



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Recueil d'indicateurs du Système de monitorage alimentation et activité physique (MOSEB)

**Dans le cadre du Programme national alimentation et activité
physique (PNAAP)**

Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand et Markus Lamprecht
Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG • Zürich

sur mandat de

Office fédéral de la santé publique

et en collaboration avec :

Office fédéral du sport

Office fédéral de la statistique

Office fédéral des routes

Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires

Promotion Santé Suisse

Observatoire Sport et activité physique Suisse

Observatoire suisse de la santé

Suva

Rapport sur les indicateurs • Etat : juin 2017



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

Observatorium
Sport und Bewegung Schweiz



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Table des matières

1. Système de monitoring MOSEB	2
2. Aperçu des principaux ajouts et des nouveautés de janvier 2012	5
3. Recueil d'indicateurs	6
Domaine 1 : Connaissances, attitude, sensibilité (domaine CS)	7
Domaine 2 : Comportement alimentaire (domaine A)	33
Domaine 3 : Comportement en matière d'activité physique (domaine AP)	65
Domaine 4 : Poids corporel (domaine PC)	82
Domaine 5 : Etat de santé (domaine ES)	99
Domaine 6 : Conditions-cadres et offres (domaine CC)	126
Annexe : Aperçu des précédentes mises à jour du recueil d'indicateurs	138

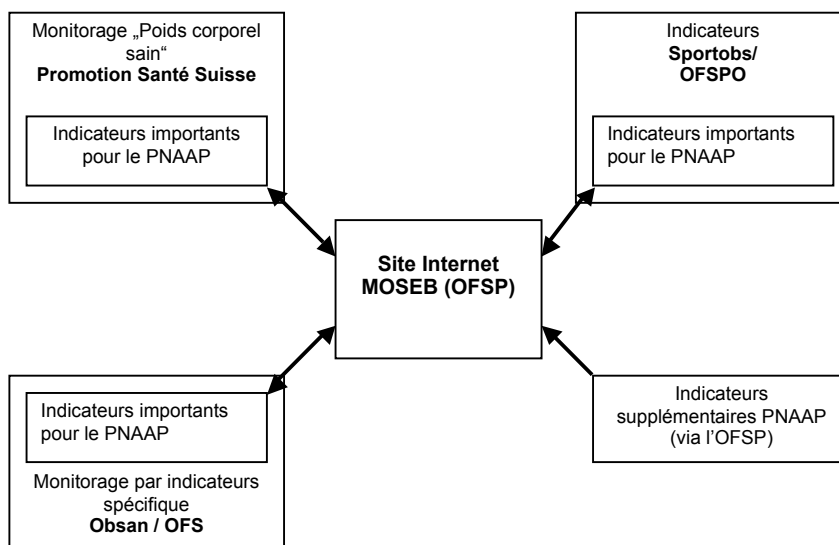
Impressum

Mandant & éditeur :	Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Auteurs :	Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand, Markus Lamprecht Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Forchstrasse 212, 8032 Zurich, info@LSSFB.ch
Suivi scientifique & soutien :	Nadine Stoffel-Kurt (responsable), Kathrin Favero (Office fédéral de la santé publique) Esther Camenzind (Office fédéral de la santé publique) Lisa Guggenbühl (Promotion Santé Suisse) Renaud Lieberherr, Ueli Oetliker (Office fédéral de la statistique) Heidi Meyer (Office fédéral des routes) Tanya Kasper (Suva) Nicole Ruch (Observatoire suisse de la santé) Thomas Wyss (Office fédéral du sport)
Diffusion :	Le rapport peut être téléchargé sur les sites Internet www.moseb.ch et www.ofsp.admin.ch
Copyright :	Office fédéral de la santé publique / L&S SFB, juin 2017
Proposition pour la citation :	Stamm, H., A. Fischer, D. Wiegand, M. Lamprecht : Monitoring alimentation et activité physique. Recueil d'indicateurs. Etat : juin 2016. Ed. : Office fédéral de la santé publique, Berne 2017.

1. Le système de monitoring MOSEB

Dans le cadre du Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) et du « Système de monitoring alimentation et activité physique » (MOSEB), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) met en ligne, à l'intention de la population, un recueil de 54 indicateurs sur les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique. Le lien avec les systèmes d'indicateurs existants de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), de Promotion Santé Suisse et de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse (Sportobs) constitue un élément essentiel du présent rapport. En d'autres termes, les indicateurs ne sont remaniés que s'ils ne figurent pas déjà dans les systèmes précités. Le cas échéant, un lien est créé sur le site Internet de l'OFSP / PNAAP (cf. figure 1).

Figure 1 : Structure du recueil d'indicateurs pour le système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB)



Dans un souci de clarté et de simplification de la navigation, les 58 indicateurs ont été classés dans six domaines thématiques, présentés dans le tableau 1. On constate à la lecture de celui-ci que tous les indicateurs sont désormais documentés.

Il ressort en outre de la cinquième colonne du tableau 1 que les indicateurs ne sont pas uniquement classés de façon thématique, mais aussi d'après leur importance pour le MOSEB. Pour ce faire, trois catégories d'indicateurs ont été créées :

- Les *indicateurs directeurs* (L) revêtent une importance stratégique pour le PNAAP et les organisations partenaires.
- Les *indicateurs majeurs* (K) comportent des informations concernant les aspects principaux du PNAAP.
- Les *indicateurs complémentaires* (Z) sont d'un intérêt secondaire, car ils contiennent des informations spécifiques ou approfondies, ou se rapportent à certains groupes de population.

Pour tous les indicateurs, les informations centrales peuvent être consultées directement sur le site de l'OFSP / MOSEB (www.moseb.ch). Les informations complémentaires sont disponibles par le biais de liens hypertexte qui renvoient à des fichiers PDF ou aux sites des organisations partenaires (Promotion Santé Suisse, Obsan, Sportobs).

Tableau 1: Aperçu de la structure du système d'indicateurs et de l'état des travaux

N°	Titre	Indicateur OFSP*	Indicateur externe*	Catégorie	Anc. abr.	Page
1	Culture sanitaire (connaissances, attitude, sensibilité, comportement en matière d'information)	6	3		CS	
1.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels		x	K	CS.1	7
1.2	Raisons de pratiquer une activité sportive	x		K	CS.3	8
1.3	Connaissances des rapports entre l'alimentation, l'activité physique et un poids corporel sain	x		K	CS.4	10
1.4	Obstacles à une alimentation saine	x		Z	CS.5	15
1.5	Connaissances des recommandations nutritionnelles	(x)		Z	CS.6	19
1.6	Perception / information offre alimentaire	(x)		Z	CS.7	25
1.7	Connaissance des recommandations en matière d'activité physique	x		Z	CS.8	29
1.8	Perception du sport et attitude à l'égard du sport		(x)	Z	CS.9	31
1.9	Rapport A&AP		x	Z	CS.10	32
2	Comportement alimentaire	9	3		A	
2.1	Comportement alimentaire des adultes (consommation de fruits et légumes)		x	L	A.3	33
2.2	Comportement alimentaire des enfants et adolescents		x	L	A.4	34
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires		(x)	K	A.1	35
2.4	Consommation de denrées alimentaires	(x)		K	A.2	36
2.5	Consommation de sel	(x)		Z	A.5	39
2.6	Comportement culinaire	(x)		Z	A.6	42
2.7	Allaitement	x		Z	A.7	47
2.8	Micronutriments	(x)		Z	-	50
2.9	Petit déjeuner et autres repas. Adultes	x		Z	A.9	53
2.10	Petit déjeuner et autres repas. Enfants et adolescents	x		Z		55
2.11	Apport en énergie et en nutriments	x		Z	-	57
2.12	Boissons sucrées. Adultes	x		Z	-	60
2.13	Boissons sucrées. Enfants et adolescents	(x)		Z		62
2.14	Végétarisme	x		Z		63
3	Comportement en matière d'activité physique	3	5		AP	
3.1	Comportement des adultes en matière d'activité physique		x	L	AP.1	65
3.2	Comportement des enfants et adolescents en matière d'activité physique		x	L	AP.2	66
3.3	Activité physique : mesures objectives	(x)		K	AP.3	67
3.4	Activité physique au travail, durant les loisirs et sur les trajets quotidiens	x		K	AP.4	69
3.5	Activité sportive		x	Z	-	72
3.6	Sédentarité, adultes	x		Z	AP.5	73
3.7	Sédentarité, enfants et adolescents	x		Z		78
3.8	Performance sportive des jeunes adultes		(x)	Z	AP.6	80
3.9	Participation aux activités Jeunesse et Sport (J+S)		x	Z	AP.7	81

Tableau 1 (suite)

N°	Titre	Indicateur OFSP*	Indicateur externe*	Catégorie	Anc. abr.	Page
4	Poids corporel (IMC, masse anthropométrique ; satisfaction de son propre poids)	3	5		PC	
4.1	IMC adultes (données tirées d'enquêtes)		x	L	PC.1	82
4.2	IMC enfants et adolescents (mesure directe)		(x)	L	PC.3	83
4.3	IMC adultes (mesure directe)	(x)		K	PC.2	84
4.4	Tour de ventre / WHR	x		K	PC.4	89
4.5	Satisfaction poids adultes		x	Z	PC.5	95
4.6	Satisfaction poids enfants / adolescents		x	Z	PC.6	93
4.7	Changement / contrôle du poids	x		Z	PC.7	94
4.8	IMC moyen dans le sous-groupe des personnes en surpoids		x	Z	PC.8	98
	Etat de santé (y c. prévalence de maladies en lien avec l'alimentation et l'activité physique)	6	3		ES	
5.1	Maladies non transmissibles	(x)		L	ES.1	99
5.2	Coûts du surpoids et de l'obésité	x		L	ES.7	106
5.3	Etat de santé subjectif		x	K	ES.5	108
5.4	Rapport entre santé, alimentation et activité physique	x		Z	ES.2	109
5.5	Aptitude physique au quotidien des personnes âgées		x	Z	ES.3	111
5.6	Accidents et lésions liés à la pratique du sport		x	Z	ES.4	112
5.7	Bien-être psychique	x		Z	ES.6	113
5.8	Troubles du comportement alimentaire	x		Z	A.8	118
5.9	Coûts de l'inactivité physique	x		Z	-	120
5.10	Qualité de vie, adultes	(x)		Z		122
5.11	Qualité de vie, enfants et adolescents	x		Z		124
	Conditions-cadres et offres (y c. indicateurs sur les mesures de prévention et de soutien et offres en matière d'alimentation et d'activité physique)	2	6		CC	
6.1	Offres en matière d'alimentation et d'activité physique dans les cadres de vie spécifique		(x)	L	CC.4	126
6.2	Espaces et surfaces pour le sport		x	K	CC.2	129
6.3	Actions du monde économique	x		Z	CC.3	130
6.4	Offres d'activité physique enfants et adolescents		x	Z	CC.5	132
6.5	Offres d'activité physique pour adultes		(x)	Z	CC.6	133
6.6	Infrastructures sportives		x	Z	CC.7	134
6.7	Sports scolaires obligatoires		x	Z	CC.8	135
6.8	Publicité ciblant les enfants et les adolescents	x		Z	-	136

x : indicateur disponible

(x) : indicateur disponible, pas de données complètes pour le moment ou existence d'un potentiel d'optimisation considérable

2. Aperçu des principaux ajouts et nouveautés

Le présent document contient tous les indicateurs du système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB). Le tableau suivant fait état des principales modifications et actualisations qui ont été apportées depuis le dernier recueil d'indicateurs (les mises à jour précédentes étant documentées en annexe) :

Tableau 2 : Aperçu des actualisations et des ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre juin 2016 et juin 2017

N°	Indicateur	Type de modification
1.5	Connaissances concernant les recommandations nutritionnelles	Ajout de données issues de menuCH
2.1	Comportement alimentaire des adultes	Mise à jour avec les données de menuCH
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires	Mise à jour avec les données de l'EBM 2014
2.4	Consommation de denrées alimentaires	Ajout de données issues de menuCH
2.5	Consommation de sel	Ajout de données issues de menuCH
2.6	Comportement culinaire	Ajout de données issues de menuCH
2.8	Micronutriments	Ajout de données issues de menuCH
2.9	Petit déjeuner et autres repas. Adultes	Ajout de données issues de menuCH
2.12	Boissons sucrées. Adultes	Nouvel indicateur sur la base de l'enquête menuCH et de l'enquête auprès de la population réalisée par Promotion Santé Suisse
2.13	Boissons sucrées. Enfants et adolescents	Nouvel indicateur ; transfert de données à partir de l'indicateur 2.12
2.14	Végétarisme	Ajout de données issues de menuCH ; nouveau numéro
3.6	Sédentarité	Ajout de données issues de menuCH
4.3	IMC adultes (mesure directe)	Ajout de données issues de menuCH et de données sur le recrutement
4.4	Tour de ventre / WHR	Ajout de données issues de menuCH et de données sur le recrutement
4.5	Satisfaction poids. Adultes	Ajout de données issues de menuCH
4.7	Désir de changer de poids	Ajout de données issues de menuCH
5.6	Accidents et lésions liés à la pratique du sport	Mise à jour via l'Observatoire Sport et activité physique Suisse
6.3	Actions du monde économique	Mise à jour sur la base de nouvelles données de l'OFSP

Il convient d'indiquer, en plus des modifications figurant dans le tableau, que le recueil d'indicateurs « Poids corporel sain » de Promotion Santé Suisse n'est pour le moment pas mis à jour et n'est pas non plus disponible en ce moment sur le site Internet de Promotion Santé Suisse. La dernière version des indicateurs est cependant disponible au format PDF sur le site Internet du MOSEB.

3. Recueil d'indicateurs

Les pages qui suivent comportent tous les indicateurs du système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB).

L'étendue du rapport en termes d'indicateurs individuels dépend de la disponibilité des données, de leur provenance ainsi que de leur importance pour le MOSEB.

- Si les indicateurs ont été élaborés spécialement pour le présent projet, ils sont présentés dans leur ensemble, soit : une page de « vue d'ensemble » expose un rapport particulièrement important ou une comparaison diachronique, alors que les résultats additionnels figurent sur trois autres pages au maximum.
- Si les indicateurs proviennent des recueils existants de l'Obsan, de Promotion Santé Suisse ou de Sportobs, un résultat majeur est à chaque fois présenté sur la page de vue d'ensemble. Les résultats détaillés sont, en revanche, accessibles via des hyperliens correspondant au recueil d'indicateurs.

Dans les deux cas, une remarque sur la « base de données » figure sur la première page et informe sur les sources de données utilisées pour les analyses et les échantillonnages.

Indications concernant la présentation :

- Dans un souci de lisibilité, les chiffres ont été arrondis dans les graphiques et dans le texte. Les barres ou colonnes de certaines figures peuvent avoir une longueur différente tout en indiquant les mêmes valeurs ; ces différences résultent de l'arrondissement. Exemple : les valeurs 5,6 % et 6,4 % sont arrondies au chiffre entier, 6 %, mais il existe en fait une différence de 0,8 %, qui se reflète dans le graphique.
- Les lecteurs férus de sciences remarqueront probablement l'absence des données relatives à la signification statistique. Il y a été renoncé, d'une part, car la représentation, déjà bien touffue, eût été encore alourdie par ces indications. D'autre part, il était parfois impossible de calculer la signification – lorsque les résultats étaient repris de représentations existantes et que les données nécessaires faisaient défaut. Lorsque l'équipe de projet a elle-même entrepris l'analyse des données (p. ex., ESS, Sport Suisse 2008, Enquête Omnibus de l'OFS), les données correspondantes existaient et peuvent être mises à disposition sur demande.

Domaine 1 : Culture sanitaire – alimentation et activité physique (connaissances, attitude, sensibilité, comportement en matière d'information)

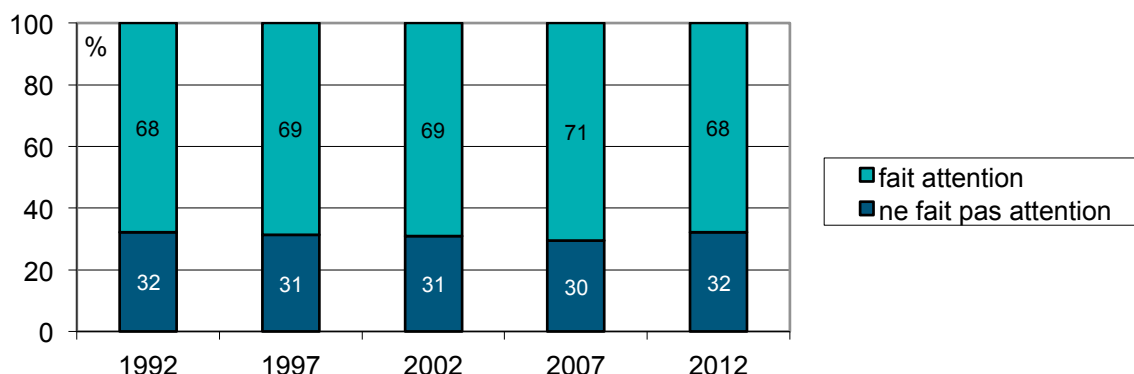
Indicateur 1.1 : Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels

Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

L'alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels fournit de précieuses indications quant à la conscience alimentaire dont font preuve les individus lorsqu'ils prennent des décisions dans ce domaine. Le présent indicateur contient des données tirées des Enquêtes suisses sur la santé (ESS) réalisées entre 1992 et 2012 par l'Office fédéral de la statistique ainsi que des données provenant d'études plus récentes. Le graphique suivant représente les réponses fournies à la simple question de savoir si, dans son alimentation, on « fait attention à ce que l'on mange » ou pas du tout.

Le graphique montre que presque 70 % de la population suisse font attention à la manière de se nourrir, alors que le dernier tiers n'y porte aucune attention. La proportion de personnes qui font attention à leur alimentation a pratiquement stagné depuis 1992. L'analyse de plusieurs études conduite par la Société Suisse de Nutrition (Infanger 2012) montre qu'en moyenne les trois quarts des consommateurs jugent important de faire des choix alimentaires sains. Cette méta-analyse confirme également l'impact du sexe et de l'âge sur la conscience alimentaire mis en évidence dans le recueil des indicateurs de Promotion Santé Suisse. Il ressort par ailleurs du module MOSEB de la plus récente Enquête Omnibus (2014), menée par l'Office de la statistique, que les recommandations alimentaires concrètes sont suivies de façon plus ou moins rigoureuse. 80 % des sondés indiquent par exemple qu'ils privilégient « toujours » ou « souvent » l'huile d'olive ou de colza par rapport à d'autres types d'huile ou qu'ils boivent quotidiennement un à deux litres de boisson non sucrée. Seule la moitié des sondés s'inspire cependant de la pyramide alimentaire.

A) Prise de conscience de l'alimentation dans la population suisse, 1992-2012



Source : ESS 1992 à 2012 ; réponses à la question : « Faites-vous attention à certaines choses dans votre alimentation ? » ; 1992, n=14'711 ; 1997, n=12'995 ; 2002, n=19'690 ; 2007, n=18'742 ; 2012, n=21'577

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé (ESS) 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique.

Module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique

Infanger, E. (2012): Die gesunde Lebensmittelwahl. Was wissen wir über den Konsumenten und die

Konsumentin in der Schweiz? Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.

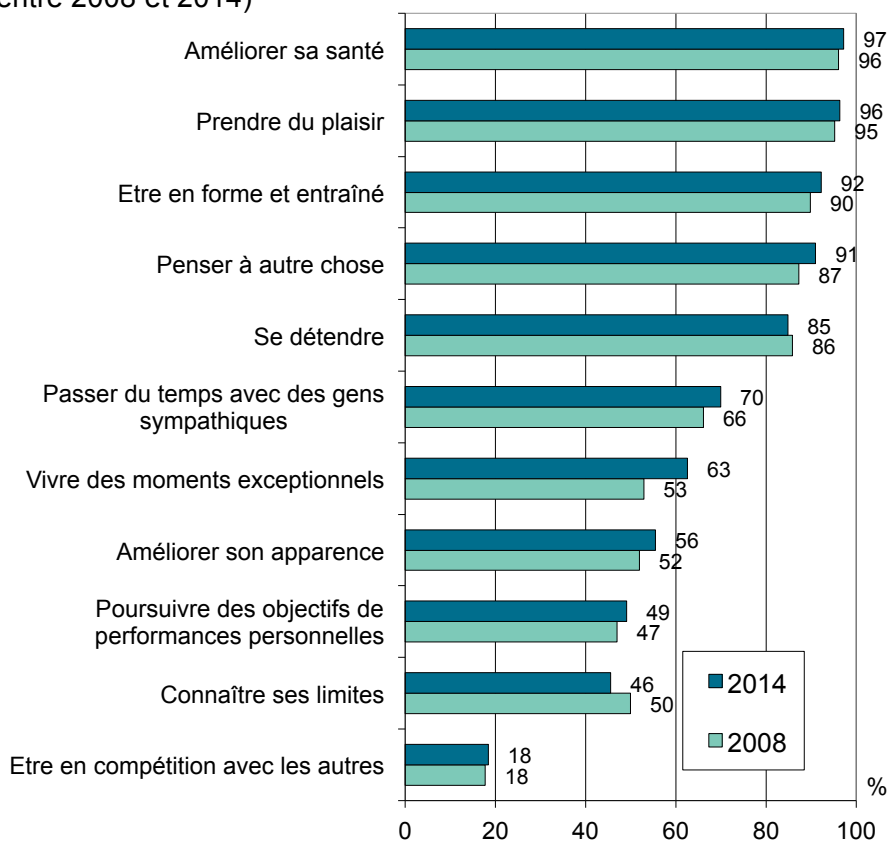
De plus amples informations figurent dans le Recueil des indicateurs de Promotion Santé Suisse (indicateur 4D) ainsi qu'à l'indicateur 1.5.

Indicateur 1.2 : Motivation à pratiquer ou non une activité physique

Dès lors qu'un individu sait quel comportement adopter pour favoriser sa santé, sa décision de faire - ou non - de l'activité physique dépendra de différents facteurs de motivation et d'obstacle.

Selon l'enquête de Sport Suisse 2014, près des trois quarts de la population résidante et âgée de 15 à 74 ans pratiquent une activité sportive. Les personnes interrogées ont dû indiquer l'importance, pour elles, des différentes motivations de faire du sport. Comme le montre la figure ci-dessous, le souci de rester en bonne santé et le plaisir sont des motivations importantes, voire très importantes, pour la quasi-totalité des sportifs. Pour la plupart, le sport permet également de déconnecter, de se détendre, d'être en forme et bien entraîné. La camaraderie (passer du temps avec ses connaissances) est aussi citée comme une raison importante. Vivre des moments exceptionnels, améliorer son apparence et poursuivre des objectifs de performances personnelles motivent plus de la moitié des personnes pratiquant une activité sportive. Il ressort de ces résultats que la structure de ces motivations est restée quasiment identique entre 2008 et 2014 : seul le fait de vivre des moments exceptionnels a été cité un peu plus fréquemment et la volonté d'explorer ses limites un peu moins.

A) Importance des différentes motivations (pourcentage des personnes pratiquant une activité sportive ayant qualifié la motivation en question d'importante, voire très importante, entre 2008 et 2014)



Sources : Sport Suisse 2008, n=7'762-7'819 ; Sport Suisse 2014, n=7'887-7'953

Réponses à la question : « Qu'est-ce qui est particulièrement important dans la pratique d'un sport ? Pour chaque proposition, déterminez leur degré d'importance de manière personnelle. »

Base de données

Sport Suisse 2008 et 2014, enquêtes représentatives de la population résidante et âgée de 15 à 74 ans, menée par l'Observatoire Sport et activité physique Suisse.

Les personnes pratiquant une activité physique ont été interrogées sur l'importance des différentes motivations de faire du sport, et les non-sportifs sur les raisons qui les poussent à ne pas pratiquer d'activité physique et à quelles conditions ils s'y (re)mettraient.

Autres résultats

Pour promouvoir l'activité physique, il est important de connaître les motivations des sportifs, mais aussi celles qui poussent certaines personnes à ne pas pratiquer d'activité physique. Selon Sport Suisse 2014, 26 % de la population suisse déclarent ne pratiquer aucun sport. La majorité de ces personnes (71 %) reconnaît avoir pratiqué un sport auparavant et en avoir le plus souvent retiré des expériences positives.

Comme le montre le tableau B, le « manque de temps » (40 %) est la raison la plus souvent invoquée pour justifier l'inactivité. 18 % des non-sportifs citent le manque d'envie et des raisons de santé, alors que 9 % répondent qu'il bougent déjà suffisamment ou que leurs horaires de travail et les trajets ne leur permettent pas de pratiquer une activité sportive.

Il est étonnant de constater que le classement des raisons pour lesquelles on ne pratique pas de sport ainsi que le nombre de citations n'ont quasiment pas évolué entre 2008 et 2014.

B) Raisons pour lesquelles on ne pratique pas de sport : proportion des personnes ayant indiqué de telles raisons, 2008 et 2014 (en % des non-sportifs, plusieurs réponses possibles)

	2008	2014
Manque de temps	42	40
Absence d'envie et de plaisir	17	18
Raisons de santé	15	18
Activité physique suffisante sans le sport, forme suffisante	10	9
Horaires de travail inadaptés ou trop importants, temps de transport domicile-travail long	8	9
Autres centres d'intérêt	8	5
Vie familiale prioritaire	4	3
Impression que le sport n'est pas pour moi, ne me fait pas du bien	4	3
Age	2	2
Abandon suite à une blessure	2	2
Raisons financières	1	1
Aucune offre adaptée	1	0
Mauvais souvenirs, mauvaise expérience	11	7
Autres motifs	42	40

Réponses à la question : « Il y a différentes raisons de ne pas pratiquer de sport. Quelles sont les vôtres ? »
N(2008)=2'431, n(2014)=2'687

Il en va de même du tableau C), qui recense les conditions nécessaires pour se (re)mettre au sport. Là aussi, les facteurs de temps, de santé et de motivation induite par l'environnement social sont particulièrement souvent évoqués. Toutefois, les raisons financières et liées à l'offre sont tout de même citées par plus de 5 % des personnes inactives souhaitant reprendre le sport.

C) Conditions nécessaires pour se (re)mettre à une activité sportive : proportion des personnes ayant cité ces conditions, 2008 et 2014 (en % des non-sportifs qui aimeraient recommencer à pratiquer une activité sportive)

	2008	2014
Plus de temps	48	42
Etat de santé (meilleure santé, etc.)	17	15
Motivation et accompagnement des collègues ou amis	12	10
Raisons financières	8	7
Offre adéquate à proximité	6	6
Recommandation médicale	3	1
Convivialité	2	1
Objectif clair en vue	2	1
Offre correspondant aux capacités	1	2
Autres	13	14

Réponses à la question : « Qu'est-ce qui vous pousserait à pratiquer un des sports déjà évoqués ? » ; n(2008)=1'030 ; n(2014)=1'021

Informations complémentaires :

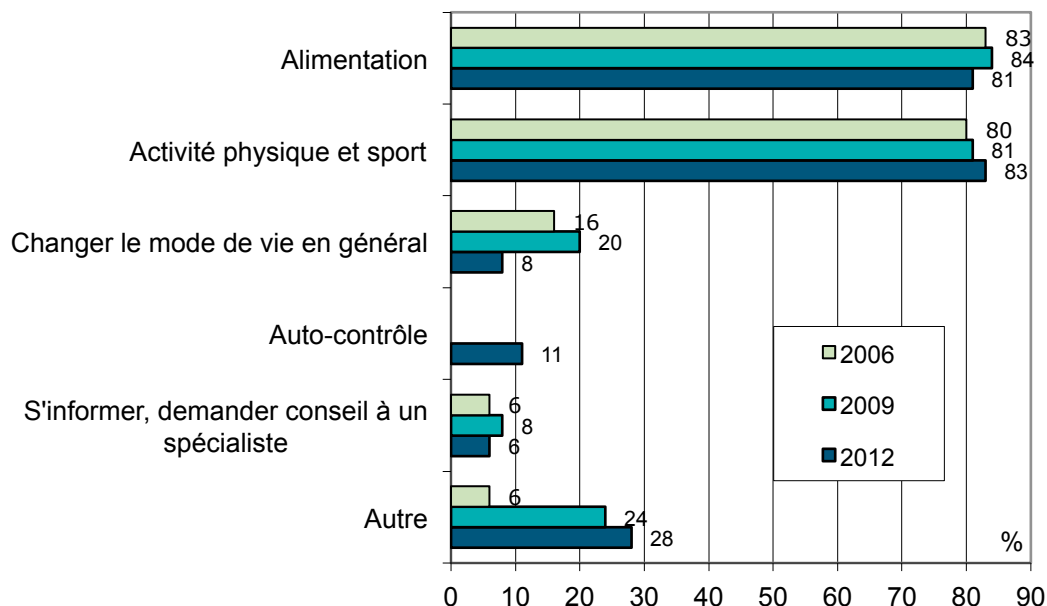
Lamprecht, M., A. Fischer et H. Stamm (2014) : Sport Suisse 2014 : activité sportive et intérêt pour le sport de la population suisse. Macolin : Office fédéral du sport

Indicateur 1.3 : Connaissance sur les rapports entre alimentation, activité physique et poids corporel sain

Il est prouvé qu'un « poids corporel sain » résulte de l'équilibre de la balance énergétique, soit de la corrélation entre l'apport (alimentation) et la dépense énergétique (métabolisme de base, activité physique quotidienne et sport). Ces dernières années, le rapport entre poids corporel, alimentation et activité physique – qui est la base d'un mode de vie sain – a fait l'objet de plusieurs campagnes d'information, et la population en a pris conscience.

La figure ci-dessous montre qu'une grande majorité de la population privilégiée, dans l'optique d'un poids corporel sain, une stratégie combinée en matière d'alimentation et d'activité physique. En effet, quelque 80 % des personnes interrogées mentionnent à chaque fois des aspects de l'alimentation et de l'activité physique. Il est par ailleurs frappant que les estimations entre les trois enquêtes, menées en 2006 et 2012, ont à peine évolué, à deux exceptions près. D'une part, une nouvelle réponse a été proposée en 2012, à savoir « Auto-contrôle », pour laquelle 11 % des sondés ont opté, aux dépens de « Changer le mode de vie en général ». D'autre part, la mention « Autre » a nettement augmenté, passant de 6 à 28 %.

A) Perception des possibilités qu'ont les individus pour atteindre un poids corporel sain, 2006 et 2012



Source : Enquêtes auprès de la population réalisées par Promotion Santé Suisse et l'Université de Lugano, 2006 : n=1'441, 2009 : n=1'008 et 2012 : n=1'005 (personnes à partir de 16 ans) ; réponses catégorisées à une question ouverte relative aux mesures permettant d'atteindre un poids corporel sain : « Que peut-on faire pour conserver ou atteindre un poids corporel sain ? ». Précision : dans l'enquête, sont considérées comme en sous-poids les personnes ayant un IMC < 20 kg/m²

Base de données

Enquêtes auprès de la population réalisées par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana (2006 : n=1'441, 2009 : n=1'008 et 2012 : n=1'005) ; enquête téléphonique. Comme les chiffres ne sont pas comparables dans tous les cas pour 2006 et 2012, quelques-unes des figures suivantes ne contiennent pas de comparaisons temporelles.

De plus, des données issues des études suivantes ont été utilisées :

- Etude Coop « Tendances alimentaires sous la loupe », de septembre 2009 (n= 514). Ces chiffres représentent la population de la Suisse alémanique et de la Suisse romande qui navigue au moins une fois par semaine sur Internet à des fins privées.
- Module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), enquête téléphonique auprès de la population âgée de 15 à 74 ans (n=2 993)
- Rapports Eurobaromètre spéciaux 246 (2005, n=14'682) et 283 (2007, n=28'660)

Autres résultats

La figure B montre une analyse détaillée des réponses contenues dans la figure A à la question sur ce que pourrait faire chacun en vue d'un poids corporel sain, pour l'année 2012. Il apparaît que les estimations en fonction du poids corporel des sondés ne diffèrent guère. Les personnes obèses ou en surpoids renvoient moins souvent à l'activité physique que les personnes de poids normal. En outre, les personnes obèses ou en surpoids semblent être moins convaincues quant à l'influence de l'alimentation sur le poids corporel.

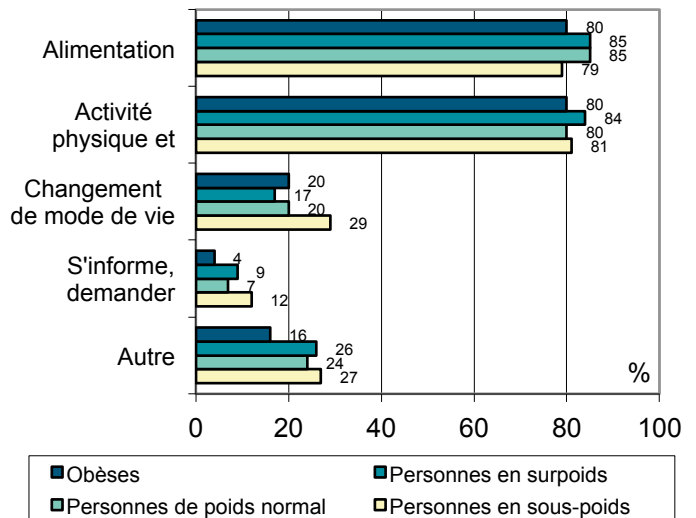
La comparaison avec l'enquête menée au sein de la population en 2009 (non représentée ici) montre que les différences d'appréciation sont minimales. Le seul fait marquant est que seuls les obèses ont été sensiblement plus nombreux (+ 14%) à opter pour la mention « Autre », alors que dans presque toutes les catégories, la réponse « S'informer, demander conseil à un spécialiste » a récolté moins de suffrages.

L'enquête auprès de la population réalisée par Promotion Santé Suisse et l'Université de Lugano comporte une question ouverte sur les risques sanitaires liés au surpoids. Les réponses exposées à la figure C peuvent être interprétées comme une prise de conscience de la problématique.

Les problèmes de santé les plus fréquemment cités dans la littérature spécialisée en lien avec le surpoids – à savoir les maladies cardiovasculaires et le diabète – le sont aussi par les sondés. Les maladies articulaires sont également souvent citées par les sondés.

Les estimations ont peu changé entre 2006 et 2012. La conscience du danger a nettement augmenté seulement pour le diabète, tandis que les risques de maladies articulaires et d'attaques cérébrales sont moins mentionnées que six ans auparavant.

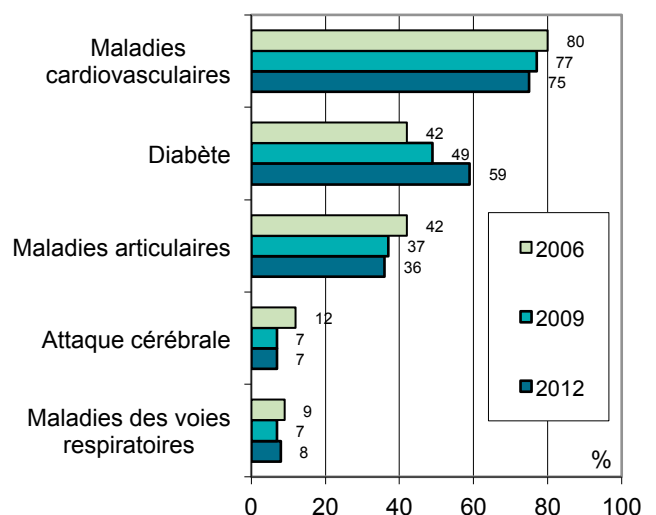
B) Possibilités pour un individu d'atteindre un poids corporel sain en fonction de l'IMC, 2012 (en %)



Source : Enquête menée au sein de la population par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana

Remarque : dans l'enquête, les personnes en sous-poids ne sont pas déterminées selon la définition de l'OMS (IMC < 18,5 kg/m²) mais avec un IMC < 20 kg/m²

C) Perception des risques pour la santé liés au surpoids, de 2006 à 2012 (en %)



Source : Enquête auprès de la population réalisée par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana, n=1'441 ; réponses à une question ouverte relative aux risques pour la santé liés au surpoids

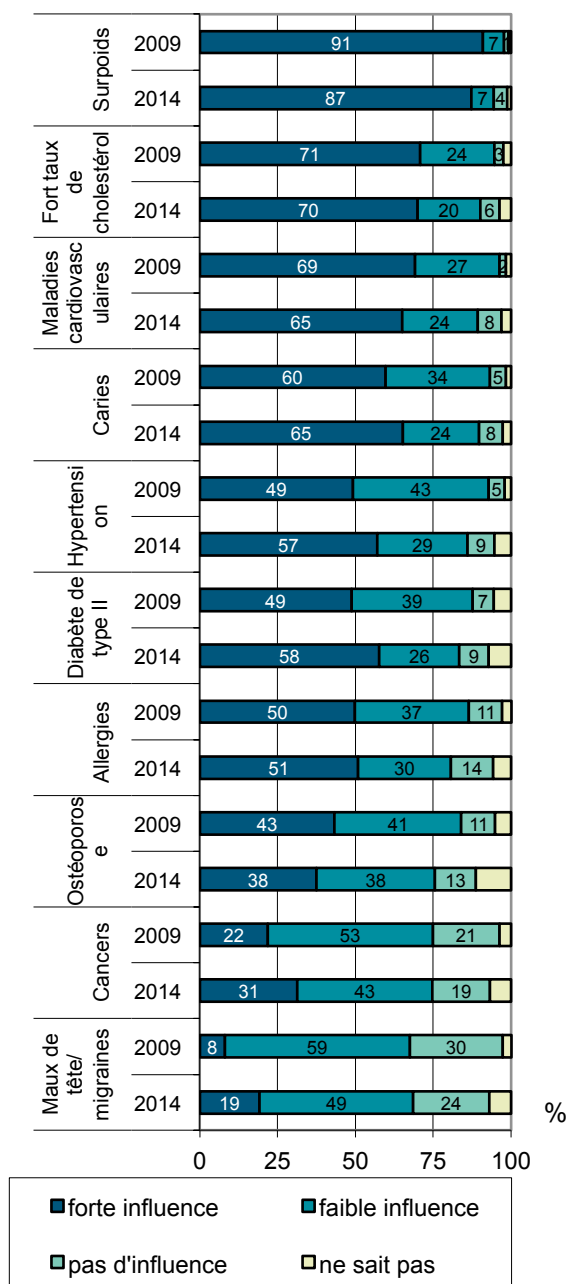
Les figures D et E présentent les résultats de l'étude Coop « Tendances alimentaires sous la loupe, alimentation et santé » (2009) et du module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique, qui a repris l'essentiel des questions de l'étude de la Coop dans leur formulation originale. Tout comme les enquêtes menées par Promotion Santé Suisse, ces deux études interrogeaient le lien entre alimentation et santé.

