-maladie obligatoire, comme l'assurance accident. Néanmoins il semble qu'elle sous-estime le recours de manière non négligeable. Une des raisons en est que les cas lourds, moins accessibles, sont sous-représentés.

6.2 Recours aux examens/ mesures préventifs

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

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

6.2.1 Dépistage des maladies chroniques

Le tableau 6.3 décrit les personnes qui se sont soumises à un contrôle de la tension artérielle, de la glycémie (taux de sucre sanguin) ou de la cholestérolémie (taux de cholestérol sanguin) dans les douze mois précédant

l'enquête. Ces examens sont réalisés dans deux situations différentes:

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

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

On n'observe pas de différences univoques entre le comportement de la population vaudoise et celui de l'ensemble de la population suisse face aux contrôles ciblant des maladies chroniques

Au total, la tension artérielle a été contrôlée chez presque trois quarts des habitants du canton de Vaud (71,9%), la glycémie a été contrôlée chez plus de la moitié d'entre eux (56,3%) et la cholestérolémie chez la moitié de la population (50,0%). Plus de trois quarts de la population âgée de plus de 65 ans dit avoir fait contrôler une fois sa glycémie (78,3%) ou sa cholestérolémie (80,7%) et neuf personnes sur dix disent avoir fait contrôler leur tension artérielle (90,9%).

La population vaudoise s'est moins soumise au contrôle de la tension artérielle et de la cholestérolémie que la population suisse, elle s'est par contre plus soumise au contrôle de la glycémie (différence significative seulement pour la cholestérolémie).

En examinant le recours à ces examens selon le sexe, on constate que les hommes vaudois se sont significativement moins soumis au contrôle de la tension que l'ensemble des Suisses, de même en ce qui concerne les Vaudoises pour le contrôle de la glycémie. Si on regarde ce type de recours en fonction de l'âge, on s'aperçoit que la population vaudoise âgée de 40 à 64 ans a tendance à moins faire contrôler sa tension artérielle (72,2% vs 78,1%), tandis que celle âgée de 65 ans et plus a tendance à faire plus contrôler sa cholestérolémie (80,7% vs 74,2%). Ces différences sont significatives.

Le recours à ces examens par les habitants de nationalité étrangère est comparable à celui des habitants de nationalité suisse (n.s.). Par contre, la proportion de personnes qui disent avoir subi un contrôle est plus importante (16 à 23% de différence) parmi celles qui déclarent avoir un médecin de famille.

Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, canton de Vaud et Suisse, 2007
 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Glycémie		Cholestérolémie	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		71,9	75,8	56,3	50,9	50,0	54,5
Sexe	Femmes	79,2	81,0	53,0	54,3	60,6	57,1
	Hommes	64,5	70,2	46,9	47,4	51,8	51,9
Classes d'âge	15–39 ans	64,0	66,3	37,0	37,8	44,0	43,2
	40–64 ans	72,2	78,1	51,8	52,0	55,8	53,6
	65 ans et plus	90,9	91,3	78,3	76,5	80,7	74,2
Formation	Scolarité obligatoire	81,3	80,8	67,7	62,9	71,4	66,8
	Degré secondaire II	70,8	75,7	50,2	51,1	57,4	54,3
	Degré tertiaire	69,6	73,7	41,6	45,0	47,3	48,9
Nationalité	Suisses	72,6	76,3	49,9	51,1	56,7	54,4
	Etrangers	70,0	73,8	50,4	50,2	55,4	54,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	71,0	73,3	50,4	48,0	55,2	52,1
	De 3000 à 4499 CHF	71,8	77,9	51,4	55,1	58,2	57,2
	De 4500 à 5999 CHF	71,3	77,0	45,1	51,4	55,2	55,5
	CHF 6000 et plus	73,8	77,3	53,8	49,6	56,6	51,8
Degré d'urbanisation	Ville	72,0	76,4	50,8	51,8	56,4	55,3
	Campagne	71,5	74,3	47,9	48,6	56,1	52,4
Santé subjective	Bonne/très bonne	68,7	73,5	45,1	47,4	51,6	51,1
	Moyenne à très mauvaise	93,4	91,9	84,7	76,2	84,4	75,7
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	63,5	70,1	47,9	45,8	53,4	50,1
	Quelques troubles	74,5	76,2	48,2	50,6	53,9	53,7
	Troubles importants	80,7	83,7	56,7	59,8	62,6	62,1
A un médecin de famille	Oui	74,7	77,8	53,8	53,6	59,9	56,9
	Non	59,2	61,3	32,4	31,3	36,0	34,2
Comparaison régionale	Suisse	75,8		50,9		54,5	
	Vaud	71,9		56,3		50,0	
	Berne	75,8		52,1		55,2	
	Fribourg	76,7*		51,4*		53,3	
	Genève	77,4		59,6		53,2*	
	Neuchâtel	77,3*		62,5		53,4	
	Tessin	83,6*		66,6*		62,8*	
	Valais	77,1		56,3		51,5	
	Zurich	77,3		52,8		51,6	
	Suisse alémanique	75,9		50,4		52,8	
	Suisse romande	74,2		50,5		56,9	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Tension artérielle: n=1306 (VD), n=17'638 (CH); glycémie: n=1258 (VD), n=16'817 (CH); cholestérolémie: n=1132 (VD), n=14'639 (CH)

 * La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

Remarque: les classes d'âge sont différentes de celles des tableaux 6.1 et 6.2 car dans l'enquête certaines questions sont associées à une limite d'âge.

Pour ces trois mesures, les couvertures observées dans le canton de Vaud ne sont pas significativement différentes des valeurs nationales. Par contre, en ce qui concerne le contrôle de la tension artérielle et de la glycémie, elles sont significativement plus basses dans le canton de Vaud qu'en Suisse romande, où la différence est d'abord due à la couverture fribourgeoise, et au Tessin.

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

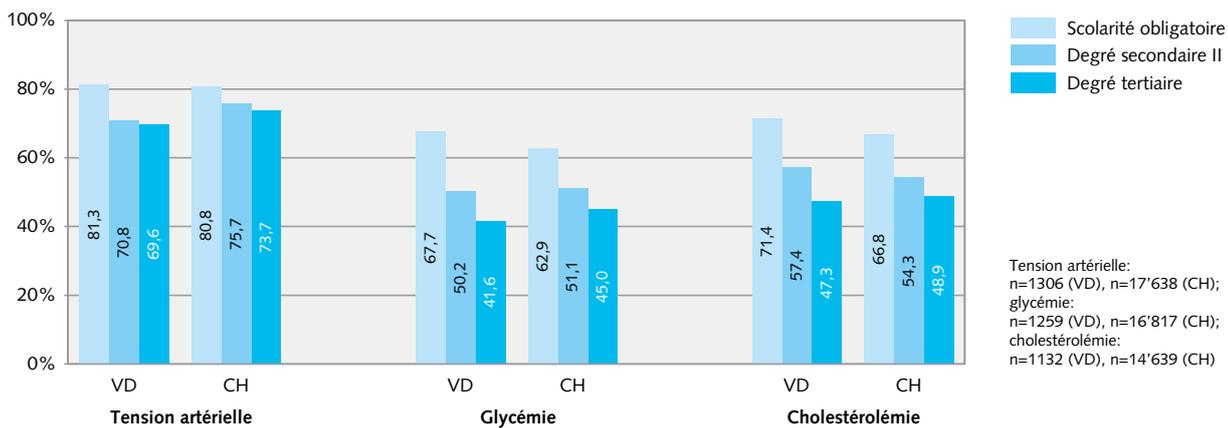
La proportion de personnes qui disent s'être soumises à un contrôle est plus élevée parmi les personnes qui ont suivi la scolarité obligatoire que parmi celles ayant une

formation de niveau secondaire II ou tertiaire (figure 6.6). Ces différences s'observent au niveau du canton et au niveau de la Suisse et elles sont statistiquement significatives.

Comme ces mesures concernent des personnes en bonne santé qui font un test de dépistage et des personnes malades qui font alors un contrôle au cours d'un traitement médical, cette différence pourrait être liée au meilleur état de santé de la population ayant un meilleur niveau de formation. En effet, ces contrôles sont plus souvent réalisés parmi la population qui mentionne souffrir de troubles importants que parmi la population qui mentionne peu ou pas de troubles physiques (figure 6.7).

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

Fig. 6.6

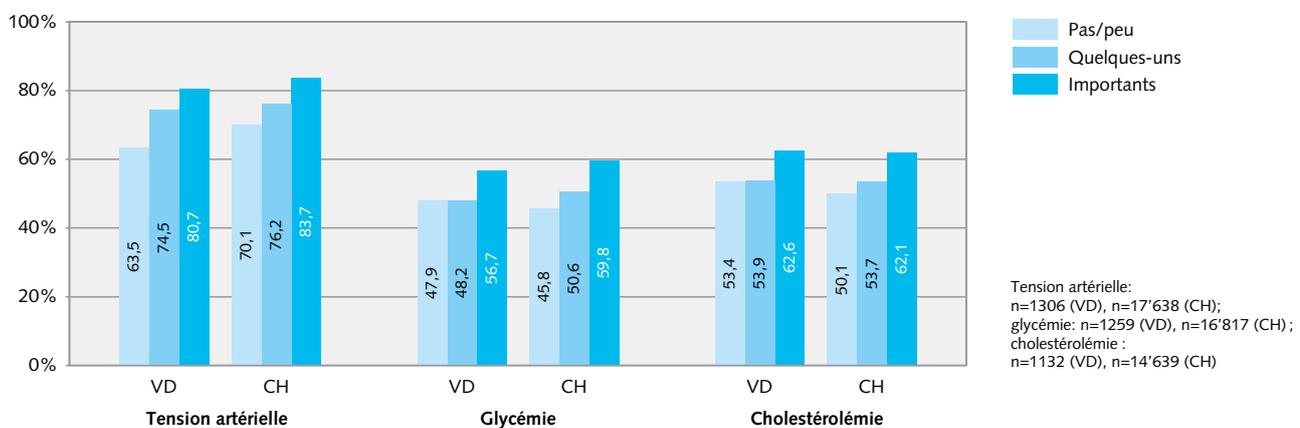


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 6.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.2.2 Dépistage des cancers

Le tableau 6.4 décrit les personnes qui se sont soumises à un examen de dépistage pour des cancers durant les douze mois précédant l'enquête, selon leurs caractéristiques sociodémographiques au niveau suisse car l'échantillon vaudois est trop petit pour pouvoir être examiné de manière spécifique (l'enquête recense par exemple 149 Vaudoises ayant subi une mammographie dans l'année). En se focalisant sur l'incidence annuelle du dépistage, les échantillons sont plus petits et les analyses par sous-groupes sont plus restreintes (par exemple en fonction de l'âge). Cette approche ne permet pas non plus d'examiner à quelle fréquence (annuelle, tous les deux ans, etc.) les personnes bénéficient d'un test de dépistage et ainsi d'identifier avec précision si certains groupes de la population seraient trop contrôlés.

Avant 40 ans, presque une femme sur deux a subi un dépistage du cancer du col de l'utérus durant l'année (49,2%), fréquence qui diminue significativement à une femme sur cinq après 65 ans (21,9%). Cette couverture est satisfaisante puisque, selon les recommandations du Programme national contre le cancer 2005-2010, les femmes entre 26 et 60 ans devraient subir un pareil test tous les trois ans, ce qui correspond à une couverture annuelle souhaitable de 33%. Des analyses plus détaillées seraient toutefois nécessaires pour tirer des conclusions quant à la couverture obtenue dans cette enquête.

Entre 40 et 64 ans, une femme sur cinq a subi une mammographie durant l'année (19,3%), au-delà de 64 ans, la fréquence diminue à une femme sur six environ (15,3%). Les programmes de dépistage du cancer du sein préconisent en général une mammographie tous les 2 ans. Par conséquent, la couverture annuelle souhaitable pour cet examen s'élèverait à 50%.

Entre 40 et 64 ans, un homme sur cinq s'est fait contrôler la prostate (19,6%) tandis que cette proportion s'élève à deux hommes sur cinq dès 65 ans (42,0%). Les hommes habitant les régions urbaines sont plus nombreux que ceux des régions rurales à avoir bénéficié du dépistage du cancer de la prostate. Les recommandations concernant la fréquence avec laquelle un tel dépistage doit être réalisé n'étant pas encore clairement définies, il n'est pas possible d'estimer quelle couverture annuelle de dépistage devrait être obtenue.

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

Avec un niveau de formation secondaire II ou tertiaire, le dépistage du cancer du col de l'utérus devient plus fréquent. On observe la même tendance, quoique moins marquée, pour le dépistage du cancer de la prostate (n.s.). Le dépistage du cancer du sein par mammographie est quant à lui plus fréquent parmi les femmes sans formation post-obligatoire (n.s.).

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

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

Les Vaudoises font plus de tests de dépistage du cancer du sein que les autres Suissesses

Le taux de dépistage du cancer du sein dès 20 ans et dès 50 ans est significativement plus élevé dans le canton de Vaud qu'en Suisse. Pour les femmes de plus de 50 ans, cette situation reflétant l'introduction des programmes de dépistage se retrouve dans les cantons latins à l'exception du canton de Neuchâtel. Par contre, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus ou de la prostate est plus bas dans le canton de Vaud qu'en Suisse (n.s.).

Le tableau 6.5 compare les proportions de personnes âgées de plus de 20 ans qui mentionnent avoir subi différents examens de dépistage du cancer dans le canton de Vaud et en Suisse. Concernant le dépistage du cancer du côlon, les proportions de personnes ayant fait un test de dépistage dans l'année sont faibles et les valeurs du canton de Vaud sont comparables à celles de la Suisse. A partir de 40 ans, environ une personne sur sept a subi un dépistage du cancer de la peau dans l'année, proportions plus élevées dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse (15,8 vs 11,2%).

Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

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

		Cancer du col de l'utérus (frottis)	Cancer du sein		Cancer de la prostate
		Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 50 ans)	Hommes (dès 40 ans)
Comparaison régionale	Suisse	42,7	13,1	21,3	25,6
	Vaud	39,6	19,2*	33,7*	22,7
	Berne	40,4	11,6	17,3*	24,8
	Fribourg	39,1	19,0*	38,2*	19,8*
	Genève	46,6	22,9*	37,4*	30,7
	Neuchâtel	29,5*	14,5	20,9	27,5
	Tessin	47,2*	19,6*	28,3*	30,9*
	Valais	33,8*	19,2*	36,7*	27,1
	Zurich	45,4	10,7*	16,8*	25,1
	Suisse alémanique	43,7	10,4	16,5	25,4
	Suisse romande	39,0	19,7	34,5	25,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=9364; cancer du sein (dès 20 ans): n=9467; cancer de la prostate (dès 40 ans): n=5152

. Entre 0 et 9 réponses seulement

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

Tab. 6.5 Types d'examens de dépistage, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)

	VD	CH
Femmes (dès 20 ans)		
Cancer du col de l'utérus	39,6	42,7
Cancer du sein (mammographie)	19,2*	13,1
Hommes (dès 40 ans)		
Cancer de la prostate	22,7	25,6
Tous (dès 40 ans)		
Cancer de la peau	15,8*	11,2
Cancer du côlon	8,7	8,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=689 (VD), n=9364 (CH); cancer du sein (dès 20 ans): n=698 (VD), n=9467 (CH); cancer de la prostate (dès 40 ans): n=367 (VD), n=5152 (CH); cancer de la peau: n=1321 (VD), n=11'957 (CH); cancer du côlon: n=839 (VD), n=11'825 (CH)

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

6.2.3 Prévention de la grippe

Dans le canton de Vaud, le taux de vaccination des personnes âgées de plus de 65 ans est supérieur à celui du reste de la Suisse

Pour le canton de Vaud, ce sont 21% des personnes qui disent avoir été vaccinées contre la grippe, une fréquence significativement plus élevée que le reste de la Suisse (tableau 6.6). Le groupe cible pour cette vaccination est d'abord les personnes âgées de plus de 65 ans, qui devraient se faire vacciner chaque année⁷¹. Parmi cette population cible, la couverture vaccinale est plus élevée de 3% à 5% dans le canton de Vaud qu'en Suisse, mais cette différence n'est statistiquement pas significative. Ainsi, un peu moins de la moitié de la population vaudoise âgée de 65 à 74 ans est protégée contre la grippe. A partir de 75 ans, ce sont presque trois personnes sur cinq qui disent être vaccinées, une proportion semblable dans le canton de Vaud et dans le reste de la Suisse.

En examinant la couverture vaccinale pour toute la population, la différence observée entre le canton de Vaud et la Suisse est plutôt due aux Vaudoises qu'aux Vaudois. Autant en Suisse que dans le canton de Vaud, la part de la population qui s'est fait vacciner est de 10%

plus basse parmi la population ayant un niveau de formation secondaire II ou tertiaire que parmi celle ayant un niveau de scolarité obligatoire (n.s. dans le cas du canton de Vaud, sig. au niveau suisse). Avoir un médecin de famille ou juger son état de santé comme mauvais ou moyen sont tous deux significativement associés à des proportions de vaccinations plus élevées ce qui peut être lié au fait que la vaccination est recommandée pour les malades chroniques.

Enfin, contrairement à ce que l'on observe en Suisse en général, dans le canton de Vaud, la part de la population vaccinée est légèrement plus élevée parmi la population vivant en milieu rural qu'urbain.

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

⁷¹ Selon les recommandations pour la vaccination contre la grippe de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2007b) en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations.

Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		VD	CH
Total		21,0	16,7
Sexe	Femmes	23,4	16,7
	Hommes	18,5	16,7
Classes d'âge	Moins de 65 ans	13,9	9,6
	65–74 ans	47,5	42,5
	75 ans et plus	60,8	57,8
Formation	Scolarité obligatoire	29,8	24,9
	Degré secondaire II	20,2	15,3
	Degré tertiaire	19,0	16,6
Nationalité	Suisses	21,5	17,2
	Étrangers	19,1	13,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	17,6	14,3
	De 3000 à 4499 CHF	25,8	18,6
	De 4500 à 5999 CHF	17,5	16,4
	CHF 6000 et plus	23,3	18,1
Degré d'urbanisation	Ville	20,7	17,8
	Campagne	21,6	13,8
Santé subjective	Bonne/très bonne	17,8	14,2
	Moyenne à très mauvaise	42,2	35,6
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	15,9	13,7
	Quelques troubles	22,4	17,1
	Troubles importants	26,3	21,1
A un médecin de famille	Oui	23,5	17,7
	Non	(9,3)	9,1
Comparaison régionale	Suisse		16,7
	Vaud		21,0*
	Berne		16,6
	Fribourg		13,9*
	Genève		19,1
	Neuchâtel		18,3
	Tessin		19,5*
	Valais		16,5
	Zurich		16,4
	Suisse alémanique		15,9
	Suisse romande		18,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1059 (VD), n=14'143 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

6.3 Recours à la médecine complémentaire

Cette partie décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui mentionnent avoir fait appel à la médecine complémentaire et/ou alternative (MCA) dans les douze mois précédant l'enquête. Pour simplifier le texte, seul le terme de médecine complémentaire est utilisé. Dans le tableau 6.7, le recours est examiné séparément pour les médecins et les thérapeutes non médecins. Les différentes formes de médecines complémentaires sont ensuite examinées par rapport à leur importance relative et par rapport à l'intensité moyenne de leur recours. L'interprétation des données de cette partie doit tenir compte du fait que les échantillons sont très petits. En outre, il faut préciser que la formulation de la question de l'enquête ne permet pas d'identifier le recours simultané à un médecin et à un thérapeute non médecin.

Les Vaudois et les Vaudoises recourent plus à la médecine complémentaire que les Suisses et les Suissesses

Le recours à ces formes de médecine est fortement influencé par le sexe. Au niveau suisse, il est environ deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes. Dans le canton de Vaud, on observe la même tendance mais elle est moins marquée en ce qui concerne le recours à la MCA délivrée par des médecins qu'à la MCA délivrée par des thérapeutes non médecins.

Il semble exister un gradient lié à l'âge (sig. dans le cas du recours aux thérapeutes non médecins), avec une part plus importante avant 40 ans, observation qui pourrait refléter un effet de cohorte. Dans la mesure où le nombre d'observations est insuffisant pour la classe d'âge des 65 ans et plus pour le canton de Vaud, l'interprétation des résultats concernant cette tranche de la population ne peut être faite que pour la Suisse.

Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Vaud et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		MCA auprès d'un médecin		MCA auprès d'un thérapeute non médecin	
		VD	CH	VD	CH
Total		16,6	10,3	15,3	12,8
Sexe	Femmes	19,8	13,6	20,8	17,4
	Hommes	13,2	6,7	9,4	7,8
Classes d'âge	15–39 ans	18,3	11,6	15,3	11,7
	40–64 ans	17,1	10,5	19,4	15,4
	65 ans et plus	(0,5)	6,5	(3,9)	8,4
Formation	Scolarité obligatoire	(14,0)	7,4	(7,7)	7,7
	Degré secondaire II	16,6	9,9	13,9	11,9
	Degré tertiaire	17,5	12,0	20,1	16,5
Nationalité	Suisses	17,0	10,5	15,3	13,3
	Etrangers	(15,0)	9,1	(15,2)	10,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	16,2	10,4	14,4	12,1
	De 3000 à 4499 CHF	13,4	10,3	16,3	12,9
	De 4500 à 5999 CHF	19,7	10,1	(14,0)	14,0
	CHF 6000 et plus	18,6	9,9	16,8	14,6
Degré d'urbanisation	Ville	17,1	10,5	16,7	13,1
	Campagne	15,3	9,7	11,7	12,2
Santé subjective	Bonne/très bonne	16,9	9,7	14,9	12,6
	Moyenne à très mauvaise	13,8	15,1	18,5	15,2
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	11,7	6,6	11,0	9,3
	Quelques troubles	16,0	10,4	(14,4)	12,9
	Troubles importants	21,9	15,5	19,5	16,9
A un médecin de famille	Oui	18,4	10,6	15,0	12,8
	Non	8,4	7,9	16,6	13,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=986 (VD), n=13'154 (CH)

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

Sur le plan suisse, la forme de médecine complémentaire la plus sollicitée est l'homéopathie, suivie de l'acupuncture et de la médecine manuelle (figure 6.8). A noter le recours particulièrement élevé au shiatsu/ réflexologie auprès des thérapeutes non médecins.

L'intensité du recours aux médecines complémentaires dans le canton de Vaud est parmi les plus élevées de Suisse. Plus de la moitié de ces consultations sont fournies par des thérapeutes non médecins. La différence par rapport au reste de la Suisse et aux autres cantons n'est cependant pas significative (figure 6.9). On constate que les variations entre cantons sont plus importantes pour le recours aux thérapeutes non médecins.