La figure D montre que l'effet de l'alimentation sur le surpoids, un fort taux de cholestérol, les maladies cardiovasculaires ainsi que sur les caries est très souvent cité. Environ 90 % des sondés pensent que l'alimentation joue un rôle prépondérant dans la prévention du surpoids. Par contre, le lien avec les tumeurs et les maux de tête est relativement peu évoqué.

En comparant les chiffres de 2009 et de 2014, il apparaît en outre que les estimations n'ont quasiment pas changé. Le niveau de sensibilisation semble toutefois avoir légèrement augmenté en ce qui concerne les caries, l'hypertension, le diabète de type II et les cancers car légèrement plus de personnes parlent désormais du comportement alimentaire comme ayant une « forte influence » sur leur prévention.

Les données de l'Enquête Omnibus 2014 permettent d'établir différentes corrélations dont il ressort que pour presque toutes les maladies énoncées, les femmes et les personnes avec un haut niveau de formation supposent beaucoup plus fréquemment que les autres personnes que l'alimentation a une « forte influence » sur la prévention de ces maladies. Il est par ailleurs intéressant de noter que les sondés germanophones attribuent moins souvent une forte influence à l'alimentation que les sondés francophones ou italophones ; quant aux sondés étrangers, pour presque toutes les maladies (sauf le cancer), ils ne voient qu'un faible rapport avec l'alimentation. Si l'on considère les réponses des sondés en fonction de leur âge, les résultats varient selon les maladies : s'agissant de l'ostéoporose et du cancer, les sondés plus âgés évoquent plus fréquemment l'alimentation comme ayant une forte influence tandis que s'agissant du cholestérol, des caries et des allergies, c'est l'inverse.

D) Effets préventifs estimés de l'alimentation sur les différentes maladies, 2009 et 2014



Source : Etude Coop «Tendances alimentaires sous la loupe, alimentation et santé», 2009 (n=514) et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2971 et 2986, selon la maladie).
Question: D'après vous, quelle est l'influence de l'alimentation sur la prévention des maladies suivantes ?

Remarque : pour des raisons de lisibilité, les chiffres de la catégorie «ne sait pas» n'ont pas été inscrits

D'après l'étude Coop, plus d'un tiers des sondés (37 %) a déjà changé d'habitudes alimentaires en raison d'une des maladies citées à la figure D. La figure E montre d'un côté, quelles modifications ont été apportées et, de l'autre côté, qui les a recommandées.

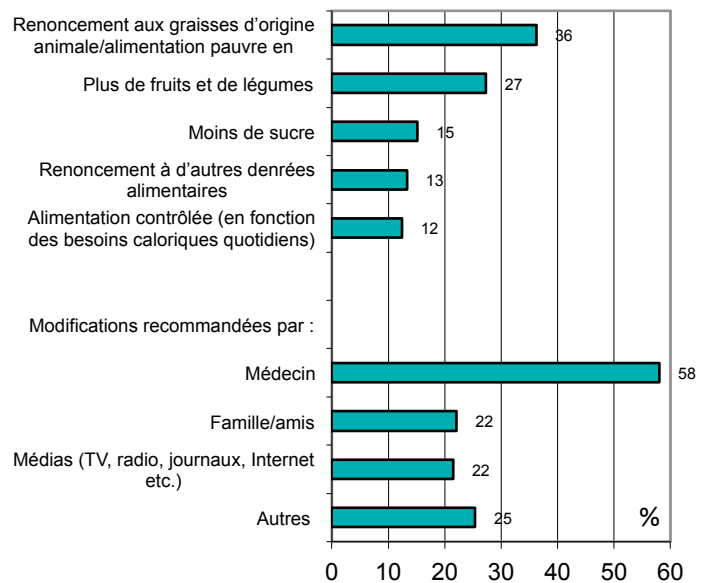
En première position, on trouve le passage à une alimentation pauvre en matières grasses ou le renoncement aux graisses d'origine animale (36 %). Plus d'un quart cite également une plus grande consommation de fruits et de légumes. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit du médecin qui a recommandé un changement d'alimentation (58 %), suivi par la famille et les amis ou les médias (22 % chacun).

D'après le module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS, seuls 30 % de la population ont déjà modifié une fois leur alimentation en raison d'une maladie. Dans cette étude également, cette modification résultait principalement d'une recommandation d'un médecin (47 %), d'amis (22 %) ou des médias (15 %).

A titre comparatif, il est intéressant, en l'espèce, d'observer les données européennes relevées périodiquement dans le cadre des Rapports Eurobaromètre spéciaux de la Commission européenne.

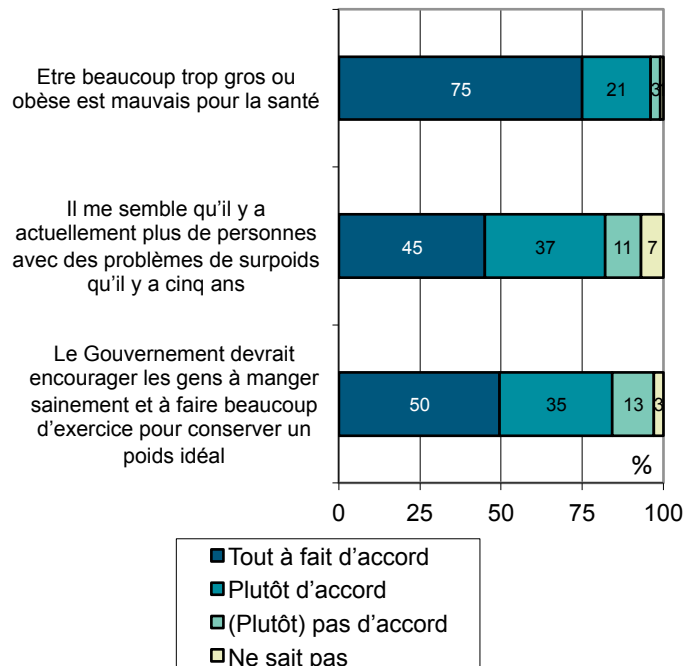
Bien que ces rapports ne soient pas aussi précis pour les questions relatives aux risques pour la santé liés au surpoids que l'enquête suisse précitée, il ressort toutefois de la figure F qu'au niveau européen, une grande majorité de la population (96 %) estime que le surpoids constitue un problème de santé. De plus, 82 % des répondants sont (plutôt) d'avis que la proportion de personnes avec des problèmes de surpoids dans leur pays est plus importante qu'il y a cinq ans. Vu la perception de cette problématique, il n'est pas étonnant, enfin, que 85 % des personnes interrogées se déclarent en faveur d'interventions publiques visant à encourager une alimentation saine et une activité physique suffisante.

E) Modification des habitudes alimentaires, 2009



Source : Etude Coop «Tendances alimentaires sous la loupe, alimentation et santé», 2009 (n=240). Les données correspondent au pourcentage de sondés qui ont déjà changé une fois leur alimentation en raison d'une maladie (37 %). Questions: « Avez-vous déjà modifié une fois votre alimentation en raison d'une des maladies citées ci-dessus ? Si oui, quelles modifications y avez-vous apportées ? Si oui, qui vous a recommandé de changer vos habitudes alimentaires ? »

F) Degré d'adhésion à plusieurs affirmations sur le surpoids en Europe, 2005 (UE 25)



Source : Eurobaromètre spécial 246 (2005), n=24682

La figure G présente des données de 2007 sur l'opinion que portent les Européens sur leur espérance de vie s'ils réussissent à éviter une série de facteurs de risque. Le surpoids, l'alimentation et l'activité physique se trouvent en bas de l'échelle des estimations tandis que les facteurs environnementaux négatifs (pollution, bruit) et le stress impliqueraient une plus grande espérance de vie.

Ce résultat ne coïncide pas avec le classement des facteurs de risque de l'OMS (rapport « Global Health Risks » 2009, p. 11), qui place en tête de liste l'hypertension, la consommation de tabac, des taux de glycémie élevés, la sédentarité et le surpoids ou l'obésité. Même si les possibilités de comparaison entre la liste de l'OMS et les facteurs mentionnés dans la figure G sont limitées, on constate que la population a tendance à sous-évaluer les facteurs de l'activité physique et de l'alimentation par rapport aux facteurs environnementaux.

Enfin, la figure H montre les résultats européens sur la façon dont le comportement alimentaire a évolué au cours des douze mois écoulés. Il faut tout d'abord relever que seuls 22 % des sondés ont affirmé avoir changé leurs habitudes. Une majorité d'entre elles a tenu compte, au moins partiellement, des recommandations nutritionnelles usuelles. Pour la petite minorité qui mange moins de fruits et légumes et plus de viande et absorbe plus de calories, il pourrait s'agir, en partie, de personnes ayant modifié leur régime alimentaire sur conseil médical (p. ex., des personnes en sous-poids ou en carence de protéines ou de fer).

Informations complémentaires :

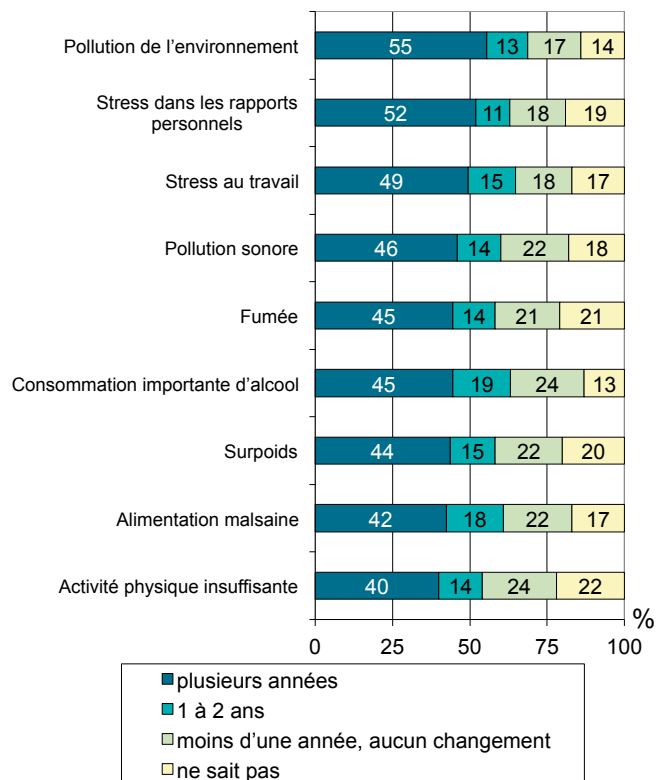
Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. Berne: Promotion Santé Suisse (allemand, avec résumé français)

Eurobaromètre/Commission européenne (2007) : Santé et alimentation (Eurobaromètre spécial 246, novembre – décembre 2005)

Eurobarometer/European Commission (2007) : Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, May-June 2007)

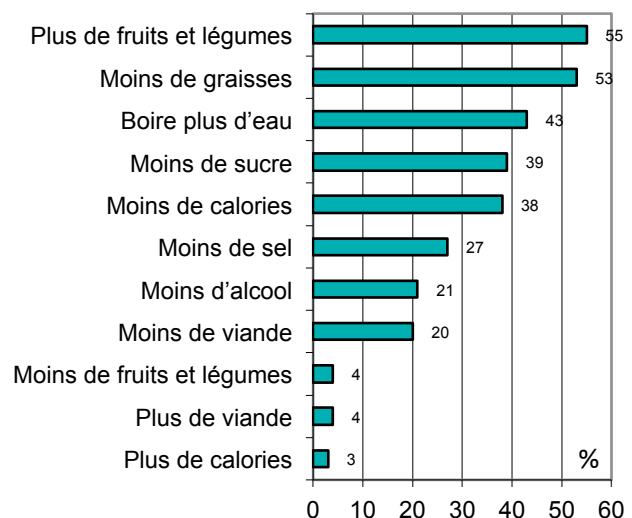
World Health Organisation (OMS)(2009): Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf: WHO.

G) Prolongation estimée de l'espérance de vie en évitant certains facteurs de risque, UE 27, 2007



Source : Eurobaromètre spécial 283, n=28'660; les données reposent sur la combinaison de différentes questions concernant l'occurrence de plusieurs risques et la prolongation estimée de l'espérance de vie si ces risques étaient évités

H) Modification du régime alimentaire au cours de l'année écoulée (UE 25, plusieurs réponses possibles), 2005



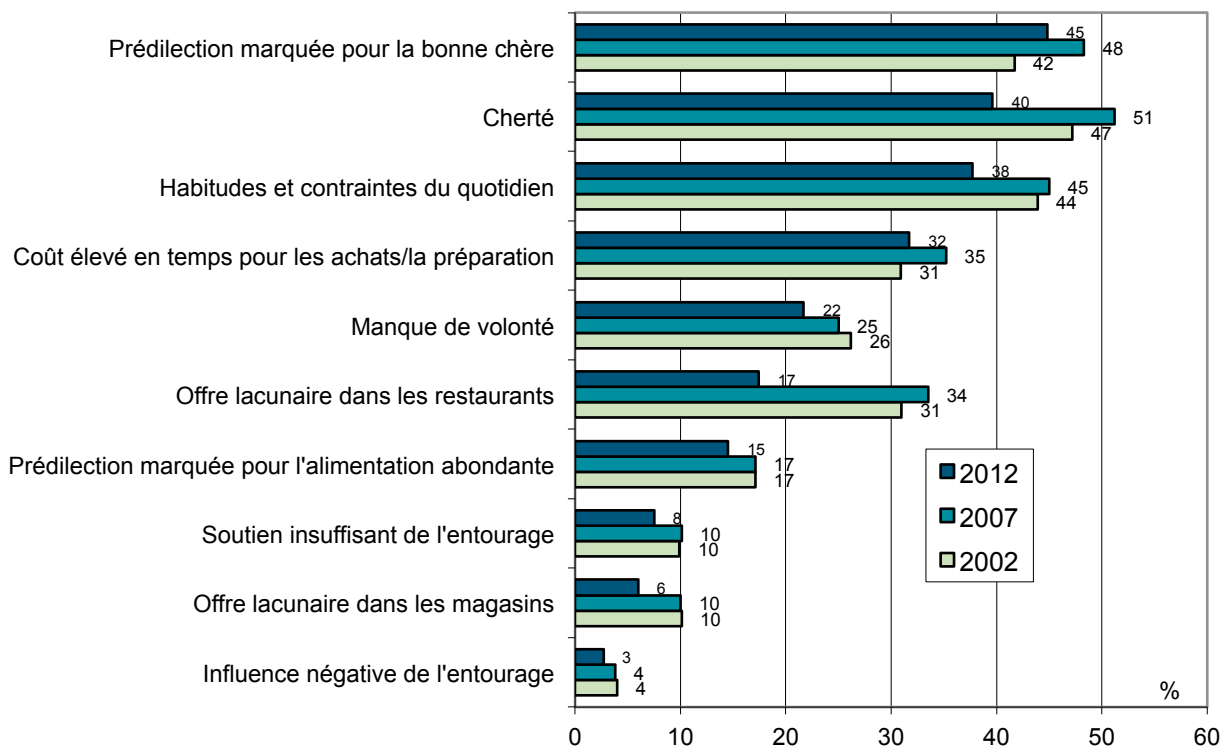
Source : Eurobaromètre spécial 246 (2005), n=24'682 ; 22 % des personnes interrogées indiquent avoir modifié leur régime alimentaire ; les résultats ci-dessus se réfèrent à ce chiffre

Indicateur 1.4 : Obstacles à une alimentation saine

Même de nombreuses personnes savent qu'elles devraient salimenter de manière saine et équilibrée, cela ne signifie pas pour autant qu'elles suivent ces recommandations. Les organes chargés de promouvoir la santé et d'agir sur le terrain de la prévention gagnent donc à savoir ce qui empêche les individus à changer leurs habitudes alimentaires. L'Enquête suisse sur la santé (ESS) porte notamment sur ces facteurs. Comme l'illustre la figure ci-dessous, il existe toute une série d'obstacles à une alimentation saine : près de la moitié des répondants évoquent la « prédilection marquée pour la bonne chère » et environ un tiers indiquent le prix élevé d'une alimentation saine, les contraintes du quotidien ainsi que le temps à investir pour l'achat et la préparation des denrées alimentaires en question.

Comme le montre la comparaison entre les années 2002 et 2012, ces obstacles ont légèrement perdu en importance depuis 2007 : la plupart des facteurs entravant une alimentation saine sont moins fréquemment cités. En moyenne, les personnes interrogées ont mentionné 2,2 facteurs sur 10 en 2012.

A) Obstacles à une alimentation saine, de 2002 à 2012



Source : ESS 2002, 2007 et 2012 de l'OFS ; 2002, n=14'329 ; 2007, n=13'186 ; 2012, n=16'061.

Réponses à la question : « De nombreuses personnes (dont vous faites peut-être partie) accordent de l'importance à une alimentation saine. Selon vous, quels seraient les obstacles auxquels devrait faire face quelqu'un qui souhaiterait se nourrir sainement ? Veuillez cocher toutes les réponses que vous tenez pour probables ! » La formulation de toutes les réponses proposées s'inspire du langage quotidien.

Base de données

La majorité des résultats proviennent des enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique

Les questions proviennent d'un questionnaire auquel, en fonction de l'année, entre 13'000 et plus de 18 000 personnes ont répondu.

Les données de l'étude-pilote représentative de la population résidante suisse pour l'étude nationale

sur la nutrition (NANUSS) (2009, n=1'545, figure G) et les données de l'étude Coop « Tendances alimentaires sous la loupe, manger sain : préférences, connaissances et comportements » de février 2009 (n=531, figure H) ont été utilisées en complément. Les chiffres représentent la population de la Suisse alémanique et romande qui navigue au moins une fois par semaine sur Internet à des fins privées.

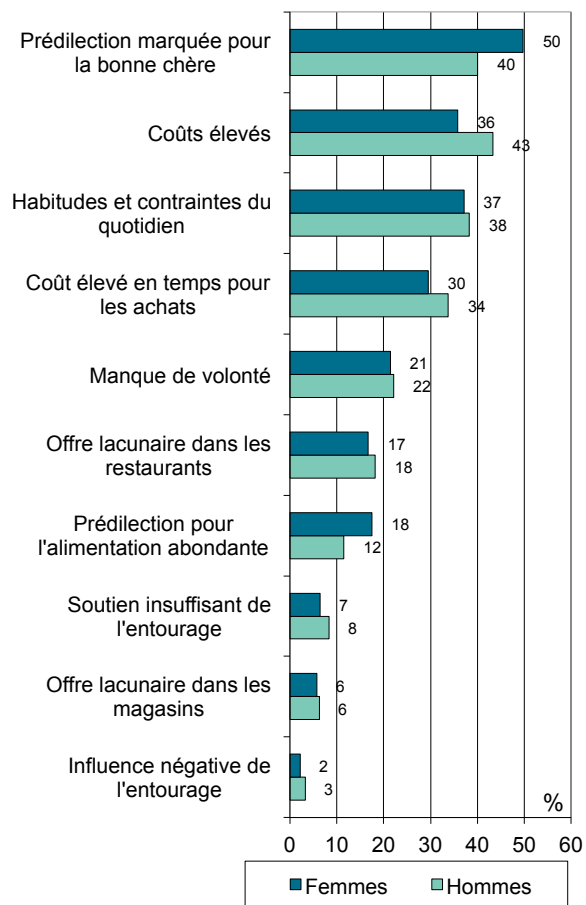
Autres résultats

D'autres signes d'obstacles à une alimentation équilibrée figurent aux indicateurs 1.5 et 1.6, plus bas ; il en ressort qu'un manque de connaissance concernant les recommandations nutritionnelles ou une offre lacunaire en aliments sains ne jouent finalement qu'un rôle infime.

En complément des données de la figure A, la figure B montre pour l'année 2012 que la différence entre hommes et femmes est peu marquée en ce qui concerne la mention des divers facteurs entravant une alimentation saine. Les deux sexes évoquent la plupart des obstacles dans une même mesure. Seules différences notables : la « préférence marquée pour la bonne chère » et la « préférence pour l'alimentation abondante » sont citées plus fréquemment par les hommes tandis que les « coûts élevés » sont mentionnés un peu plus souvent par les femmes.

Les faibles différences entre hommes et femmes se répercutent également sur le nombre de facteurs cités où, là non plus, il n'y a guère de différences : tant les hommes que les femmes citent en moyenne 2,2 obstacles.

B) Obstacles à une alimentation saine, par sexe, 2012

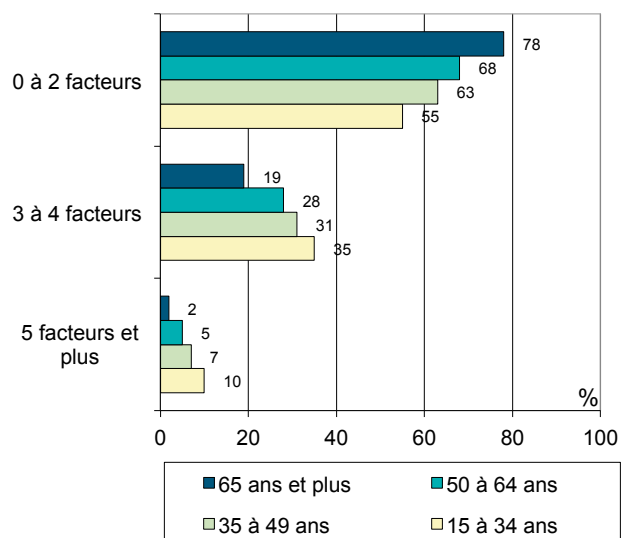


Source : ESS 2012 (n=16'061)

Le résultat est quelque peu différent si l'on met en relation le nombre de facteurs entravant une alimentation saine et l'âge (figure C), la formation (figure D) et le revenu (figure E) des personnes interrogées.

La figure C montre, par exemple, que le nombre de facteurs cités décroît avec l'âge.

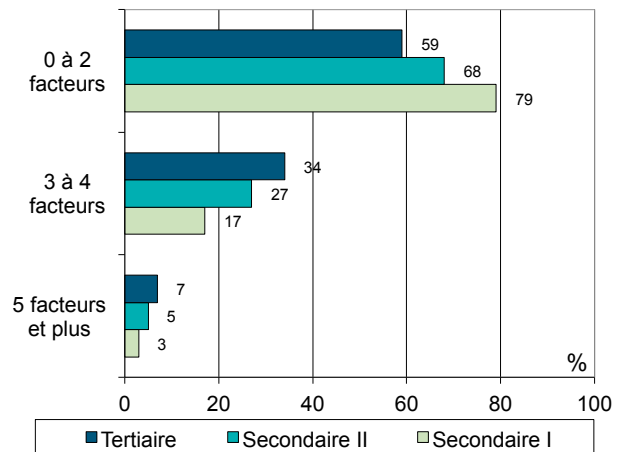
C) Nombre de facteurs entravant une alimentation saine, selon l'âge, 2012



Source : ESS 2012 (n=16'061)

A l'inverse, il ressort des figures D et E que le nombre de facteurs cités est plus important chez les groupes jouissant d'une formation plus élevée. Les personnes détenant un diplôme tertiaire (cursus en haute école) mentionnent en moyenne 2,4 facteurs, alors que les personnes ayant terminé un apprentissage (secondaire II) en citent 2,1. Enfin, celles qui n'ont suivi que l'école obligatoire (secondaire I) évoquent 1,8 facteurs entravant une alimentation saine.

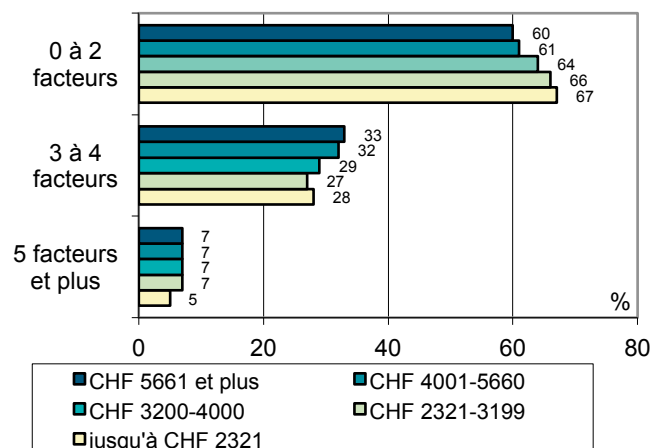
D) Nombre de facteurs entravant une alimentation saine, selon la formation scolaire, (personnes dès 25 ans) 2012



Source : ESS 2012 (n=16'026)

En revanche, il n'y a que relativement peu de différences par rapport au revenu. Les cinq groupes représentés à la figure E mentionnent en moyenne entre 2,1 et 2,3 facteurs.

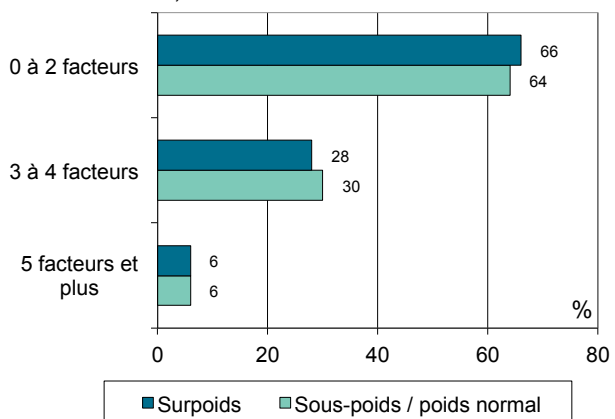
E) Nombre de facteurs entravant une alimentation saine, selon le revenu, 2012



Source : ESS 2012 (n=15'346)

Les corrélations entre migration et facteurs entravant une alimentation saine, qui ne figurent pas ici, sont également minimales : la part des personnes suisses de naissance, naturalisées ou étrangères à avoir cité un nombre différent de facteurs est presque la même.

F) Nombre de facteurs entravant une alimentation saine, selon l'IMC, 2012



Source : ESS 2012 (n=15'966)

Enfin, il n'y a pas non plus de différences lorsque l'IMC sert de critère de classification : les personnes en surpoids ne constatent guère plus d'obstacles à une alimentation saine que les personnes de poids normal ou en sous-poids.

En 2009, les facteurs entravant une alimentation saine ont été analysés dans le cadre de l'étude-pilote NANUSS de la même manière que pour l'ESS. La figure G montre les résultats de l'étude-pilote et les compare avec ceux de l'ESS obtenus en 2012.

Les chiffres mettent en relief que les personnes interrogées par NANUSS ont bien plus souvent mentionné tous les facteurs que les répondants de l'ESS. De grandes différences apparaissent notamment pour les mentions « Manque de volonté » et « Prédilection marquée pour la bonne chère », qui ont été cités au moins deux fois plus souvent que dans l'étude-pilote. Il en va de même du rôle de l'entourage.

Ces différences pourraient, d'une part, indiquer une sensibilisation plus élevée dans le cadre d'une enquête liée spécifiquement à l'alimentation. D'autre part, les éléments illustrés ci-dessus dans le cadre de la figure A pourraient toutefois également avoir joué un rôle dans le fait que les facteurs entravant une alimentation saine soient cités un peu moins souvent qu'il y a quelques années.

La figure H présente les résultats de l'étude Coop « Tendances alimentaires sous la loupe ». La principale raison citée pour expliquer le non-respect des recommandations nutritionnelles est le fait de ne pas y penser spontanément.

Une analyse par groupes d'âges, qui n'est pas présentée ici, montre que ce sont surtout les personnes de moins de 30 ans qui oublient de suivre les recommandations pour une alimentation équilibrée (61 %). Les obstacles à une alimentation saine souvent cités sont le manque de temps et de moyens. Contrairement à la figure B, moins de 30 % des sondés de cette étude mentionnent les coûts comme étant un obstacle à une alimentation équilibrée.

Informations complémentaires :

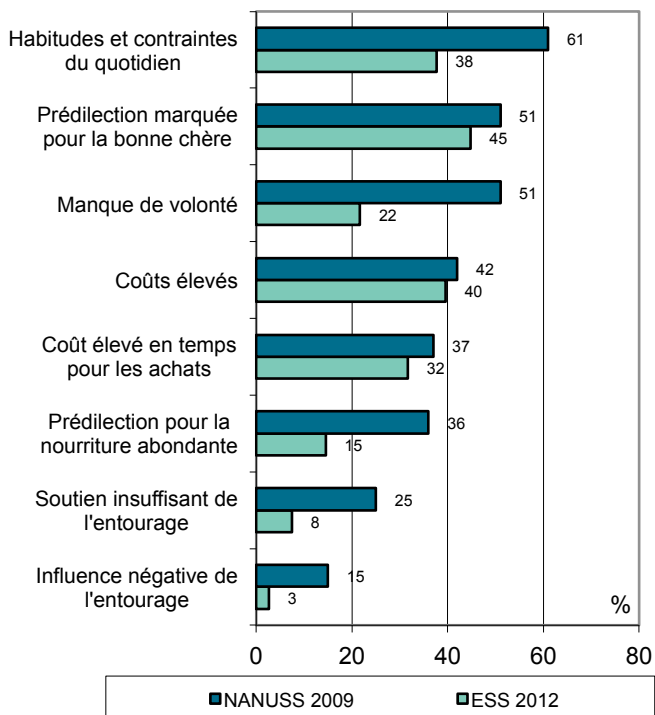
OFS (2005) : Habitudes alimentaires en Suisse. Etat de la situation et développements observés sur la base des données recueillies lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002. StatSanté 2/2005.

Neuchâtel : OFS

Coop (2009) : Tendances alimentaires sous la loupe. Manger sain : préférences, connaissances et comportements. (février 2009). Bâle : Coop

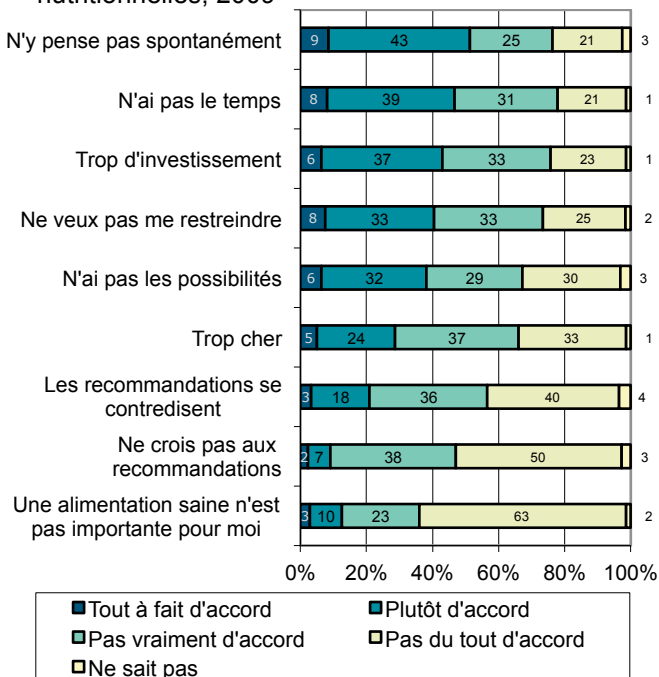
Gfs-Zürich (2010) : NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) pilote : 24 Hour Recall et habitudes alimentaires. Rapport final. Zurich: gfs

G) Facteurs entravant une alimentation saine, comparaison entre ESS 2012 et l'étude-pilote NANUSS 2009



Source : Etude-pilote NANUSS 2009 (n=1'545) et ESS 2012 d'après la figure A ; formulations de questions identiques pour ESS et NANUSS

H) Facteurs entravant l'application des recommandations nutritionnelles, 2009



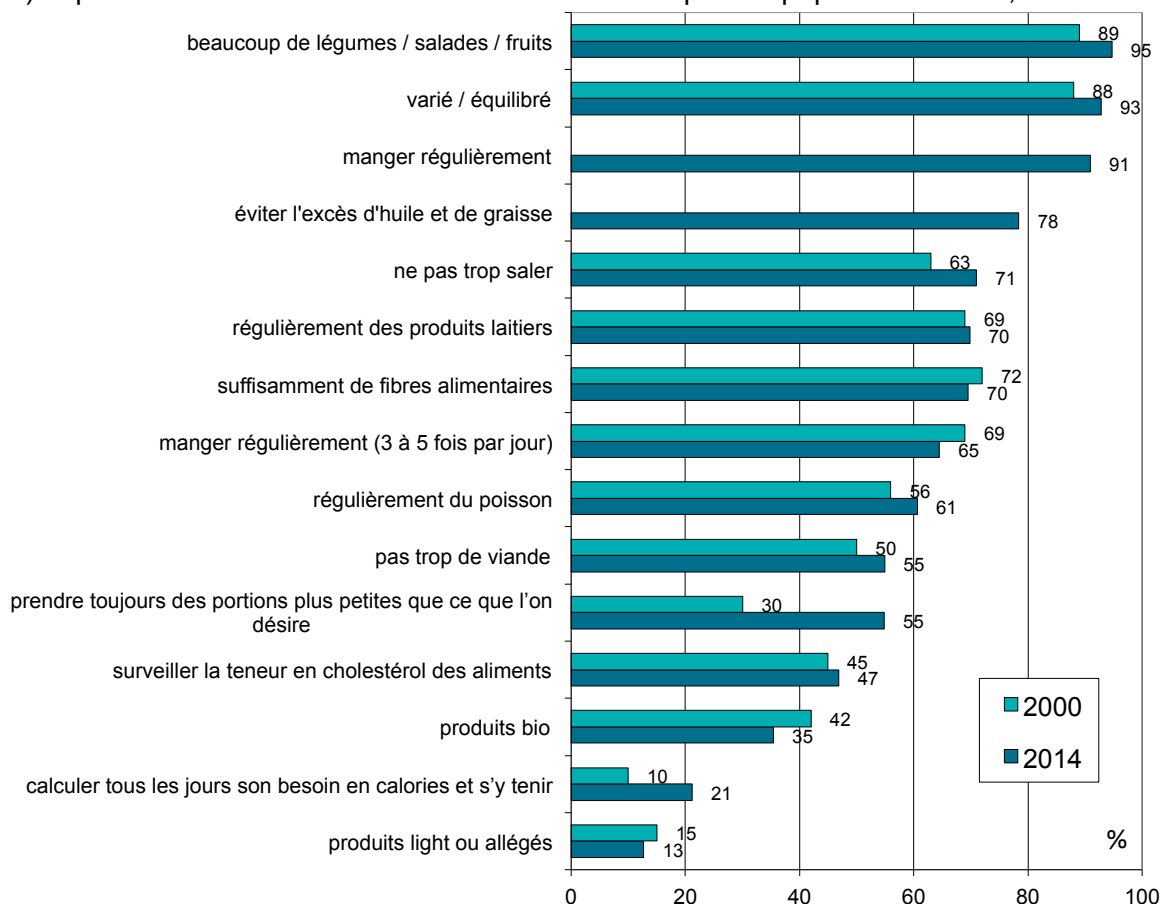
Source : Etude Coop : Tendances alimentaires sous la loupe. Manger sain : préférences, connaissances et comportements 2009, n=531. Réponses à la question : « Veuillez indiquer si les affirmations suivantes vous concernent personnellement. Je ne respecte pas toujours les recommandations parce que... »

Indicateur 1.5 : Connaissance des recommandations nutritionnelles

Pour se nourrir de façon équilibrée, il faut savoir ce qui est important. En d'autres termes, il faut savoir en quoi consiste une alimentation équilibrée et comment se nourrir sainement.

L'étude Nutri-Trend de Nestlé, réalisée en 2000 avec le soutien de l'OFSP, et le module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique comportaient une série de questions sur la connaissance des recommandations nutritionnelles. Comme le montre la figure ci-dessous, les principales recommandations nutritionnelles sont non seulement connues d'une large majorité de la population, mais elles revêtent aussi une certaine importance dans le comportement alimentaire. En outre, par rapport à 2000, la plupart des recommandations sont encore plus fréquemment considérées comme importantes.

A) Importance des recommandations nutritionnelles pour la population suisse, 2000 et 2014



Source : Nutri-Trend 2000 (Nestlé S.A.), n=1004 et Enquête Omnibus 2014 de l'OFSP (n entre 2979 et 2986, selon la recommandation). Réponses à la question : « Je vous lis maintenant quelques déclarations relatives à l'alimentation. Pour chacune d'elle, veuillez me dire si, d'après vous, il est important, moyennement important ou pas important d'en tenir compte. » Les résultats affichés correspondent à la proportion de sondés considérant les différentes recommandations comme « importantes ».