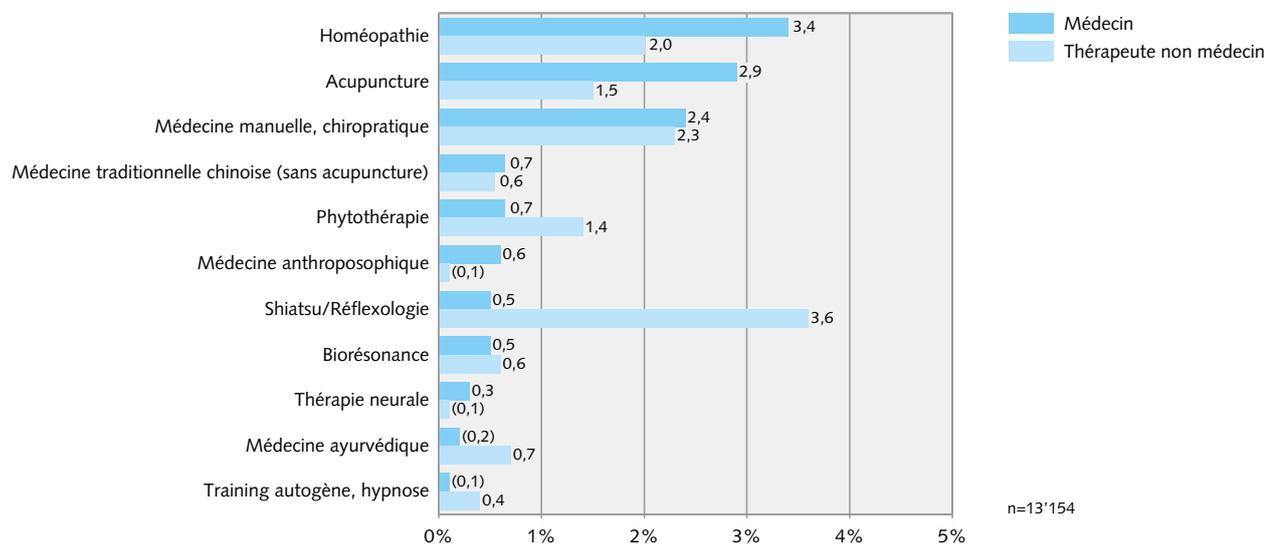
6.4 Recours aux hôpitaux

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

Plus d'un habitant sur dix (11,7%) du canton de Vaud a été hospitalisé au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, avec un nombre moyen de 10 journées d'hospitalisation par habitant (tableau 6.8). Ce recours est comparable à celui de la statistique médicale de l'OFS en 2007 puisque le taux d'hospitalisation s'élevait à

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

Fig. 6.8



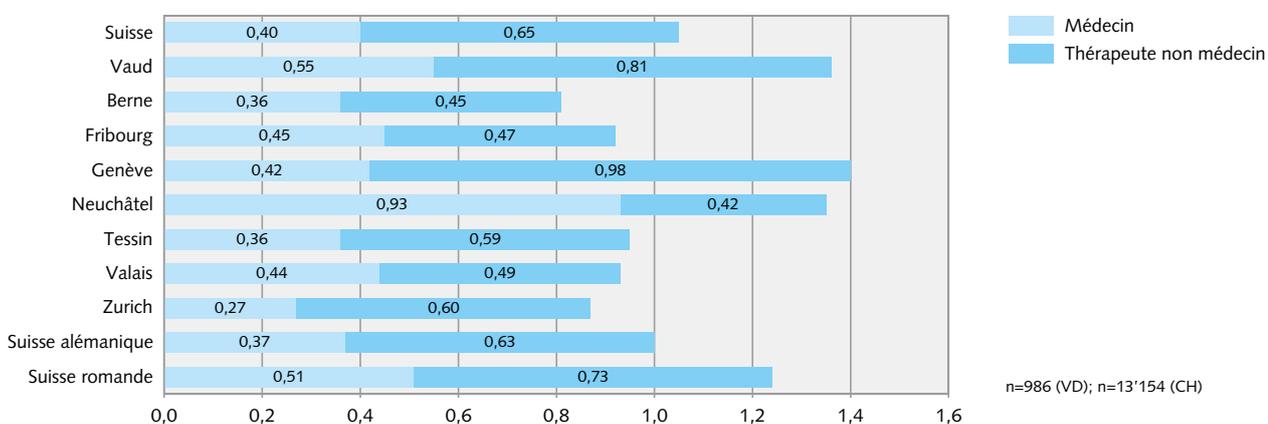
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 6.9



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

10,0% de la population vaudoise et 11,0% de la population suisse (durée moyenne de séjour de 7,4 jours pour le canton de Vaud et 7,6 jours pour la Suisse). Les différences s'expliquent par des différences méthodologiques (enquête par échantillon vs relevé exhaustif).

En 2007, les Vaudois sont moins nombreux à avoir été hospitalisés que les Vaudoises, mais pour des séjours plus

longs (n.s.). La probabilité d'être hospitalisé augmente avec l'âge. A partir de 65 ans, presque une personne sur six a été hospitalisée, une proportion inférieure à celle observée au niveau suisse. Les différences observées par rapport au niveau de formation sont par contre peu marquées, à l'exception de celles concernant le degré secondaire II.

Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Vaud et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Part de la population ayant eu recours aux prestations ambulatoires (y c. aux urgences)		Part de la population ayant eu recours aux prestations intra-muros		Moyenne des jours d'hospitalisation (par patient)	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		19,7	16,2	11,7	11,4	10,0	9,8
Sexe	Femmes	19,2	15,6	10,9	12,2	7,3	9,5
	Hommes	20,1	16,9	7,6	10,5	12,3	10,2
Classes d'âge	Moins de 65 ans	19,5	15,9	8,4	9,9	9,3	7,9
	Plus de 65 ans	20,6	17,5	13,1	18,0	12,0	14,7
Formation	Scolarité obligatoire	20,0	17,3	(12,9)	13,3	(19,0)	12,6
	Degré secondaire II	20,0	16,1	8,2	11,5	6,7	9,0
	Degré tertiaire	18,8	15,8	9,3	10,0	(8,6)	10,0
Nationalité	Suisses	19,6	16,0	8,8	11,5	10,3	9,9
	Etrangers	20,0	17,1	10,3	10,7	.	9,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	20,5	16,5	7,8	11,9	6,3	8,7
	De 3000 à 4499 CHF	20,0	15,3	8,3	11,7	4,8	9,7
	De 4500 à 5999 CHF	19,7	17,0	(9,1)	11,3	(40,2)	14,1
	CHF 6000 et plus	16,1	16,3	(8,5)	10,3	(6,4)	8,9
Degré d'urbanisation	Ville	20,6	17,0	10,4	11,3	7,1	10,0
	Campagne	17,2	14,1	(5,9)	11,6	12,8	9,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	17,2	14,2	7,8	9,1	6,5	7,0
	Moyenne à très mauvaise	34,3	29,0	18,2	25,8	20,1	16,4
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	11,3	10,7	6,2	8,0	9,5	7,4
	Quelques troubles	20,2	16,0	8,6	10,4	6,5	8,4
	Troubles importants	29,4	23,7	12,5	16,9	7,1	12,5
A un médecin de famille	Oui	19,6	16,6	9,4	11,8	10,2	10,1
	Non	19,7	13,5	8,6	8,4	.	7,6
Comparaison régionale	Suisse		16,2		11,4		9,8
	Vaud		19,7*		11,7*		9,7
	Berne		16,4		11,2*		8,5
	Fribourg		12,8		13,3		14,3
	Genève		16,2*		13,3		13,5
	Neuchâtel		18,1		12,2		12,6
	Tessin		10,6		9,6		9,9
	Valais		15,0		11,3		10,6*
	Zurich		12,1		11,6		8,1*
	Suisse alémanique		14,9		11,8		9,3
	Suisse romande		19,6		10,0		11,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1049 (VD), n=18'731 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse ($p < 0,05$)

Moins de 10% de la population qui se considère en bonne santé contre un cinquième de la population qui se considère en mauvaise santé ont été hospitalisées dans les douze mois précédant l'enquête, proportions que l'on retrouve sur le plan suisse (différence significative dans le cas des personnes qui se considèrent en bonne santé, n.s. en ce qui concerne celles se considérant en mauvais état de santé).

Dans le canton de Vaud, le recours aux services ambulatoires des hôpitaux semble être indépendant de l'âge, du sexe ou du niveau de formation

En 2007, on constate peu de différences entre les sexes en ce qui concerne le recours aux soins hospitaliers ambulatoires. Ce recours est significativement plus élevé dans le canton de Vaud que dans le reste de la Suisse. On note aussi peu de différences quant à la probabilité de recourir à ces services en fonction de l'âge ou du

niveau de formation. De même, le recours à ces services est comparable parmi les personnes mentionnant avoir un médecin de famille ou non.

Entre 2002 et 2007, aussi bien la proportion de la population vaudoise que la part de la population suisse qui a fait appel à des traitements hospitaliers ambulatoires a augmenté de manière significative (respectivement de 13,8% à 19,7% et de 12,8% à 16,2%). La diminution de la part de la population vaudoise qui a fait appel à des traitements intra-muros (de 10,5% à 9,2%) est également significative. Cette dernière proportion n'a pas changé au niveau suisse.

Opération de l'articulation du genou et hystérectomie moins fréquentes dans la population vaudoise que suisse

L'enquête demande si l'on a subi, à un moment quelconque de sa vie, une des opérations suivantes: de la hanche, du genou, de la cataracte, de la cheville, du

Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Articulation du genou		Ablation de l'utérus femmes dès 20 ans	
		VD	CH	VD	CH
Total		10,2	12,0	-	-
Sexe	Femmes	8,9	9,7	11,7	14,0
	Hommes	11,7	14,3	-	-
Classes d'âge	Moins de 65 ans	9,2	11,0	6,1	9,7
	65 ans et plus	15,3	16,6	33,9	35,1
Formation	Scolarité obligatoire	(10,4)	11,4	22,5	22,8
	Degré secondaire II	9,9	11,5	11,9	15,7
	Degré tertiaire	10,8	13,4	(3,8)	8,7
Nationalité	Suisses	9,9	12,8	12,9	16,7
	Etrangers	(11,4)	8,1	.	7,4
Degré d'urbanisation	Ville	10,2	11,8	11,6	15,0
	Campagne	10,4	12,3	(11,8)	16,0
Comparaison régionale	Suisse		12,0		15,2
	Vaud		10,2		11,7*
	Berne		12,4		18,8*
	Fribourg		13,5*		16,7
	Genève		9,1*		7,0*
	Neuchâtel		12,6		11,4*
	Tessin		10,7		13,3
	Valais		12,6		14,7
	Zurich		12,6		14,6
	Suisse alémanique		12,5		16,6
	Suisse romande		10,7		11,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Articulation du genou: n=1324 (VD), n=17'923 (CH); ablation de l'utérus (dès 20 ans): n=689 (VD), n=9380 (CH)

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

cœur ou encore, pour les femmes, une ablation de l'utérus. Les prévalences de ces différentes opérations sont trop basses pour qu'une analyse à l'échelon du canton de Vaud puisse être faite. Les seules exceptions constituent l'opération du genou et l'ablation de l'utérus, présentées dans le tableau 6.9.

La part de la population ayant subi une opération du genou est plus basse dans le canton de Vaud que dans le reste de la Suisse (n.s.). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir subi une telle intervention (n.s.), ce qui s'explique probablement par des traumatismes liés au sport. L'Enquête suisse sur la santé sous-estime probablement la prévalence de ces opérations parmi la population âgée pour plusieurs raisons: les personnes vivant en institution sont absentes de l'enquête, les personnes âgées sont peut-être moins accessibles pour un entretien par téléphone.

Enfin, la prévalence de l'hystérectomie est également plus basse parmi les Vaudoises que parmi les Suissesses en général. Autant dans le canton de Vaud que dans le

reste de la Suisse, la probabilité d'une hystérectomie diminue avec un niveau de formation plus élevé (significatif en ce qui concerne les niveaux de formation secondaire et tertiaire) et elle augmente avec l'âge (significatif dans le cas des moins de 65 ans).

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

Pour simplifier, le terme «Spitex» désigne tous les services formels d'aide et de soins à domicile. L'aide informelle regroupe l'aide fournie par les proches, les amis et les voisins. L'analyse par canton du recours aux soins à domicile ou à l'aide informelle par sous-groupe n'est pas possible pour le canton de Vaud car l'échantillon est trop petit. La taille de l'échantillon se réduit encore si l'on se focalise sur les personnes ayant droit à une allocation pour impotent, c'est-à-dire celles qui sont limitées dans

Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)

		Suisse		Suisse		Vaud
		Services d'aide et de soins à domicile		Aide informelle		Aide informelle
		Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL (Spitex)	Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL	Population totale
Total		2,5	29,1	8,8	73,3	7,3
Sexe	Femmes	3,6	36,1	10,8	81,5	12,9
	Hommes	1,4	20,3	5,8	68,5	8,6
Classes d'âge	Moins de 65 ans	1,2	20,7	7,5	79,1	9,6
	Plus de 65 ans	8,3	39,8	12,3	68,1	16,4
Formation	Scolarité obligatoire	4,7	27,3	11,3	(67,0)	(19,3)
	Degré secondaire II	2,4	32,0	8,0	80,8	9,5
	Degré tertiaire	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)	9,5
Comparaison régionale	Suisse		2,5		8,1	
	Vaud		4,3*		10,3*	
	Berne		2,3		8,0	
	Fribourg		3,5		5,6*	
	Genève		4,7*		9,6	
	Neuchâtel		4,2*		8,7	
	Tessin		3,4		7,8	
	Valais		2,2		7,2	
	Zurich		1,8*		8,5	
	Suisse alémanique		2,0		7,8	
Suisse romande		3,9		9,0		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Services Spitex: n=14'386 (CH); aide informelle: n=1053 (VD), n=14'068 (CH): questionnaire écrit donc moins d'observations.