Base de données

Les données proviennent de l'enquête téléphonique auprès de la population âgée entre 15 et 74 ans (n=2993) menée dans le cadre de l'enquête Omnibus 2014 par l'Office fédéral de la statistique (module MOSEB), des entretiens téléphoniques (n=1004) de l'étude Nutri-Trend 2000 (Nestlé), des enquêtes téléphoniques auprès de la population réalisées par Promotion Santé Suisse et l'Université de Lugano en 2006

(n=1441) et en 2009 (n=1008), de l'étude Coop Tendances alimentaires sous la loupe « Manger sain : préférences, connaissances et comportements » de février 2009 (n=531), de l'étude-pilote représentative de la population résidente suisse réalisée en 2009 dans le cadre de l'étude nationale sur la nutrition (n=1545), et de menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation menée par l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique entre 2014/2015 (18-75 ans, n=2085, cf. Bochud et al. 2017).

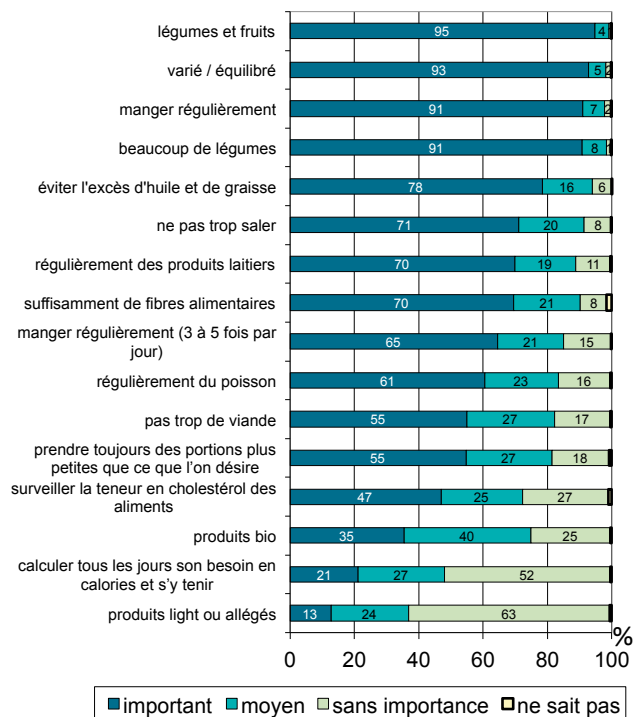
Autres résultats

Les figures B à D présentent les résultats détaillés du module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS concernant les recommandations nutritionnelles. La figure B fait apparaître, outre la proportion de sondés qui considèrent les recommandations nutritionnelles comme importantes, les proportions des sondés qui les considèrent comme moyennement importantes ou sans importance. Il ressort de la figure que seules les quatre recommandations en bas du graphique sont considérées par moins de 80 % des sondés comme au moins un peu importantes (« important »/« moyen »). Que les produits allégés closent le classement reflète notamment le fait que leur utilité pour une alimentation équilibrée ne fait pas l'unanimité parmi les spécialistes nutritionnels.

Par ailleurs, il ressort de la figure C que les femmes sont plus sensibilisées aux différentes recommandations nutritionnelles que les hommes. En effet, il n'y a que pour la recommandation contestable incitant à consommer des produits allégés que les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes à estimer qu'il s'agit d'une recommandation importante. Les femmes sont en revanche beaucoup plus nombreuses (10% ou plus) à considérer d'autres recommandations comme importantes (ne pas trop saler, suffisamment de fibres alimentaires, 3 à 5 repas par jour, pas trop de viande). Mis à part celle concernant la teneur en cholestérol, toutes les différences représentées entre hommes et femmes sont statistiquement significatives ($p < .05$).

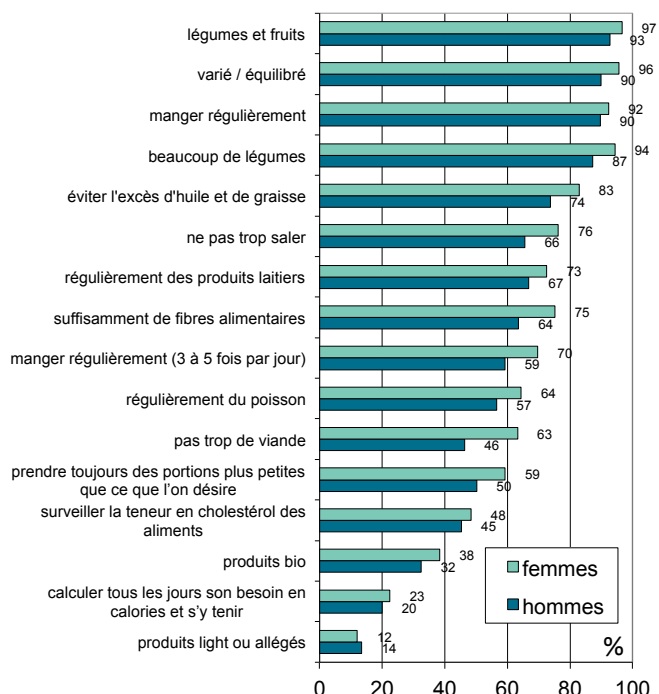
Les différences en fonction de l'âge, de la nationalité, du niveau de formation et de la région linguistique, qui ne sont pas représentées ici, sont moins marquées que celles en fonction du sexe. On observe néanmoins que l'importance des recommandations augmente avec l'âge. A noter également certaines différences culturelles dans le sens où les étrangers et les personnes résidant en Suisse romande ou méridionale tendent à favoriser la recommandation concernant le poisson et à considérer celle concernant les produits laitiers comme moins importante.

B) Importance des recommandations nutritionnelles, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2 979 et 2 986, selon les recommandations)

C) Importance des recommandations nutritionnelles selon le sexe, 2014



Remarque : proportion des sondés qui considèrent les recommandations comme étant « importantes ».

Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2 979 et 2 986, selon les recommandations)

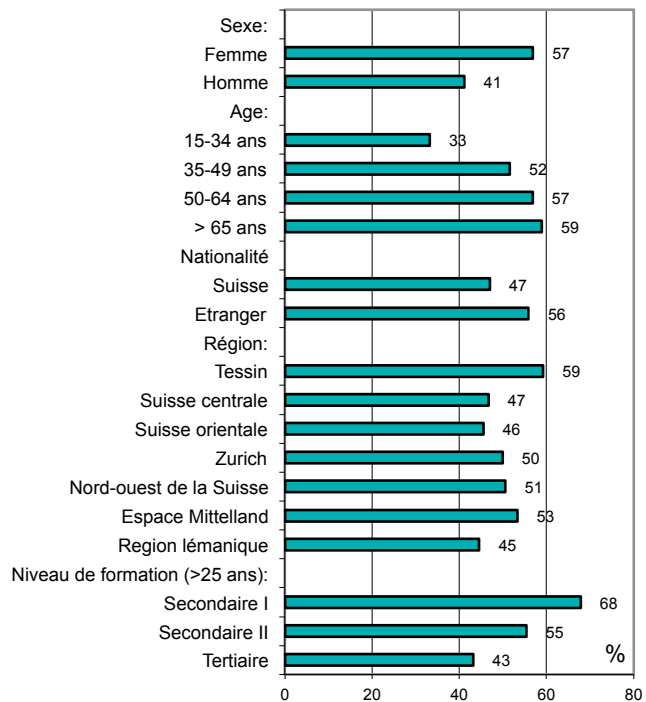
Les différences évoquées plus haut ressortent à nouveau dans la figure D, qui contient un résumé des graphiques précédents. Il y est indiqué la proportion de sondés qui considèrent au moins dix des seize recommandations comme « importantes ». Ce graphique montre une fois de plus la différence entre les sexes ainsi qu'un effet lié à l'âge ; la particularité à noter sur ce dernier point réside dans ce que, par rapport aux personnes plus âgées, les moins de 35 ans considèrent significativement moins de recommandations comme importantes. Au Tessin, les recommandations nutritionnelles semblent être encore un peu plus importantes que dans les autres parties du pays ; la Suisse orientale et la région genevoise se démarquent quant à elles par les relativement faibles proportions de personnes qui considèrent plus de dix recommandations comme importantes.

Les résultats relatifs au niveau de formation montrent enfin que les personnes avec un niveau de formation moins élevé considèrent davantage de recommandations comme importantes. Ce résultat est surprenant dans la mesure où l'on observe une tendance inverse avec d'autres questions relatives à l'alimentation (cf. également figure I).

De façon similaire aux figures A et B, la figure E comporte un classement des recommandations nutritionnelles ; sont cependant représentés cette fois-ci les résultats des enquêtes auprès de la population de Promotion Santé Suisse. Les valeurs dans ces enquêtes sont moins élevées que dans l'Enquête Omibus de l'OFS, car il s'agissait ici de réponses spontanées, sans proposition à choix. Le graphique révèle cependant que la consommation de fruits et légumes ainsi qu'une alimentation « équilibrée » sont souvent citées. Il est intéressant de relever qu'entre 2006 et 2009, la plupart des recommandations sont suivies par un plus grand nombre de personnes interrogées mais qu'en 2012, ces valeurs ont plus ou moins légèrement reculé au profit d'« autres » déclarations non spécifiées. Cela indique qu'aujourd'hui, les recommandations nutritionnelles sont perçues comme étant plus variées qu'il y a quelques années.

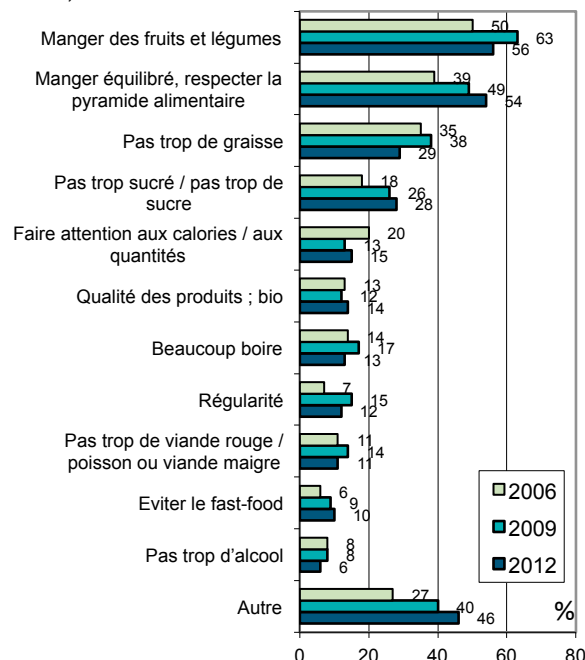
De même que dans l'Enquête Omnibus de l'OFS, il ressort de la dernière enquête auprès de la population réalisée par Promotion Santé Suisse que les femmes se révèlent être un peu plus soucieuses de leur alimentation que les hommes ; peu ou pas de différences sont également notées en ce qui concerne le niveau de formation et les régions linguistiques.

D) Proportion de sondés qui considèrent plus de 10 recommandations comme « importantes » sur les 16, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2427 et 2831, selon la caractéristique)

E) Connaissance des recommandations nutritionnelles, 2006, 2009 et 2012



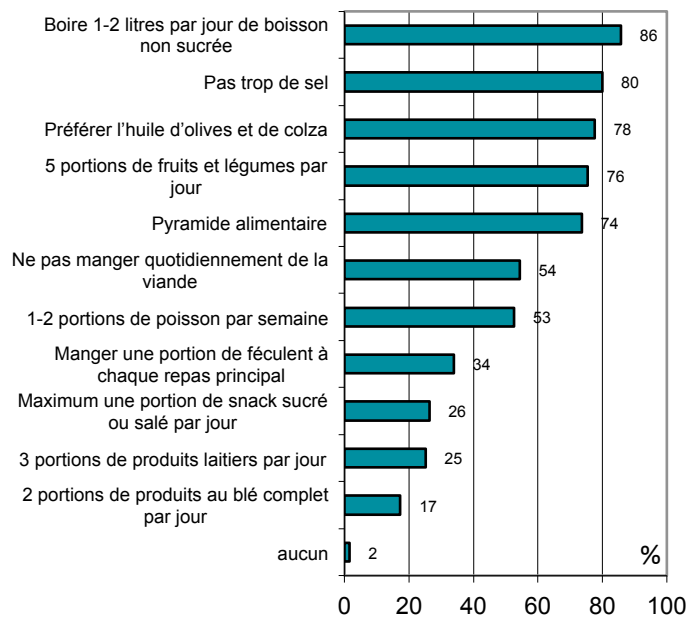
Source : Enquêtes auprès de la population réalisées en 2006, 2009 et 2012 par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana

Précision : réponses à la question ouverte « A quoi faut-il faire attention si l'on veut se nourrir sainement ? »

La figure F montre enfin les résultats tirés de l'étude Coop « Tendances alimentaires sous la loupe » : au total, 98 % des personnes interrogées ont entendu parler au minimum d'une des recommandations, la plus connue étant « Boire entre 1 et 2 litres de boisson non sucrée par jour » (86 %). En outre, plus de trois quarts des sondés sont sensibilisés au fait qu'il faut limiter la consommation de sel, privilégier les huiles d'olive et de colza et manger 5 portions de fruits et légumes par jour. De même, 74 % des personnes interrogées connaissent la pyramide alimentaire.

Tandis que la figure se rapporte à la connaissance des recommandations nutritionnelles, l'indicateur 1.1, plus haut, ainsi que l'indicateur 4D du Recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse comportent des indications quant au degré d'observation effective de ces recommandations.

F) Connaissance des recommandations nutritionnelles



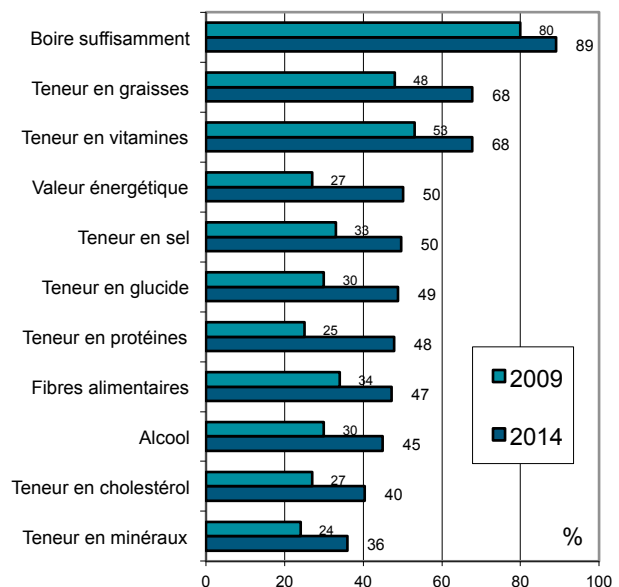
Source : Etude Coop Tendances alimentaires sous la loupe « Manger sain : préférences, connaissances et comportements » de février 2009 (n=531) ; réponses à la question : « Parmi les recommandations nutritionnelles suivantes, lesquelles connaissez-vous ? »

L'étude-pilote NANUSS de 2009 et l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS comportaient toutes deux une série d'autres questions relatives à des propriétés nutritionnelles concrètes auxquelles veillent les sondés, ce qui donne également des indications quant aux connaissances des recommandations nutritionnelles.

Il convient toutefois de noter que les résultats présentés dans les figures G à I dépassent la simple connaissance des recommandations nutritionnelles et qu'ils contiennent en outre des indications quant au respect de ces recommandations, ce qui est thématiqué à l'indicateur 1.1.

Il ressort notamment de la figure G que les personnes veillent particulièrement à boire suffisamment ainsi qu'à contrôler la teneur en vitamines et en matières grasses des aliments. Il convient en outre de relever que toutes les déclarations ont significativement augmenté entre 2009 et 2014 ; ceci pourrait cependant aussi être lié à une formulation légèrement différente des questions. Néanmoins, l'ordre des affirmations demeure dans l'ensemble le même.

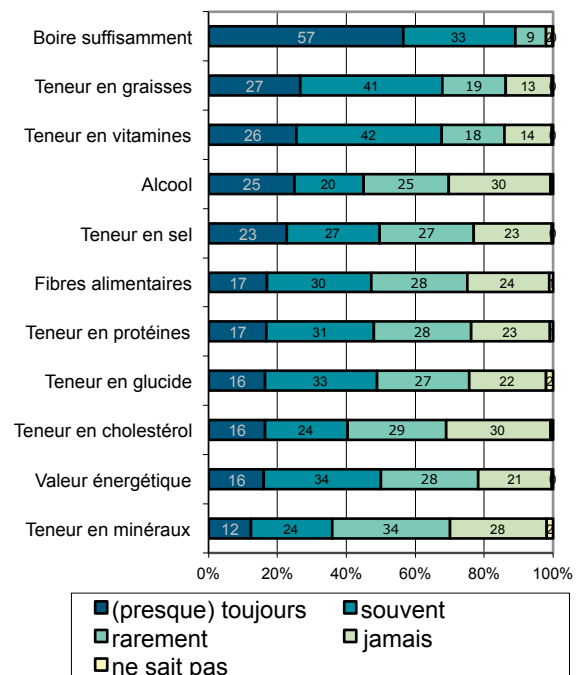
G) Respect de différentes propriétés nutritionnelles dans l'alimentation, 2009 et 2014



Source : Etude-pilote NANUSS 2009 (n=1'545); réponses à la question : « A quelle fréquence faites-vous attention à... ? » et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2957 et 2986 selon les propriétés nutritionnelles), réponses à la question : « Je vais maintenant vous lire une liste d'aspects auxquels l'ont peut faire attention dans son alimentation. Dites-moi pour chacun d'entre eux si vous y faites attention toujours, souvent, rarement ou jamais. » Proportion des personnes qui répondent « toujours » ou « souvent ».

Les indications détaillées concernant l'année 2014, dans la figure H, confirment l'importance du fait de boire suffisamment, la seule des onze réponses proposées que plus de la moitié des sondés respectent « toujours ». En revanche, seuls 12 à 27 % des sondés tiennent « toujours » compte des autres propriétés nutritionnelles.

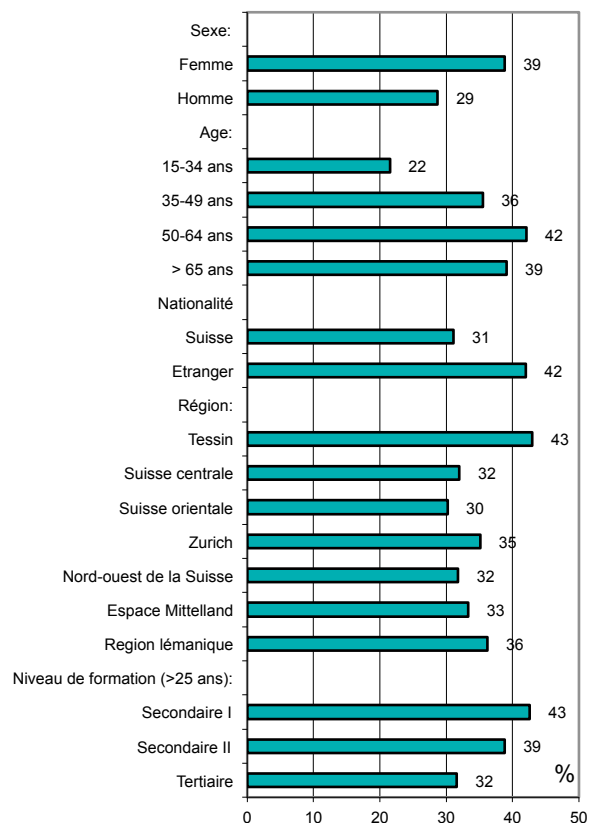
H) Importance de différentes propriétés nutritionnelles pour l'alimentation, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2957 et 2986, selon les propriétés nutritionnelles) ; cf. figure K pour la formulation de la question.

La figure I montre enfin la proportion des sondés qui tiennent « toujours » ou « souvent » compte d'au moins huit des onze propriétés énoncées. Les femmes, les personnes âgées de 35 ans au moins, les étrangers, les personnes sans diplôme de niveau post-scolarité obligatoire et les résidents du Tessin tiennent davantage compte des propriétés nutritionnelles que les autres sondés.

I) Proportion de sondés qui tiennent compte d'au moins 8 propriétés nutritionnelles « toujours » ou « souvent »



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2371 et 2784 selon la caractéristique).

Les figures J et K illustrent les résultats de l'enquête menuCH 2014/2015 menée par l'OSAV et l'OFSP. Comme lors d'enquêtes antérieures, plus de trois quarts des sondés disent connaître la pyramide alimentaire suisse. Les femmes, les jeunes et les personnes sondées en Suisse romande et au Tessin sont plus nombreux à connaître ces recommandations nutritionnelles que les hommes, les personnes âgées et les personnes sondées en Suisse alémanique.

Le nombre de sondés au courant de la recommandation « 5 par jour » varie aussi en fonction du sexe, de l'âge, de la région linguistique et de la formation (cf. figure K). Les hommes et les personnes âgées sont moins nombreux à la connaître ; elle est plus connue chez les personnes ayant un niveau de formation élevé. La valeur la plus faible concerne le Tessin – plus de 40 % – bien que plus du double des sondés dans cette région connaissent la pyramide alimentaire.

En résumé, on constate que la connaissance que la population suisse a des recommandations nutritionnelles et l'importance qu'elle leur accorde est restée stable ces dernières années. Néanmoins, si une grande majorité des sondés sait qu'il faut manger beaucoup de fruits et légumes et boire suffisamment, on observe encore des lacunes concernant d'autres recommandations, notamment celle de ne pas trop manger de viande. On observe par ailleurs des différences sociodémographiques et socio-économiques, dont l'ampleur et l'évolution varient fortement en fonction de la base de données.

Informations complémentaires :

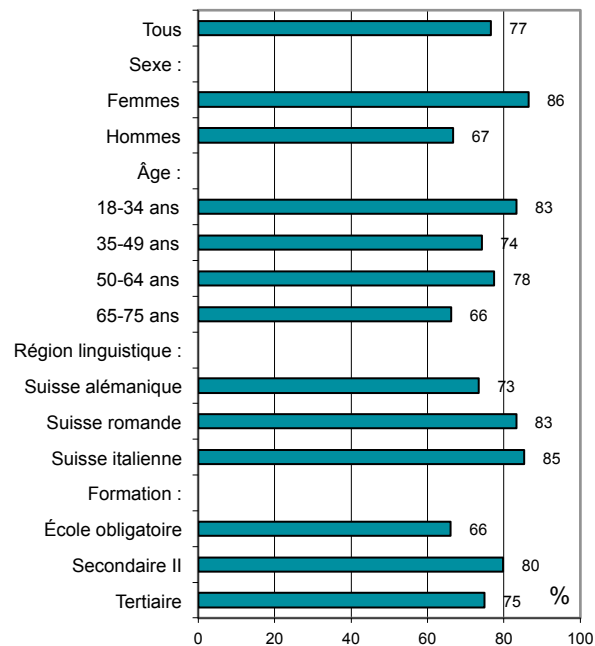
Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne : Inst.Univ. de Médecine Sociale et Prév..

Coop (2009) : Tendances alimentaires sous la loupe « Manger sain : préférences, connaissances et comportements ». (février 2009). Bâle : Coop

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Document de travail 6) Berne: Promotion Santé Suisse (allemand, avec résumé français)

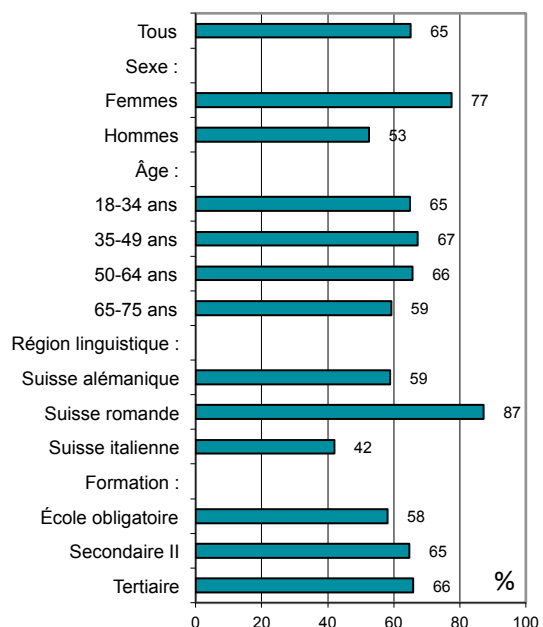
Gfs-Zürich (2010) : NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilote : 24 Hour Recall et habitudes alimentaires. Rapport final. Zurich : gfs.

J) Pourcentage des sondés connaissant la pyramide alimentaire suisse, selon le sexe, l'âge, la région linguistique et le niveau de formation, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

K) Pourcentage des sondés connaissant la « 5 par jour », selon le sexe, l'âge, la région linguistique et le niveau de formation, 2014/2015



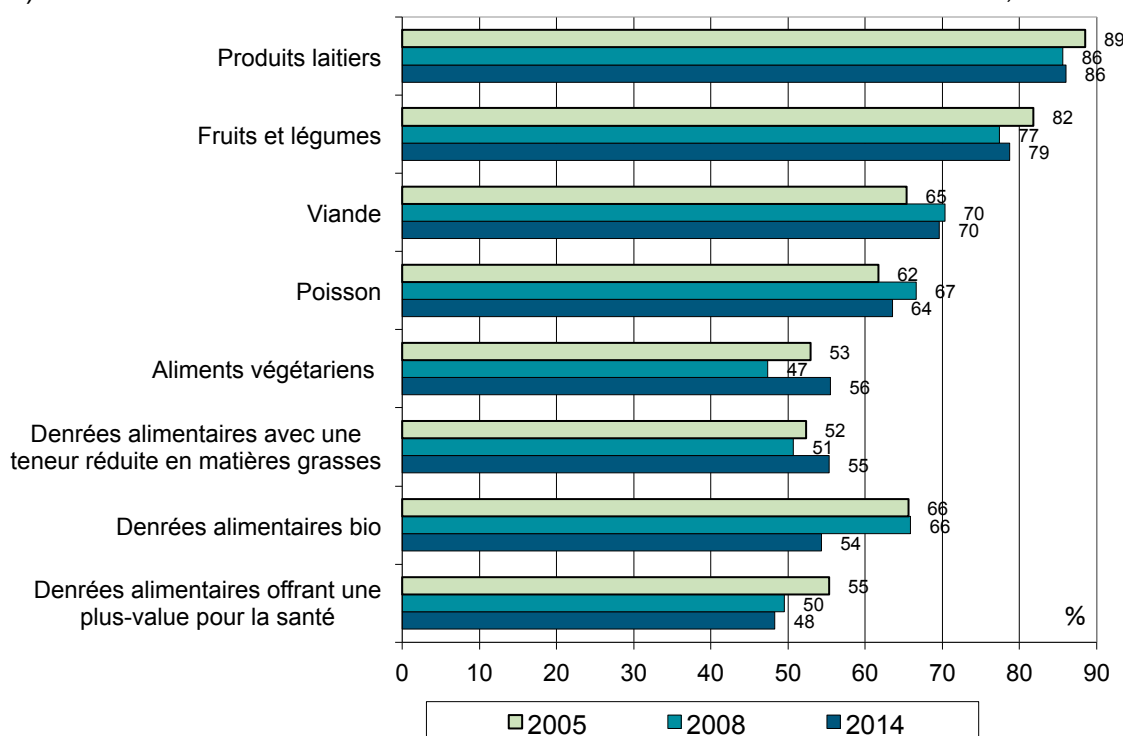
Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

Indicateur 1.6 : Perception de l'offre alimentaire et des informations concernant les denrées alimentaires

La disponibilité de denrées alimentaires saines est une condition importante à une alimentation équilibrée. Les initiatives visant à promouvoir une alimentation équilibrée ont des chances de réussir non seulement si l'on dispose des denrées alimentaires correspondantes, mais aussi si les consommateurs savent où et comment se les procurer et les préparer.

Les consommateurs ont été interrogés dans le cadre de différentes études, en 2005, 2008 et 2014, quant à leur évaluation de l'offre alimentaire. Comme la figure suivante l'illustre, la grande majorité des personnes interrogées est satisfaite de l'offre en produits laitiers et en fruits et légumes. Sur ce plan, les évaluations n'ont pas beaucoup changé entre 2005 et 2014. On constate également seulement de faibles modifications en ce qui concerne la plupart des autres offres. Une exception est cependant à noter s'agissant de l'offre en denrées alimentaires bio ; sur ce plan, la satisfaction est encore plus basse qu'en 2005. Comme il est peu vraisemblable que l'offre effective se soit dépréciée durant cette période, ce résultat peut s'expliquer par une plus forte sensibilisation / demande pour de tels produits.

A) Satisfaction relative à l'offre concernant des denrées alimentaires choisies, 2005 à 2014



Source : Food Consumption 2005 et 2008 du Retail-Lab de l'Université de St-Gall et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS ; nombre de cas (selon les réponses proposées) : 2005, 575-918 ; 2008, 680-1 032 ; 2014, 2130-2945 Réponses à la question : « Parmi les denrées alimentaires suivantes, je trouve que l'offre actuelle au détail correspond à mes attentes... » ou (2014) « Veuillez me dire si parmi les denrées alimentaires suivantes, l'offre actuelle au détail correspond à vos attentes. »

Base de données

Module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique ; enquête téléphonique (n=2993)

Etude Food Consumption, Retail-Lab de l'Institut für Marketing und Handel, Université de St-Gall. Enquête dans les supermarchés et les centres commerciaux, nombre de cas 2008 : 1 074. Les résultats des années 2005 et 2008 proviennent de la brochure « Food Consumption 2008 » (voir

références à la rubrique « Informations complémentaires »).

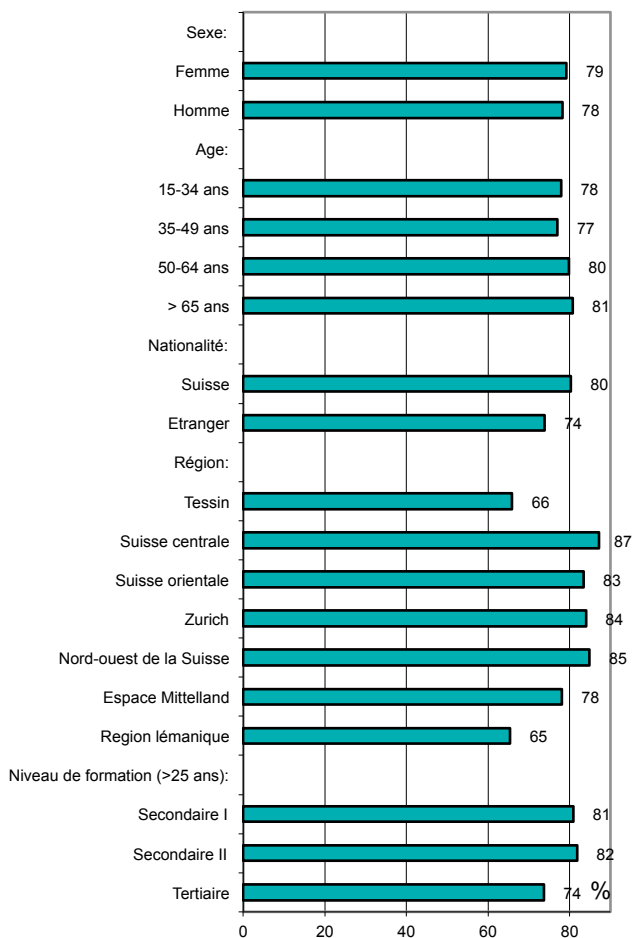
D'autres résultats sont issus de l'étude-pilote NANUSS, représentative de la population suisse pour l'année 2009 (n=1'545, figure C), d'une enquête de la Société Suisse de Nutrition sur l'efficacité des étiquetages des denrées alimentaires (2010, n=1'016, figure E), ainsi que de l'étude MACH Consumer 2010-2 (REMP SA, n=11'336, figure F).

Autres résultats

Des analyses de corrélation des données relatives à l'évaluation de l'offre concernant des denrées alimentaires ne montrent pour l'année 2014 quasiment pas de différences statistiquement significatives entre hommes et femmes ou en fonction de l'âge (la figure B indique les résultats pour l'offre en fruits et légumes, à titre représentatif). En revanche, les Suisses se disent beaucoup plus satisfaits avec les différentes offres que les sondés étrangers. Cela peut être lié au fait que l'offre est principalement destinée à la population nationale.

Il est par ailleurs intéressant de relever que les Suisses alémaniques sont plus satisfaits de l'offre alimentaire que les Suisses romands et les Tessinois. Il n'est cependant pas possible de déterminer ici si ce constat résulte d'une prise en compte insuffisante des besoins de ces deux minorités ou d'attentes très élevées dans ces régions.

B) Proportion de la population dont les attentes relatives à l'offre en fruits et légumes sont satisfaites, d'après différents critères, 2004

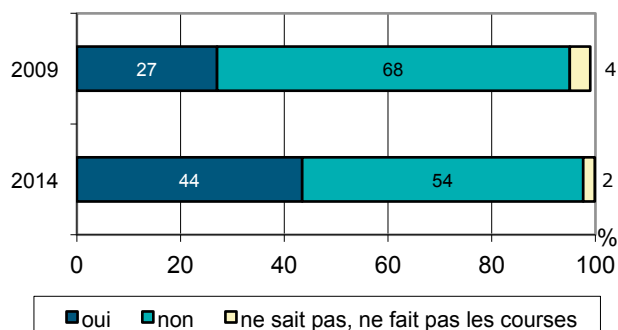


Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2548 et 2945 selon les critères)

La figure C montre plus concrètement le degré d'attention envers les valeurs nutritives au moment de l'achat des denrées. Tandis qu'en 2009, à peine plus d'un quart des sondés indiquait faire attention à ces données, cette proportion atteint désormais pas moins de 44 %.

Les figures G et H de l'indicateur 1.5 permettent de voir précisément quelles valeurs nutritives sont effectivement prises en compte.

C) Prise en compte des valeurs nutritives lors de l'achat des produits alimentaires, 2009 et 2014



Source : Etude-pilote NANUSS 2009, n=1'545 et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n=2991); réponses à la question : « Tenez-vous compte des valeurs nutritives lors de vos achats alimentaires ? »

Il ressort de la figure D que la prise en compte des valeurs nutritives varie légèrement selon le sexe, l'âge, la nationalité et la région de résidence ; plus concrètement, les femmes, les personnes d'âge moyen, les étrangers et les personnes résidant en Suisse romande ou au Tessin tiennent un peu davantage compte des valeurs nutritives des aliments que les autres personnes.

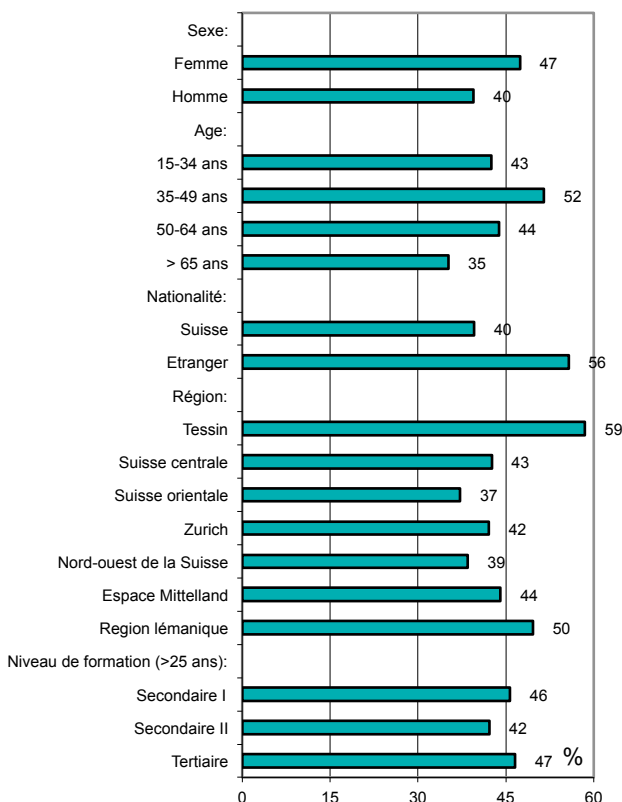
Des résultats similaires ressortent d'une enquête réalisée par l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich en Suisse alémanique (n=1'162), qui ont été interrogées par écrit sur leur consultation des informations nutritionnelles figurant sur les emballages des denrées alimentaires (Hess et al. 2012). Que ce soit pour choisir un produit acheté pour la première fois ou pour faire un choix entre deux produits alimentaires, un tiers des personnes interrogées font souvent attention aux valeurs nutritionnelles indiquées tandis qu'un tiers y font attention rarement ou jamais. Les femmes consultent les informations nutritionnelles plus souvent que les hommes. D'autres facteurs montrent une corrélation positive avec la consultation des informations nutritionnelles : la conscience alimentaire, les connaissances en nutrition, la conscience sanitaire et le niveau de familiarité avec les chiffres.

L'étude-pilote pose également la question de savoir si un étiquetage homogène des aliments sains serait souhaitable. 51 % des sondés considèrent un tel marquage comme « (très) important » et 22 % en seraient satisfaits « partiellement ».

Une étude de la Société suisse de nutrition menée en 2010 s'est penchée sur la question de savoir quel système d'étiquetage serait particulièrement efficace. Une comparaison a donc été opérée entre les repères nutritionnels journaliers [RNJ], l'étiquetage dit « des feux de signalisation » et des labels pour produits alimentaires sains. Parmi ces trois systèmes, seuls les RNJ (cf. figure E) sont utilisés dans toute la Suisse. Ces repères nutritionnels journaliers indiquent la valeur énergétique (calories), les lipides, les acides gras saturés, le sucre et le sodium qu'une portion d'un produit contient en grammes et à quel pourcentage de l'apport journalier moyen pour un adulte ces quantités correspondent.