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

* La valeur du canton est significativement différente de la valeur du reste de la Suisse (p < 0,05)

ADL (Activities of daily living): se lever, se déplacer, se coucher, se laver, se nourrir, se vêtir

au moins deux Activités de la Vie Quotidienne (ADL) (Höpflinger & Hugentobler, 2006). En tenant compte des pondérations dans l'enquête, quelque 100'000 personnes seraient limitées pour au moins deux ADL en Suisse. Le tableau 6.10 illustre donc d'abord les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de ce genre de services pour la Suisse et l'aide informelle pour le canton de Vaud. Le recours aux services Spitex est examiné dans le questionnaire téléphonique tandis que l'aide informelle est examinée dans le questionnaire écrit. Le recours aux services d'aide et de soins à domicile évoqué dans l'ESS est légèrement plus élevé dans le canton de Vaud (4,3% (VD), 2,5% (CH)) que celui figurant dans la statistique Spitex de l'OFS (VD: 3,8%, CH: 2,5%). La différence peut s'expliquer par le fait que la statistique Spitex ne recense pas tous les services privés.

Le recours aux services d'aide et de soins à domicile et celui à l'aide informelle est significativement plus élevé dans le canton de Vaud qu'en Suisse ou que dans les cantons alémaniques de même que dans le canton du Valais.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à bénéficier de ce genre d'aide mais pour l'aide informelle, ce résultat est biaisé: il semble que les hommes qui reçoivent de l'aide par leur épouse aient tendance à oublier de la mentionner (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Sans surprise, le recours à Spitex augmente fortement en présence de dépendance fonctionnelle et avec l'âge.

Le recours à l'aide informelle est très important parmi les personnes ayant une dépendance fonctionnelle: deux tiers de celles âgées de plus de 65 ans en bénéficient et

plus de trois personnes sur quatre avant cette limite d'âge. Ainsi, l'aide informelle aux personnes dépendantes semble diminuer avec l'âge même si elle reste importante (n.s.). Cette baisse s'explique probablement par la complexité des cas, qui augmente avec l'âge et par l'âge croissant des aidants.

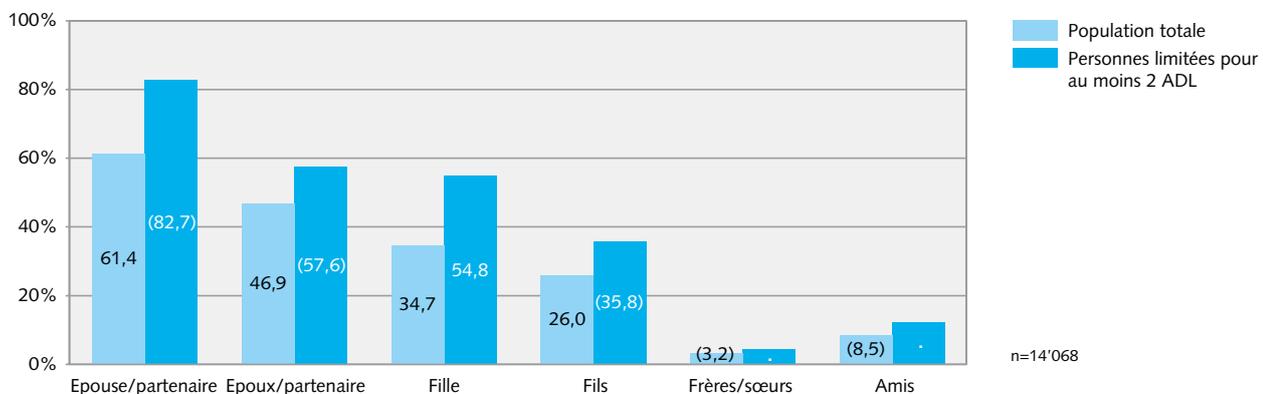
Parmi la *clientèle Spitex* totale, deux personnes sur cinq sont des clients temporaires, qui bénéficient pour moitié de prestations de soins infirmiers et pour moitié d'aide ménagère (l'enquête ne définit pas ce qui correspond à une prise en charge temporaire ou régulière). Par contre, lorsque l'on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

Même si certains hommes oublient de mentionner leur épouse/partenaire pour l'aide informelle, celles-ci sont les aidantes les plus sollicitées (figure 6.10). Au niveau suisse cela représente environ 40'000 femmes qui fournissent de l'aide informelle à leur mari/partenaire.

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

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

Fig. 6.10



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

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

6.6 Résumé

Ce chapitre présente le recours de la population vaudoise à différents services de santé. En ce qui concerne le recours aux médecins en cabinet, les différences observées entre le canton de Vaud et la Suisse sont peu marquées et souvent statistiquement non significatives, autant pour le recours au médecin de famille qu'au spécialiste. Le recours aux consultations ambulatoires des hôpitaux est par contre plus élevé dans le canton de Vaud qu'en Suisse en général, tandis que le recours aux soins hospitaliers intra-muros est comparable pour les deux régions. De même, le recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle du canton de Vaud dépasse les valeurs nationales. Finalement le recours à la médecine complémentaire et alternative est élevé et ce sont surtout les Vaudoises, plus que les Vaudois, qui y font appel. Elles se tournent alors plus vers des thérapeutes non médecins que vers des médecins.

Dans le canton de Vaud, les femmes sollicitent plus le médecin de famille que les hommes, tandis que l'inverse s'observe pour ce qui est du recours au médecin spécia-

liste. Il n'y a par contre pas de différence entre les deux sexes en ce qui concerne le recours aux soins ambulatoires des hôpitaux.

Il y a peu de différence entre la population vaudoise et le reste de la population suisse en ce qui concerne le dépistage des maladies chroniques. Le taux de vaccination contre la grippe est par contre supérieur dans le canton de Vaud, tout comme le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans, observation à mettre en rapport avec l'introduction du programme de dépistage cantonal. Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour examiner l'état de santé de la population qui n'a pas bénéficié de ces interventions: il est possible qu'il s'agisse des personnes qui en auraient le plus besoin.

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

7 Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Isabelle Sturny et Maik Roth

Thème récurrent dans les médias, les coûts en matière de santé publique préoccupent l'opinion depuis des années en raison de leur augmentation constante. En Suisse, un total de 55,3 milliards de francs a été dépensé en 2007 pour la santé, ce qui correspond à 10,8% du produit intérieur brut (PIB) du pays (OFS, 2009a). Près de 39% de ces coûts ont été financés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les 61% restants ont été payés par les ménages privés à titre de dépenses à la charge de ces derniers («out of pocket»), par l'Etat (en particulier les subventions aux hôpitaux), les assurances privées ainsi que les autres assurances sociales (AI-AVS, AA, AM).

Ce chapitre présente les coûts de la santé dans le canton de Vaud en ce qui concerne l'AOS. Il a pour cela fallu analyser le pool de données de l'organisation faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, pour les années 2003 à 2007.⁷² Ce pool de données permet une analyse détaillée de l'évolution des coûts en fonction des différents prestataires et types de prestations. Il est difficile de faire des comparaisons directes avec les chapitres précédents du rapport, car ceux-ci traitent du comportement général en matière de santé ou du recours à toutes les prestations médicales, indépendamment du fait de savoir si l'AOS a pris les coûts en charge ou non.

La première partie de ce chapitre traite des coûts de l'AOS pour les différentes catégories de prestataires de service. L'analyse porte sur l'évolution des coûts et sur leur répartition. Elle se complète d'une comparaison régionale des coûts par assuré. La deuxième partie du chapitre décrit les différents modèles d'assurance et les primes dans l'AOS. La réduction des primes de l'assurance-maladie est abordée brièvement en fin de chapitre.

Quels sont les coûts saisis dans le pool de données?

Le pool de données de santésuisse est un système d'information de la branche qui permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de service (notamment contrôles de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre actuellement 97,7% des personnes assurées en Suisse. Pour le canton de Vaud, ce taux de couverture s'élève en 2007 à 98,1%⁷³. Afin de pouvoir estimer les coûts globaux et de comparer les différentes informations annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à partir de l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques⁷⁴ de l'Institution commune LAMal. Les coûts du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques. Cette extrapolation permet d'évaluer les coûts qui seraient encourus si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool de données. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation car l'on part du principe que les personnes assurées manquantes, non saisies dans le pool de données, présentent une structure de coûts similaire à celle des assurés saisis dans le pool de données. En 2004, cinq nouveaux assureurs ont livré des données à santésuisse, faisant augmenter le taux de couverture par rapport aux années précédentes. Les assurés affiliés à ces assureurs sont cependant plus jeunes et génèrent moins de coûts que les assurés déjà comptabilisés dans le pool de données. L'extrapolation effectuée pour 2003 a par conséquent surévalué les coûts, autrement dit l'augmentation réelle des coûts entre 2003 et 2004 est sous-estimée. Les nouveaux assureurs ne pouvant pas livrer les données rétroactivement, il faut par conséquent tenir compte de cette surestimation pour l'interprétation des données chronologiques. Les fournisseurs de prestations sollicités par des personnes âgées (hôpitaux intra-muros, organisation de soins à domicile et EMS) sont particulièrement concernés par ce problème d'estimation.

⁷² Etant donné que le pool de données est actualisé avec effet rétroactif sur cinq ans, les années analysées ci-après sont celles de 2003 à 2007.

⁷³ Le taux de couverture du pool de données s'élève pour le canton de Vaud à 93,0% en 2003, à 96,4% en 2004, à 96,9% en 2005 et à 97,4% en 2006.

⁷⁴ La compensation des risques est un système de répartition dans l'AOS qui a pour but de parvenir à une compensation entre les assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de «mauvais risques» (assurés avec frais de maladie supérieurs à la moyenne) et les assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de «bons risques» (pour la plupart, des assurés jeunes et des personnes de sexe masculin qui présentent des frais de maladie inférieurs à la moyenne). La compensation des risques est un élément nécessaire dans un système d'assurance-maladie obligatoire avec primes uniques par assureur et région de primes. Elle doit empêcher une concurrence entre les assureurs et les diverses formes d'assurance par une sélection du risque.

Le pool de données regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Nommées prestations brutes, ces informations font l'objet d'une évaluation ci-après. Il ne s'agit toutefois que des prestations dont les factures sont envoyées par les assurés à l'assurance-maladie, ou qui sont facturées directement par le prestataire à l'assureur. Les factures conservées par les assurés (p. ex. en raison d'une franchise élevée) ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. les prestations des assurances complémentaires LCA) ne sont pas saisies dans le pool de données. Il faut supposer que, dans les cantons où les personnes assurées choisissent des franchises élevées, les coûts sont plutôt sous-estimés par rapport aux cantons où les franchises basses prédominent. Le pool de données ne contient pas non plus d'indications sur les subsides publics (p. ex. financement du secteur intra-muros).

7.1 Les coûts de l'AOS dans le canton de Vaud

Cette partie du chapitre étudie l'évolution des coûts de l'AOS dans le canton de Vaud de 2003 à 2007 en fonction des prestataires et des types de prestations par rapport à la Suisse entière. Il traite également brièvement de la participation aux coûts des personnes assurées avant d'aborder, dans une autre partie, les différences de coûts par assuré en fonction des régions.

Faible augmentation des coûts

Le tableau 7.1 présente les coûts de l'AOS regroupés par prestataires et types de prestations. Les coûts de la santé dans le canton de Vaud s'élevaient en 2003 au total à 1914,3 millions de francs. En 2007, ces mêmes coûts se montaient à 2140,8 millions de francs, soit une augmentation moyenne de 2,8% par an. En Suisse, les coûts de l'AOS ont augmenté durant la même période de 4,5%, passant de 18,2 milliards de francs à 21,6 milliards de francs. Les coûts ont donc moins fortement progressé au cours de ces cinq années dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse. C'est en 2005 que les coûts ont connu, avec 5,7%, la hausse la plus forte dans le canton de Vaud tandis que, pour 2006, on enregistre une augmentation minimale de 0,4%⁷⁵.

⁷⁵ Cette hausse minimale est en partie imputable à un effet de base: le taux de croissance dépend non seulement de l'évolution actuelle des coûts, mais aussi du niveau des coûts de l'année précédente. Après des années d'augmentation des coûts, une hausse minimale des coûts ou une réduction des coûts est donc très probable.

Le canton de Vaud enregistre le taux de croissance annuel le plus élevé dans le domaine des médicaments délivrés par les médecins (16,6%), lequel a cependant un impact moindre en raison des faibles valeurs absolues. Les soins à domicile ont également fortement augmenté avec un taux de croissance moyen de 6,6%. Surtout entre 2003 et 2006, ces coûts ont enregistré une croissance supérieure à la moyenne. Les coûts dans le domaine ambulatoire et semi-hospitalier des hôpitaux enregistrent une hausse de 4,6%. On observe notamment une très forte augmentation des coûts en 2005. En effet, tandis qu'en 2004 la baisse des coûts de 2,2% s'explique par des retards de facturation suite à l'introduction de Tarmed, les facturations ultérieures de ces décomptes ont entraîné en 2005 une augmentation accrue des coûts de 13,2%. Une partie de cette croissance peut s'expliquer en outre par le transfert des prestations des médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital: un nombre croissant de ces praticiens ne font plus le décompte de leur activité par le biais de leur propre cabinet, mais par celui de l'hôpital. Pour l'année 2006, on enregistre une hausse modérée des coûts de 1,6% dans le domaine des prestations ambulatoires et semi-hospitalières; en 2007, ces coûts ont connu à nouveau une augmentation supérieure à la moyenne (6,5%).

Entre 2003 et 2007, la hausse est moyenne pour les traitements médicaux, les laboratoires, les pharmacies et centres de remise LiMA et dans le domaine des EMS. Après une diminution en 2004 (voir encadré), les coûts ont fortement augmenté en 2005 dans les EMS (13,8%), pour ensuite se stabiliser à un montant de 138,9 millions de francs en 2007. La baisse des coûts de 5,4% observée en 2006 pour les laboratoires est due à la diminution de la valeur du point lors des analyses de laboratoire, qui passe d'un franc à 90 centimes. Contrairement au niveau suisse, le secteur hospitalier intra-muros enregistre une hausse inférieure à la moyenne. Après une augmentation entre 2003 et 2005, les coûts des assurés vaudois dans ce secteur sont en baisse depuis 2006. La hausse est également inférieure à la moyenne pour les physiothérapeutes.

Au niveau suisse, les coûts ont fortement augmenté dans le domaine des soins à domicile (8,1%) et dans le domaine hospitalier ambulatoire et semi-hospitalier (6,4%). Dans le secteur intra-muros des hôpitaux, la hausse est de 5,5% au niveau suisse, tandis qu'elle s'élève à 0,6% dans le canton de Vaud. Pour les traitements médicaux, le taux de croissance vaudois est plus élevé qu'en moyenne suisse.

Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations
canton de Vaud et Suisse, 2003–2007 (données extrapolées, en millions de CHF)

Prestataire	Type de prestation	2003 en mio. CHF	2004 en mio. CHF	2005 en mio. CHF	2006 en mio. CHF	2007 en mio. CHF	Part au total en %	Evolution annuelle moyenne en % VD	Evolution annuelle moyenne en % CH
Hôpitaux	Intra-muros	408,6	432,0	439,8	420,2	417,9	19,5	0,6	5,5
	Ambulatoire/semi-hospitalier	339,3	332,0	375,8	381,7	406,5	19,0	4,6	6,4
	Total hôpitaux	747,9	764,0	815,5	801,9	824,4	38,5	2,5	5,9
Médecins	Traitements	396,1	386,0	413,8	421,8	439,5	20,5	2,6	1,3
	Médicaments	8,4	8,9	11,5	12,0	15,5	0,7	16,6	3,0
	Autres prestations médecins	10,9	25,5	34,4	28,8	35,1	1,6	34,0 ¹	48,2 ¹
	Total médecins	415,4	420,4	459,6	462,6	490,1	22,9	4,2	3,5
Pharmacies et centres de remise LiMA ²	421,9	438,5	442,5	447,9	459,9	21,5	2,2	3,2	
EMS	128,5	120,3	136,9	138,8	138,9	6,5	2,0	3,8	
Soins à domicile (organisations Spitex)	51,8	55,5	61,1	65,9	66,9	3,1	6,6	8,1	
Laboratoires	51,9	52,1	57,0	53,9	57,2	2,7	2,5	2,0	
Physiothérapeutes	42,5	42,0	44,2	43,9	45,3	2,1	1,6	3,5	
Autres prestataires	54,5	68,2	56,0	66,0	58,1	2,7	1,6	4,1	
Total		1914,3	1961,1	2072,8	2080,9	2140,8	100,0	2,8	4,5

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
État des données: 25.04.2008

¹ Le taux de croissance élevé de la catégorie «Autres prestations médecins» est attribuable à un changement de codification: alors que les analyses des médecins étaient comptabilisées jusqu'en 2002 dans la sous-catégorie «Traitements», celles-ci forment désormais une catégorie à part entière depuis 2003/2004, intitulée «Autres prestations médecins» dans le présent rapport.

² Liste des moyens et appareils.

Bien qu'entre 2003 et 2007 les coûts des assurés vaudois aient plus augmenté dans le domaine ambulatoire que dans le domaine intra-muros (3,6% vs 0,9%)⁷⁶, les données disponibles ne permettent pas de déterminer si cela est dû à un transfert de prestations du secteur intra-muros au domaine semi-hospitalier et ambulatoire.

Participation aux coûts plus élevée pour les analyses de laboratoire, pour les pharmacies / centres de remise LiMA et pour les traitements médicaux

Les coûts de 2140,8 millions de francs engendrés en 2007 ont été pris en charge à hauteur de 85,6% par les assureurs-maladie et de 14,4% directement par la population vaudoise, sous la forme de participation aux coûts.⁷⁷ Entre 2003 et 2007, la participation aux coûts

de la population vaudoise a plus augmenté que les coûts bruts et elle se répartit de manière différente entre les divers prestataires. Ainsi, 23,4% du coût des analyses de laboratoires, 19,9% de celui des pharmacies et centres de remise LiMA et 19,4% de celui des traitements médicaux sont payés par les assurés sous la forme de franchise et de quote-part, tandis que la participation aux coûts est plus faible dans le domaine hospitalier intra-muros avec une part de 5,9%, dans les soins à domicile (5,5%) et surtout dans le domaine des EMS avec un taux de 3,3%.⁷⁸

Coûts du canton de Vaud supérieurs à la moyenne

Le tableau 7.2 présente les coûts moyens par personne assurée dans le domaine ambulatoire et intra-muros selon le sexe, l'âge et la région. En 2007, les coûts de l'AOS par assuré dans le canton de Vaud s'élevaient à 3239 francs et étaient à peu près équivalents aux coûts moyens observés en Suisse romande et supérieurs de 379 francs par assuré à la moyenne suisse. Les coûts les

⁷⁶ Le terme «intra-muros» inclut ici les prestations intra-muros dans les hôpitaux ainsi que les prestations EMS; la catégorie «ambulatoire» comprend tous les autres prestataires ou types de prestations.

⁷⁷ La participation aux coûts correspond à la franchise, la quote-part ainsi que la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Les coûts éventuels que les personnes assurées paient en plus de leur poche (prestations dites «out of pocket») ne font pas partie des coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici. Les différences de la part de la participation peuvent varier de manière aléatoire selon le prestataire, étant donné que la participation est déduite des premières factures transmises aux assureurs-maladie.

⁷⁸ Voir note de bas de page précédente: les assurés doivent habituellement payer une grande partie du coût des EMS, sans pouvoir être remboursés. Toutefois, ces coûts ne sont pas considérés comme une participation aux coûts de l'AOS, mais comme des prestations «out of pocket».

plus élevés pour les cantons considérés étaient de 3737 francs dans le canton de Genève, les plus bas (2595 francs) s'observaient dans le canton du Valais.

Dans le canton de Vaud, 26,0% des coûts par assuré sont consacrés à des prestations intra-muros (842 francs), 74,0% à des prestations ambulatoires (2396 francs par personne assurée). La proportion des traitements ambulatoires dans les coûts totaux par assuré est nettement plus élevée dans le canton de Vaud que dans l'ensemble de la Suisse (68,2%). Seul le canton de Genève présente un taux plus marqué (75,1%). Signalements, pour comparaison, le cas du canton de Berne qui présente une proportion nettement plus basse de frais ambulatoires (61,9%) et une proportion élevée de prestations intra-muros. Les différentes participations aux coûts des cantons dans le secteur ambulatoire et intra-muros sont assez difficiles à interpréter car les subsides

cantonaux ne sont pas pris en considération dans le pool de données. Les coûts des prestations intra-muros ne sont saisis dans celui-ci que jusqu'à une proportion de 50% au maximum (voir art. 49, al. 1 LAMal⁷⁹).

En 2007, les coûts par assuré sont entre 34,6% (ambulatoire) et 46,0% (intra-muros) plus élevés pour les femmes que pour les hommes.⁸⁰ Les coûts par assuré augmentent également à mesure que les personnes assurées vieillissent. Ainsi, une personne de moins de 15 ans du canton de Vaud coûte en moyenne 1084 francs en 2007, tandis qu'une personne de plus de 66 ans présente un coût moyen de 9155 francs. Les différences de coûts entre jeunes et personnes âgées sont considérables dans le domaine intra-muros. C'est surtout dans le groupe d'âge le plus élevé que des prestations intra-muros sont sollicitées: la part des prestations intra-muros

Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et intra-muros, selon le sexe, l'âge et la région, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en CHF)

		Ambulatoire		Intra-muros		Total	
		VD	CH	VD	CH	VD	CH
Total		2396	1950	842	910	3239	2860
Sexe	Femmes	2737	2212	994	1064	3731	3276
	Hommes	2034	1678	681	750	2715	2429
Classes d'âge	0–15 ans	936	738	148	139	1084	877
	16–35 ans	1299	1049	332	361	1631	1410
	36–50 ans	1935	1584	353	438	2288	2022
	51–65 ans	3270	2632	780	873	4050	3506
	66 ans et plus	5732	4428	3423	3373	9155	7801
Comparaison régionale	Suisse	1950		910		2860	
	Vaud	2396		842		3239	
	Berne	1911		1176		3087	
	Fribourg	1808		883		2691	
	Genève	2805		932		3737	
	Neuchâtel	1984		997		2981	
	Tessin	2201		1165		3366	
	Valais	1790		805		2595	
	Zurich	1955		856		2811	
	Suisse romande	2251		880		3131	
	Suisse alémanique	1828		907		2735	

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
Etat des données: 25.04.2008

⁷⁹ Loi sur l'assurance-maladie.

⁸⁰ Camenzind et Meier (2004) précisent que les femmes perçoivent certes plus de prestations de l'AOS que les hommes, mais que la différence à la charge des femmes est imputable en grande partie à leur espérance de vie plus longue ainsi qu'aux frais de grossesse et d'accouchement.

représente ainsi dans cette classe d'âge environ 37,4% des coûts globaux par assuré, tandis qu'ils constituent seulement 13,7% des coûts pour les enfants.⁸¹

Si l'on compare les coûts de l'AOS pour la population vaudoise et pour l'ensemble de la Suisse, on note que les différences relatives sont dues aux coûts du domaine ambulatoire. Les assurés du canton de Vaud présentent dans ce domaine des coûts de 22,9% supérieurs à la moyenne suisse. En revanche, les coûts du domaine intra-muros du canton de Vaud sont inférieurs au niveau suisse – à l'exception des classes d'âge plus jeunes et dans les groupes d'âge plus élevés. C'est ainsi dans ces classes d'âge que l'on trouve les différences les plus marquées entre le canton de Vaud et la moyenne suisse.