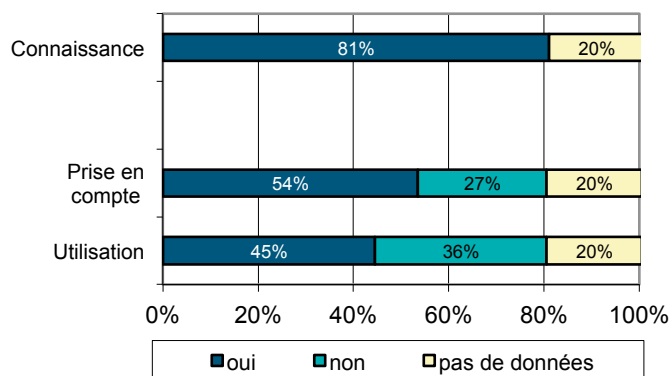
La figure E montre que quatre cinquièmes des sondés connaissent les RNJ, mais que seulement la moitié y fait réellement attention ou les suit. Des résultats complémentaires montrent que les RNJ sont mieux connus chez les femmes et les jeunes en Suisse alémanique qu'au Tessin et en Suisse romande ou chez les hommes et les personnes plus âgées.

D) Prise en compte des valeurs nutritives lors de l'achat de produits alimentaires, d'après différents critères, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2582 et 2991 selon les critères)

E) Connaissance, degré de prise en compte et utilisation des repères nutritionnels journaliers (RNJ) sur les emballages des produits alimentaires



Source : Etude SSN 2010, n=1'016 ; réponses aux questions : « Avez-vous déjà vu les [RNJ] sur les emballages des produits alimentaires ? » Si oui, « Avez-vous déjà fait attention à ces données RNJ au moment de choisir une denrée ? » et « Avez-vous déjà choisi une denrée en fonction de ces données RNJ ? »

Remarque : En raison des différences d'arrondis, la somme des valeurs présente un total de 101 %.

La figure F montre enfin de manière un peu plus générale d'après quelles sources d'information les sondés se renseignent sur l'alimentation. Il ressort du graphique que les informations relatives aux produits étudiés plus haut sont à peu près aussi importantes que les échanges avec des amis ou des proches. En comparaison, les spécialistes et la publicité jouent un rôle peu important.

L'étude MACH Consumer est la plus vaste enquête sur la consommation en Suisse puisqu'elle porte sur plus de 11 000 personnes. Selon cette étude (cf. figure G), un peu plus de 50 % des personnes interrogées se sont informées en 2010 sur des denrées alimentaires ou des boissons directement en magasin, que ce soit en consultant les informations figurant sur les emballages ou en demandant des conseils. Un peu plus de 40 % des personnes interrogées se sont informées dans les journaux (articles ou publicité) et près d'un tiers se sont adressées à des membres de leur famille ou à des connaissances. Il est frappant de constater qu'un cinquième des personnes interrogées ne cherchent pas du tout à s'informer.

Informations complémentaires :

Gfs-Zürich (2010) : pilote NANUSS : 24 Hour Recall et habitudes alimentaires. Rapport final. Zurich: gfs

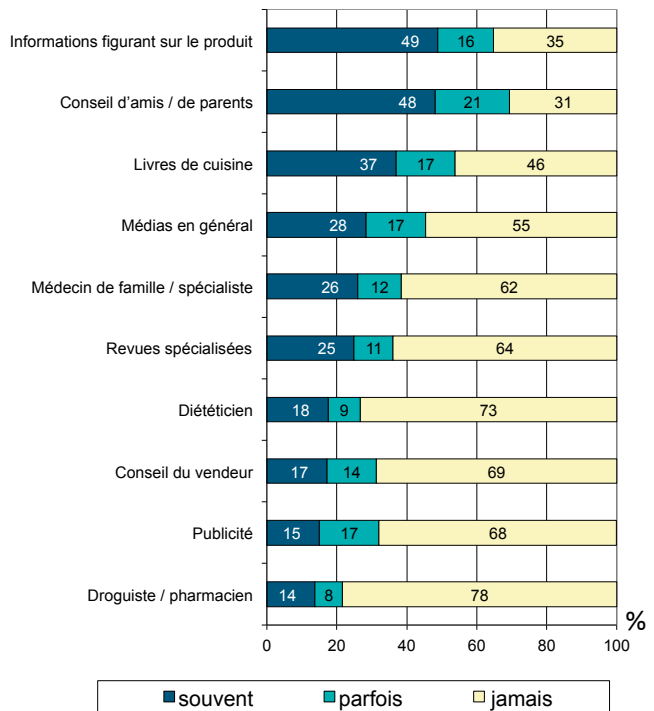
Hess, R., V.H.M. Visschers et M. Siegrist (2012): The role of health-related, motivational and socio-demographic aspects in predicting food label use: A comprehensive study. Public Health Nutr. 15: 407-14.

Infanger, E., Ch. Ryser und M. Beer (2010) : Wirksamkeit von drei verschiedenen Front-of-Pack-Kennzeichnungen auf Lebensmitteln zur Unterstützung des Konsumenten bei der gesunden Wahl. Bern: SGE

Rudolph, T. et A. Glas (2008) : Food Consumption 2008. Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz. St. Gallen : Retail-Lab des Instituts für Marketing und Handel an der Universität St. Gallen

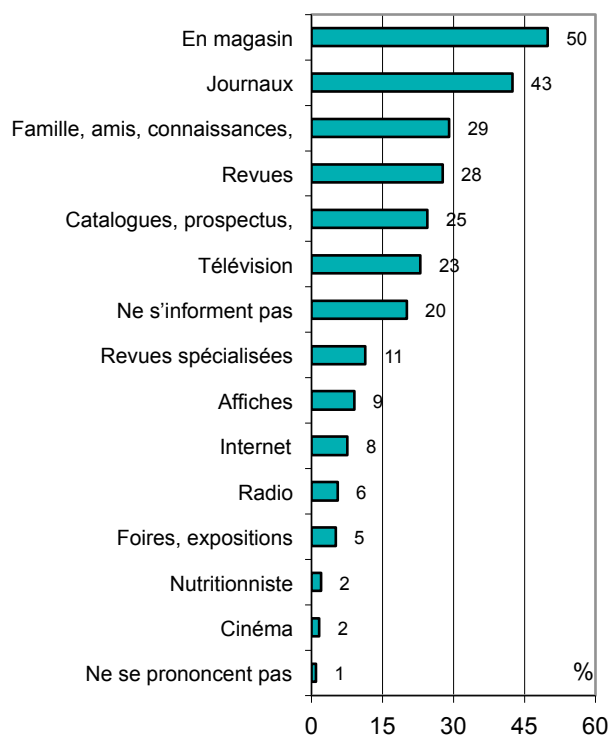
WEMF (REMP) AG für Werbemedienforschung (2010): MACH Consumer 10-2

F) Utilisation de sources d'information sur les denrées alimentaires



Source : Food Consumption 2008, n entre 1'043 et 1'059 selon les sources d'information.. Réponses à la question : « Pour l'alimentation, j'utilise les sources d'informations suivantes... »

G) Proportion de consommateurs en Suisse (en %) qui utilisent les sources suivantes pour s'informer sur les denrées alimentaires et les boissons, 2010



Source : REMP (2010) : MACH Consumer 2010-2

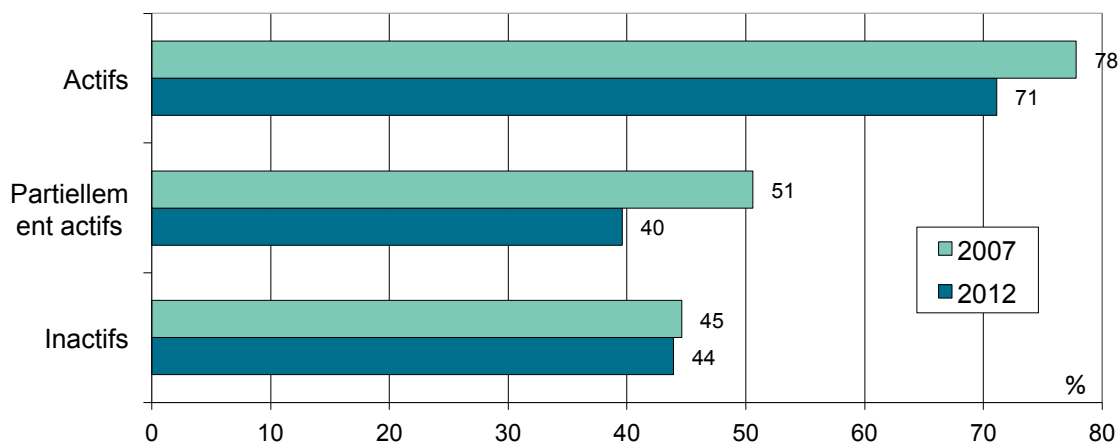
Indicateur 1.7 : Connaissance des recommandations en matière d'activité physique

Pour les adultes, l'OFSP, l'OFSP, Promotion Santé Suisse, la SUVA et le bpa recommandent, ensemble, par le biais du Réseau suisse Santé et activité physique, la pratique d'une activité physique pendant deux heures et demie par semaine au moins. Il peut s'agir d'activités quotidiennes ou de sport, d'intensité moyenne au minimum (respiration légèrement accélérée), sans pour autant provoquer la sudation (recommandation de base). A titre d'alternative, ces organismes recommandent également de pratiquer 75 minutes de sport ou d'activités d'une intensité élevée (qui provoque une légère sudation) ou une combinaison d'exercices d'intensités différentes. Les connaissances des recommandations en matière d'activité physique, conjuguées à celles concernant l'alimentation (indicateur 1.5) sont importantes pour adopter un mode de vie sain.

Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, il a été demandé aux participants s'ils pensaient que leur niveau d'activité physique était suffisant pour leur santé. En comparant ces données au niveau d'activité des personnes interrogées (cf. indicateur 3.1), on obtient des indications sur la connaissance des recommandations en matière d'activité physique.

D'après la figure ci-dessous, 71 % des personnes « actives », qui respectent les recommandations minimales de 150 minutes d'activité modérée par semaine au moins, pensent bouger suffisamment. En d'autres termes, plus d'un quart d'entre elles sont d'avis qu'elles pratiquent une activité physique insuffisante. Pour ce qui est de la catégorie des « partiellement actifs » (dont l'activité physique est inférieure à 150 minutes par semaine) et des « inactifs » (ne pratiquant pas ou presque pas d'activité physique), ils sont environ la moitié à penser qu'ils bougent suffisamment malgré leur faible niveau d'activité. Tous groupes confondus, la proportion des personnes estimant leur niveau d'activité physique suffisant a reculé entre 2007 et 2012, et ce malgré un niveau d'activité physique qui, dans l'ensemble, a augmenté d'après l'indicateur 3.1.

A) Estimation par les participants de leur activité physique, 2007 et 2012



Source : Enquêtes suisses sur la santé de l'OFS 2007 (n=17'200) et 2012 (n=20'509). Réponses à la question : « Pensez-vous que votre activité physique soit suffisante pour votre santé ? »

La codification du niveau d'activité repose sur différentes questions liées aux activités physiques modérées et intenses (cf. indicateur 3.1). Une personne est dite « active » lorsqu'elle pratique une activité physique durant au moins 150 minutes par semaine. Les personnes « partiellement actives » exercent elles aussi une activité physique, mais moins de 150 minutes par semaine. Quant aux personnes « inactives », elles ne pratiquent aucune activité physique notable.

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique ainsi que de Sport Suisse 2008 de l'Observatoire sport et activité physique Suisse.

Pour en savoir plus sur la thématique Perception et compréhension des thèmes actuels de l'alimentation et de l'activité physique, voir l'indicateur 1A de Promotion Santé Suisse.

Autres résultats

L'étude « Sport Suisse 2008 » a demandé aux participants leur avis quant à la durée et à l'intensité nécessaires pour que leur santé bénéficie d'une activité physique.

Les réponses se fondaient sur la recommandation alors en vigueur d'une activité physique quotidienne de 30 minutes au minimum. La figure B révèle qu'un cinquième (19 %) de la population résidente suisse estime que toute activité physique fait du bien à la santé. 39 % citent la durée recommandée d'alors (une demi-heure tous les jours), tandis que 14 % environ mentionnent la recommandation actuelle (deux heures et demie par semaine) et qu'une personne sur dix n'est pas en mesure de répondre à la question.

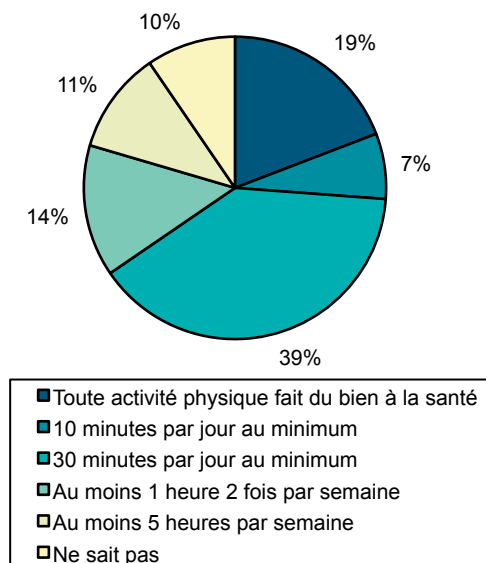
Outre l'estimation de la durée de l'activité physique nécessaire, représentée à la figure B, Sport Suisse 2008 comprenait une question sur l'intensité nécessaire pour que l'activité physique soit bénéfique pour la santé.

S'agissant de cette estimation, représentée à la figure C, la moitié des personnes interrogées estime que toute activité physique fait du bien à la santé. 29 % pensent – comme le prévoit la recommandation – que l'activité physique doit au moins provoquer l'accélération de la respiration, tandis qu'un cinquième (19 %) est d'avis qu'elle doit provoquer la sudation. Seul 1 % juge que l'activité physique doit être telle que l'on est essoufflé et que l'on ne peut plus parler.

Informations complémentaires :

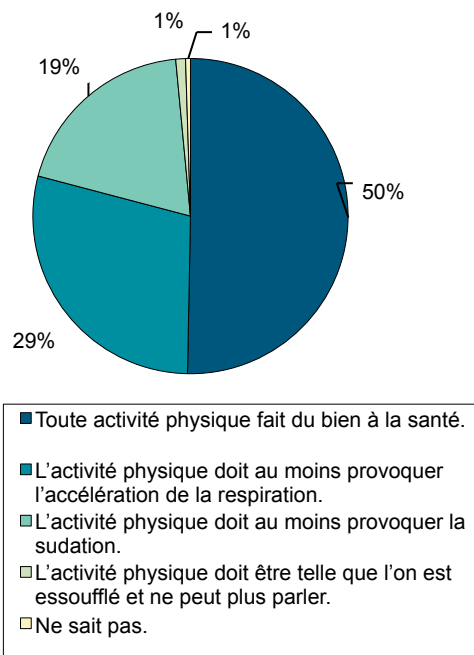
Lamprecht, M., A. Fischer et H. Stamm (2008) : Sport Suisse 2008 : comportement sportif de la population suisse. Macolin : Office fédéral du sport

B) Estimation de la durée de l'activité physique nécessaire pour que celle-ci soit bénéfique pour la santé (en %, 2008)



Source : Sport Suisse 2008, n=1'008 ; réponses à la question : « Selon vous, de quelle intensité doit être une activité physique pour qu'elle soit bénéfique pour la santé ? Je vais vous lire plusieurs réponses, dites-moi laquelle vous trouvez la plus juste. »

C) Estimation de l'intensité de l'activité physique nécessaire pour que celle-ci soit bénéfique pour la santé (en %, 2008)



Source : Sport Suisse 2008, n=1'005 ; réponses à la question : « Selon vous, de quelle intensité doit être une activité physique pour qu'elle soit bénéfique pour la santé ? Je vais vous lire plusieurs réponses, dites-moi laquelle vous trouvez la plus juste. »

Indicateur 1.8 : Perception du sport et attitude à l'égard du sport

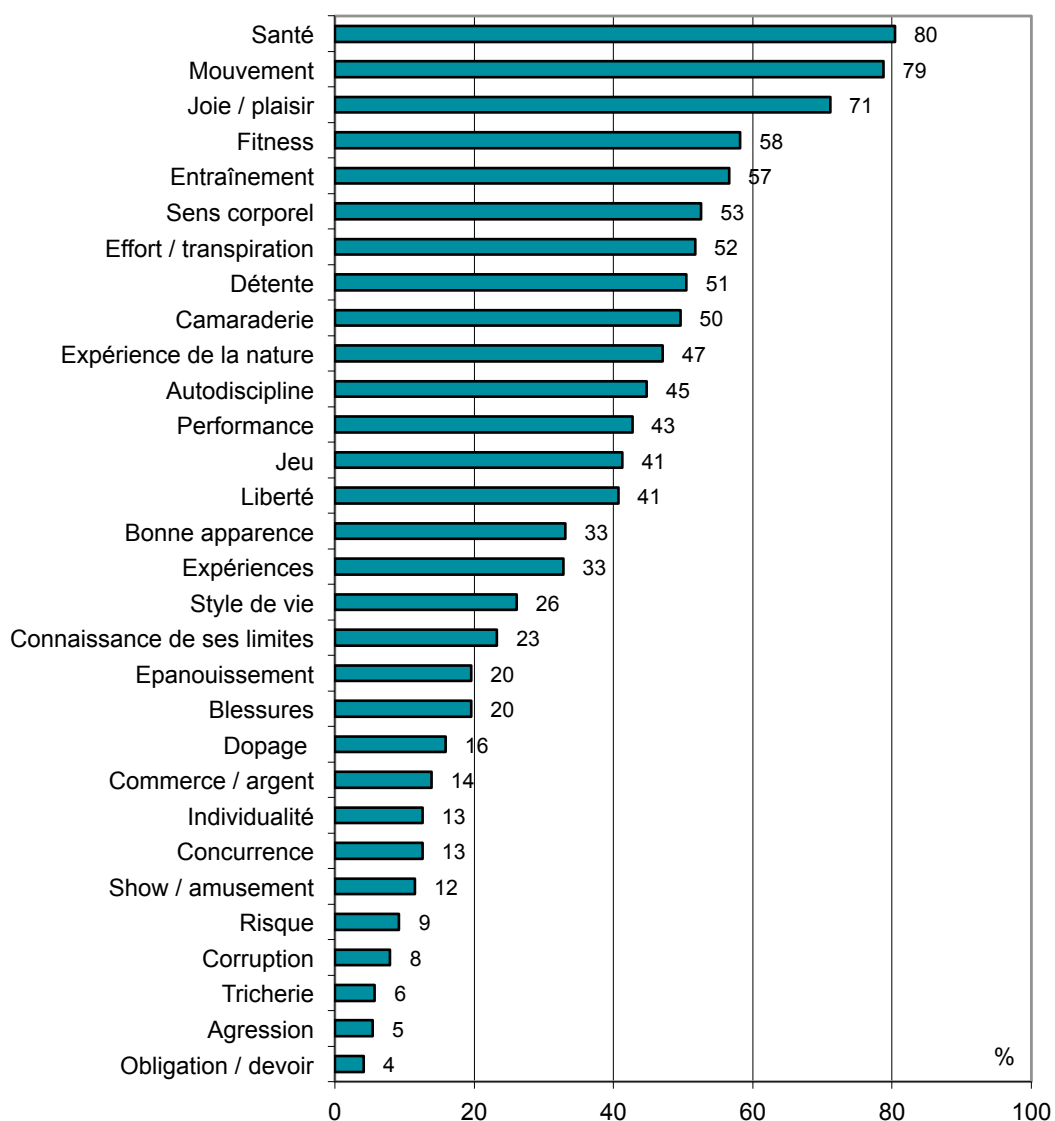
Précision : indicateur 4.9 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Le succès de la promotion de l'activité physique et du sport dépend surtout d'une perception positive des activités physiques par les groupes-cibles. La figure A montre que c'est le cas en lien avec le sport.

Interrogée sur les notions qu'elle relie au sport, la majorité de la population nomme la santé, l'activité physique et la joie / le plaisir. Les aspects négatifs n'apparaissent qu'à la fin (blessures, dopage, risque, corruption, tricherie, agression, obligation / devoir).

A) Notions que la population suisse met en rapport avec le sport (en % des personnes interrogées), 2014



Source : Sport Suisse 2012 (sondage en ligne, n=6'880). Réponses à la question : « Le sport a aujourd'hui de multiples facettes. Et vous, qu'entendez-vous par sport ? Veuillez sélectionner les principales idées que vous associez au sport dans la liste ci-dessous. »

Base de données

Questions sur l'image du sport, provenant de l'étude Sport Suisse 2014 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse.

D'autres données figurent sur le site Internet de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse (indicateur 4.9).

Indicateur 1.9 : Rapport sur les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique

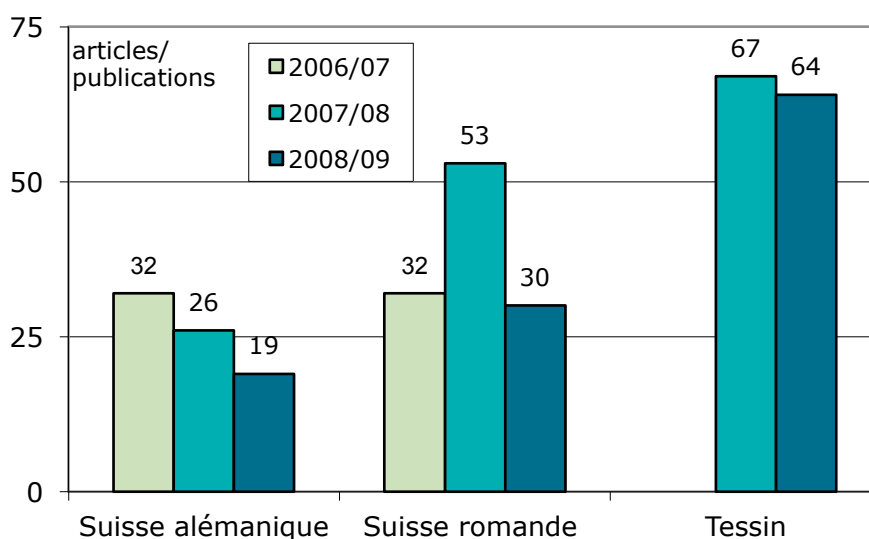
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

Un rapport régulier dans les médias est nécessaire pour sensibiliser la population aux thèmes de l'alimentation et de l'activité physique. Un monitoring des médias et une enquête réalisés sur mandat de Promotion Santé Suisse fournissent de précieux renseignements sur la façon dont la population perçoit les informations publiées dans les médias sur le sujet.

L'illustration suivante montre, pour la période de l'automne 2006 au printemps 2009, une nette baisse de la fréquence des contributions en Suisse alémanique (19 articles par publication en 2008/2009 par rapport à 32 articles en 2006/2007). En Suisse romande, on observe une augmentation marquée des contributions pendant la période 2007/2008, alors qu'au Tessin, la fréquence des contributions est comparativement très élevée. Près du double ou du triple de contributions y sont enregistrées par publication sur les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel en comparaison aux autres régions linguistiques.

Il faut cependant relever que les articles écrits dans les revues et les journaux ne sont qu'un des canaux de communication par lequel les informations sur le thème « poids corporel sain » peuvent être diffusées et perçues (voir les présentations détaillées dans le Recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse).

A) Moyenne des articles sur les thèmes alimentation, activité physique et poids corporel dans les revues et journaux suisses d'octobre 2006 à mars 2009 en fonction des régions linguistiques



Source : Monitoring des médias d'ARCHE, voir Ehmig et al. (2009 : 7). Remarque : au Tessin, le monitoring n'a été effectué qu'à partir de l'année 2007/2008

Base de données

Résultats du monitoring des médias de Promotion Santé Suisse, réalisé par l'Institut de la communication et de la santé de l'Université de Lugano (ARCHE). Le projet a porté sur l'analyse d'articles de journaux et de revues (Suisse alémanique : 24 ; Suisse romande : 5 ; Tessin : 4) entre octobre 2006 et mars 2009.

D'autres données proviennent de la mesure initiale de l'enquête auprès de la population « Alimentation, activité physique et poids corporel » menée par Promotion Santé Suisse et l'Institut de la communication et de la santé de l'Università della Svizzera italiana (enquête téléphonique 2006, n=1'441).

Domaine 2 : Comportement alimentaire

Indicateur 2.1 : Comportement alimentaire de la population résidante suisse (consommation de fruits et légumes)

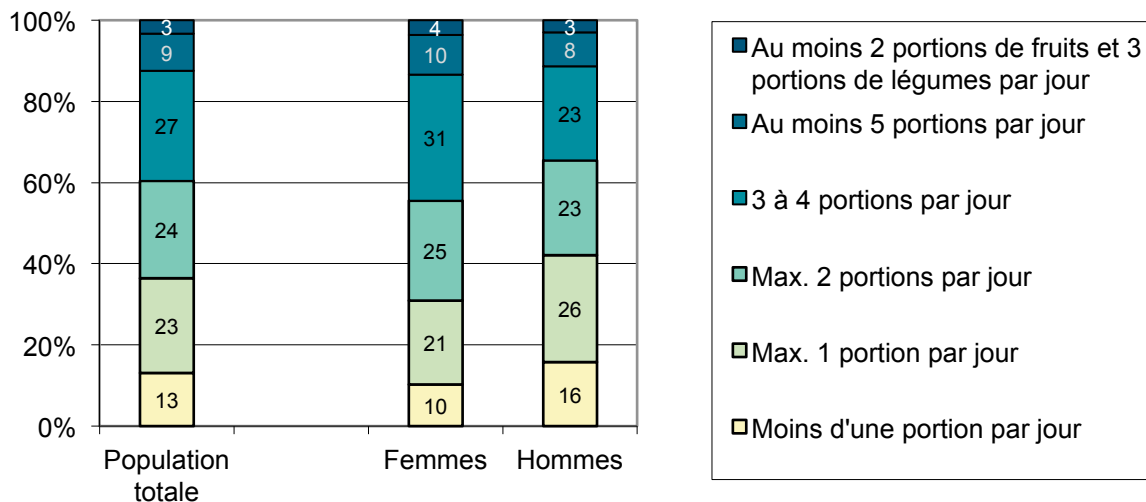
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

Une alimentation équilibrée qui couvre les besoins énergétiques contribue sensiblement au bien-être et à la promotion de la santé. Avec des slogans comme « 5 par jour », les recommandations et campagnes actuelles relatives à l'alimentation préconisent une consommation régulière de fruits, légumes et salades. Ces recommandations et campagnes contribuent à promouvoir un poids corporel sain.

Dans l'étude la plus récente, menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la consommation de fruits et de légumes a été mesurée au moyen de deux questionnaires portant sur la consommation sur 24 heures. Comme la figure A l'illustre, seuls 3 % de la population totale suivent la recommandation de consommer au moins deux portions de fruits et trois portions de légumes par jour. Néanmoins, une personne sur dix mange au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour, ce qui respecte au moins partiellement la recommandation.

Par rapport aux résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012, la part de la population qui suit cette recommandation à la lettre (11 %) ou qui consomme au moins assez de fruits et de légumes (19 %) est plus faible. En outre, la différence en fonction du sexe est moins marquée, bien que le nombre de femmes qui suivent la recommandation reste plus élevé que le nombre d'hommes.

A) Consommation de fruits et de légumes dans la population résidante suisse âgée de 18 à 75 ans, 2014/2015 (en %)



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017), n=2085. Les informations sont des moyennes calculées à partir des réponses à deux questionnaires portant sur la consommation sur 24 heures. Elles sont pondérées et corrigées des variations saisonnières et des jours de la semaine. Sauf indication contraire, « portion » renvoie sans distinction aux portions de fruits et de légumes.

Base de données

menuCH, enquête nationale de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085) selon :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) : Anthropometric characteristics and indicators of

eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Indicateur 2.2 : Comportement alimentaire des enfants et adolescents

Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

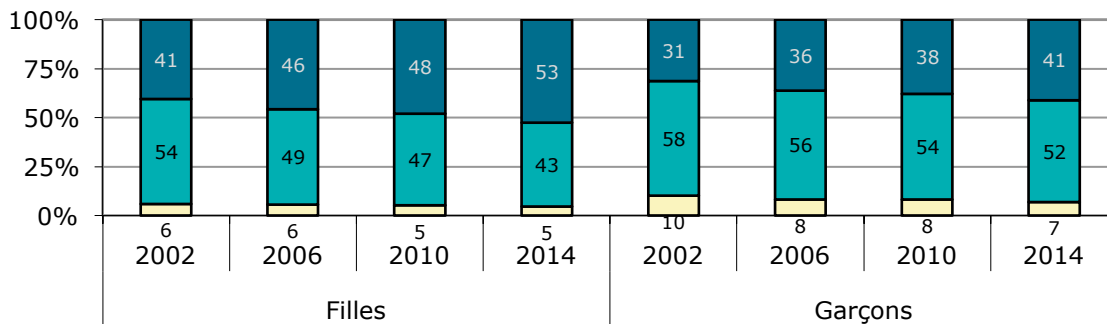
Outre le comportement alimentaire de la population adulte, celui des enfants et des adolescents est au cœur de divers programmes et interventions. En effet, l'importance d'une alimentation équilibrée est encore plus grande chez les enfants et les jeunes, dans la mesure où elle a un impact sur le développement physique et psychique et marquera profondément leur comportement alimentaire.

La figure A montre, sur la base de données tirées des études « Health Behaviour in School-Aged Children » (HBSC) d'Addiction Suisse, comment la consommation de fruits et de hamburgers a évolué entre 2002 et 2014 chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans. On y voit que les filles consomment plus régulièrement des fruits que les garçons. A noter que la part de celles et de ceux qui en consomment plusieurs fois par jour a constamment augmenté au fil du temps (pour les filles de 41 % à 53 %, pour les garçons de 31 % à 41 % ; au total : de 36 % à 47 %).

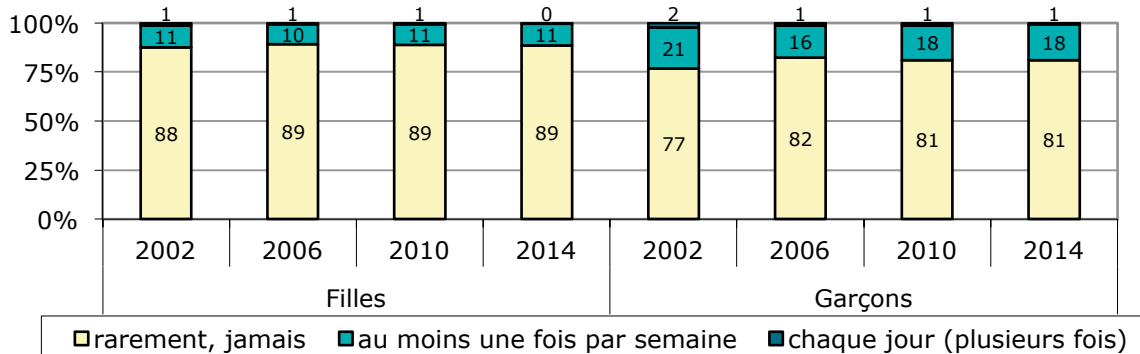
En revanche, la consommation quotidienne de hamburgers ou de hot-dogs est restée marginale : chez les filles, elle est pratiquement nulle, tandis que chez les garçons, la proportion est de 1 % environ. On note en outre que ce comportement n'a guère changé entre 2002 et 2014.

A) Fréquence de la consommation de fruits et de hamburgers ou de hot dogs par les jeunes âgés de 11 à 15 ans, par sexe, en %, entre 2002 et 2014

a) Fruits :



b) Hamburgers, hot-dogs :



Source : HBSC d'Addiction Suisse, 2002 à 2014 ; réponses à la question : « A quelle fréquence dans la semaine manges-tu ou bois-tu normalement les aliments suivants ? » ; nombre de cas (non pondérés) : fruits : 2002=9332 ; 2006=9701 ; 2010=10 058 ; 2014=9829 ; Hamburgers, hot-dogs : 2002=9252 ; 2006=9670 ; 2010=10 009 ; 2014= 9768.

Base de données

Etudes « Health Behaviour in School-Aged Children » (HBSC) d'Addiction Suisse, 2002-2014.

La distribution selon l'âge et le sexe des 11-15 ans ayant légèrement varié d'une année à l'autre, l'analyse de la tranche d'âge repose sur les répartitions dans la population globale.

Indicateur 2.3 : Dépenses pour certaines denrées alimentaires

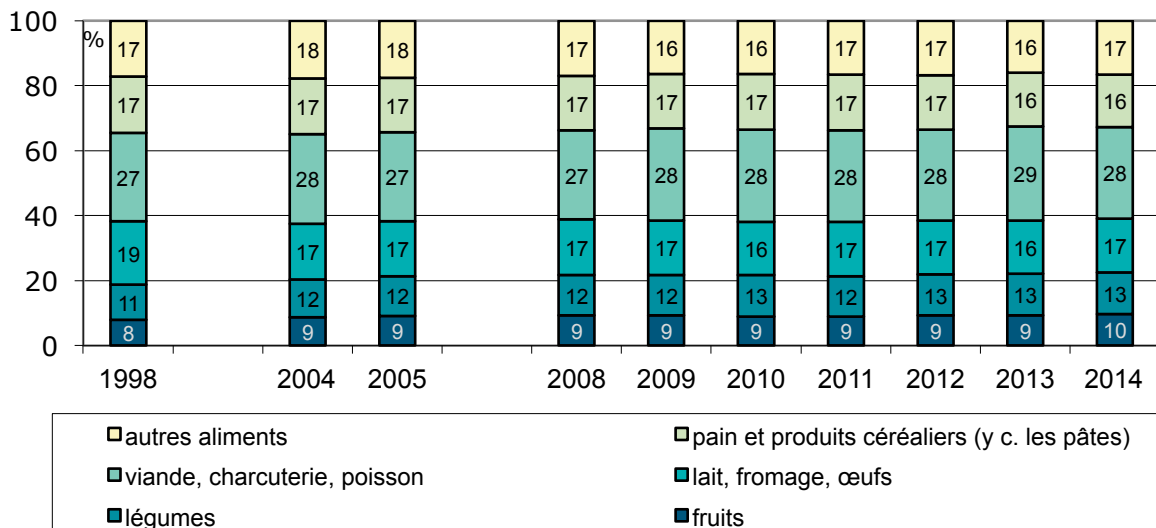
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

Une alimentation saine et équilibrée n'est pas seulement un déterminant important du poids corporel, mais elle a également une influence décisive sur divers risques de maladie. Une alimentation saine est, en conséquence, de toute première importance en ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention. Outre les déclarations faites dans le cadre des enquêtes menées sur ce thème, il a également été possible d'utiliser des données concernant la consommation pour l'analyse du comportement alimentaire, données qui sont fournies par les enquêtes sur les revenus et les habitudes de consommation effectuées par l'Office fédéral de la statistique.

Selon l'enquête sur le budget des ménages (EBM), menée par l'OFS, les dépenses globales pour l'alimentation des ménages suisses ont augmenté de 3 % seulement entre 1998 (565 francs/mois) et 2014 (583 francs/mois). Cette augmentation est inférieure à la hausse des prix des aliments dans cette même période, qui s'est établie à 8 %. Comme on peut le remarquer à la lecture de la figure ci-dessous, il n'y a que peu d'écarts entre les dépenses pour divers types d'aliments. La part des dépenses pour les fruits et les légumes a légèrement augmenté, de 19 % en 1998 (106 francs/mois) à 23 % en 2013 (131 francs/mois), tandis que les dépenses pour les produits laitiers et les œufs ont légèrement diminué.

Cette enquête révèle aussi qu'en 2014, un ménage a acheté quelque 11,8 kg de fruits, 14,2 kg de légumes, 11,7 kg de pain et produits céréaliers et 7,2 kg de viande et de poisson par mois chaque année, ledit ménage étant composé en moyenne de 2,22 personnes. On peut donc en déduire que la consommation mensuelle par tête est d'environ 5,3 kg de fruits, 6,4 kg de légumes, 5,3 kg de pain et de produits céréaliers et 3,2 kg de viande et de poisson. Les données calculées ainsi sont légèrement inférieures aux estimations de consommation de la statistique agricole, à l'indicateur 2.4. Il apparaît en outre que par rapport à 2012, mis à part pour la viande et le poisson, la consommation par tête a légèrement baissé en 2013 dans toutes les catégories d'aliments.

A) Part des dépenses pour divers groupes de produits par rapport à l'ensemble des dépenses du ménage pour les aliments, 1998 - 2014 (dépenses en francs et parts en %)



Source : Tableaux de synthèse de l'enquête sur les budgets des ménages (EBM) de l'OFS, différentes années de 1998 jusqu'à 2013.

Base de données

Enquête sur les budgets des ménages (EBM)
1998 – 2014 de l'Office fédéral de la statistique. De

plus amples informations figurent sur le site Internet de Promotion Santé Suisse (indicateur 4A).

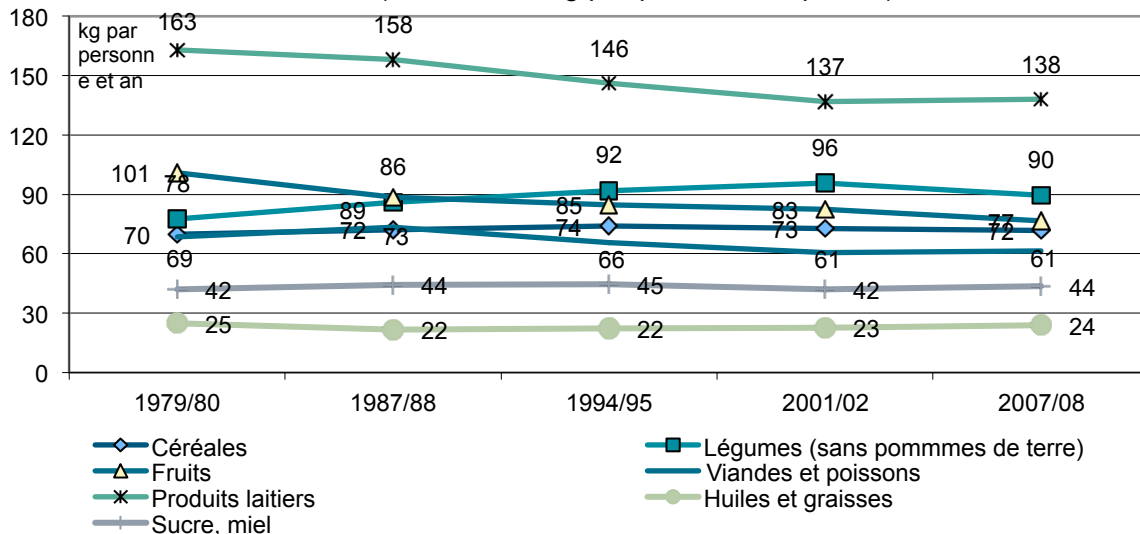
Indicateur 2.4 : Consommation de denrées alimentaires

Le fait qu'un individu est au fait des recommandations nutritionnelles et y adhère ne signifie pas encore que sa consommation alimentaire sera équilibrée et favorable à sa santé. Lorsque l'on s'intéresse à la composition de l'alimentation, on constate en effet que non seulement le choix des aliments joue un rôle, mais également leur quantité.

L'OFSP recueillera désormais par le biais de l'étude nationale sur la nutrition des données de base permettant une évaluation fiable de la consommation de différentes denrées alimentaires. D'ici à ce que ces données soient disponibles, la consommation alimentaire et la « consommation approximative » (consommation moins les déchets et les pertes) peuvent être estimées sur la base des données de la statistique agricole. Ces données issues de calculs décrivent la situation alimentaire pendant la période considérée, mais elles surestiment la consommation effective de denrées alimentaires (cf. également indicateur 1.3).

Les données suivantes se fondent sur plusieurs analyses tirées du 6^e rapport sur la nutrition en Suisse (2012) et sur l'enquête sur l'alimentation menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 2014/2015. La figure A montre la consommation annuelle estimée par personne de différentes denrées alimentaires de 1979/1980 jusqu'à 2007/2008. Le recul continu de la consommation de lait et de produits laitiers – ainsi que de viande observé jusqu'en 2001/2002 n'est pas constaté en 2007/2008. Pendant cette période, la consommation de fruits perdent un peu de terrain. Quant aux produits céréaliers, aux huiles et aux graisses ainsi qu'au sucre et au miel, leur consommation fluctue très peu.

A) Consommation annuelle par personne pour différentes catégories de denrées alimentaires, 1979/1980 à 2007/2008 (données en kg par personne et par an)



Source : Schmid et al. (2012)

Base de données

Données fondées sur menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085, cf. Bochud et al. 2017) et sur des statistiques de l'Union suisse des paysans tirées des rapports de l'OFSP sur la nutrition en Suisse :

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber et M. Siegrist (2012): « La situation nutritionnelle en Suisse ». Pp. 49-126 dans: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-

Kurt N.: Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne : OFSP

La consommation est calculée au moyen de la formule suivante : consommation = production +/- variation de stocks – exportations + importations. Le calcul de la consommation approximative par personne et par jour est basé sur les volumes de consommation en tenant compte du taux de déchets propres aux denrées alimentaires. Ces déductions effectuées pour tenir compte de l'élimination des pierres, des os, des écorces et des pelures, des coquilles, etc. peuvent atteindre 58 % (pour les noisettes).

Autres résultats

Dans le cadre du 6^e rapport sur la nutrition en Suisse, la consommation approximative des denrées alimentaires (après déduction des déchets et des pertes) a été calculée pour les années 2007/2008 sur la base des données relatives à la consommation alimentaire ainsi que des tables de composition nutritionnelle de Souci, Fachmann et Kraut (voir Schmid et al. 2012).

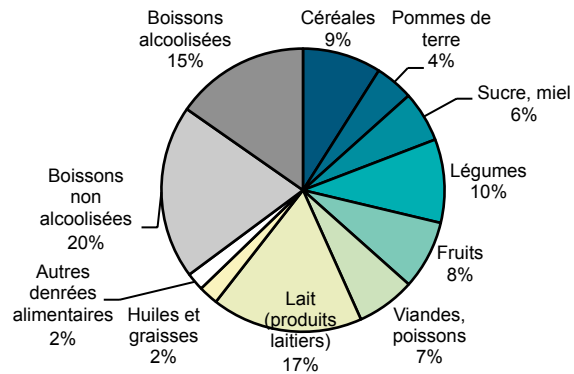
La figure B montre la consommation approximative calculée de diverses catégories de denrées alimentaires par jour et par personne, alors que la figure C représente l'apport énergétique de ces catégories de denrées alimentaires par rapport à l'apport énergétique total. Il ressort de la figure B que, selon les calculs, les boissons représentent plus d'un tiers de toutes les quantités consommées chaque jour. Parmi les autres denrées alimentaires, les produits laitiers pèsent particulièrement dans la balance.

La figure C montre en outre que la consommation par personne de fruits et légumes a fléchi entre 2001/2002 et 2007/2008, tandis que la consommation de sucre et de miel ainsi que d'huiles et de graisses a progressé. Par ailleurs, la consommation de boissons alcoolisées a légèrement diminué entre 2001/02 et 2007/08, passant de 127 à 122 litres par et par personne (de plus de 15 ans).

D'après la figure D, les ces boissons représentent néanmoins 7 % de l'apport énergétique quotidien. Les produits céréaliers et laitiers sont quant à eux à l'origine de plus du tiers de l'apport énergétique quotidien. Malgré des quantités consommées relativement faibles, on remarque notamment la part comparativement importante des denrées alimentaires riches en énergie telles que le sucre et le miel (17 %) ainsi que les huiles et les graisses (14 %). Par contre, les fruits et légumes pèsent à peine sur le bilan énergétique quotidien.

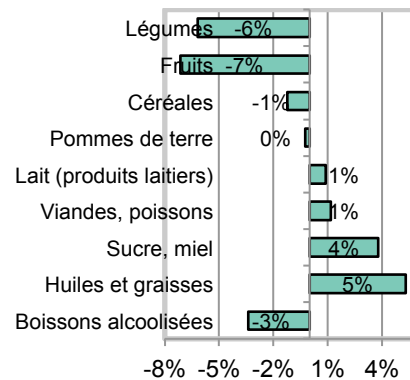
La figure A de l'indicateur 2.10 propose d'autres résultats sur l'apport énergétique quotidien, qui s'est élevé à 2849 kcal par personne en moyenne en 2007/2008 selon le 6^e rapport sur la nutrition en Suisse.

B) Consommation approximative de denrées alimentaires par personne, 2007/2008 (parts en % sur la base des données en grammes par personne et par jour)



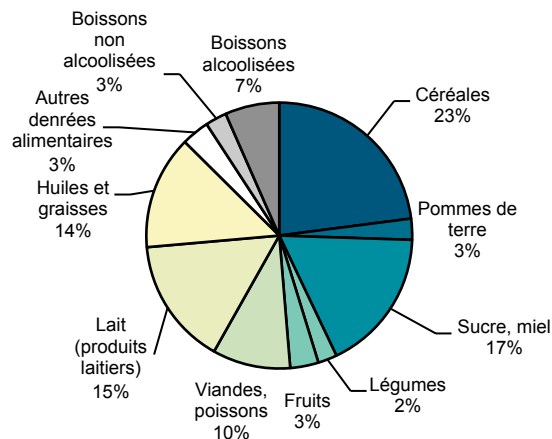
Source : Schmid et al. (2012).

C) Variation en pourcentage de la consommation par personne de certaines denrées alimentaires, 2001/2002 à 2007/2008



Source : Schmid et al. (2012).

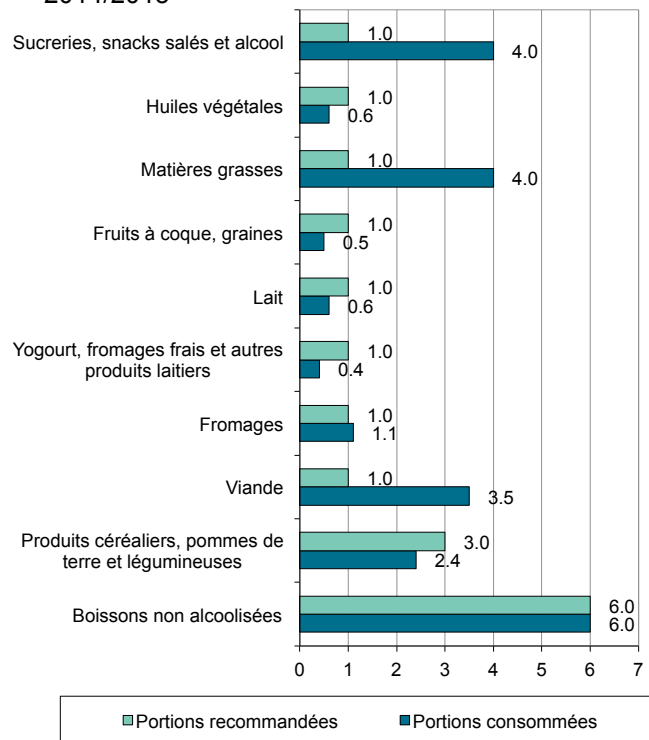
D) Apport énergétique quotidien par personne par le biais de différentes denrées alimentaires et boissons (consommation approximative, parts en % sur la base des données en kcal par personne et par jour)



Source : Schmid et al. (2012).

D'après l'enquête nationale sur l'alimentation (menuCH), l'alimentation de la population suisse est relativement peu équilibrée et ne correspond pas à la composition idéale que présente par exemple la pyramide alimentaire suisse. La figure E présente les écarts constatés entre les portions journalières consommées et les portions recommandées pour différentes catégories de denrées alimentaires. La consommation quotidienne de boissons non alcoolisées, de fromages, d'huiles végétales et de féculents comme des céréales, des pommes de terre et des légumineuses correspond plus ou moins aux quantités recommandées. Par contre, la consommation de produits laitiers est trop faible, tandis que la consommation de viande, de matières grasses et de sucreries, snacks salés et alcool est trois à quatre fois plus élevée que les quantités recommandées.

E) Comparaison entre les quantités quotidiennes recommandées pour différentes catégories d'aliments et celles qui sont consommées, en portions*, 2014/2015



Informations complémentaires :

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gremaud, G., I. Schmid und R. Sieber (2005): "Estimation de l'utilisation des denrées alimentaires en Suisse pour les années 2001/2002". S. 7-23 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (Hg.): Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Jacob, S. (2005): "Berechnung des Verbrauchs und des angenäherten Verzehrs an Nahrungsenergie und Nährstoffen". S. 25-35 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (Hg.): Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

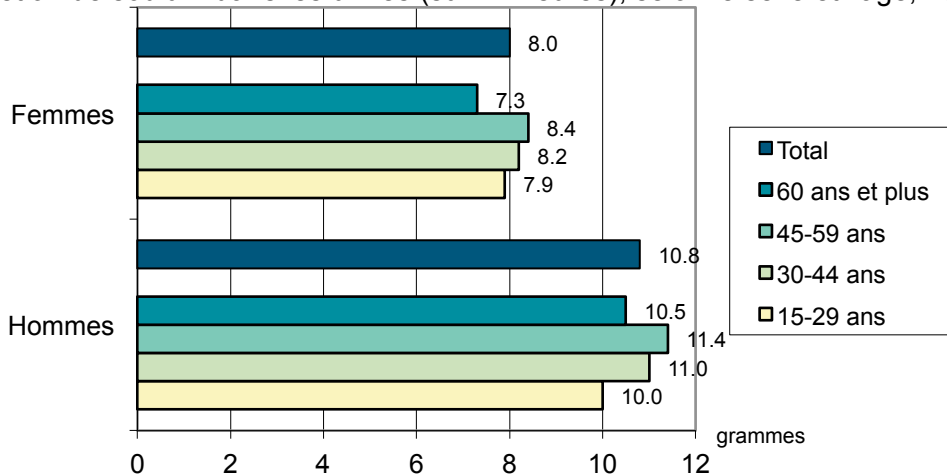
* Précision : la quantité contenue dans une portion varie d'un aliment à l'autre. Une portion correspond à env. 20 g pour les sucreries et les snacks salés, à 2,5 dl pour les boissons sucrées, et à 1 dl pour les boissons alcoolisées (comme le vin). Une portion d'huile végétale équivaut à env. 20-30 g, une portion de fruits à coque ou de graines à env. 20-30 g. Une portion de lait correspond à env. 2 dl, alors qu'une portion de yogourt, de fromage frais ou d'un autre produit laitier correspond à 150-200 g. Une portion de fromage équivaut à 30 g s'il s'agit d'un fromage à pâte mi-dure ou dure, et à 60 g s'il s'agit d'un fromage à pâte molle. Une portion de viande (y c. volaille et produits à base de viande transformés) représente env. 35 g. Une portion de produits céréaliers (comme le pain ou les pâtes) représente 75-125 g. Une portion de pain suédois, de flocons de céréales, de pâtes, de riz, de maïs ou d'autres céréales correspond à 45-75 g (poids à l'état sec). Une portion de pommes de terre représente 180-300 g, et une portion de légumineuses à 60-100 g. Pour les boissons non alcoolisées, une portion correspond à 2,5 dl.

Indicateur 2.5 : Consommation de sel

Consommer une grande quantité de sel augmente le risque de maladies cardiovasculaires. La stratégie de réduction de la consommation de sel de cuisine de l'OFSP (« Stratégie sel 2008 - 2012 ») décrit différents objectifs et mesures visant à donner à la population les moyens de réduire sa consommation de sel. Elle prévoit en outre, en collaboration avec les milieux économiques, de réduire la teneur en sel des aliments industriels et des plats proposés dans la restauration. Les effets de cette stratégie sont suivis entre autres grâce à un système de monitoring, dont les premiers résultats sont disponibles et documentés dans les figures A et B.

Comme il est très difficile d'observer directement la consommation de sel, les scientifiques mesurent l'excrétion de sodium dans les urines. En 2010/11, ils ont ainsi analysé les urines d'un échantillon aléatoire de la population, prélevées sur une durée de 24 heures (figure A) : on observe que les hommes consomment sensiblement plus de sel que les femmes (près de 11g/24h en moyenne pour les hommes contre 8g/24h pour les femmes). Selon ces données, ce sont les 45-59 ans qui consomment le plus de sel. L'OMS recommande de ne pas absorber plus de 5g/24h ; or le graphique A révèle que seuls 22 % des femmes et 6 % des hommes y parviennent. Notons encore que les résultats de la première enquête que l'OFSP a menée sur la consommation de sel de la population suisse concordent avec ceux du Bus Santé genevois (cf. figures C à E).

A) Excrétion de sodium dans les urines (sur 24 heures), selon le sexe et l'âge, 2010/11



Source : Enquête de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse, cf. Chappuis et al. (2011)

Base de données

Les données des figures A à C sont tirées de l'enquête de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse, qui repose sur l'analyse d'urines prélevées sur une durée de 24 heures, les valeurs de la tension artérielle et de l'IMC et sur un questionnaire réalisé en 2010/11 auprès de 1148 personnes. Cf. :

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre hospitalier universitaire vaudois

Les données des figures D à F proviennent de l'article suivant :

Beer-Borst, S., MC. Costanza, A. Pechère-Bertschi et A. Morabia (2009) : « Twelve-year trends and correlates of dietary salt intakes for the general adult population of Geneva, Switzerland ». European Journal of Clinical Nutrition, 63 : 155-164

L'étude se fonde sur les données relevées entre 1993 et 2004 dans le cadre du Bus Santé et concernant la population genevoise âgée de 35 à 74 ans. Le questionnaire alimentaire utilisé (food frequency questionnaire) ne recense que la quantité de sel ingérée par le biais des aliments, mais les données ont été calibrées au moyen d'une sous-étude indépendante sur 100 volontaires. Cette étude complémentaire a permis d'évaluer la consommation de sel totale durant 24 heures à l'aide d'une analyse d'urine.

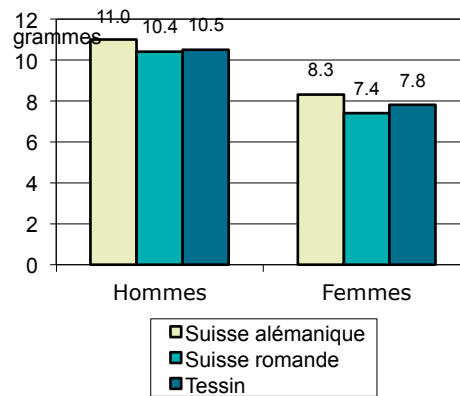
La figure G se fonde sur menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085) :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) : Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Autres résultats

Comme le montre la figure B, la consommation de sel varie peu d'une région linguistique à l'autre. Dans toutes trois, les hommes en absorbent sensiblement plus que les femmes.

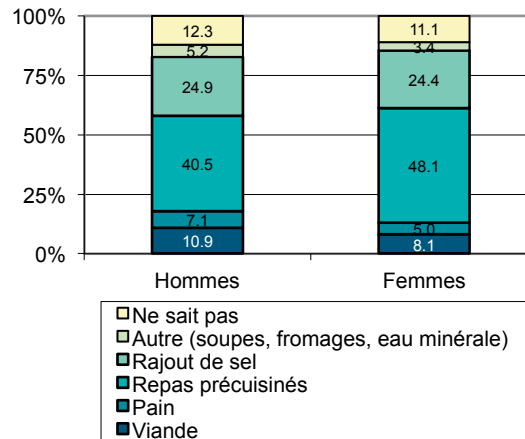
B) Excrétion de sodium dans les urines (sur 24 h) selon le sexe et la région linguistique, 2010/11



Source : Chappuis et al. (2011)

La figure C montre l'évaluation des personnes interrogées quant à l'origine du sel qu'elles consomment. Selon ces données, deux cinquièmes des hommes et près de la moitié des femmes pensent que l'absorption de sel est à mettre sur le compte des repas pré-cuisinés ; ils citent également souvent le rajout de sel (cf. aussi la figure G) et la viande.

C) Composition de la consommation de sel selon le sexe, 2010/11

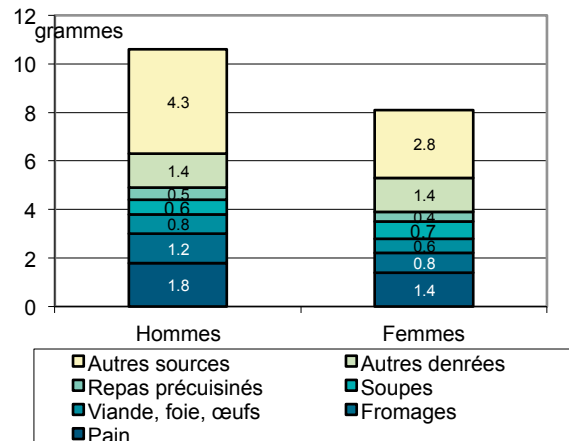


Source : Chappuis et al. (2011)

Les figures D à F présentent des résultats issus de l'étude « Bus Santé » portant sur la population adulte genevoise entre 1993 et 2004, qui conjugait également une enquête et une analyse d'urine.

D) Hauteur et composition de la consommation de sel selon le sexe, en grammes par jour, (Bus santé Genève, 1993 à 2004)

La figure D montre tout d'abord que les résultats des anciennes études genevoises sont assez proches de ceux de la récente enquête de l'OFSP. Notons que dans les études du Bus Santé, les résultats des questionnaires étaient utilisés pour interpréter la consommation de sel révélée dans les analyses. Cela permettait de déterminer approximativement d'où provenait le sel absorbé, en l'occurrence, pour l'essentiel des groupes d'aliment pain, fromages viandes et soupes. La part relativement grande des « autres sources de sel » est imputable aux écarts entre l'estimation réalisée par le biais du questionnaire alimentaire et les valeurs provenant des analyses d'urine.



Source : Beer-Borst et al. (2009)

La figure E montre que les hommes genevois consomment en moyenne, sur une période de 12 ans, bien plus de sel par le biais des aliments que les femmes. On ne constate guère de fluctuations au fil des années : l'apport journalier en sel reste en grande partie stable.

Une évaluation complémentaire qui n'est pas reproduite ici révèle par ailleurs que l'absorption de sel est relativement indépendante de l'âge pour les deux sexes (cf. aussi fig. A). Si l'on examine la teneur en sel par énergie absorbée (en MJ), les données (corrigées en fonction de l'âge) des années 1993 à 2004 révèlent, pour l'IMC seulement, un lien statistique déterminant : tant chez les hommes que chez les femmes, la consommation moyenne de sel augmente avec l'IMC. Elle est la plus importante chez les personnes souffrant d'obésité (figure F). Cette conclusion coïncide avec les résultats de la récente étude de l'OFSP, qui met également en évidence que consommation de sel et poids corporel sont étroitement corrélés.

Par contre, l'analyse de Beer-Borst et al. (2009) ne met au jour aucune disparité significative en fonction du niveau de formation ou de la nationalité.

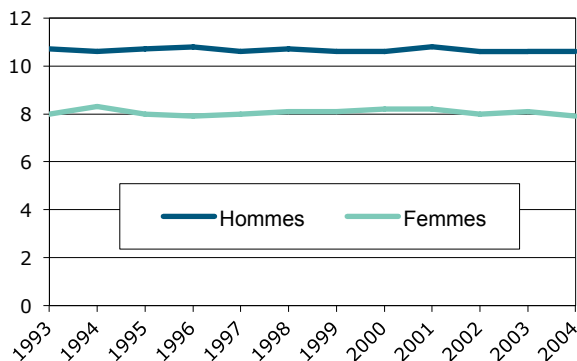
La figure G présente les réponses à la question « Rajoutez-vous du sel pendant le repas ? », posée dans le cadre de menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation. Cette question fournit des indications sur une tendance à une consommation excessive de sel. Le graphique montre que 10 % des répondants rajoutent souvent ou toujours du sel quand ils sont à la maison et que plus d'un tiers rajoutent parfois du sel. Pour les repas à l'extérieur, ces deux valeurs sont plus basses et se situent à 6 % et à 36 % respectivement. On remarque aussi des différences selon le sexe : les hommes se servent plus souvent de la salière, que ce soit à la maison ou à l'extérieur. Ces valeurs sont inférieures à celles de l'étude de Chappuis et al. (2011), dans laquelle 62 % (à l'extérieur) et 65 % (à la maison) des personnes interrogées indiquaient rajouter parfois du sel.

Signalons enfin que l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS révèle que 71 % de la population jugent importante la recommandation de ne pas trop saler, 63 % indiquant s'y tenir « souvent » voire « toujours » (cf. également ind. 1.1 et 1.5).

Informations complémentaires :

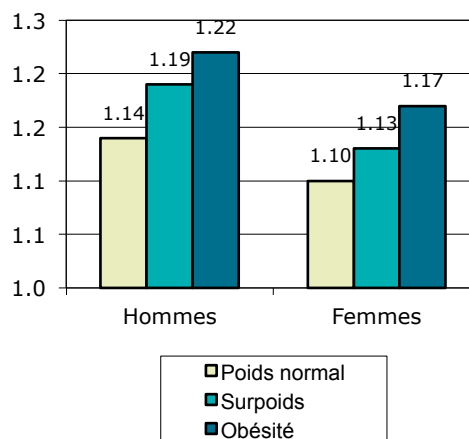
Office fédéral de la santé publique (2009) :
Stratégie sel 2008–2012. Stratégie de réduction de la consommation de sel de cuisine. (Août 2009) Berne : OFSP

E) Absorption moyenne de sel, en grammes par jour, selon le sexe (n : hommes=6'688, femmes=6'647), Bus Santé 1993 à 2004



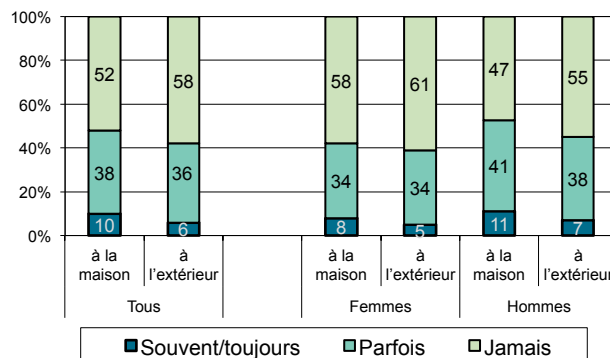
Source : Beer-Borst et al. (2009)

F) Teneur en sel de l'absorption d'énergie, selon l'IMC (n : hommes=6'370, femmes=6'063), Bus Santé 1993 à 2004



Source : Beer-Borst et al. (2009)

G) Rajout de sel pendant le repas, à la maison ou à l'extérieur, selon le sexe, 2014/2015



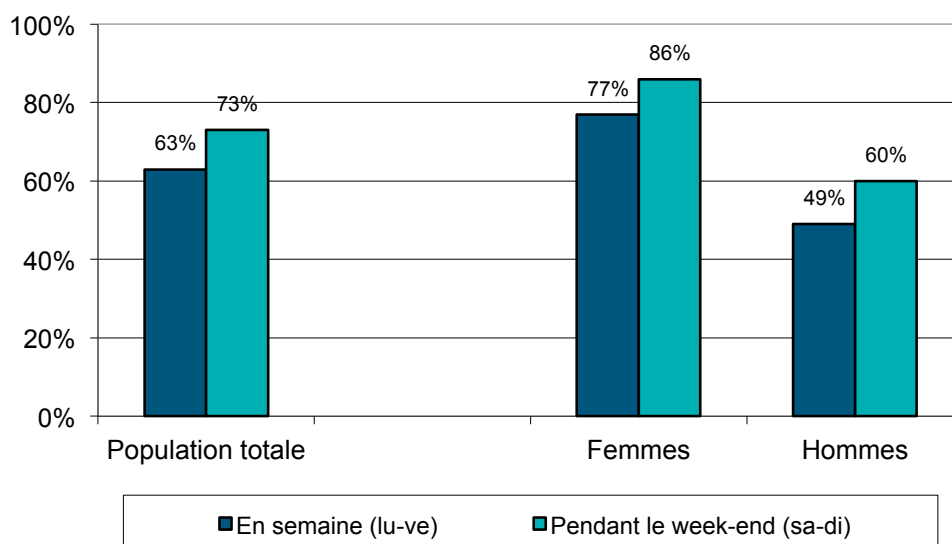
Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

Indicateur 2.6 : Comportement culinaire

Savoir cuisiner et composer des menus est déterminant lorsqu'il s'agit d'adopter – pour soi et pour les personnes vivant sous son toit – une alimentation saine et variée. Or, la préparation des repas et le comportement quant à la manière de cuisiner forment également un aspect important de notre culture culinaire. En lien avec l'alimentation, ils peuvent aussi servir de point de départ pour changer le comportement alimentaire. L'enquête nationale sur l'alimentation menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) menée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 2014/2015, l'étude-pilote réalisée dans le cadre de l'étude nationale sur la nutrition, l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe » et le module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) comportent différentes données sur le comportement culinaire de la population suisse.

Comme le montre la figure A, c'est pendant le week-end qu'on cuisine le plus en Suisse : près de trois quarts des sondés cuisinent le week-end. Deux sondés sur trois cuisinent aussi à midi ou le soir pendant la semaine ; dans tous les cas, la proportion des femmes qui cuisinent est sensiblement plus élevée que celle des hommes. Ces résultats sont quasiment identiques à ceux de l'étude-pilote réalisée dans le cadre de l'étude nationale sur la nutrition 2009 et à ceux de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS, dans lesquelles près de trois quarts des sondés avaient indiqué cuisiner souvent ou (presque) toujours.

A) Fréquence à laquelle les sondés cuisinent la semaine et le week-end, 2014/2015 (pourcent)



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017), n=2085. Est représentée la proportion de jours au cours desquels les sondés ont préparé un repas chaud (à midi ou le soir).

Base de données

Une partie des données provient de menuCH, l'enquête sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085), selon :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) : Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

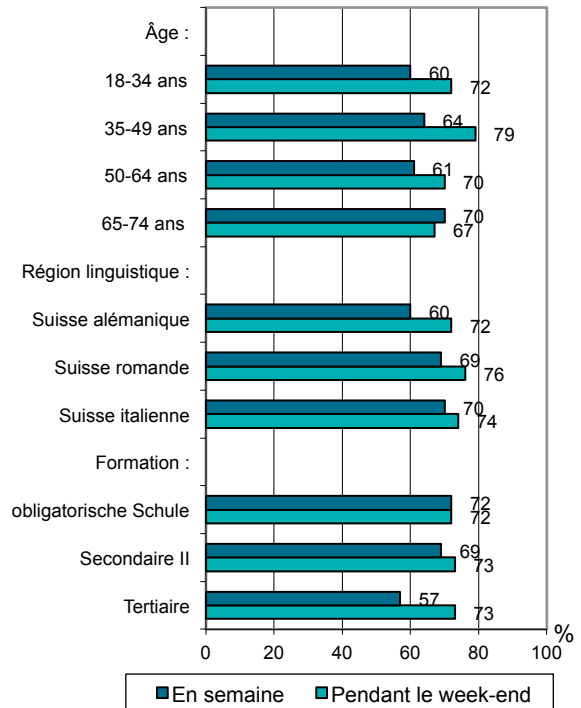
D'autres données proviennent de l'étude-pilote représentative de la population résidente suisse réalisée dans le cadre de l'étude nationale sur la nutrition (n=1545), de l'enquête téléphonique Omnibus 2014 (module MOSEB) de l'Office fédéral de la statistique (n=2993) et des études Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe », « Les Suisses et la cuisine » (2010a) et « L'alimentation des enfants au quotidien » (2010b).

La figure K présente en outre des données sur le comportement culinaire recueillies en 2010 auprès du panel suisse sur l'alimentation de l'EPFZ.

Autres résultats

La figure B complète la figure A en ce qu'elle montre pour les années 2014/2015 une sélection de différences en matière de comportement culinaire. Il ressort du graphique que la population résidant en Suisse alémanique et les titulaires d'un diplôme d'études supérieures cuisinent comparativement peu souvent en semaine. Par contre, ces sondés cuisinent plus souvent pendant le week-end, si bien qu'il n'y a pratiquement plus de différences liées à l'âge, à la région linguistique et au niveau de formation.

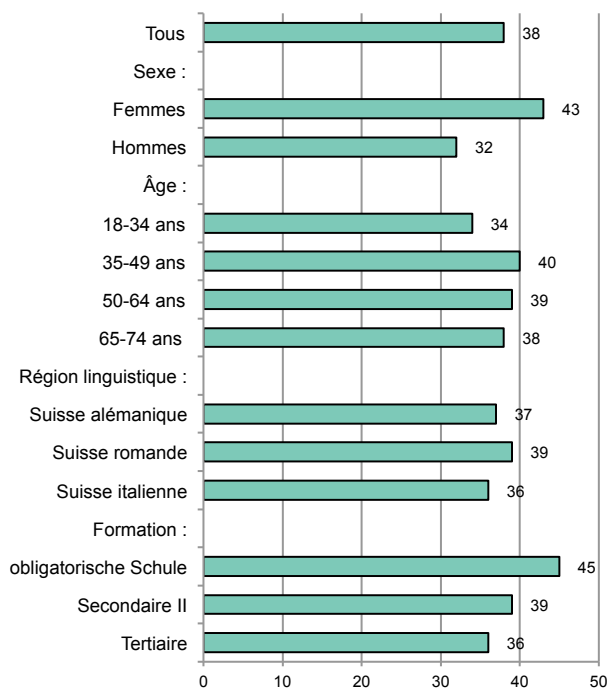
B) Fréquence à laquelle les sondés cuisinent la semaine et le week-end, selon l'âge, la région linguistique et le niveau de formation, 2014/2015 (pourcent)



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017) ; est représentée la proportion de jours au cours desquels les sondés ont cuisiné.

La figure C présente la durée moyenne de préparation des repas, à savoir 38 minutes. Il en ressort qu'en plus de cuisiner moins souvent, les hommes, les 18-34 ans et les titulaires d'un diplôme d'études supérieures consacrent moins de temps à la préparation des repas que les femmes et les personnes ayant un niveau de formation plus bas.

C) Durée moyenne de préparation des repas chauds, selon le sexe, l'âge, la région linguistique et le niveau de formation (minutes), 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017)

L'étude Coop 2010 ainsi que l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS comportent toutes deux une question relative aux aspects qui sont importants pour cuisiner. Les réponses à cette question sont présentées dans les figures D et E, la première comparant les résultats de 2010 et ceux de 2014 et la deuxième détaillant les résultats de 2014.

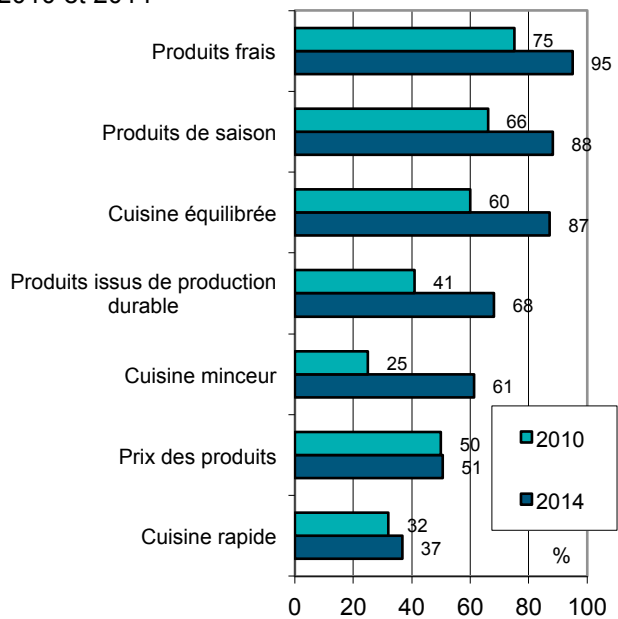
Au premier regard, il est frappant de voir sur le graphique D qu'entre 2010 et 2014, le nombre de personnes déclarant que les différents aspects s'appliquent à eux a augmenté pour tous les aspects mis à part celui de l'importance du prix. Etant donné que la formulation de la question était identique dans les deux cas, ces résultats peuvent au moins en partie s'expliquer par une meilleure sensibilisation en faveur d'une alimentation saine et équilibrée puisque les déclarations relatives aux produits frais, de saison et durables ainsi que celles relatives à la cuisine équilibrée ont particulièrement beaucoup augmenté.

A la question de savoir ce à quoi ils font attention pour cuisiner, bien plus de 80 % des sondés choisissent la réponse « s'applique plutôt oui » pour les produits frais, de saison ainsi que pour la cuisine équilibrée. Plus de la moitié veille par ailleurs à cuisiner des produits issus d'une production durable et à cuisiner minceur. En revanche, le prix des produits et le facteur temporel jouent un rôle inférieur. En 2014, d'après la figure E, seule la moitié des sondés déclare que ce dernier aspect s'applique à eux.

Une analyse détaillée qui n'est pas reproduite ici montre en outre que pour toutes les questions présentées dans la figure E, les résultats des femmes sont supérieurs à ceux des hommes, c'est-à-dire qu'elles veillent davantage à ces différents aspects. On observe par ailleurs pour la plupart de ces aspects un effet lié à l'âge dans la mesure où les personnes plus âgées leur confèrent plus d'importance que les plus jeunes. Une exception à cette observation à noter toutefois concernant l'affirmation « la cuisine doit être rapide », qui s'applique plus souvent aux jeunes sondés.

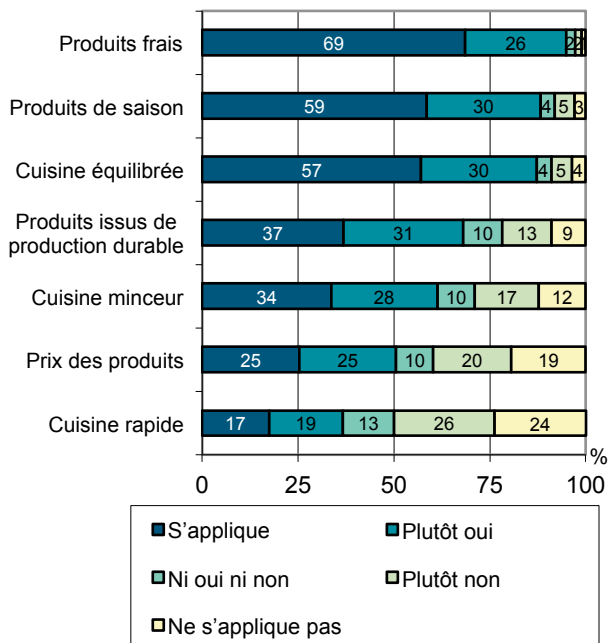
Aucune conclusion distincte ne ressort sur le plan de la nationalité ; la formation scolaire a en revanche un effet généralement négatif, c'est-à-dire que les sondés avec un niveau de formation élevé déclarent plus rarement que les affirmations s'appliquent à eux, sauf en ce qui concerne les produits issus d'une production durable et la cuisine rapide. Enfin, en ce qui concerne les différences entre régions linguistiques, il ressort que les différents aspects s'appliquent un peu plus souvent aux sondés en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin.

D) Importance de différents aspects relatifs à la cuisine, 2010 et 2014



Source : Coop 2010a (n=520) et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2952 et 2963); réponses à la question : « Veuillez indiquer s'il vous plaît la mesure dans laquelle les affirmations suivantes relatives à la cuisine s'appliquent à vous. » Est représentée la proportion des personnes ayant répondu « plutôt oui ».

E) Importance de différents aspects relatifs à la cuisine, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 2952 et 2963 selon les aspects).

Il ressort également d'une autre question, dans l'étude Coop de l'année 2010, que les produits frais sont très populaires (figure F). En effet, 90 % des sondés les utilisent toujours ou souvent pour cuisiner tandis que tout juste 30 % utilisent des produits tout prêts. Près d'un quart des sondés prépare toujours ou souvent ses repas à l'avance et 13 % réchauffent des plats cuisinés.