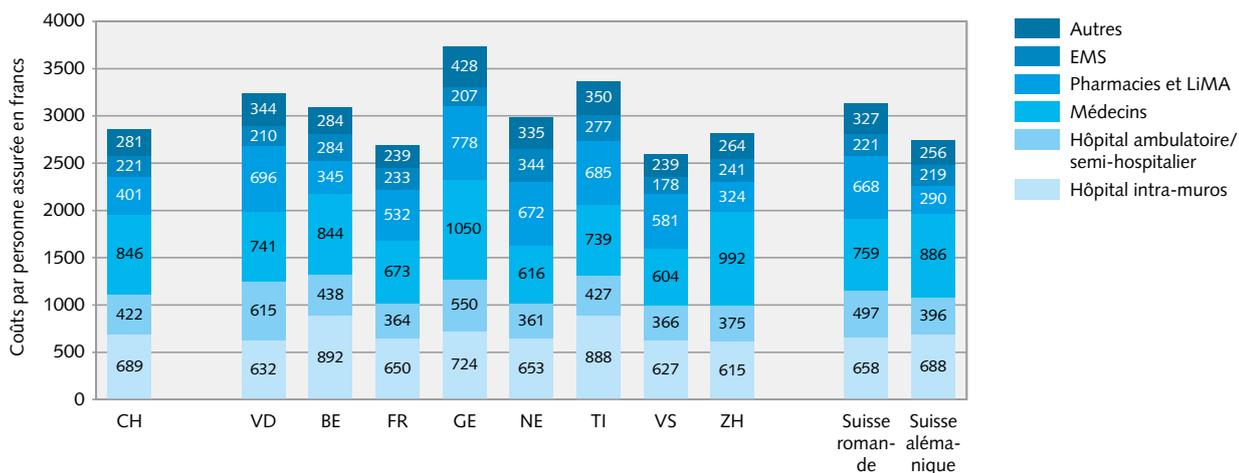
La figure 7.1 présente les coûts par personne assurée selon les groupes de prestataires. Il existe d'importantes différences régionales au niveau des frais de médecins et dans la catégorie pharmacies et centres de remise LiMA. Ces écarts sont imputables à la diversité des législations cantonales en matière de remise des médicaments. Ainsi, la vente de médicaments par le corps médical (propharmacie) est largement répandue dans les cantons de Suisse alémanique, raison pour laquelle les coûts sont relativement élevés dans la catégorie «médecins». En

revanche, en Suisse romande et au Tessin, les médecins délivrent plutôt des ordonnances. Dans ces régions, les coûts sont donc proportionnellement plus élevés dans la catégorie «pharmacies et LiMA». Si l'on considère l'ensemble des médicaments délivrés par les pharmacies et par les médecins, on obtient pour le canton de Vaud un coût de 704 francs par personne. Ce montant est nettement supérieur à la moyenne suisse (581 francs). Les coûts les plus élevés s'observent dans le canton de Genève (799 francs) et au Tessin (721 francs).

Dans le domaine intra-muros des hôpitaux, les coûts par personne assurée sont, dans le canton de Vaud comme dans les cantons de Fribourg, Neuchâtel, Valais et Zurich, inférieurs à la moyenne suisse. En revanche, les assurés du canton de Vaud présentent les coûts les plus marqués dans le domaine ambulatoire et semi-hospitalier des hôpitaux (615 francs). Les coûts dans les EMS vaudois sont juste au-dessous de la moyenne suisse, tandis que dans la catégorie restante des autres prestataires, les coûts par personne assurée dans le canton de Vaud sont supérieurs à la moyenne. Près de trois quarts des prestations de cette catégorie sont délivrées par des physiothérapeutes, des laboratoires et des organisations de soins à domicile (Spitex).

Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)

Fig. 7.1



Etat des données 25.04.2008

Source: Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁸¹ Zweifel et al. (1999) ainsi que Werblow et al. (2007) démontrent que les coûts de santé dépendent beaucoup moins de l'âge que de l'imminence du décès.

7.2 Modèles d'assurance et primes

Ce chapitre traite du financement de l'assurance obligatoire des soins. Les analyses se concentreront sur les primes des personnes assurées en fonction des modèles d'assurance choisis. La réduction des primes sera également abordée brièvement. Les chiffres se rapportent aux assurés adultes, domiciliés dans le canton de Vaud.

Le modèle Managed Care gagne en importance

Dans le canton de Vaud, 30,3% des adultes ont opté en 2007 pour un modèle d'assurance avec franchise ordinaire et 58,2% pour une franchise à option (voir définition des modèles d'assurance en encadré). Tandis que le modèle avec franchise ordinaire a gagné en importance depuis 2003, le nombre d'assurés avec franchise à option est en recul: en 2003, 66,2% des assurés du canton de Vaud avaient choisi une franchise à option, ils n'étaient plus que 58,2% en 2007. Le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles, en revanche, a gagné en importance au cours des cinq dernières années: de 4,0% des assurés en 2003, il atteint 11,3% en 2007. Entre 2003 et 2007, cette forme d'assurance a convaincu 34'454 nouveaux assurés dans le canton de Vaud. La part des autres modèles (modèle Managed Care avec capitation et assurance avec bonus) est minime et concerne moins de 0,1% des assurés vaudois en 2007.

La franchise à option est particulièrement populaire

En 2007, 26,6% des assurés vaudois ont opté pour une franchise de 500 francs, 18,9% pour une franchise de 1000/1500 francs et 12,6% pour une franchise de 2000/2500 francs. En Suisse, 19,6% des assurés ont opté pour une franchise de 500 francs, 14,7% pour une franchise de 1000/1500 francs et 9,0% pour une franchise de 2000/2500 francs. Les franchises à option sont plus fortement répandues dans le canton de Vaud, avec 58,2% des assurés, qu'en Suisse (43,6%). En revanche, le modèle avec franchise ordinaire est plus populaire dans l'ensemble de la Suisse que dans le canton de Vaud (40,0% contre 30,3%). Cette situation est probablement due au fait que dans le canton de Vaud, en raison des primes plus élevées par rapport à la moyenne suisse, les assurés choisissent davantage de modèles d'assurance avec franchise à option afin d'obtenir des réductions de primes. Malgré l'augmentation de la part du modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles dans le canton de Vaud, les modèles alternatifs restent peu répandus.

Les groupes de franchise actuels ne sont en vigueur que depuis 2005. Une comparaison dans le temps n'est donc possible qu'à partir de cette année-là. Entre 2005 et 2007, seuls les niveaux de franchise 2000/2500 francs ont gagné de nouveaux assurés dans le canton de Vaud (+96,6%). La baisse du nombre d'assurés dans les autres niveaux de franchise (-17,0%) et dans la franchise ordinaire (-5,0%) a profité d'une part aux franchises supérieures et, d'autre part, au modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles.

Description des modèles d'assurance LAMal pour les adultes:

- Assurance de base avec franchise ordinaire: prime unique avec une participation aux coûts minimum annuelle (franchise) de 300 francs.
- Assurance de base avec franchise à option: permet diverses réductions de primes, si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs).
- Assurance avec bonus: une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.
- Modèles Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles: HMO ou modèle du médecin de famille dans lequel la facture est adressée à l'assuré ou à l'assureur selon les tarifs en vigueur.
- Modèles Managed Care avec capitation: HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.

Prime des caisses-maladie supérieure à la moyenne suisse

Les primes de l'AOS ont augmenté continuellement depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Le montant des primes est fixé par les assureurs au sein des régions de primes des cantons – régions unifiées depuis 2004 pour tous les assureurs. Dans le canton de Vaud, il existait trois régions de primes en 2007.⁸² Le volume des primes calculé dans ce rapport provient des comptes d'exploitation des assureurs-maladie. Il s'agit de la prime encaissée par l'assurance-maladie selon le tarif de l'offre, avant la réduction individuelle des primes, après les déductions liées au rabais de formation, aux franchises à option, aux modèles HMO, médecin de famille ou bonus et à l'exclusion du risque accident. Les données présentées dans ce rapport ne peuvent pas être comparées directement avec la statistique des primes publiée par l'OFSP après la procédure d'approbation.

⁸² Région 1: Lausanne

Région 2: Aubonne, Lavaux, Morges, Nyon, Rolle, Vevey, Yverdon

Région 3: tous les autres districts.

A partir du 1er janvier 2009, le canton de Vaud ne compte plus que deux régions de primes. La répartition exacte des régions de primes au niveau communal peut être consultée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP): www.ofsp.admin.ch.

La prime moyenne pour l'année 2007 varie entre 4592 et 2149 francs selon la région de primes et le modèle d'assurance (tableau 7.3). Alors que les différences de primes entre les régions 2 et 3 sont minimales (3,6% en moyenne), les primes de la région (3924 francs en moyenne) sont de 6,3% supérieures à celles de la région 2, et de 10,1% supérieures à celles de la région 3. C'est dans les franchises ordinaires que les variations des primes moyennes entre les modèles d'assurance sont les plus importantes; dans les franchises moyennes et hautes, le potentiel d'économie est largement moindre dans les modèles alternatifs.

En 2007, les primes des caisses-maladie par assuré étaient de 3730 francs dans le canton de Vaud (figure 7.2), soit supérieures aux primes moyennes par assuré suisse (3152 francs par personne assurée). Toutefois, les primes par assuré dans le canton de Vaud étaient inférieures de 643 francs à celles du canton de Genève (4373 francs par personne assurée) et de 19 francs à celles du canton du Tessin (3749 francs par personne assurée). Les autres cantons considérés présentent des primes plus basses que le canton de Vaud.

Si l'on compare les primes par région avec les coûts régionaux de la santé (tableau 7.2), on obtient une image concordante: les coûts et les primes les plus élevés

sont ceux du canton de Genève, du Tessin et du canton de Vaud, tandis que les coûts et primes les plus bas sont ceux de Zurich, de la Suisse alémanique, du canton de Fribourg ainsi que du canton du Valais.

Peu de bénéficiaires ont des cotisations supérieures à la moyenne

Suite à l'introduction de la LAMal en 1996, un système individuel de réduction des primes a été établi, afin d'alléger les primes des assurés de condition économique modeste. La Confédération et les cantons financent conjointement ces réductions; les cantons disposent dans ce cadre d'une très grande marge de manœuvre quant à l'aménagement des conditions d'octroi. Les systèmes sont par conséquent très différents d'un canton à l'autre. Les comparaisons entre les cantons ne peuvent donc être effectuées ici qu'avec certaines réserves.

Dans le canton de Vaud, les subsides de la Confédération versés pour permettre la réduction des primes ont été entièrement épuisés entre 2003 et 2007, tandis que le facteur de réduction était de 13,9% en moyenne pour la Suisse en 2007.⁸³ En Suisse, 2,27 millions de personnes bénéficiaient en 2007 d'une réduction de prime (30,1% de la population totale), dont 143'490 dans le canton de Vaud (21,7% de la population du canton).

Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Vaud et Suisse, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)

Modèle d'assurance	Franchise	Région 1 VD	Région 2 VD	Région 3 VD	Prime moyenne VD	Prime moyenne CH	Part des assurés VD (en %)	Part des assurés CH (en %)
Modèle standard avec franchise	Franchise ordinaire (300 CHF)	4592	4302	4118	4347	3551	30,3	40,0
	Franchise basse (500 CHF)	4383	4139	3970	4165	3604	26,6	19,6
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3458	3277	3112	3286	2661	18,9	14,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2538	2411	2327	2434	2054	12,6	9,0
Modèle Managed Care avec capitation	Franchise ordinaire (300 CHF)	4216	4015	4034	4048	3286	0,0	0,7
	Franchise basse (500 CHF)	4884	3947	4097	4095	3111	0,0	0,3
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3300	3286	3169	3278	2391	0,0	0,6
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2900	2603	2513	2628	2118	0,0	0,4
Modèle Managed Care avec facture selon prestations individuelles	Franchise ordinaire (300 CHF)	4006	3878	3709	3891	3064	3,0	5,5
	Franchise basse (500 CHF)	3878	3726	3534	3730	3030	2,5	2,5
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	3238	3038	2838	3041	2324	3,2	3,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	2444	2313	2149	2307	1942	2,6	2,0
Assurance avec bonus ¹	Franchise ordinaire (300 CHF)	3463	3243	3112	3240	2498	0,0	0,1
Total		3924	3691	3564	3730	3152	100,0	100,0

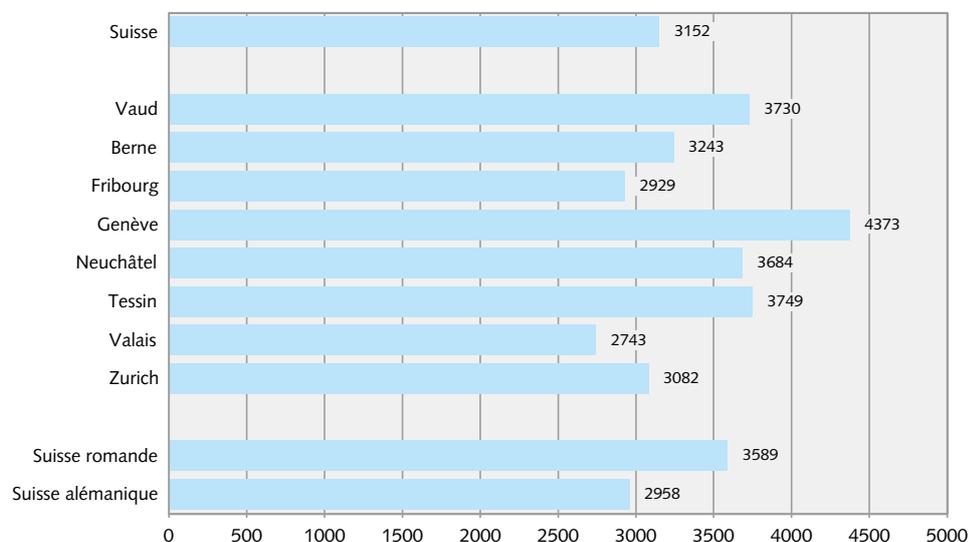
Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
Etat des données: 25.04.2008

¹ Vu le faible nombre de personnes ayant opté pour ce modèle, la comparaison entre la prime moyenne et les autres modèles a été abandonnée.

⁸³ Voir art. 66 al. 5 LAMal: «En outre et à condition que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste soit tout de même garantie, le canton peut diminuer de 50% au maximum la contribution à laquelle il est tenu, les subsides fédéraux alloués étant alors réduits dans les mêmes proportions» En 2007, 15 cantons ont fait usage de cette possibilité.

Prime moyenne par assuré selon la région de domicile
2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)

Fig. 7.2



Etat des données 25.04.2008

Source: Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Entre 2003 et 2007, le nombre de bénéficiaires vaudois a baissé, en particulier entre 2004 et 2005. En Suisse, le nombre de bénéficiaires a également baissé entre 2003 et 2006. La statistique fait apparaître une nouvelle augmentation de leur nombre en 2007.

En 2007, 350,0 millions de francs de subsides ont été versés dans le canton de Vaud pour les réductions de primes⁸⁴, soit environ 24,5 millions de francs de plus qu'en 2003. Avec une contribution de 2439 francs par bénéficiaire, le canton de Vaud se situe en dessus de la moyenne suisse pour l'année 2007 (1506 francs par bénéficiaire). Seul le canton de Bâle-Ville verse avec un montant de 2604 francs des subsides plus élevés par bénéficiaire. Dans le canton de Vaud, la population bénéficie donc moins fréquemment d'une réduction de prime par rapport à l'ensemble de la Suisse, mais les montants versés par personne sont nettement supérieurs à la moyenne suisse.

7.3 Résumé

Dans ce chapitre, les coûts de la santé de la population vaudoise ont été examinés pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il a été constaté qu'entre 2003 et 2007, les coûts AOS de la population vaudoise ont moins augmenté avec un taux de 2,8%

qu'en moyenne suisse (4,5%). Ce sont les coûts des médicaments dans les cabinets médicaux avec 16,6%, les soins à domicile avec 6,6% et les soins ambulatoires ou semi-hospitaliers des hôpitaux avec 4,6% qui ont le plus fortement progressé. Malgré la faible croissance, les coûts AOS du canton de Vaud se situent en dessus de la moyenne suisse. Ainsi, 3239 francs par personne assurée ont été dépensés dans le canton de Vaud en 2007, tandis qu'en moyenne suisse, 2860 francs ont été versés dans l'AOS. Dans le canton de Vaud, les coûts des médicaments et les coûts du secteur ambulatoire et semi-hospitalier des hôpitaux se situent nettement au-dessus de la moyenne suisse. En revanche, les coûts par assuré dans le domaine intra-muros et dans les EMS sont plus faibles qu'en moyenne suisse.

Le modèle d'assurance avec franchises à option est très répandu dans le canton de Vaud. Cependant, le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles gagne en importance. Les primes d'assurance-maladie sont, avec 3730 francs, nettement plus élevées dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse (3152 francs). Les bénéficiaires d'une réduction de prime représentent 21,7% de la population vaudoise. Cette part est plus faible que dans l'ensemble de la Suisse (30,1%), les montants versés par bénéficiaire sont toutefois nettement plus élevés.

⁸⁴ Réductions de primes effectivement versées aux ménages respectivement aux bénéficiaires durant l'année sous revue selon la LAMal, la Confédération et les cantons.

Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne

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

Activités instrumentales de la vie quotidienne

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

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur des années potentielles de vie perdues consiste à mesurer la mortalité précoce au sein de la population, c'est-à-dire le nombre d'années de vie «perdues» lorsqu'une personne meurt «prématurément» (dans ce rapport les personnes décédées avant l'âge de 70 ans) d'une cause quelconque. Le résultat est donné pour 100'000 habitants et est calculé sur la base de la population standard européenne OMS.

Compétences en matière de santé

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

Comportements en matière de santé

On entend ici les comportements déterminants pour la santé.

Contrôle préventif

Examen visant à détecter précocement une maladie.

Echantillon

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

Facteur de risque

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

Indice de masse corporelle (IMC)

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

Inégalité sociale

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

Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

Obésité

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

Prévalence à vie

Nombre de cas (p. ex. fumer du cannabis, souffrir de douleurs dorsales) qui surviennent dans une population donnée sans distinction des nouveaux et anciens cas.

Prévention

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

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

Promotion de la santé

Toutes les mesures prises dans la société favorisant la préservation et l'amélioration de la santé de la population

Représentativité

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

Ressources

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

Revenu d'équivalence du ménage

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

Salutogenèse

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

Santé publique

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

santésuisse

Association faîtière des assureurs maladie.

Screening

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

Sentiment de cohérence

Aussi appelé: sens de cohérence

Le sentiment de cohérence est un indicateur général qui exprime dans quelle mesure une personne a un fort sentiment de confiance, durable et vivant, grâce auquel elle peut 1) comprendre et accepter les exigences de la sphère privée et publique 2) recourir aux ressources nécessaires pour répondre aux exigences qu'elle doit satisfaire et 3) considérer ces exigences comme des défis qui méritent l'investissement requis.

Sentiment de maîtrise

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

Significativité

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

Soutien social

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

Spitex

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

Taux de morbidité

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

Taux de mortalité

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

Taux de natalité

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

Univers de référence

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence et seul un échantillon de données de celui-ci est collecté.

Index des figures et des tableaux

Figures

Fig. 1.1		
Principaux déterminants de la santé	10	
Fig. 2.1		
Santé subjective selon le sexe, canton de Vaud et Suisse, 2007	20	
Fig. 2.2		
Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon l'âge et la formation, canton de Vaud et Suisse, 2007	22	
Fig. 2.3		
Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007	23	
Fig. 2.4		
Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	23	
Fig. 2.5		
Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, avec ou sans problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise de la vie et les sentiments de solitude, canton de Vaud et Suisse, 2007	25	
Fig. 2.6		
Troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2007	26	
Fig. 2.7		
Troubles physiques selon le sexe et l'âge, canton de Vaud, 2007	27	
Fig. 2.8		
Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)	28	
Fig. 2.9		
Personnes ayant des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007	29	
Fig. 2.10		
Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007	29	
Fig. 2.11		
Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	32	
Fig. 2.12		
Personnes victimes d'un accident de sport et de jeu ou d'un autre accident selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	33	
Fig. 2.13		
Personnes âgées de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	35	
Fig. 2.14		
Proportion de personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	36	
Fig. 2.15		
Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007	37	
Fig. 2.16		
Personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	39	
Fig. 2.17		
Scores moyens d'après l'échelle du sentiment de cohérence, par dimension, selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	40	
Fig. 2.18		
Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence, canton de Vaud et Suisse, 2007	41	

Fig. 2.19	Personnes présentant des symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	42	Fig. 3.6	Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Vaud, 2007	61
Fig. 2.20	Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007	43	Fig. 3.7	Evolution temporelle de l'activité physique, canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007	63
Fig. 2.21	Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007	43	Fig. 3.8	Lien entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Vaud, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	65
Fig. 2.22	Personnes n'ayant pas ou manquant parfois d'une personne de confiance selon le sexe, la formation et différents indicateurs de santé, canton de Vaud et Suisse, 2007	44	Fig. 3.9	Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe, canton de Vaud et Suisse, 2007	66
Fig. 2.23	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, canton de Vaud, 1986/87–2006/07	45	Fig. 3.10	Proportion de fumeurs selon l'âge, le sexe et la formation, Suisse, 2007	67
Fig. 2.24	Comparaison régionale des taux standardisés, données agrégées 2000–2006 (avec intervalle de confiance à 95%)	46	Fig. 3.11	Nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs par sexe, Suisse, 2002 et 2007	67
Fig. 2.25	Années potentielles de vie perdues selon le sexe, canton de Vaud, données agrégées 2000–2006	47	Fig. 3.12	Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, canton de Vaud et Suisse, 2007	71
Fig. 3.1	Etat de santé et comportements selon l'attention portée à la santé, Suisse, 2007	54	Fig. 3.13	Consommation de tabac selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, Suisse, 2007	73
Fig. 3.2	Connaissances auto-évaluées en matière de santé, canton de Vaud, 2007	55	Fig. 3.14	Consommation de médicaments selon les problèmes psychiques et le sexe, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	77
Fig. 3.3	Evolution temporelle de l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007 (personnes de 18 ans et plus)	58	Fig. 3.15	Consommation de somnifères selon l'importance des problèmes d'insomnies et l'âge, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	77
Fig. 3.4	Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le sexe et l'âge, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	58	Fig. 4.1	Personnes concernées par des nuisances à la maison, canton de Vaud et Suisse, 2007	80
Fig. 3.5	Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la satisfaction à l'égard de son poids corporel selon le sexe, canton de Vaud, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	58	Fig. 4.2	Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, canton de Vaud, 2007	82
			Fig. 4.3	Personnes subissant des nuisances au travail, canton de Vaud et Suisse (personnes actives occupées)	83

Fig. 4.4 Lien entre le nombre de nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Vaud, 2007 (personnes actives occupées)	87	Fig. 6.4 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, canton de Vaud, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	115
Fig. 4.5 Satisfaction au travail, canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007 (personnes actives occupées)	88	Fig. 6.5 Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation, canton de Vaud, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	115
Fig. 4.6 Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007	88	Fig. 6.6 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon la formation, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	118
Fig. 4.7 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable selon la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	90	Fig. 6.7 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon les troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	118
Fig. 5.1 Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse 2007	95	Fig. 6.8 Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	124
Fig. 5.2 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	102	Fig. 6.9 Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant, comparaison régionale, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	124
Fig. 5.3 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	103	Fig. 6.10 Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2007	128
Fig. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	111	Fig. 7.1 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)	134
Fig. 6.2 Intensité des consultations selon les troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	113	Fig. 7.2 Prime moyenne par assuré selon la région de domicile, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)	137
Fig. 6.3 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon les troubles physiques, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	113		