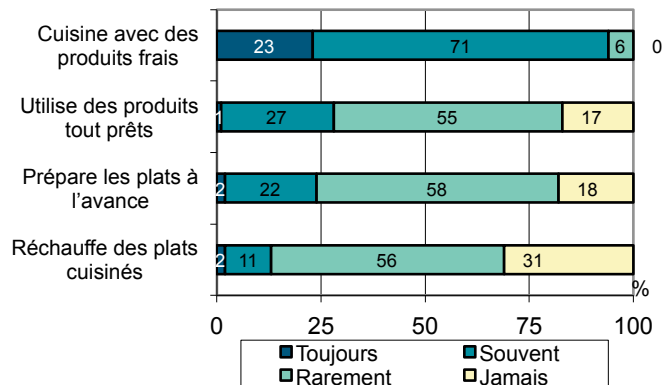
Une analyse complémentaire selon le sexe, qui n'est pas reproduite ici, montre que les femmes utilisent plus souvent des produits frais pour la cuisine que les hommes qui, quant à eux, réchauffent plus souvent des plats cuisinés.

Outre le type de produits utilisés, la préparation joue également un rôle. L'étude pilote réalisée dans le cadre de l'étude nationale sur la nutrition comporte une question supplémentaire en l'espèce (figure G), dont il découle que les Suisses cuisinent le plus souvent à la vapeur et à l'eau. Elle révèle cependant quelques disparités régionales notables : alors que les Alémaniques ont tendance à cuire à la poêle, au four ou à l'étuvée, les Romands ont une préférence pour la grillade et les Tessinois pour la cuisson au four et la friture.

Les figures H à J se rapportent aux enfants vivant dans le ménage. La figure H montre ainsi une comparaison des réponses à la question de la fréquence à laquelle l'on cuisine pour un enfant, posée dans le cadre de l'étude Coop de l'année 2010 et de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS.

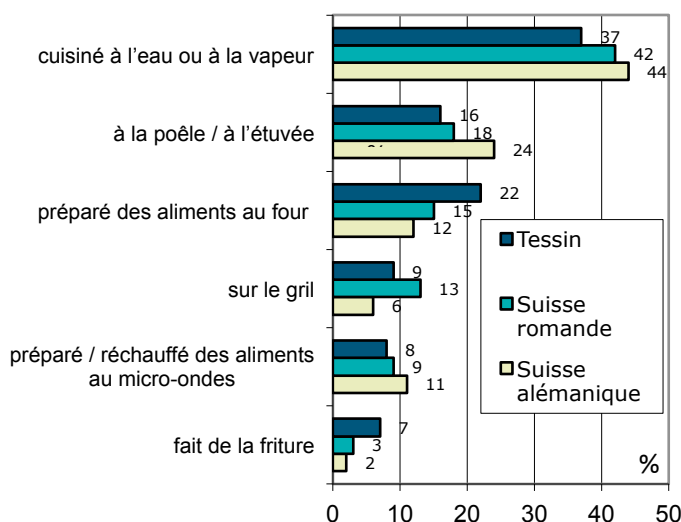
En confrontant les résultats, il apparaît clairement que les deux années, au moins 90 % des ménages ont indiqué préparer au moins une fois par jour un repas chaud pour les enfants. Toutefois, cette proportion a légèrement diminué depuis 2010. Ce résultat pourrait être dû à une légère modification de la composition de l'échantillon sondé – l'étude menée en 2014 comprend par exemple le Tessin, qui se caractérise par une proportion particulièrement élevée de personnes qui ne cuisinent pas quotidiennement pour leurs enfants – et à une modification potentielle du comportement alimentaire (sortir manger plus fréquemment).

F) Importance de différents produits, 2010 (n=520)



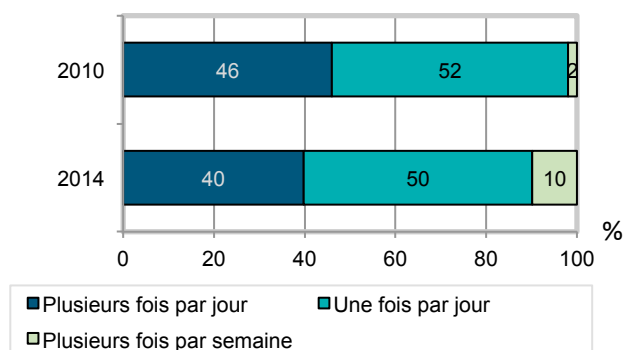
Source : Coop 2010a ; réponses à la question : « Veuillez indiquer s'il vous plaît la fréquence à laquelle les affirmations suivantes relatives à la cuisine s'appliquent à vous. »

G) Popularité de différents types de préparation, 2009 (n=1'276)



Source : Etude-pilote NANUSS ; réponses à la question : « Rappelez-vous de la semaine dernière, combien de fois avez-vous ... »

H) Fréquence à laquelle l'on cuisine pour des enfants, 2010 et 2014



Source : Etude Coop 2010b (n=508) et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n=1068); réponses à la question : « Dans votre ménage, à quelle fréquence un repas chaud est-il préparé pour votre enfant en semaine ? »

Les figures I et J livrent des informations quant aux critères dont tiennent compte les parents lorsqu'ils achètent des produits pour leurs enfants. La comparaison entre l'étude Coop de 2010 et l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS montre certes que le classement est similaire dans les deux études, mais aussi que quelques modifications notables sont apparues. Dans les deux études, les principaux aspects pris en compte sont le goût et la teneur en sucre ; la teneur en graisse, les additifs, les produits biologiques et la teneur en sel ont revanche grimpé dans le classement au détriment des considérations de prix. Par ailleurs, s'ils ne sont toujours pas du tout pris en compte par plus d'un tiers des sondés, les ingrédients allergisants apparaissent tout de même comme un aspect beaucoup plus important en 2014 qu'en 2010 (cf. figure J, avec les résultats détaillés de l'année 2014).

Les différences entre les divers groupes sociaux en ce qui concerne la prise en compte des critères de produits sont relativement faibles. Il apparaît toutefois que les femmes et les sondés étrangers ont tendance à plus tenir compte que les autres sondés des aspects énumérés lorsqu'ils achètent des produits pour leurs enfants.

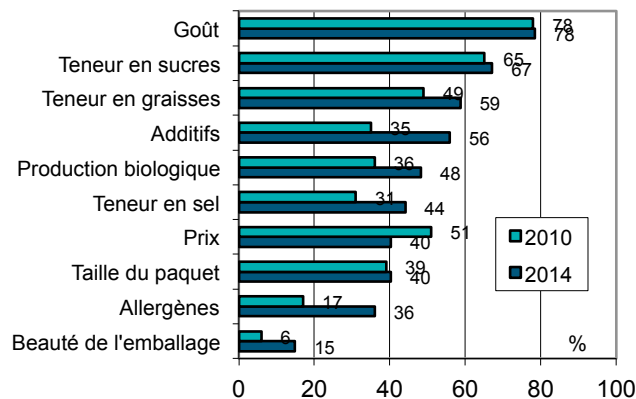
Le panel suisse sur l'alimentation de l'EPFZ (cf. Hartmann et al., 2012) étudie les comportements alimentaires et les habitudes culinaires de la population résidant en Suisse alémanique et en Suisse romande.

Le tableau K montre que les femmes non seulement sont majoritairement en charge de la cuisine, mais aussi qu'elles évaluent mieux leurs compétences en cuisine et qu'elles font la cuisine avec davantage de plaisir que les hommes. Des résultats détaillés, non reproduits ici, indiquent en outre que mieux on sait cuisiner, plus on consomme de légumes et moins on utilise d'aliments prêts à consommer ou de plats préparés.

Informations complémentaires :

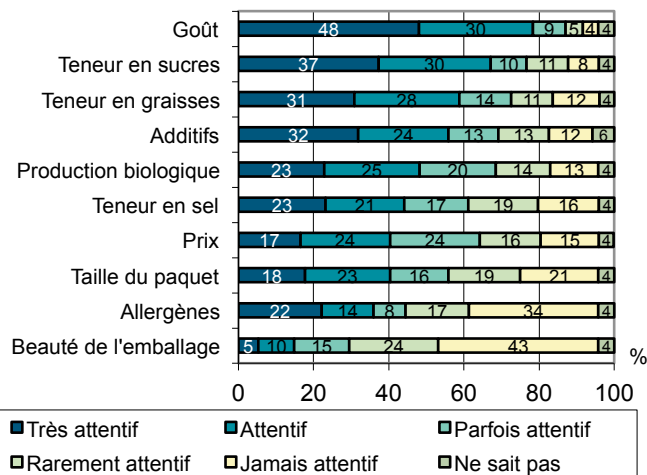
- Coop (2010a) : Les tendances alimentaires sous la loupe. Les Suisses et la cuisine. (Février 2010). Bâle : Coop
- Coop (2010b) : L'alimentation des enfants au quotidien. (Septembre 2010). Bâle : Coop
- Gfs-Zürich (2010) : NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilote : 24 Hour Recall und Ernährungsverhalten. Rapport final. Zurich : gfs
- Hartmann, C., S. Dohle et M. Siegrist (2012) **SO** Importance of Cooking Skills for Balanced Food Choices. Results from the Swiss Food Panel – Rapport intermédiaire. Zürich : ETH IED

I) Aspects pris en compte lors de l'achat de produits alimentaires pour des enfants, 2010 et 2014



Source : étude Coop 2010b (n=508) et Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 981 et 986 selon les aspects) ; réponses à la question : « Quelle attention portez-vous à ces aspects lorsque vous achetez des produits pour un enfant ? » N'est représentée que la proportion de sondés qui sont « très » ou « plutôt » attentifs aux aspects énoncés.

J) Aspects pris en compte lors de l'achat de produits alimentaires pour des enfants, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS (n entre 981 et 986 selon les aspects)

K) Extrait des résultats du panel suisse sur l'alimentation de l'EPFZ par sexe, moyennes ou pourcentages, 2010 (n=4'436)

	Hommes	Femmes
Evaluation des capacités culinaires	4.2	5.4
Plaisir de cuisiner	3.8	4.4
Conscience sanitaire	4.4	4.8
Principalement en charge de la cuisine en semaine	29%	71%
Principalement en charge de la cuisine le week-end	36%	64.0%

Source : Hartmann et al. (2012) : Panel EPFZ 2010

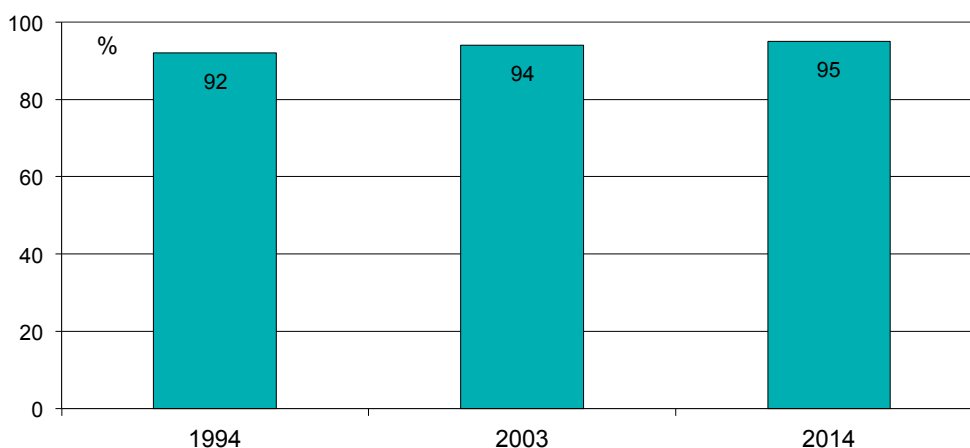
Précision : Les chiffres concernant les capacités culinaires, le plaisir de cuisiner et la conscience sanitaire sont des moyennes formées à partir de différentes réponses évaluées sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord).

Indicateur 2.7 : Allaitement

L'allaitement a différents impacts positifs et durables sur la santé des enfants. Entre autres, les enfants allaités sont mieux protégés contre les infections que ceux qui ne le sont pas. Aussi la Société suisse de pédiatrie et la Société suisse de nutrition recommandent-elles l'allaitement maternel exclusif pendant les (quatre à) six premiers mois. Quant à l'introduction progressive d'aliments de complément, si elle est possible dès le cinquième mois, elle est nécessaire à partir du septième (SSN 2012,SSN/SSP 2011). Les recommandations helvétiques s'écartent donc légèrement de celles de l'OMS, qui préconise l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et l'introduction d'aliments de complément à compter du septième mois.

Grâce à des enquêtes menées en 1994, 2003 et 2014 auprès de jeunes mères, les scientifiques ont pu collecter des données différenciées au sujet de l'allaitement en Suisse (cf. Gross et al. 2015). Les figures ci-dessous mettent clairement en évidence que seule une infime minorité des nourrissons n'ont pas été allaités du tout au cours des dernières décennies. Ils révèlent en outre que la prévalence de l'allaitement a progressé pendant cette période, passant de 92 % à 95 %. Notons qu'en 2014, la durée moyenne de l'allaitement exclusif était de douze semaines, tandis que la durée totale d'allaitement (autres boissons et diversification alimentaire comprises) s'établissait à 31 semaines.

A) Proportion d'enfants allaités en 1993, 2003 et 2014



Source : Etude SWIFS, Gross et al. (2015). Nombre de cas : 2098 en 1994, 2919 en 2003 et 1535 en 2013

Base de données

- Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Etude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie. Bâle/Berne: Swiss TPH/OFSP.

Depuis 1994, l'allaitement et l'alimentation des nourrissons ont fait l'objet de trois études nationales au total (1994, 2003, 2014), celles-ci reposant toujours sur les réponses fournies par des jeunes mères au sujet de leur dernier-né dans un questionnaire écrit. Les auteurs de ces études se sont en outre basés sur un échantillonnage aléatoire des personnes fréquentant un service de puériculture (Nombre de cas : 2098 en 1994, 2919 en 2003 et 1535 en 2013).

- Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS, analyses de l'auteur).

Les questions proviennent d'un questionnaire écrit auquel ont répondu plus de 18'000 personnes. Le nombre de cas est relativement petit, car seules les mères ayant un enfant âgé de moins de 15 ans au moment de l'enquête y ont répondu.

On trouve les recommandations relatives à l'allaitement et à la diversification dans :

Société suisse de nutrition (SSN) (2012) : L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie. Berne: SSN.

Société suisse de nutrition (SSN)/ Société suisse de pédiatrie (SSP) (2011) : Introduction des aliments chez le nourrisson. Berne: SSN/SSP.

Autres résultats

La figure B compare, pour les années 2003 et 2014 différents types d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson. Précisons qu'un enfant « exclusivement allaité » ne se nourrira que du lait maternel, tandis qu'un enfant « complètement allaité » est susceptible de recevoir également de l'eau ou du thé (NB : la catégorie « allaitement exclusif » est une sous-catégorie d'« allaitement complet »).

Cette figure révèle en outre que près de deux tiers des nourrissons d'un et deux mois sont allaités, sachant que c'est avant tout l'allaitement exclusif qui a progressé entre 2003 et 2014, l'allaitement complet n'enregistrant qu'une faible hausse. Conformément aux recommandations, les deux formes d'allaitement diminuent sensiblement à partir du septième mois pour devenir marginales à partir du dixième mois. D'autres données suggèrent néanmoins que même à cet âge-là, plus d'un quart des enfants est encore nourri au sein au moins une fois par jour.

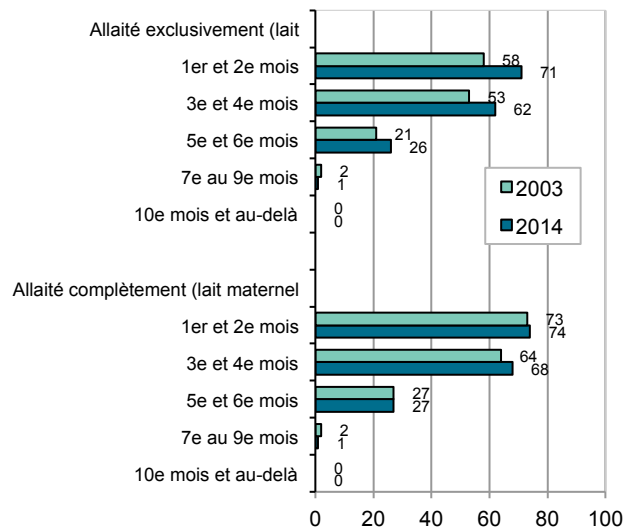
La figure C met en parallèle, pour l'année 2014, durée d'allaitement et différentes caractéristiques des mères sondées. Un coup d'œil suffit pour constater que les mères romandes allaitent en moyenne un peu moins longtemps que les mères alémaniques et tessinoises et que l'absence d'activité professionnelle et la présence du père favorisent nettement cette forme d'alimentation. De même, plus le niveau de formation est élevé, plus les mères ont tendance à prolonger la durée d'allaitement.

S'agissant de la nationalité des mères, les différences ne sont pas évidentes : les femmes en provenance des Balkans ont tendance à abréger la durée de l'allaitement, tandis que les autres Européennes la prolongent et que les Suissesses sont entre les deux.

Il est intéressant de constater qu'une conscience alimentaire aigüe ne se traduit pas par une durée d'allaitement longue. Autrement dit, les femmes qui font attention à ce qu'elles mangent allaitent moins longtemps que celles qui ne s'en soucient guère. De même, les femmes obèses et en surpoids allaitent moins longtemps que les femmes en sous-poids ou ayant un poids normal.

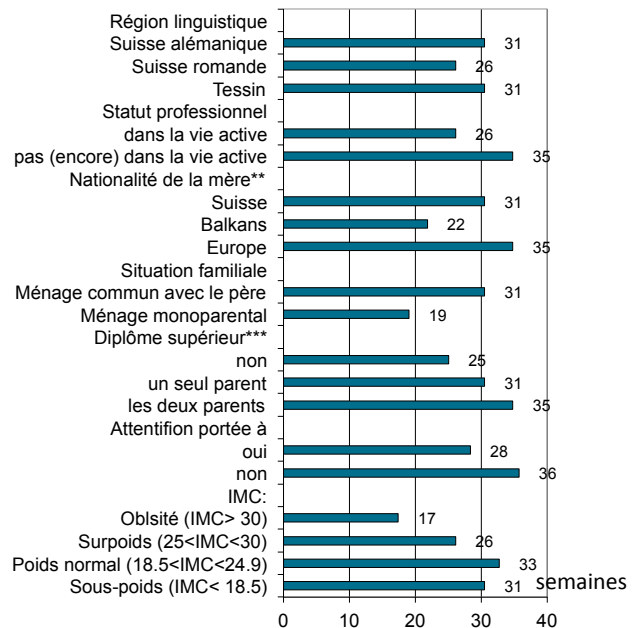
Une série d'autres caractéristiques, non représentées ici (revenu, sédentarité, etc.), ne semblent en revanche pas avoir d'incidence sur la durée d'allaitement.

B) Comportement et durée d'allaitement, proportion de nourrissons allaités pendant les mois correspondants, 2003 et 2014 (%)



Source : Etude SWIFS, Gross et al. (2015). Les données sont tirées d'un relevé des prises alimentaires sur 24h et indiquent quelle est la proportion d'enfants allaités « exclusivement » ou « complètement » au cours des dernières 24 heures.

C) Rapport entre durée d'allaitement moyenne (en semaines)* et différentes caractéristiques des mères sondées, 2014



Source : Etude SWIFS, Gross et al. (2015). n entre 1102 et 1421 selon la caractéristique. Est ici représentée la durée pendant laquelle l'enfant est allaité complètement, soit la période où il est nourri de lait maternel et éventuellement de thé, de lait infantile ou d'autres aliments.

* valeur médiane, qui correspond au moment où la moitié des enfants étaient allaités. ; ** Pour les mères en provenance d'un pays non européen, les chiffres étaient trop rares pour être significatifs, raison pour laquelle les résultats ne figurent pas ici ; *** on entend ici par diplôme supérieur un titre délivré par une université ou une haute école spécialisée, ou encore sanctionnant une formation professionnelle supérieure.

Les résultats de l'étude SWIFS rejoignent ceux d'autres investigations, à l'instar de l'Enquête suisse sur la santé menée par l'OFS en 2012. Dans le cadre de celle-ci, les parents étaient appelés à indiquer si leurs enfants avaient été allaités et de quelle manière. Comme le montre la figure D, près de 90 % des enfants en très bas âge ont été nourris au sein, entre un et six mois pour une bonne moitié d'entre eux et même plus longtemps pour un petit tiers. Signalons encore que d'autres analyses suggèrent que la proportion de mères ayant opté pour l'allaitement a peu évolué entre 2002 et 2012.

En outre, les données de l'ESS montrent qu'il existe clairement un rapport entre l'allaitement du dernier-né et celui de l'avant-dernier né. Les mères qui ont allaité l'avant-dernier l'ont très probablement aussi fait avec le dernier-né.

Si les différences sociales détaillées dans la figure C sont moins claires dans l'ESS 2012 que dans l'étude SWIFS, cela s'explique probablement par les protocoles de recherche retenus.

En plus, l'étude SWIFS fournit des renseignements sur la diversification (introduction de nouveaux aliments dans le régime du bébé). La figure E révèle une certaine accélération : en effet, alors qu'elle intervenait en moyenne au bout de 5,5 mois en 2003, ce délai est tombé à 5 mois en 2014. Signalons cependant que la part des enfants dont le régime avait été enrichi avant même leurs cinq mois était sensiblement plus élevée à cette époque (4 % contre 1 %).

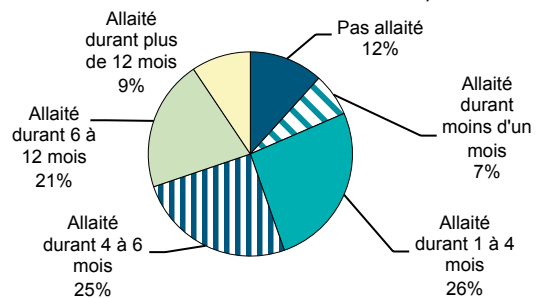
On notera de surcroît que les parents commencent en général par les céréales et les légumes, attendant le septième mois avant d'introduire d'autres aliments.

Enfin, la figure F montre l'équivalent pour les liquides. Fait intéressant : alors que la première goutte de thé est avalée nettement plus tardivement en 2014 qu'en 2003, c'est l'inverse pour le lait infantile.

Informations complémentaires :

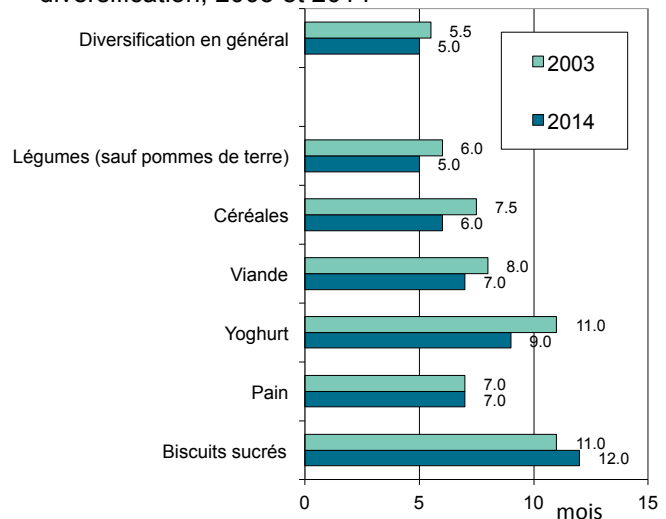
Sutter-Leuzinger, A. (2005) : „Stillförderung : Globale Strategien und Umsetzung in der Schweiz”, pp. 125-132, in : Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (éds.): Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique

D) Allaitement du dernier-né, en 2012 (en % de tous les parents d'enfants de moins de 15 ans)



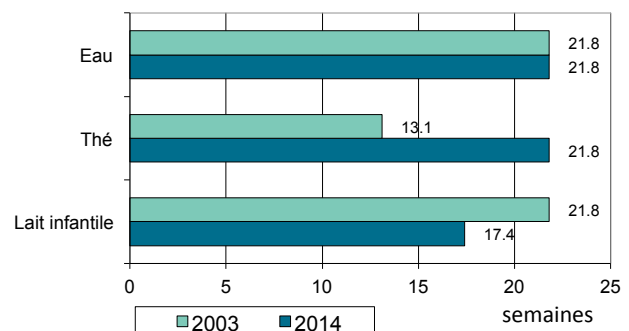
ESS 2012, n=4056. Réponses aux questions : « Avez-vous allaité votre plus jeune enfant ? » et « Combien de temps avez-vous allaité votre plus jeune enfant ? »

E) Age moyen médian (en mois) au moment de la diversification, 2003 et 2014



Source : Etude SWIFS, Gross et al. (2015). n=2919 en 2003 et 1508 en 2014. Seuls les aliments dont la consommation est documentée pour les deux ans ont été représentés ici.

F) Nombre de semaines médian où ces liquides ont été introduits, 2003 et 2014



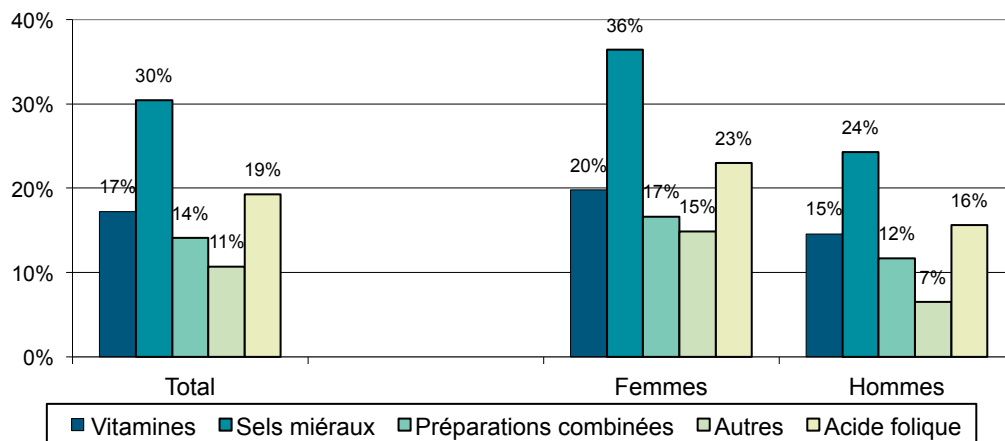
Source : Etude SWIFS, Gross et al. (2015). n=2919 en 2003 et 1508 en 2014.

Indicateur 2.8 : Micronutriments

Les micronutriments, parmi lesquels on compte les vitamines et les oligo-éléments, sont essentiels pour le métabolisme humain. C'est pourquoi l'apport suffisant en micronutriments est un élément fondamental pour une alimentation saine. D'après l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique, pas moins de 68 % de la population suisse sont « toujours » ou « souvent » attentifs à la teneur en vitamines de leurs aliments, tandis que pour la teneur en sels minéraux, cette proportion s'élève à 36 % (cf. indicateur 1.5). Les données actuelles ne permettent pas d'évaluer avec précision le détail de la consommation des différents micronutriments au sein de la population suisse ni de déterminer si certains apports sont insuffisants. On trouve des données à ce sujet dans le 6^e rapport sur la nutrition en Suisse et dans l'enquête sur l'alimentation menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 2014/2015.

La figure A présente les réponses à la question « Consommez-vous des compléments alimentaires et, si oui, lesquels ? » de l'enquête menuCH. Près de la moitié de la population (47 %) a indiqué en consommer ; les femmes en consomment nettement plus souvent que les hommes, quel que soit le complément. Les préparations à base de sels minéraux (30 %), d'acide folique (19 %) et de vitamines (17 %) arrivent en tête. L'étude lausannoise CoLaus de 2003 arrive à des résultats tout à fait similaires : 20 % des participants à cette étude prenaient des vitamines ou des sels minéraux sous forme de compléments.

A) Consommation de compléments alimentaires, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017), n=2085.

Base de données

Andersson M., Aeberli I., Wust N. et al. (2010): The Swiss iodized salt program provides adequate iodine for school children and pregnant women, but weaning infants not receiving iodine-containing complementary foods as well as their mothers are iodine deficient. *J Clin Endocrinol Metab* 95:5217-24

OFSP (2006): Statut en sélénium de la population suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Gfs-Zürich (2010) : NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) Pilote : 24 Hour Recall et habitudes alimentaires. Rapport final. Zurich : gfs. L'analyse se fonde sur l'enquête menée auprès d'un échantillon de 1545 personnes.

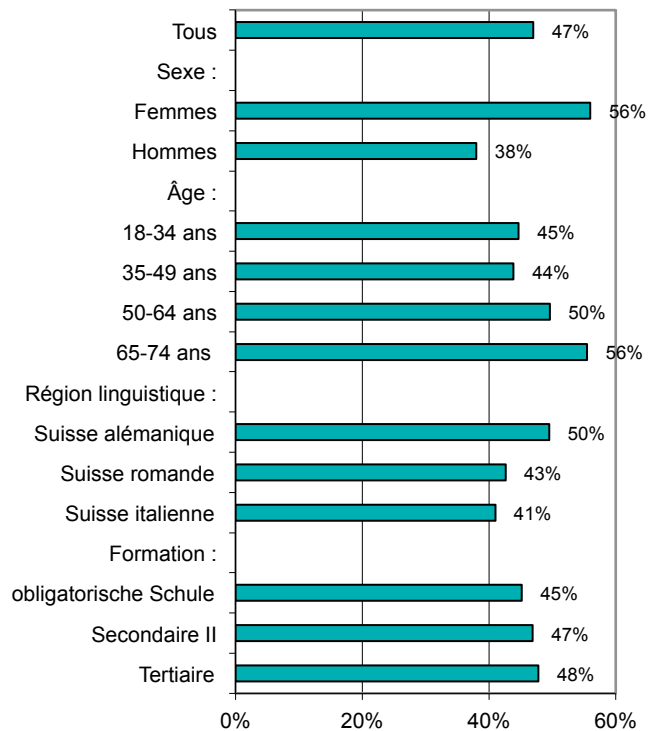
Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Etude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie. Bâle/Berne: Swiss TPH/OFSP.

menuCH, enquête nationale sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085) : Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Autres résultats

La figure B met en évidence les grandes différences qui existent au sein de la population suisse en ce qui concerne la consommation de compléments alimentaires. Ce sont surtout les femmes (56 %), les personnes âgées entre 50 et 74 ans (50-56 %) et les personnes résidant en Suisse alémanique (50 %) qui consomment des compléments.

B) Proportion des sondés qui consomment au moins un complément alimentaire, selon le sexe, l'âge, la région linguistique et le niveau de formation, 2014/2015

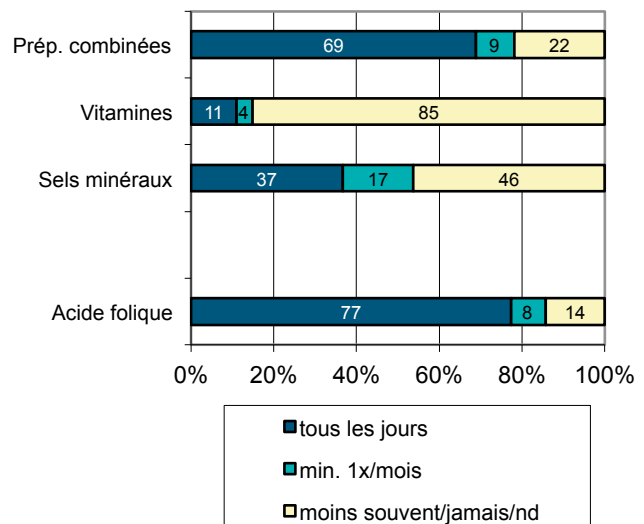


Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

S'agissant de l'apport en compléments alimentaires et en vitamines, les résultats de l'étude SWIFS (Gross et al. 2015m, cf. figure C) montrent par ailleurs que la consommation de tels produits est une pratique très répandue chez les femmes enceintes : en 2013, plus de deux tiers des femmes interrogées consommaient quotidiennement une préparation combinée, une sélection de préparations vitaminées et de préparations de sels minéraux étaient en revanche moins populaires. Par ailleurs, plus de trois quarts des futures mères consommaient tous les jours de l'acide folique.

Une étude récente de l'Office fédéral de la santé publique (2011a) suggère que le taux sanguin moyen de vitamine D chez les adultes sains est supérieur au minimum recommandé de 50 nmol/l ; la valeur moyenne annuelle estimée par cette étude est de 59,6 nmol/l. Les déficits en vitamine D sont répandus surtout pendant les mois d'hiver : selon une étude de Guessous et al. (2012), plus de 60 % de la population adulte présente des déficits en vitamine D de janvier à mars.

C) Absorption de compléments alimentaires et d'acide folique pendant la grossesse, 2013



Source : étude SWIFS, Gross et al. (2015) ; l'étude SWIFS se base sur un échantillon de 1535 mères.

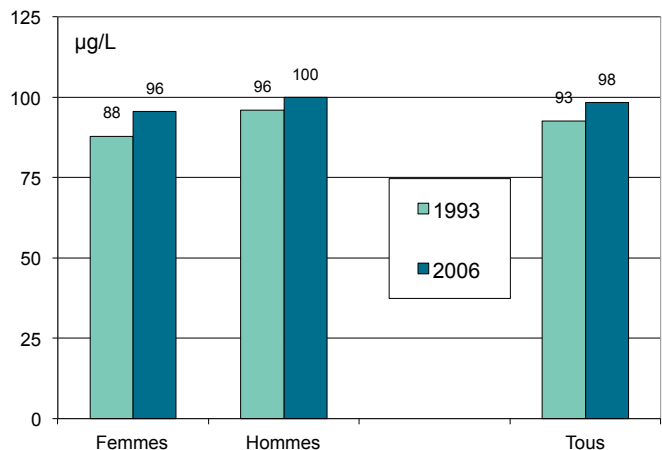
Etant donné que les sols suisses sont plutôt pauvres en sélénium par rapport à d'autres pays, il faut régulièrement vérifier le statut en sélénium de la population (cf. figure D). Entre 1993 et 2006, le statut en sélénium a légèrement augmenté, et il est donc peu probable que les personnes en bonne santé en Suisse ne présentent une carence en la matière. Il semblerait que les hommes consomment davantage d'aliments contenant du sélénium que les femmes, cette substance se trouvant avant tout dans les produits d'origine animale et dans les pâtes alimentaires à base de blé dur en provenance d'Amérique du Nord.

Il est vraisemblable que l'ensemble de la population ne bénéficie pas d'un apport en iode suffisant. Bien que les chiffres obtenus lors d'une étude représentative menée sur des enfants et des femmes enceintes en 2004 et 2009 suggèrent un apport suffisant (taux moyen d'iode dans les urines ; figure E et Anderson et al. 2010), le statut en iode des femmes allaitantes, des nouveau-nés et des nourrissons alimentés principalement au sein doit néanmoins être qualifié de faible (médianes : 67 µg, 91 µg et 82 µg). Les premiers résultats d'une étude nationale récente indiquent en outre qu'au moins une partie de la population suisse a un apport quotidien en iode insuffisant (OSP 2011b).

Informations complémentaires :

- OFSP (2011a). Vitamin-D-Gehalte im Serum von gesunden Erwachsenen. Bisher unveröffentlichte Daten
- OFSP (2011b). Jodversorgung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse einer nationalen Multizenterstudie. Bisher unveröffentlichte Daten
- OFSP (2013) Recommendations concernant l'apport de iode en Suisse. Berne : OFSP
- Gessous, I. et al. (2012): Vitamin D levels and associated factors: a population-based study in Switzerland. Swiss Med. Weekly, online version, published 26/11/2012
- Marques-Vidal P., A. Pecoud, D. Hayoz et al. (2009): Prevalence and characteristics of vitamin or dietary supplement users in Lausanne, Switzerland: the CoLaus study. Eur J Clin Nutr 63:273-81
- Zimmermann M.B., I. Aeberli, T. Torresani et H. Burgi (2005): Increasing the iodine concentration in the Swiss iodized salt program markedly improved iodine status in pregnant women and children: a 5-y prospective national study. Am J Clin Nutr 82:388-92

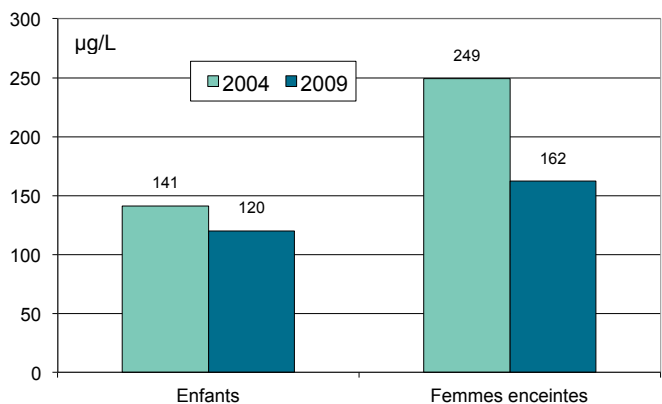
D) Statut en sélénium selon le sexe, 1993 et 2006



Source: Statut en sélénium de la population suisse, étude menée en 2006 par l'OFSP ; nombre de cas : 1993 : n=630 ; 2006 : n=1'847

La valeur indicative pour un adulte en bonne santé est de 30 à 70 µg par jour (cf. www.sge-ssn.ch)

E) Apport en iode chez les enfants et les femmes enceintes, 2004 et 2009 (taux moyen d'iode dans les urines en µg/l)



Source: Anderson et al. (2010); n 2004 : enfants=601, femmes enceintes=511 ; n 2009 : enfants=916, femmes enceintes=648

En s'appuyant sur l'OMS, l'OFSP (2013) affiche les valeurs de référence suivantes pour l'apport quotidien en iode :

- nourrissons et enfants jusqu'à 5 ans : 90 µg
- enfants entre 5 et 12 ans : 120 µg
- enfants plus âgés et adultes : 150 µg
- femmes enceintes ou allaitantes : 250 µg

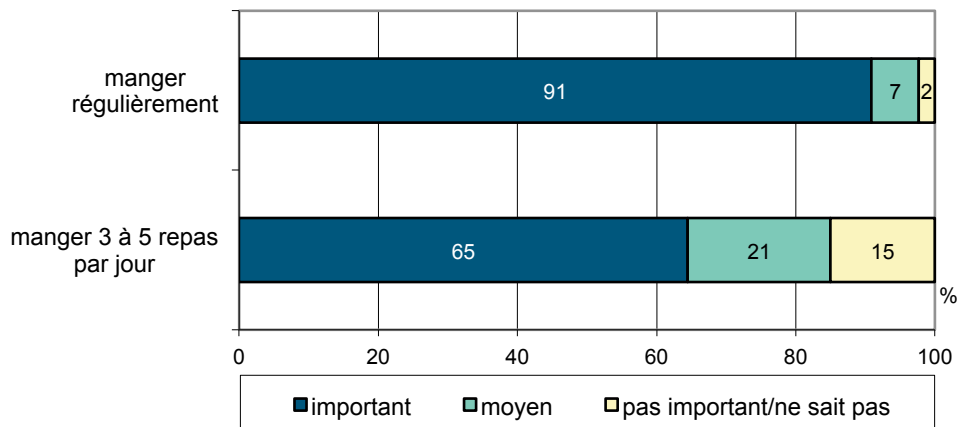
Indicateur 2.9 : Petit-déjeuner et autres repas, adultes

Plusieurs recommandations nutritionnelles préconisent de prendre des repas régulièrement et consciemment et accordent au petit-déjeuner une importance particulière pour une alimentation équilibrée.

Sur un plan plus général, des données plus récentes provenant du module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) révèlent l'importance d'une alimentation régulière pour la population suisse. Il ressort notamment de la figure A que plus de 90 % des personnes interrogées estiment qu'il est important de manger régulièrement et qu'environ deux tiers sont d'avis qu'il faudrait consommer trois à cinq repas par jour. Les différences entre hommes et femmes, entre différentes classes d'âge, entre Suisses et étrangers, entre les régions linguistiques et entre les personnes possédant un plus ou moins haut niveau de formation sont faibles pour les deux questions, et généralement statistiquement non significatives.

Il n'existe pas de données actuelles relatives à la prise de petits-déjeuners chez les adultes. Il ressort cependant de deux études, datant de 2009 et de 2014/15, que plus de deux tiers de la population suisse mange régulièrement un petit-déjeuner (cf. figures B et C) mais que les repas de midi et du soir sont encore plus importants.

A) Importance de la régularité des repas, 2014



Source : Enquête Omnibus 2014 de l'OFS, n=2984

Réponses à la question de savoir quelle importance cela représente pour les personnes interrogées de manger régulièrement et de manger 3 à 5 repas par jour.

Base de données

Module MOSEB de l'Enquête Omnibus 2014 de l'Office fédéral de la statistique, enquête téléphonique représentative auprès de 2993 personnes.

Etude Nutri-Trend 2000 (Nestlé), entretiens téléphoniques, n=1004. Il n'existe pas de données plus récentes ; l'étude n'est manifestement pas poursuivie.

menuCh, enquête nationale sur l'alimentation de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085), cf. :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Par ailleurs, les résultats de l'étude Coop de juin 2009 sur les tendances alimentaires sous la loupe « Manger rapidement et sainement » ont été utilisés (n=507). Les données sont représentatives de la population alémanique et romande qui surfe sur Internet au moins une fois par semaine à titre privé.

Autres résultats

Dans le cadre de l'enquête menuCH 2014/2015, une des questions visait à évaluer la régularité avec laquelle les sondés prenaient les différents repas. Il ressort de la figure B que la majorité d'entre eux privilégient un modèle à trois repas. Bien qu'ils ne prennent un petit-déjeuner que 5,8 jours sur 7 en moyenne, ils mangent à midi et le soir quasiment tous les jours (respectivement 6,4 et 6,8 jours par semaine). On ne constate une différence en fonction du sexe que pour le petit-déjeuner : les femmes prennent un petit-déjeuner plus régulièrement que les hommes. L'enquête menuCH a en outre révélé que plus de 80 % de la population mangeait au moins une collation entre les repas par jour.

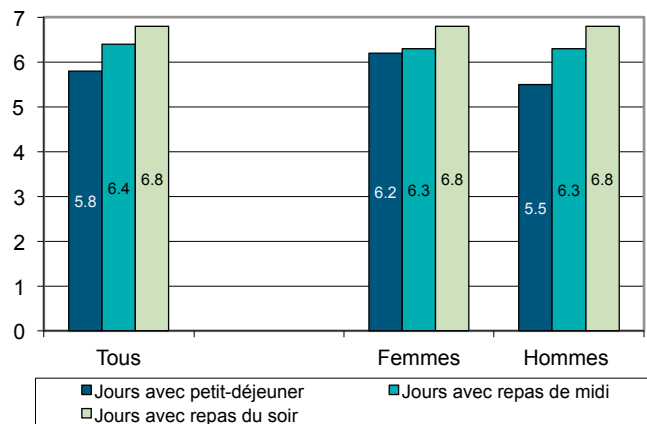
S'ils sautent un repas, les sondés renoncent le plus souvent d'abord au petit-déjeuner (5 % ont indiqué ne jamais en prendre), suivi du repas de midi (2 %) et du repas du soir (0,6 %).

La figure C contient des résultats de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe. Manger rapidement et sainement ». Les résultats montrent une fois de plus que pour les sondés, les repas de midi et du soir sont plus importants que le petit-déjeuner. Les sondés prennent avant tout le repas du soir (96 %) et le petit déjeuner (69 %) à la maison, alors que plus de la moitié d'entre eux prennent leur repas de midi à l'extérieur. Plus d'un quart de la population ne prend pas de petit-déjeuner, la proportion des moins de 30 ans étant particulièrement élevée (31 %). Une comparaison avec la question de l'alimentation « saine » ou « pas saine », qui n'est pas reproduite ici, révèle que les personnes ayant indiqué qu'elles mangeaient souvent ou toujours « pas sainement » renonçaient plus souvent au petit-déjeuner et prenaient plus souvent le repas de midi à l'extérieur que les autres.

Informations complémentaires :

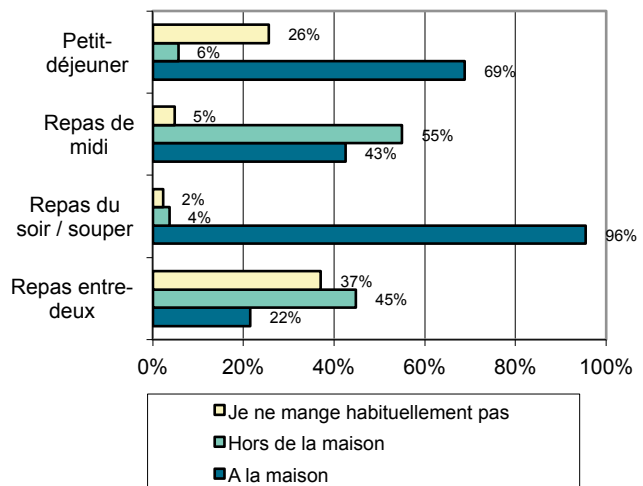
Coop (2009) : Les tendances alimentaires sous la loupe. Manger rapidement et sainement. (Juin 2009). Bâle : Coop

B) Prise de différents repas (nombre moyen de jours) selon le sexe, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

C) Prise de différents repas, 2009



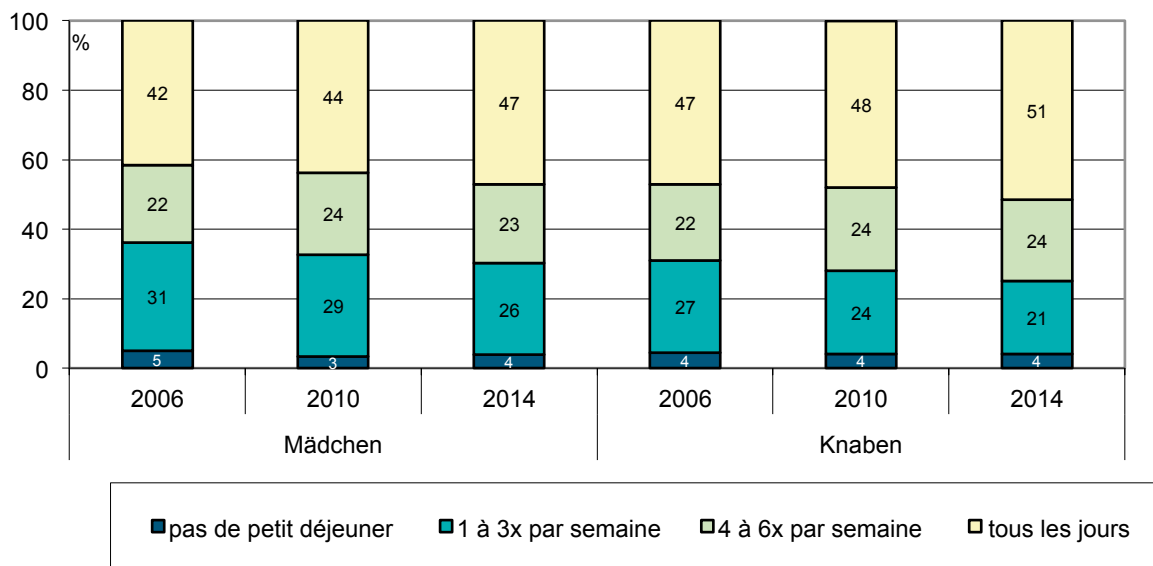
Source : Etude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe. Manger rapidement et sainement » 2009, n=507

Indicateur 2.10 : Petit-déjeuner et autres repas, enfants et adolescents

Manger régulièrement et surtout prendre un « vrai » petit-déjeuner est essentiel pour les enfants et les adolescents. Prendre un petit-déjeuner équilibré a des effets positifs sur la santé, le bien-être et les performances scolaires et professionnelles ; il semble en outre que cela contribue à éviter le surpoids.

Il ressort de la figure ci-après que les garçons (51 %) sont plus nombreux que les filles (47 %) à prendre un petit-déjeuner quotidiennement. Dans l'ensemble, 49 % des sondés ont indiqué prendre un petit-déjeuner tous les jours (2006 : 44 %). En outre, on observe une augmentation entre 2006 et 2014 de la proportion des jeunes âgés entre 11 et 15 ans prenant un petit-déjeuner au moins quatre fois par semaine : de 66 à 70 % chez les filles et de 69 à 75 % chez les garçons (dans l'ensemble : de 67 à 72 %).

A) Fréquence du petit-déjeuner selon le sexe, 11-15 ans, 2006 à 2014 (jours par semaine)



Source : HBSC d'Addiction Suisse, nombre de cas 2006=9450 ; 2010=9873 ; 2014=9708.

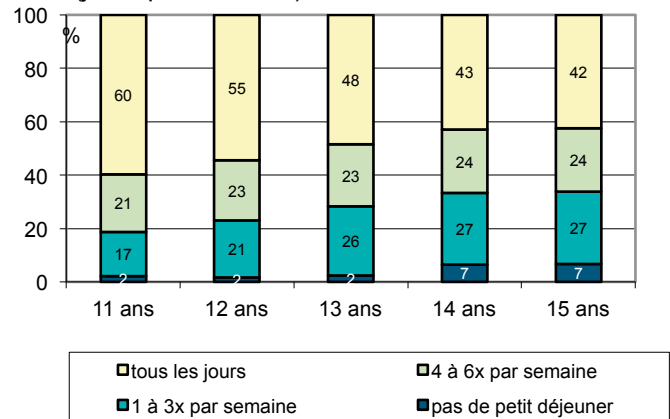
Base de données

Pour les enfants et les adolescents de 11 à 15 ans, il existe des données sur la fréquence du petit-déjeuner dans l'étude HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) 2006 à 2014 d'Addiction Suisse.

Autres résultats

La figure B révèle un rapport essentiel quant à l'âge : alors que trois cinquièmes des enfants de 11 ans (60 %) prennent encore quotidiennement le petit-déjeuner, cette proportion ne cesse de baisser avec l'âge pour n'atteindre que deux cinquièmes (42 %) chez les adolescents âgés de 15 ans. En revanche, la part de ceux en prenant trois fois par semaine au plus a grimpé de 19 à 34 %. Une tendance comparable ressort des enquêtes précédentes, non reproduites dans le présent document. Sur la base des données de la figure D, l'habitude de prendre régulièrement le petit-déjeuner diminue avec l'âge, mais de façon légèrement moindre par rapport aux années antérieures.

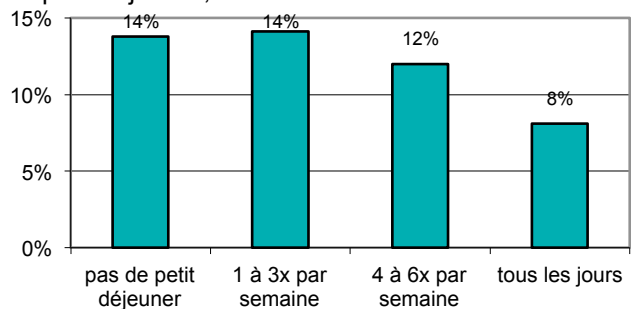
B) Fréquence du petit déjeuner selon l'âge, 11-15 ans, 2014 (jours par semaine)



Source : HBSC d'Addiction Suisse, n=9708

A la lecture de la figure C, on constate qu'une prise régulière du petit déjeuner et un poids corporel « sain » sont clairement corrélés. Même si, pour interpréter les données sur le surpoids recensées dans le cadre des études HBSC, la prudence s'impose (cf. indicateur 4.2 pour des mesures objectives), les informations collectées suggèrent nettement que les enfants prenant un vrai petit déjeuner au maximum trois fois par semaine sont environ deux fois plus nombreux à être en surpoids que les enfants en prenant quotidiennement. Dans l'enquête 2014, ce lien est toutefois moins évident que dans celle de 2010.

C) Part des jeunes de 11 à 15 ans en surpoids ou obèses en fonction de la fréquence à laquelle ils prennent un petit déjeuner, 2014



Source : HBSC d'Addiction Suisse, n=8590

Informations complémentaires :

Informations sur le site Internet d'Addiction Suisse : <http://www.addictionsuisse.ch>

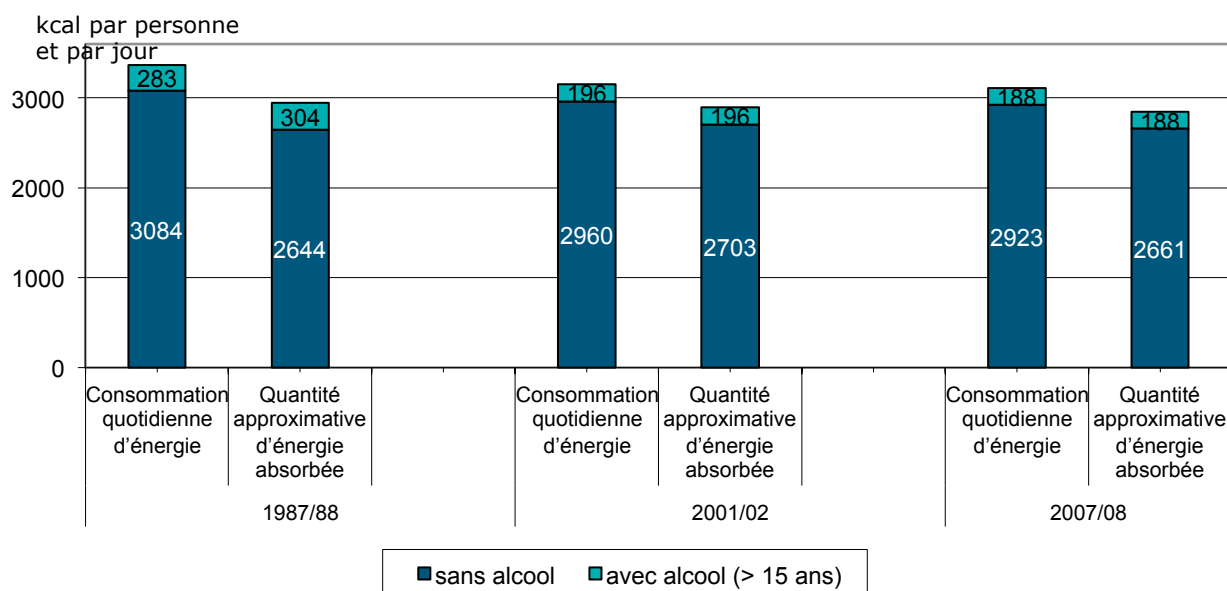
Indicateur 2.11 : Apport en énergie et en nutriments

L'apport énergétique est un des facteurs influant sur le poids corporel. Ainsi, lorsqu'un individu consomme des aliments à haute densité énergétique, sans consentir à un exercice physique suffisant, son poids augmentera, si bien qu'il s'expose à un risque de surpoids. Pour préserver, voire promouvoir sa santé, il y a donc lieu de veiller à avoir un apport en énergie alimentaire suffisant.

Les rapports sur la nutrition en Suisse contiennent des estimations relatives aux apports en énergie et en nutriments de la population. Ces estimations reposent sur les chiffres de la consommation de denrées alimentaires tirés des statistiques de l'agriculture figurant dans l'indicateur 2.4. En se basant sur des calculs de la consommation et de la consommation approximative ainsi que sur des banques de données des valeurs nutritionnelles, on peut estimer les apports moyens de la population suisse en énergie tirés des hydrates de carbone, des protéines, des graisses et acides gras, des fibres alimentaires et des micronutriments. Ces estimations permettent de déterminer l'évolution des apports dans le temps, mais pas leur niveau dans différentes catégories de la population.

Comme le montre la figure A, la quantité d'énergie absorbée par le consommateur moyen compte tenu des denrées alimentaires consommées et de la consommation approximative n'a quasiment pas bougé entre 1987/1988 et 2007/2008. Le léger fléchissement observé au fil du temps semble être avant tout en corrélation avec la diminution des quantités d'énergie absorbées à travers les boissons alcoolisées. Sans les boissons alcoolisées, la quantité quotidienne d'énergie consommée et absorbée approximativement reste néanmoins trop élevée de 25 à 40 % par rapport aux recommandations des sociétés de nutrition de langue allemande (valeurs de référence D-A-CH), à savoir entre 2010 kcal environ (pour les personnes ayant une activité sédentaire et peu d'activités de loisir demandant un effort physique) et 2245 kcal environ (pour les personnes ayant une activité sédentaire demandant occasionnellement une dépense d'énergie plus importante).

A) Consommation quotidienne et quantité approximative d'énergie absorbée par personne, 1987/1988, 2001/2002 et 2007/2008 (en kcal)



Source: Schmid et al. (2012)

Base de données

Données sur la base des statistiques de l'Union suisse des paysans provenant de :

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber et M. Siegrist (2012): "La situation

nutritionnelle en Suisse". Pp. 53-131 dans: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (ed.) : Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne: OFSP

Autres résultats

Les figures B à D montrent la consommation approximative et l'utilisation quotidiennes d'hydrates de carbone, de protéines ainsi que de graisses et d'acides gras. La figure E montre comment la consommation approximative d'énergie se répartit entre ces trois grandes catégories de nutriments.

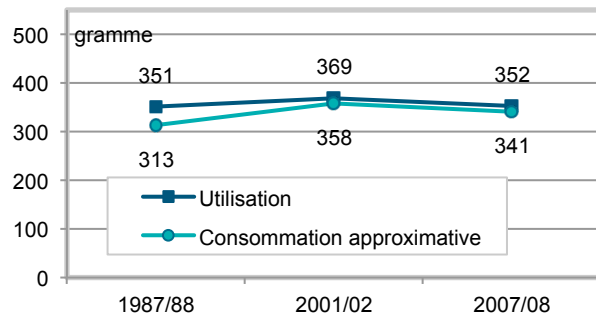
La figure B représente l'utilisation et la consommation approximative quotidienne d'hydrates de carbone issus en particulier des céréales ainsi que du sucre et du miel. Si l'utilisation est à peu près stable depuis la fin des années 80, les quantités approximatives effectivement absorbées ont légèrement progressé entre la fin des années 80 et le début des années 2000 avant de repartir un peu à la baisse.

Selon la figure C, l'utilisation moyenne de protéines se situe actuellement un peu au-dessus de 100 g par personne et par jour. Ces chiffres sont en légère baisse depuis la fin des années 80. Les protéines consommées proviennent en particulier de la viande et des produits carnés, du lait et des produits laitiers ainsi que des céréales.

On voit sur la figure D que l'utilisation et la consommation approximative quotidiennes de graisses et d'acides gras, provenant des huiles et des graisses proprement dites mais aussi du lait et des produits laitiers, est restée à peu près constante entre 1987/1988 et 2007/2008.

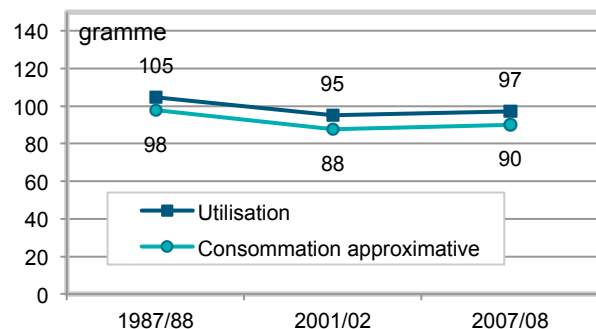
Cette figure montre également la part de chacune des catégories de graisse à la totale de graisses : malgré de nouvelles recommandations relatives à l'amélioration de la qualité des graisses, l'utilisation et la consommation approximative d'acides gras insaturés simples et d'acides gras polyinsaturés n'ont pas foncièrement changé ces dernières années. La légère progression des acides gras polyinsaturés est cependant un élément positif du point de vue de la santé publique.

B) Utilisation et consommation approximative d'hydrates de carbone*, en grammes par personne et par jour, 1987/1988, 2001/2002, 2007/2008



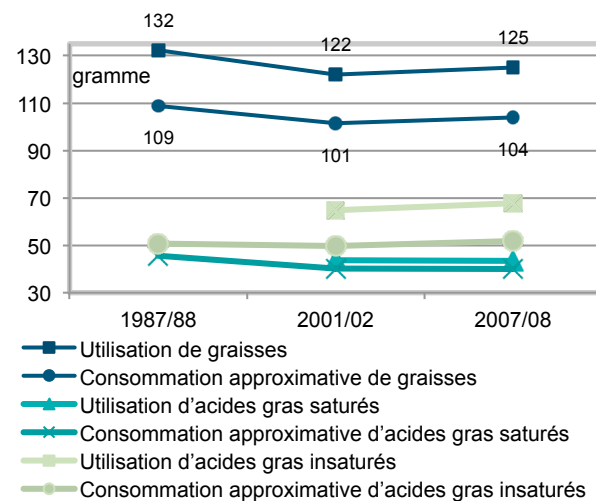
*hors alcool
Source Schmid et al. (2012)

C) Utilisation et consommation approximative de protéines*, en grammes par personne et par jour, 1987/1988, 2001/2002, 2007/2008



*hors alcool . Source Schmid et al. (2012)

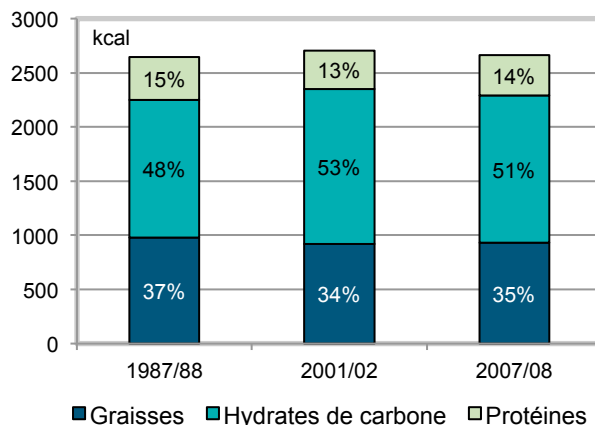
D) Utilisation et consommation approximative de graisses et d'acides gras*, en grammes par personne et par jour, 1987/1988, 2001/2002, 2007/2008



Précision : L'expression « acides gras insaturés » englobe les acides gras insaturés simples et les acides gras polyinsaturés.
Source: Schmid et al. (2012)

Il est intéressant d'observer l'importance relative des catégories de nutriments représentées dans les figures B à D dans la composition de la consommation approximative d'énergie (cf. figure E)* : les hydrates de carbone comptent pour la moitié environ, les graisses et les acides gras pour un peu plus d'un tiers et les protéines pour le reste. Ces proportions n'ont quasiment pas changé au cours des vingt dernières années : l'importance des hydrates de carbone a légèrement augmenté, celle des protéines a légèrement baissé. Cependant, la consommation approximative d'hydrates de carbone par personne et par jour reste à l'intérieur de la fourchette de 45 à 55 % de l'énergie totale absorbée préconisée par la Commission fédérale de l'alimentation.

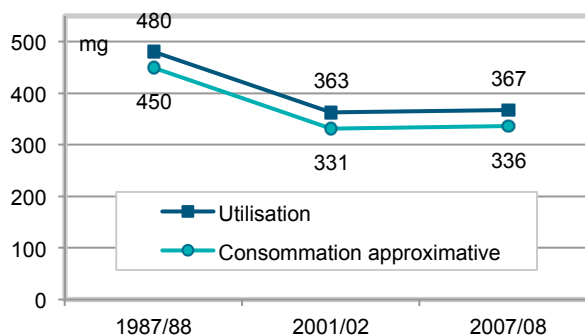
E) Consommation approximative d'énergie par personne (en kcal) et pourcentage des apports de chaque catégorie de nutriments*, 1987/1988, 2001/2002 et 2007/2008



*hors alcool
Source Schmid et al. (2012)

Les figures F et G traduisent une évolution que l'on peut qualifier de positive dans un certain sens : l'utilisation et la consommation approximative quotidiennes de cholestérol ont fortement diminué entre la fin des années 1980 et le début des années 2000 et elles se sont stabilisées à ce niveau bas depuis lors (cf. figure F).

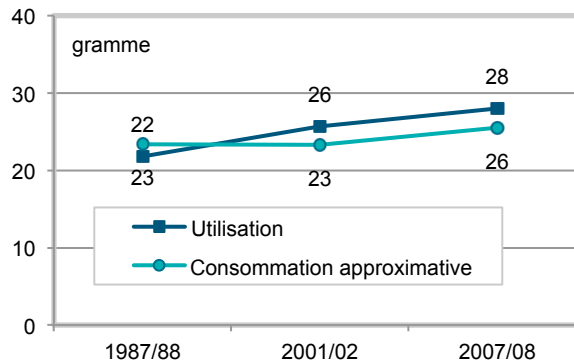
F) Utilisation et consommation approximative de cholestérol, en milligrammes par personne et par jour, 1987/1988, 2001/2002 et 2007/2008



Source Schmid et al. (2012)

L'utilisation et la consommation approximative quotidiennes de fibres alimentaires ont légèrement augmenté ces dernières années. Toutefois, elles restent encore inférieures aux valeurs de référence D-A-CH, qui préconisent un minimum de 30 g par jour (cf. figure G).

G) Utilisation et consommation approximative de fibres alimentaires, en grammes par personne et par jour, 1987/1988, 2001/2002 et 2007/2008



Source: Schmid et al. (2012)

En outre, l'utilisation de boissons alcoolisées entre 2001/2002 et 2007/08, qui n'est pas représentée ici, a légèrement diminué, passant de 127 à 122 litres par an et par personne (de plus de 15 ans). D'après la figure D de l'indicateur 2.4, les boissons alcoolisées représentent tout de même sept pour cent de l'apport énergétique quotidien.

* La répartition des apports énergétiques quotidiens par catégorie de denrées alimentaires est documentée dans la figure D de l'indicateur 2.4.

Informations complémentaires :

Voir les indications dans la base de données ci-dessus.

Indicateur 2.12 : Boissons sucrées. Adultes

Depuis quelques années, une des thématiques s'invitant de plus en plus souvent dans les débats portant sur l'alimentation et le surpoids sont les boissons sucrées. Selon Schopper (2010, p. 19), « ces boissons sont riches en calories et moins rassasiantes que la même dose énergétique sous forme solide. [...] Quantité d'études ont montré que les calories des boissons sucrées sont ingérées en plus de celles contenues dans les aliments solides, et qu'en outre ces boissons incitent souvent à consommer davantage de nourriture ».

La fréquence de la consommation de ces boissons est encore peu connue en Suisse. Le 6^e rapport sur la nutrition en Suisse indique, sur la base des chiffres du commerce de détail, qu'en 2008/2009 la consommation annuelle de boissons sucrées hors du domicile s'élevait à plus de 70 litres par personne ; elle se répartit pour moitié de limonades et pour moitié, de jus de fruits et de légumes, de boissons énergisantes et de boissons destinées aux sportifs (Schmid et al. 2012, p. 68 ss). Une récente étude de Promotion Santé Suisse (Matzke 2013, p. 71) estime à 126 litres par personne la vente annuelle de boissons gazeuses, de thé froid, de boissons énergisantes, de jus de fruits et de sirop (sans nectars de fruits, boissons fruitées et boissons isotoniques) en 2010.

L'enquête sur l'alimentation menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) rapporte que la consommation quotidienne de boissons sucrées au sein de la population suisse âgée entre 18 et 75 ans s'élevait à 2,4 décilitres en 2014/2015. La figure A montre que les hommes consomment presque deux fois plus de boissons sucrées que les femmes. Par rapport à l'ensemble des boissons sans alcool, les boissons sucrées ne représentent toutefois chez les adultes que 12 % de l'hydratation quotidienne, d'environ 2 litres en moyenne.

A) Consommation quotidienne de boissons sucrées* en décilitres, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, selon les indications détaillées à l'adresse www.blv.admin.ch.

* y c. les jus de pommes gazeux, les boissons énergisantes, le thé froid, le sirop, les boissons légères sans sucre, les boissons de substitution sans alcool (p. ex. bière, cidre, etc.)

Base de données

menuCH 2014/2015 de l'OSAV et de l'OFSP selon le site Internet de l'OSAV (www.blv.admin.ch) et selon :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) : Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Enquête auprès de la population réalisée en 2012 par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana selon :

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman et P.J. Schulz (2013) : Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Arbeitspapier 6) Berne : Promotion Santé Suisse.

Autres résultats

Comme l'illustre clairement la figure B, plus les personnes sont âgées, moins elles boivent de boissons sucrées. Des différences existent aussi d'une région linguistique à l'autre : on consomme plus de boissons sucrées en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et qu'en Suisse italienne tout particulièrement.

Une des questions intéressantes à se poser en matière de boissons sucrées, est la suivante: « La population a-t-elle conscience de la problématique? »

Comme le montre la figure B, les boissons considérées comme ne présentant pas le moindre risque sont très peu nombreuses, même si on relève certaines différences ; en particulier s'agissant du lait (41 %) et des jus de fruits (36 %), plus d'un tiers des sondés pensent qu'elles peuvent être consommées sans crainte en grande quantité, alors que seule une petite minorité affiche cet avis au sujet des boissons riches en calories marquées en jaune.

Une analyse détaillée de ces données révèle par ailleurs que les hommes et les personnes d'un niveau de formation peu élevé font preuve d'une plus grande insouciance dans ce domaine, constat qui coïncide avec les autres résultats concernant la conscience et le comportement alimentaire (cf. indicateurs 1.1 et 2.1).

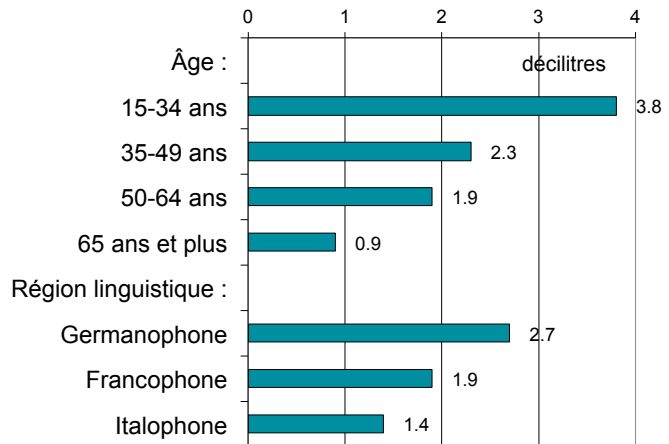
Informations complémentaires :

Matzke, A. (2013): « Entwicklung des Konsums von Süssgetränken, Trinkwasser und Mineralwasser in den letzten 20 Jahren bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und in ausgewählten Ländern Europas. » Pp. 58-119 dans : Schneider, J. (Hg.) : « Boissons sucrées et poids corporel chez les enfants et les adolescents », état actuel de la recherche et recommandations. Berne, Lausanne : Promotion Santé Suisse.

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber et M. Siegrist (2012) : « La situation nutritionnelle en Suisse ». Pp. 49-126 dans : Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (ed.) : Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne : OFSP

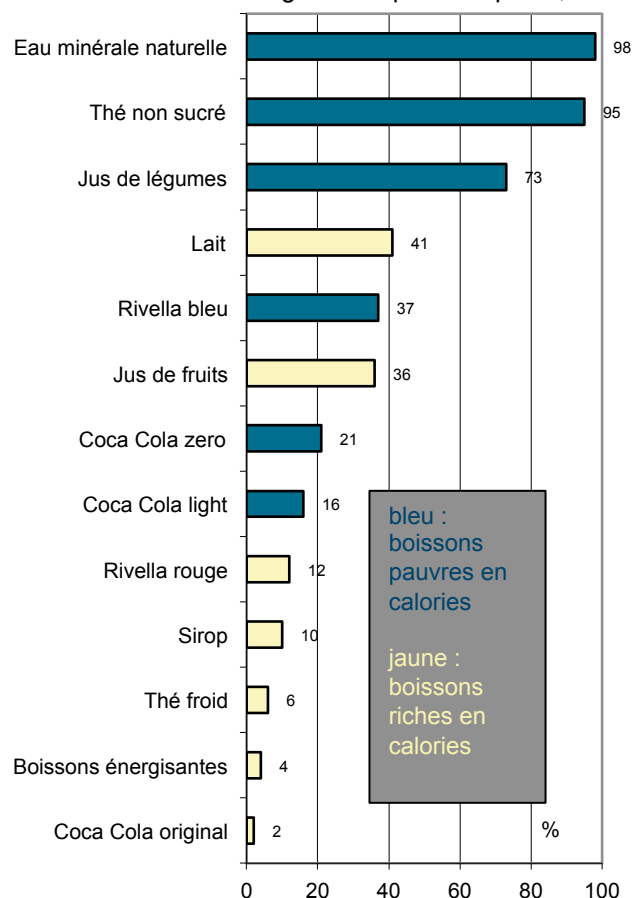
Schopper, D. (2010) : « Poids corporel sain » avant l'âge adulte. Qu'avons-nous appris de nouveau depuis 2005 ? Berne: Promotion Santé Suisse

B) Lien entre consommation quotidienne de boissons sucrées et âge/région linguistique, 2014/15 (décilitres)



Source : enquête menuCH 2014/2015 de l'OSAV et de l'OFSP, n=2085.

C) Evaluation du risque que présente la consommation de différentes boissons eu égard à la prise de poids, 2012



Source : Enquête auprès de la population 2012 réalisée par Promotion Santé Suisse et l'Università della Svizzera italiana (n=1'005)

Réponses à la question : « Parmi les boissons suivantes, lesquelles peut-on consommer sans risque en grande quantité si l'on ne veut pas prendre de poids ? »

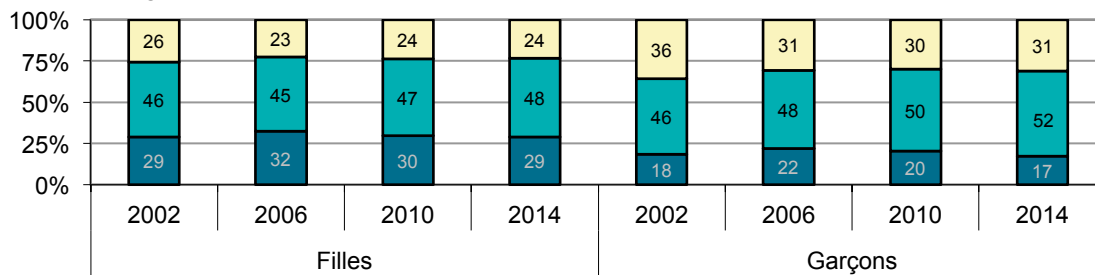
Indicateur 2.13 : Boissons sucrées. Enfants et adolescents

Ces dernières années, l'étude de la consommation de boissons sucrées s'est concentrée surtout sur les enfants et les adolescents (cf. Schopper 2010, par exemple). Une grande part de la quantité totale de boissons sucrées révélée dans l'indicateur pourrait effectivement avoir été consommée par des jeunes.