Tableaux

Tab. 1.1 Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)	13	Tab. 3.3 Attention portée à l'alimentation et respect de la recommandation «5 par jour», canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	60
Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidante du canton de Vaud selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)	14	Tab. 3.4 Fréquence de la consommation de viande, de poisson et de produits laitiers, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	61
Tab. 1.3 Sélection de chiffres clés pour le canton de Vaud en comparaison avec la Suisse entière	16	Tab. 3.5 Activité physique, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	64
Tab. 2.1 Santé subjective, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	21	Tab. 3.6 Evolution temporelle de la consommation de tabac, canton de Vaud, 2002 et 2007 (en %)	66
Tab. 2.2 Personnes ayant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	24	Tab. 3.7 Consommation de tabac, canton de Vaud, 2007 (en %)	68
Tab. 2.3 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	31	Tab. 3.8 Exposition à la fumée passive (une heure et plus) selon le sexe, comparaison régionale, 2007 (en %)	69
Tab. 2.4 Personnes victimes d'un accident ou d'une chute, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	34	Tab. 3.9 Exposition à la fumée passive au travail, Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	70
Tab. 2.5 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants, un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou un sentiment élevé de cohérence, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	38	Tab. 3.10 Groupes à risque concernant la consommation d'alcool, Suisse, 2007 (en %)	72
Tab. 2.6 Causes de mortalité les plus fréquentes selon l'âge et le sexe, canton de Vaud et Suisse, données agrégées 2000-2006	47	Tab. 3.11 Prévalence sur la vie de la consommation de cannabis et consommation actuelle auto-déclarée, Suisse, 2007 (15 à 34 ans, en %)	74
Tab. 2.7 Nombre et part (en %) des cas de décès et Indice standardisé de mortalité (SMR) selon la cause de décès et le sexe, canton de Vaud, données agrégées 2000-2006	49	Tab. 3.12 Consommation de médicaments, canton de Vaud et Suisse, 2007 (dans la semaine précédant l'enquête, en %)	76
Tab. 3.1 Attention portée à la santé, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	53	Tab. 4.1 Nombre de nuisances à la maison, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	81
Tab. 3.2 Indice de masse corporelle (IMC), canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus, en %)	57	Tab. 4.2 Nombre de nuisances au travail, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	84
		Tab. 4.3 Charges physiques et tensions psychiques au travail, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	86

Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Vaud, 2007 (personnes actives occupées, en %)	87	Tab. 6.5 Types d'examens de dépistage, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)	121
Tab. 4.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, canton de Vaud et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	89	Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	122
Tab. 5.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007	98	Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	123
Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	104	Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	125
Tab. 5.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	105	Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	126
Tab. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	110	Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	127
Tab. 6.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon l'intensité des consultations, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en %)	112	Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations, canton de Vaud et Suisse, 2003-2007 (données extrapolées, en millions de CHF)	132
Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, canton de Vaud et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	117	Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et intra-muros selon le sexe, l'âge et la région, canton de Vaud et Suisse, 2007 (en CHF)	133
Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	120	Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Vaud et Suisse, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)	136

Bibliographie

- Adamson, S.J. & J.D. Sellman (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail no 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger & W. Wicki (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000). Aspects psychosociaux de la santé. In: Office fédéral de la statistique (Ed.). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon & K. Kroenke (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- Baumeister, H. & M. Harter (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. & T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.). *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bisig, B. & V. Beer (1996). Mortalité. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Eds.), *La santé dans le Canton de Fribourg*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin & A. Domenighetti (2004). Operationen. In: B. Bisig & F. Gutzwiller (Eds.), *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Ueberversorgung? Band 2: Detailresultate* (p. 163–190). Zürich: Rüegger.
- bpa (2008). *Légère augmentation du nombre de victimes de la route en 2007. Communiqué de presse du 19.02.2008*. Berne: Bureau de prévention des accidents.
- Bullinger, M., I. Kirchberger & J.E. Ware (1995). Der deutsche SF-36 health survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Eds.), *Social Change and the experience of unemployment* (p. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley & R.A. Thisted (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. & C. Meier (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry & T.W. Strine (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2(1): A14.
- Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

- Dawson, D.A. & R. Room (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1–2): 1–21.
- Djordjevic, D. (2007). Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft“. In: Caritas (Eds.), *Sozialalmanach 2008: Bedrängte Solidarität* (p. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. & B. Bisig (1995). Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet*, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. & A. Casabianca (1997). Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ*, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca & P. Luraschi (1989). *Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin*. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler & H. Lloyd (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- du Toit, M. & S. du Toit (2001). *Interactive LISREL: User's guide*. Licolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003). *Poids corporel en Suisse: Revue de la littérature récente*. Berne: Suisse Balance.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan & F. Gutzwiller (2005). Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 259–278). Office fédéral de la santé publique, Berne
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman & K.D. Williams (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid & J. Angst (1992). The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolerio & M. Bopp (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld & G.D. Smith (1998). An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. & M. de Borde (1990). *Histoire de l'alcool*. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. & R.M. Carney (2009). Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony & B.O. Muthen (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters & J. Siegrist (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. & N. Solowij (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.

- Heaney, C.A., B.A. Israel & J.S. House (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.
- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.
- Höpflinger, F. & J.A. Weiss (2009). Actifs de 50 ans et plus. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 90–103). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. & S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 83.
- ISPA (2009). *Consommation de tabac*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- ISPM Zürich (Ed.) (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo & A. Busato (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de travail no 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer & S. Pellegrini (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson & M.W. Jaffe (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the american medical association*, 185: 914–919.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. & P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. & K. Engelhardt (2009). Le concept des déterminants de la santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 17–29). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepert (2009). La vieillesse. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 105–123). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kolip, P. & K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Ed.), *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. & G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.

- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry & R. Wolfe (2008). Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer & H. Stamm (2008). *Sport Suisse 2008. Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: OFSPO.
- Lamprecht, M. & H. Stamm (2002). *Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz*. Zürich: Seismo.
- Lawton, M.P. & E.M. Brody (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 9:179-186.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselman, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. & M.A. Nystrom Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.
- Lynskey, M. & W. Hall (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005). Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992-2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews & C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. & A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern: Haupt.
- Marty, F. (2007). Médicaments. In: G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle* (p. 261–273). Berne: Huber.
- Mausner-Dorsch, H. & W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société*, Bulletin d'information 402.
- Meyer, K. (Ed.). (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Meyer, K., A. Simmet, H.P. Mattle, K. Nedeltchev & M. Arnold (2009). Maladies somatiques et leurs conséquences. In: K. Meyer (Ed.). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Murray, C.J.L. & A.D. Lopez (Eds) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Niemann, N. & C. Maschke (2004). *WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity*. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger & M. Cavegn (2008). *Les accidents de travail en Suisse: statistique 2008 du bpa*. Berne: bpa – Bureau de prévention des accidents.
- Obsan (2005). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Obsan (2006). *La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Observatoire valaisan de la santé & IUMSP (2004). *La Santé des Valaisans 2004. 3ème rapport*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie.
- OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse 2006*. Paris: Editions OCDE.
- OCDE (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- OECD (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries*. *OECD Health Working Papers No. 45*. Paris: OECD.
- OFS (2003). *Enquête suisse sur la santé 2002. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2005). *Recensement fédéral de la population 2000. Bâtiments, logements et conditions d'habitation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

- OFS (2006). Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002. *StatSanté*, 1.
- OFS (2007). Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002. *StatSanté*, 3.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). *Enquête suisse sur la santé 2007: conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008c). *Statistique médicale des hôpitaux 2007 – Tableaux standard. Résultats provisoires*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008d). *Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Aide-mémoire concernant les données*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008e). *Statistique des causes de décès. Causes de mortalité en 2005 et 2006*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009a). *Forte augmentation des coûts de la santé. Communiqué de presse du 30.03.2009*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2009b). *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Actualités OFS*.
- OFS (2010). *Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP. *Monitoring cannabis: la consommation de cannabis en Suisse et ses conséquences. Vue d'ensemble 2004*. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2005.
- OFSP (2007a). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007b). *Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Office fédéral de la santé publique en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007c). *Recommandations pour une alimentation équilibrée*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008a). *Programme national alimentation et activité physique 2008 – 2012 (PNAAP 2008 – 2012)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008b). *Rapport d'approfondissement Genre et santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2006). *Document de base «Activité physique et santé»*. Macolin: Office fédéral du sport.
- OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique (2007). *Activité physique et santé. Recommandations de l'Office fédéral du sport OFSPO, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et du Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch) de l'année 2002*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Olsson, M., J. Gassne & K. Hansson (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- OMS (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé no 2*. New York: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Paccaud, F. & D. Faeh (2005). Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse*. Office fédéral de la santé publique, Berne
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang & S.M. Consoli (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.

- Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Eds.), *Altern und Gesundheit - Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (p. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel & C.T. Sempos (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.
- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier & J.S. Ahluwalia (2004). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. & J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. & P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring / La santé psychique en Suisse - Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitorage* (Document de travail no 24). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Segovia, J., R.F. Bartlett & A.C. Edwards (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- SSN (2006). *A table! Le dépliant se base sur la pyramide alimentaire de la SSN et ses différents étages, qui expliquent simplement et clairement nos besoins journaliers*. Berne: Société Suisse de Nutrition.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). *Das Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Zwischenbericht zur Aktualisierung des Indikators "Sport- und Bewegungsverhalten" des Sportobservatoriums* Zurich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 219–231). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2010). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast & R.G. Westendorp (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. & Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 471–491). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009). *World drug report 2009*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale S, Priez F, Jeanrenaud C. (1998) *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, estimation pour l'année 1995*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004). *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanner, H.U. (1993). Le bruit. In: W. Weiss (Eds.), *La santé en Suisse* (p. 433–443) Lausanne: Editions Payot.
- Ware, J.E. & C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Werblow, A., S. Felder & P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health economics*, 16(10): 1109–1126.

- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO technical Report Series 916*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004a). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Summary*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004b). *Wohnen und Gesundheit – ein Überblick. Hintergrunddokument*. Budapest: WHO Europe.
- WHO (2004c). *The World Health Report 2004 – Changing History*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Wittchen, H.U., N. Müller, B. Schmidtke, S. Winter & H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin* 118: 4-10.
- Zweifel, P., S. Felder & M. Meiers (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health economics*, 8(6): 485–496.

Annexe

Explications méthodologiques concernant l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

Description de l'échantillon

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

La méthode d'échantillonnage utilisée repose sur un échantillon aléatoire stratifié. Dans un premier temps, les adresses initiales ont été réparties sur les sept grandes régions⁸⁵ afin de garantir qu'au minimum 1000 interviews soient réalisées dans chacune de ces régions. Les adresses attribuées à une grande région ont été réparties entre les strates (cantons, sauf pour Zurich et Berne qui sont partitionnés respectivement en 2 et 3 strates) faisant partie de la région en question, proportionnellement à leur nombre d'habitants. Dans chaque ménage sélectionné, une personne-cible a été tirée au sort de manière aléatoire (2^e stratification). Seule la personne cible ainsi désignée a finalement participé à l'enquête et ce n'est que par son intermédiaire ou par celui de son représentant (interview dite proxy) que les informations ont été collectées.

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

⁸⁵ Les 7 grandes régions de Suisse sont les suivantes: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS, SO), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Tessin (TI).

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

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

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

Relevé des données

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

Interviews téléphoniques:

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

Interviews proxy:

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

Entretiens personnels:

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

Enquête écrite:

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

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

Pondération des données

Après la sélection des participants, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête sont valables pour toute la Suisse ou pour le canton. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les biais liés au tirage de l'échantillon, telles qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. Pour ce faire, la composition de l'échantillon est comparée à la structure de la population résidente en Suisse âgée de 15 ans et plus (état fin 2006) vivant dans des ménages privés. Cette opération consiste essentielle-

ment à calculer en fonction de critères sociodémographiques un facteur de pondération pour chaque personne interrogée, à l'aide duquel chacune de ses réponses sera ensuite multipliée. On s'attend (sans pouvoir le confirmer), à ce que l'échantillon reflète l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée, même si la pondération ne prend en compte que certaines variables socio-démographiques.

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