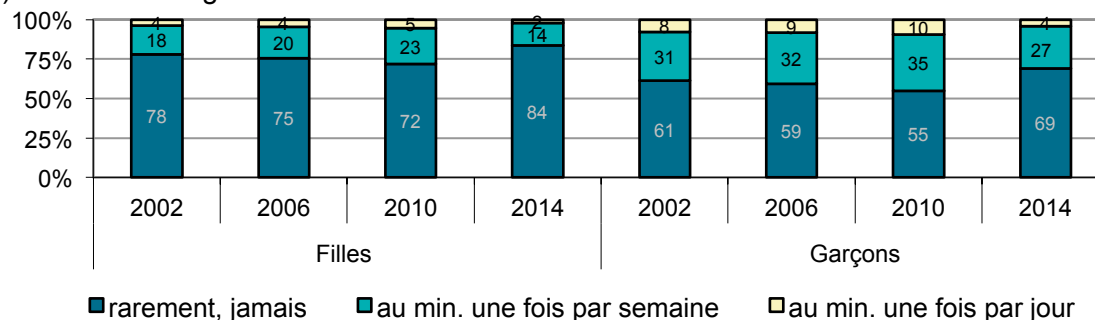
L'étude HBSC fournit des indications sur la régularité de la consommation de boissons gazeuses sucrées et de boissons énergiscentes chez les enfants et les adolescents. La figure A montre que les garçons consomment plus souvent des boissons gazeuses sucrées mais que la consommation est restée relativement stable entre 2002 et 2014. La consommation de boissons énergiscentes est légèrement supérieure chez les garçons, mais on constate qu'elle a diminué entre 2010 et 2014, alors que la popularité de ces boissons était en constante augmentation jusqu'à 2010.

A) Fréquence de la consommation de boisson gazeuses sucrées et de boissons énergiscentes chez les jeunes de 11 à 15 ans, par sexe, 2002-2014, en %

a) boissons gazeuses sucrées



b) boissons énergiscentes



Source : HBSC d'Addiction Suisse, 2002 à 2014 ; réponses à la question : « A quelle fréquence dans la semaine manges-tu ou bois-tu normalement les aliments suivants ? » ; nombre de cas (non pondérés) : boissons gazeuses sucrées : 2002=9257; 2006=9618; 2010=9993 ; 2014=9775 ; boissons énergiscentes : 2002=9307; 2006=9667 ; 2010=9993 ; 2014=9740.

Base de données

"Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC) d'Addiction Suisse, 2002-2014.

La distribution selon l'âge et le sexe des 11-15 ans ayant légèrement varié d'une année à l'autre, l'analyse de la tranche d'âge repose sur les répartitions dans la population globale.

Pour d'autres données, voir :

Schopper, D. (2010) : « Poids corporel sain » avant l'âge adulte. Qu'avons-nous appris de nouveau depuis 2005 ? Berne : Promotion Santé Suisse

Indicateur 2.14 : Végétarisme

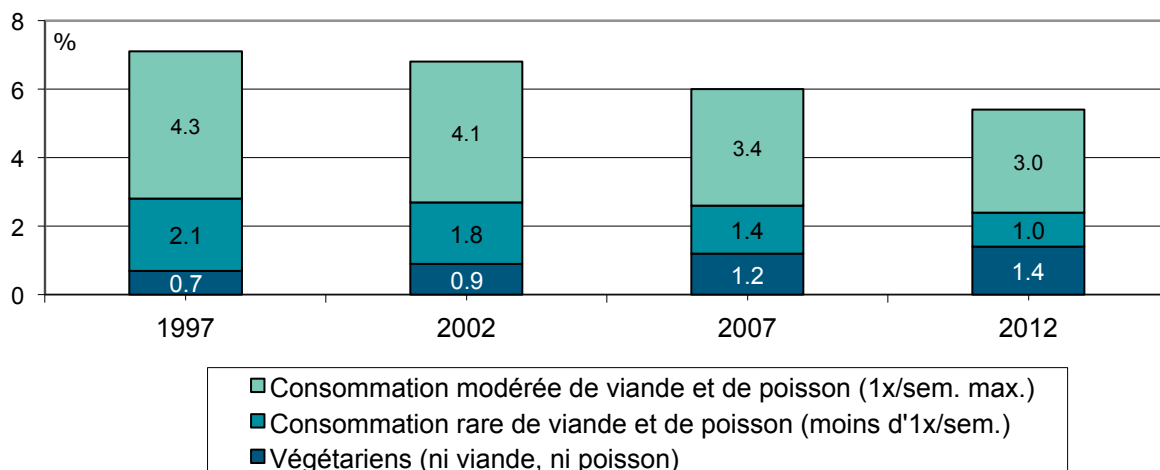
La principale caractéristique de l'alimentation végétarienne est d'exclure la consommation de viande et de poisson. Dans certains cas, tous les produits d'origine animale sont exclus : on distingue ainsi le régime végétalien (qui bannit tout produit d'origine animale), ovo-végétarien (qui intègre les œufs), lacto-végétarien (qui intègre les produits laitiers) et ovo-lacto-végétarien (qui intègre les œufs et les produits laitiers). Le régime végétarien est souvent considéré comme particulièrement sain et durable. A noter toutefois que les auteurs du 6^{ème} rapport sur la nutrition en Suisse jugent que seul « le mode ovo-lacto-végétarien peut être considéré comme un régime équilibré » (cf. Lüthy et al. 2012, p. 28), tandis que les adeptes des autres variantes risquent de présenter des carences. Notons cependant qu'à l'inverse, une consommation fréquente de viande et de poisson n'est pas exempte de risque pour la santé non plus (cf. Lüthy et al. 2012).

En Suisse, rares sont les données documentant l'ampleur du végétarisme. Les résultats présentés ci-dessous, qui reposent sur les Enquêtes suisses sur la santé menées par l'OFS de 1997 à 2012, suggèrent que ce taux serait même encore moins élevé, puisqu'ils le situent à un peu plus de 1 %. Notons qu'il faut leur ajouter environ 1 % de la population, qui consomme de la viande ou du poisson moins d'une fois par semaine, ainsi que les 3 % qui en mangent au maximum une fois par semaine. Le nombre de personnes concernées étant extrêmement réduit, il est impossible d'affiner davantage le tableau en les ventilant dans les sous-catégories présentées plus haut.

Si le pourcentage des végétariens a doublé entre 1997 et 2012, la proportion de personnes ne mangeant que peu de viande ou de poisson est passée de plus de 6 % à 4 % durant ce même laps de temps.

L'enquête nationale sur l'alimentation menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime la part des personnes qui observent un régime végétarien à 4,9 %, valeur nettement plus élevée. Cette part pourrait néanmoins inclure des personnes qui mangent de la viande ou du poisson de temps en temps.

A) Végétarisme et consommation modérée de viande et de poisson dans la population résidente suisse, de 1997 à 2012



Source : Calculs de l'OFSP d'après les Enquêtes suisses sur la santé de l'OFS, 1997 (n=12'982), 2002 (n=19'668), 2007 (n=18'705) et 2012 (n=21'575)

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé (ESS) 1997 à 2012 de l'OFS

Enquête menuCH 2014/2015 de l'OSAV et de l'OFSP (cf. Bochud et al. 2017).

Autres résultats

Au vu du faible nombre de cas, il est impossible de procéder à des analyses détaillées quant aux différences socio-économiques et démographiques en termes de diffusion du végétarisme.

En revanche, certaines affirmations peuvent être faites si l'on rassemble les trois catégories représentées sur la figure A en un seul groupe ayant opté pour une alimentation « végétarienne ou pauvre en viande / poisson » (cf. figure B).

Ainsi, la proportion des femmes dont l'alimentation est végétarienne ou pauvre en viande / poisson est plus de deux fois plus élevée que celle des hommes. En outre, les personnes plus jeunes ou bénéficiant d'une formation plus élevée sont un peu plus nombreuses à adopter cette alimentation, tandis que le comportement inverse s'observe parmi la population suisse romande.

À titre de comparaison, la figure C présente des différences en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, tirées de l'étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP en 2014/2015, dans laquelle 4,9 % des 2085 sondés ont indiqué avoir une alimentation végétarienne. Les différences sont semblables à celles relevées dans l'ESS 2012, bien qu'elles soient de manière générale moins marquées.

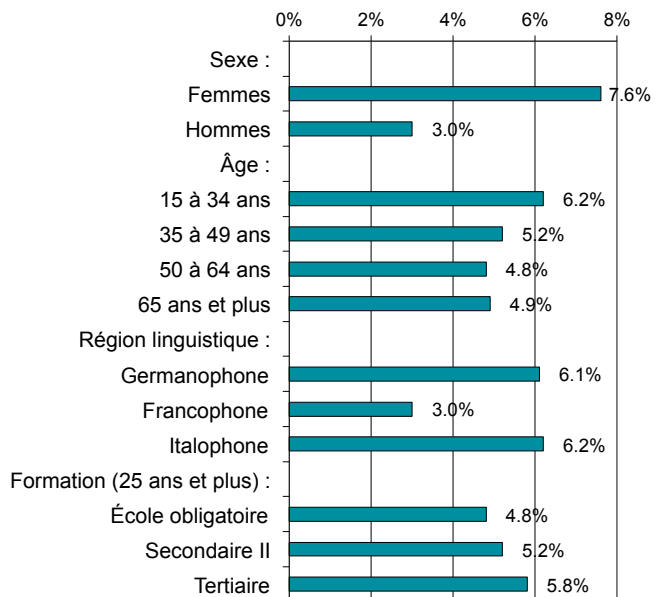
Informations complémentaires :

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gfs-Zürich (2010) : NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland) pilote : 24 Hour Recall et habitudes alimentaires. Rapport final. Zurich: gfs

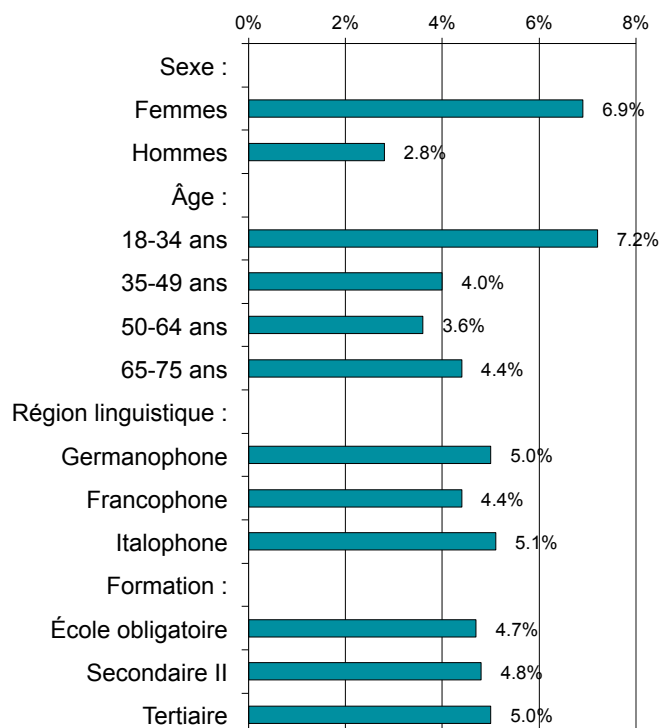
Lüthy, J-, A. Heyer et M. Jaquet (2012) : « Recommandations alimentaires ». Pp. 15-52 dans : Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (2012) : Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne : OFSP.

B) Lien entre l'alimentation végétarienne ou pauvre en viande/poisson et les différentes caractéristiques socio-économiques (ESS 2012)



Source : ESS 2012 de l'OFS; No de cas : n= 21 575, sortis du système éducatif (à partir de 25 ans) n= 18'488.

C) Lien entre alimentation végétarienne et différentes caractéristiques démographiques et socio-économiques (menuCH 2014/2015)



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017)

Domaine 3 : Comportement en matière d'activité physique

Indicateur 3.1 : Comportement en matière d'activité physique des adultes vivant en Suisse

Précision : indicateur 1.1 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse. Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

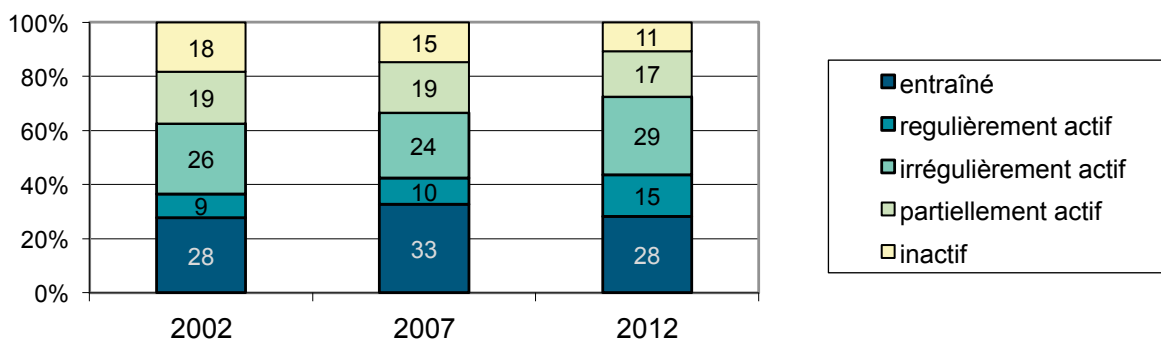
De nombreuses recherches ont pu prouver les effets positifs de l'activité physique sur la santé. Sa promotion figure donc logiquement en tête des priorités des politiques sanitaire et sportive suisses. Depuis 2013, l'Office fédéral du sport l'Office fédéral de la santé publique, Promotion Santé Suisse, le bpa et la SUVA recommandent ensemble, par le biais du Réseau Santé et activité physique (Hepa), la pratique d'une activité physique pendant deux heures et demie par semaine. Il peut s'agir d'activités quotidiennes ou de sport, d'intensité moyenne (respiration légèrement accélérée). A titre d'alternative, ces organismes recommandent également de pratiquer 75 minutes de sport ou d'activités d'une intensité élevée (soit qui provoque une accélération de la respiration et une légère sudation) ou une combinaison d'exercices d'intensités différentes.

Les données récoltées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) réalisée par l'Office fédéral de la statistique permet de mesurer quelle part de la population suit ces recommandations. La figure A distingue cinq catégories de personnes :

- *entraîné* : au moins 3 jours par semaine d'activité physique avec transpiration.
- *régulièrement actif* : au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne (essoufflement) 5 jours par semaine.
- *irrégulièrement actif* : au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou activité avec transpiration au moins 2 jours par semaine. Ce groupe ainsi que les deux précédents satisfont aux recommandations.
- *partiellement actif* : au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne ou une activité avec transpiration par semaine.
- *inactif* : aucune activité physique notable.

Le tableau permet de constater que, de 2002 à 2012, la proportion des personnes suffisamment actives (trois groupes sous mentionnés) a progressé de 10 %, tandis que celle des personnes inactives reculait de presque 8 %, si bien qu'à l'heure actuelle, près des trois quarts de la population suivent les recommandations destinées à promouvoir la santé par l'activité physique.

A) Comportement en matière d'activité physique de 2002 à 2012, de la population résidant en Suisse



Source : Enquêtes suisses sur la santé 2002, 2007 et 2012 de l'OFS (2002 : n = 18'420 ; 2007 : n = 17'387 ; 2012 : n = 20'625)

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé 1992 à 2012 de l'Office fédéral de la statistique. Les chiffres présentés reposent sur un indicateur établi à partir de données relatives aux activités physiques pratiquées avec une intensité moyenne (élévation de la fréquence respiratoire) et aux activités physiques pratiquées avec une intensité élevée

(transpiration) ; il distingue différents niveaux d'activité (cf. figure A).

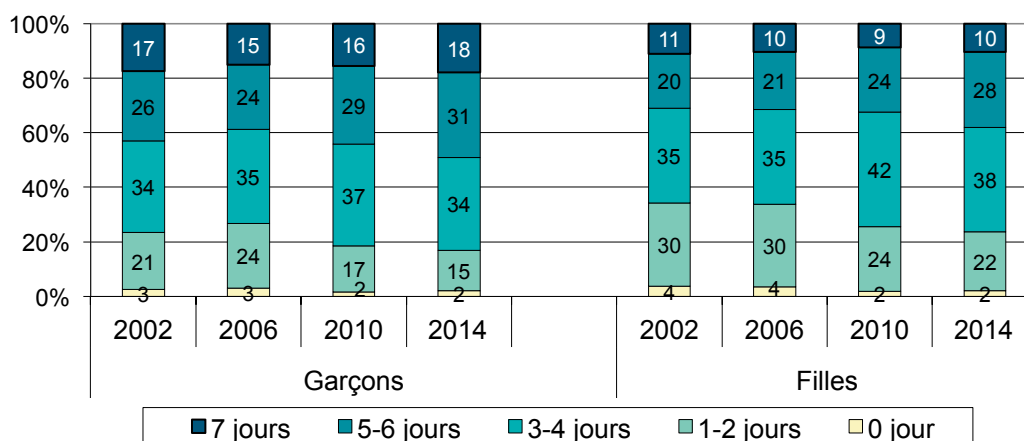
Indicateur 3.2 : Comportement des enfants et des adolescents face à l'activité physique

Précision : indicateur 1.2 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse- Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Une activité physique suffisante est essentielle pour le bon développement physique, psychique et social des enfants. Pour les enfants et des adolescents, on recommande au minimum une heure d'activité physique ou de sport chaque jour. En principe, la loi leur garantit déjà un minimum de trois heures de gymnastique et de sport par semaine (cf. indicateur 6.7). Toutefois, hormis le fait que les enfants ne sont effectivement en mouvement que durant une partie des leçons (instructions, temps d'attente, etc.), les heures d'éducation physique ne représentent qu'un minimum insuffisant qui doit donc être complété par des activités physiques extrascolaires.

La figure ci-dessous montre sur la base de l'étude HBSC combien de jours par semaine les adolescents de 11-15 ans pratiquent une activité physique d'au moins une heure, selon les données qu'ils ont fournies. Seulement 18 % des garçons et 10 % des filles déclarent avoir une activité physique sept jours par semaine pendant au moins une heure. 49 % des garçons et 38 % des filles ont une activité physique d'une durée minimum d'une heure pendant au moins cinq jours par semaine. Au total, 44 % des enfants et des adolescents pratiquent une activité physique au moins cinq jours par semaine, ce qui constitue une légère augmentation entre 2002 (35 %) et 2014. Dans la même période, le pourcentage des personnes interrogées ne pratiquant pas d'activité physique est resté relativement stable et s'élève actuellement à 2 % (2002 : 3%). Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence, car d'autres études font état d'un niveau d'activité physique beaucoup plus intense chez les enfants (cf. indicateur 3.3). L'étude actuelle « Sport Suisse 2014 » indique, par exemple, qu'environ trois quarts (78 %) de des 10-14 ans bougent plus d'une heure lors d'une journée d'école, et 57 % d'entre eux le font également les week-ends.

A) Nombre de jours par semaine où les 11-15 ans pratiquent une activité physique pendant au moins 60 minutes, 2002-2014, selon le sexe, en %



Source : HBSC d'Addiction Suisse, 2002-2014 ; réponses à la question « Au cours des sept derniers jours, combien de jours as-tu pratiqué une activité physique pendant au moins 60 minutes ? » ; nombre de cas (non pondérés) : 2002 : 9284 ; 2006 : 9570 ; 2010 : 10028 ; 2014 : 9726

Base de données

Etude « Health Behavior in School-Aged Children » (HBSC) d'Addiction Suisse, 1998. La distribution selon l'âge et le sexe des 11-15 ans ayant légèrement varié d'une année à l'autre, l'analyse de la tranche d'âge repose sur les répartitions dans la population globale.

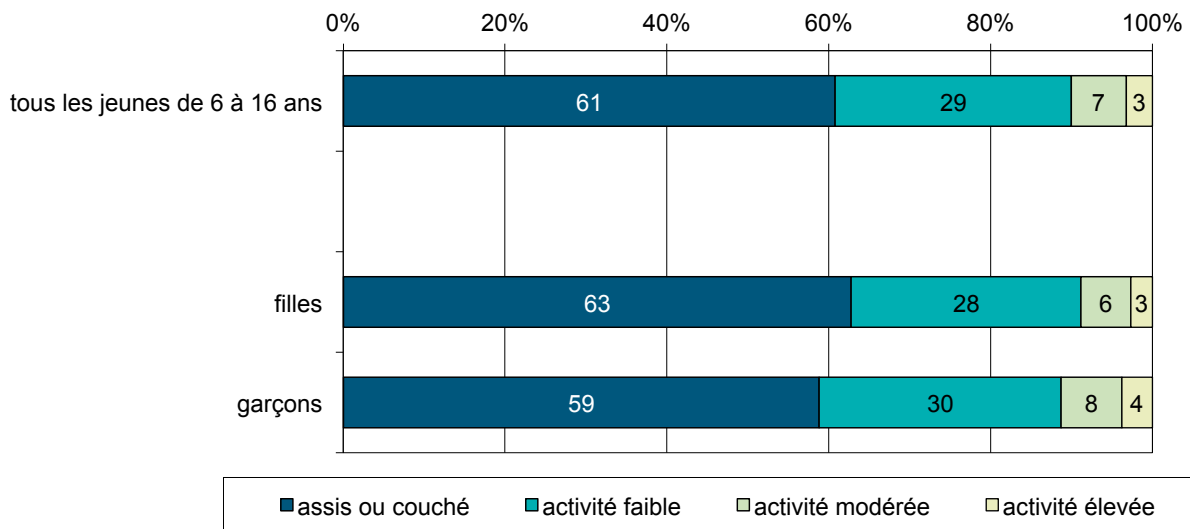
D'autres informations figurent sur le site Internet de Promotion Santé Suisse (indicateur 3B) et dans le « Rapport sur les adolescents » rédigé dans le cadre de l'étude Sport Suisse 2014 (www.sportobs.ch).

Indicateur 3.3 : Comportement en matière d'activité physique : mesures objectives

La plupart des données concernant l'activité physique de la population résidante suisse sont relevées par le biais d'enquêtes. Par contre, les mesures objectives réalisées au moyen d'accéléromètres sont rares, car très coûteuses, surtout si l'on entend récolter des données fiables.

Dans le cadre de l'étude SOPHYA menée par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) de l'Université de Bâle, le comportement en matière d'activité physique des jeunes âgés de 6 à 16 ans a été mesuré avec précision au moyen d'accéléromètres. Comme le montre la figure A, les enfants et adolescents passent chaque jour bien 60 % de leur temps assis ou couchés (cf. également l'indicateur 3.7), c.-à-d. sans grand mouvement mesurable. Ils consacrent près de 30 % de la journée à des activités d'une faible intensité en termes de mouvement (p. ex. marcher tranquillement) et 10 % à des activités d'une intensité modérée (p. ex. marche rapide) ou élevée (p. ex. sport).

A) Proportion de temps passé quotidiennement dans des niveaux d'intensité d'activité physique différents (en %) par sexe, jeunes âgés de 6 à 16 ans



Source: Bringolf-Isler et al. (2016), étude SOPHYA, n=1320.

Remarque : l'activité physique ayant été enregistrée en journée, la période de sommeil n'est pas prise en compte.

Base de données

Les résultats indiqués ci-dessus proviennent de l'étude SOPHYA (**S**wiss children's **O**bjectively measured **PH**ysical **A**ctivity), menée en 2014/15 par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse. Cf. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. et Suggs S. (2016) : rapport final de l'étude SOPHYA (en allemand). Bâle : Swiss TPH (cf. également : <http://www.swisstph.ch/fr/sophya>).

Les participants au projet SOPHYA se divisent en deux classes d'âge : les plus âgés (10 à 14 ans lors de l'entretien) ont été recrutés par le biais de l'étude « Sport Suisse 2014 » (cf. indicateur 3.5). Après avoir interrogé les enfants sur leur comportement en matière d'activités sportives et physiques (interview

par téléphone, CATI), les sondeurs ont demandé à leurs parents s'ils étaient prêts à ce que leur enfant fasse également l'objet d'une mesure par accéléromètre. Pour les enfants plus jeunes (6 à 11 ans), un entretien similaire à celui sur le comportement sportif des enfants a été mené, mais il était plus bref (ce sont les parents qui étaient interrogés).

Les familles intéressées ont reçu, entre autres, un bref questionnaire et un accéléromètre pour l'enfant. L'instrument devait être porté en journée sept jours d'affilée. A noter que pour que la mesure soit jugée valable, l'accéléromètre devait avoir enregistré des données à raison d'au moins 10 heures par jour pendant au moins trois jours ouvrables et 8 heures par jour pendant un week-end. 1320 enfants ont rempli ce critère.

Autres résultats

En moyenne, les enfants et adolescents observés pratiquent une activité physique d'intensité modérée ou élevée pendant 79 minutes par jour. Entre 6 et 16 ans, on observe que plus l'âge augmente, plus la durée quotidienne d'activité physique de forte intensité diminue (figure B). En effet, si les enfants de 6 ans pratiquent une activité physique d'intensité modérée ou élevée pendant près de deux heures et demie par jour, cette durée n'est que de 40 minutes chez les adolescents de 16 ans.

D'après les recommandations en matière d'activité physique formulées par l'Office fédéral du sport, l'Office fédéral de la santé publique, Promotion Santé Suisse, la Suva, le bpa et le Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch), les enfants et les adolescents devraient pratiquer une activité physique d'intensité modérée ou plus pendant au moins une heure par jour. Les résultats varient beaucoup en fonction des études et de la méthode de relevé.

D'après l'étude SOPHYA, tout juste deux tiers des enfants et adolescents pratiquent une activité physique suffisante pour satisfaire aux recommandations en matière d'activité physique (figure C), en l'occurrence environ 75 % des garçons contre 56 % des filles, leur proportion reculant considérablement à mesure qu'ils prennent de l'âge.

Relevons que les résultats sont meilleurs en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin.

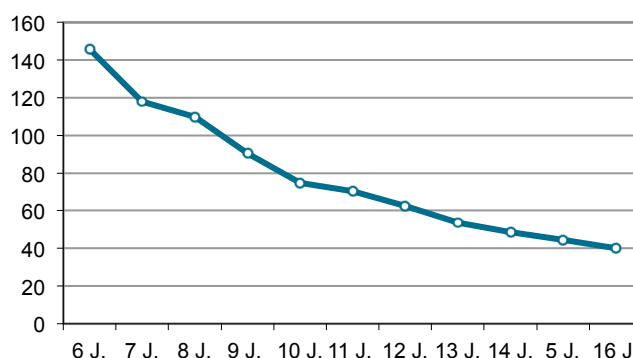
Si les différences par nationalité et par niveau de formation sont faibles et statistiquement non significatives (cf. figure C), les enfants et adolescents issus de familles affichant des revenus moyens semblent respecter un peu plus les recommandations que ceux de la catégorie inférieure.

Informations complémentaires :

voir les références indiquées plus haut ainsi que le site Internet de l'étude SOPHYA :

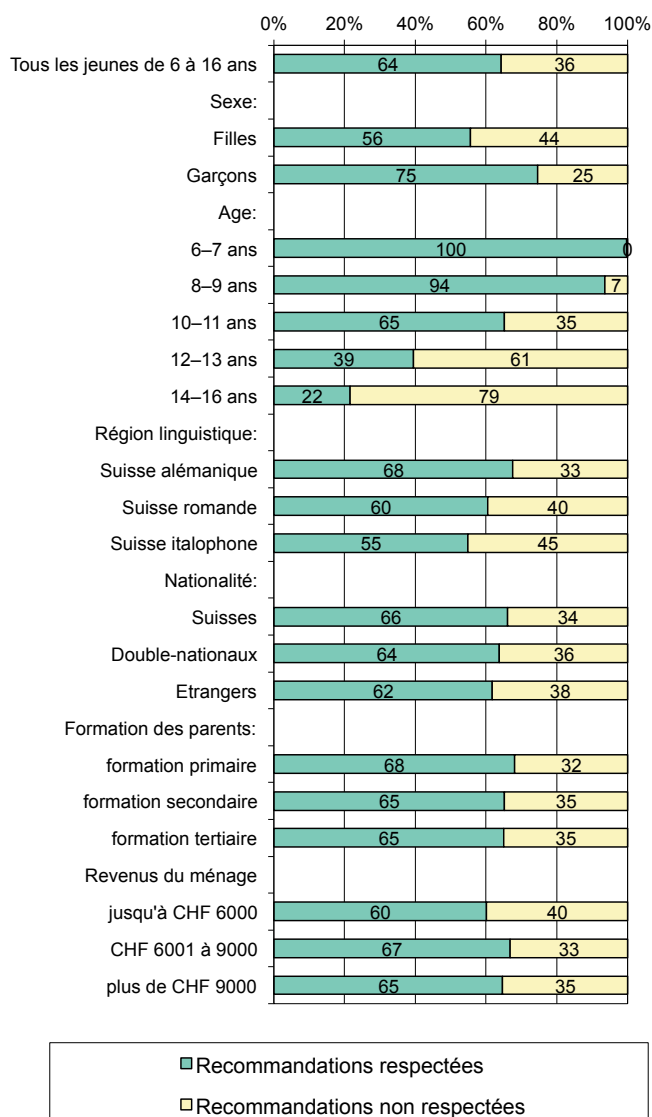
<http://www.swisstph.ch/fr/sophya>

B) Nombre moyen de minutes consacrées par jour à une activité physique d'intensité modérée à élevée, par âge



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA, n=1320.

C) Respect des recommandations en matière d'activité physique (en %)



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), étude SOPHYA, n=1320.

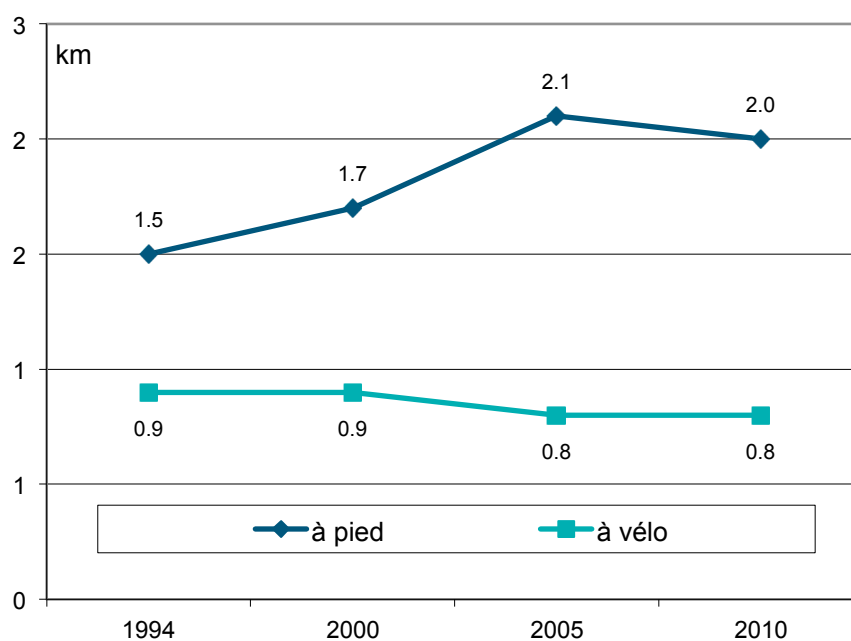
Indicateur 3.4 : Activité physique au travail, durant les loisirs et sur les trajets quotidiens

L'activité physique de la vie quotidienne – déplacements à pied ou à bicyclette – a un impact considérable sur le bien-être et la santé.

Le présent indicateur comprend des résultats des micro-recensements sur le comportement de la population en matière de transports ainsi que des Enquêtes suisses sur la santé menées par l'Office fédéral de la statistique, qui donnent divers renseignements sur l'activité physique au quotidien et sur les trajets.

La figure ci-dessous montre l'évolution des distances parcourues quotidiennement par personne à pied et à vélo. Il en ressort clairement que les distances couvertes en moyenne à vélo sont restées relativement stables ces deux dernières décennies, autour de 800 à 900 mètres par jour et par personne. Le recul qui s'était dessiné entre 2000 et 2005 ne s'est pas poursuivi entre 2005 et 2010. Par contre, les trajets effectués à pied ont augmenté d'un tiers depuis 1994, même si cette progression s'est arrêtée depuis 2005. Globalement, les modes de transport de la mobilité douce représentent depuis 1994 une part constante des trajets effectués quotidiennement (8 %).

A) Trajets parcourus quotidiennement à pied et à vélo par personne, 1994-2010 (population résidente à partir de 6 ans)



Source : Micro-recensements sur le comportement de la population en matière de transports, établis par l'OFS, 1984-2010

Base de données

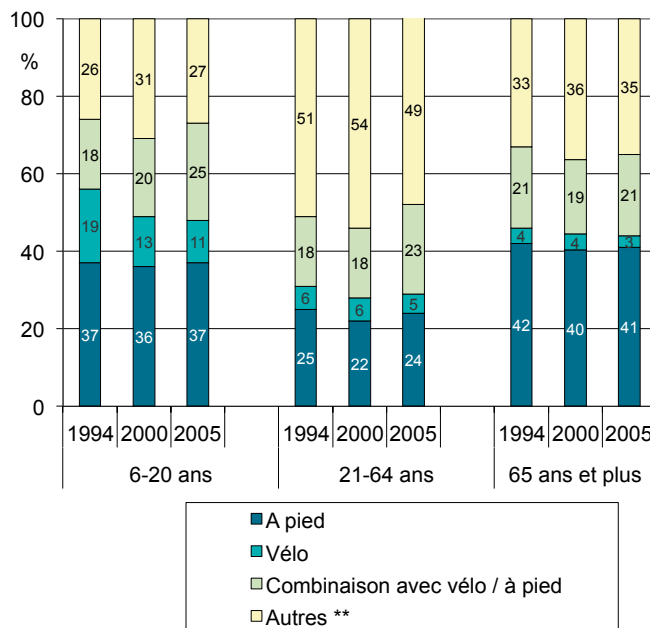
Données relatives à l'activité physique provenant des micro-recensements 1984-2010 sur le comportement de la population en matière de transports et des Enquêtes suisses sur la santé (ESS) 2002, 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique.

Les données de l'ESS se basent sur leurs propres calculs, alors que les résultats des micro-recensements sont repris des études de OFS/ARE (2007/2012) et Sauter (2008).

Autres résultats

Comme l'illustre la figure B, la mobilité douce, qui se caractérise par l'activité physique, n'a pas crû entre 1994 et 2005, mesurée à l'aune du nombre de trajets parcourus. Deux faits sont cependant notables : le recul du vélo chez les 6-20 ans et l'importance proportionnellement faible des trajets à pied ou à vélo chez les 21-64 ans.

B) Répartition des trajets selon les modes de déplacement et la tranche d'âge, 1994-2005 (en % de tous les trajets parcourus)



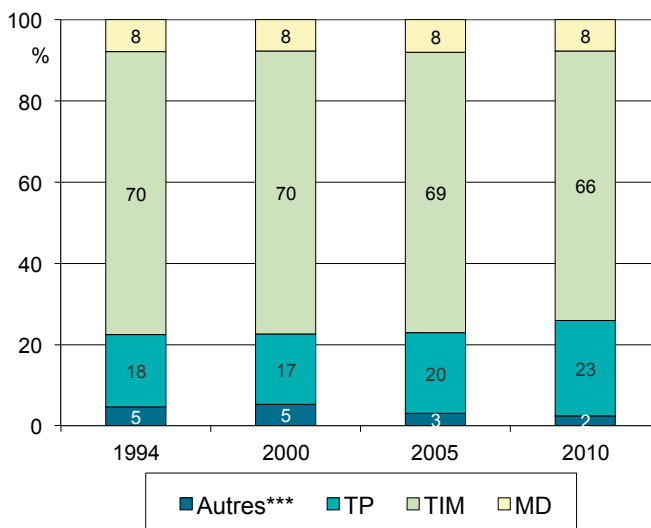
Précision : * différentes combinaisons entre « à pied » et/ou « vélo » et transports publics et/ou auto/moto ; ** autres modes de transport, en particulier automobile et motocycle

Source : Micro-recensements 1994-2005 sur le comportement de la population en matière de transports, données selon Sauter (2008 : 114)

La figure C représente les choix de mode de transport, en pour cent des étapes parcourues en Suisse, selon les quatre micro-recensements effectués depuis 1994.

Alors que la part de la mobilité douce (MD ; déplacements à pied ou à vélo) est restée relativement stable au cours des 16 années écoulées, les transports publics ont reculé de près de 6 %. Près d'une étape sur quatre parcourues en Suisse l'a été par les transports publics (TP), avec une pointe de croissance entre 2005 et 2010 (+3,5 %) qui s'est faite presque intégralement au détriment de la part du trafic individuel motorisé (TIM).

C) Part des modes de transport dans la distance parcourue quotidiennement, 1994-2010 (en % des étapes parcourues en Suisse)

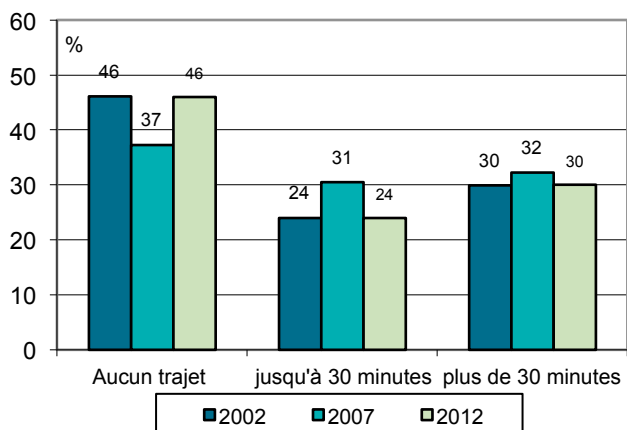


Précision : *** Camion, autocar, taxi, bateau, téléphérique, avion, appareil apparenté à un véhicule et autres

Source : Micro-recensement sur le comportement de la population en matière de transports 1994-2010, (OFS 2012 : 90)

Mesurée à la durée des trajets, l'activité physique semble toutefois avoir légèrement augmenté entre 2002 et 2007, d'après la figure D. En 2012, elle a toutefois à nouveau un peu diminué pour s'afficher aux niveaux de 2002. Dans le cadre de ce sondage, un peu moins de la moitié des personnes interrogées n'effectuait aucun trajet à pied ou à vélo, alors qu'environ une personne sur quatre environ se déplaçait à pied ou à vélo jusqu'à 30 minutes par jour. Enfin, presque un tiers marchaient ou utilisaient leur vélo plus de 30 minutes par jour.

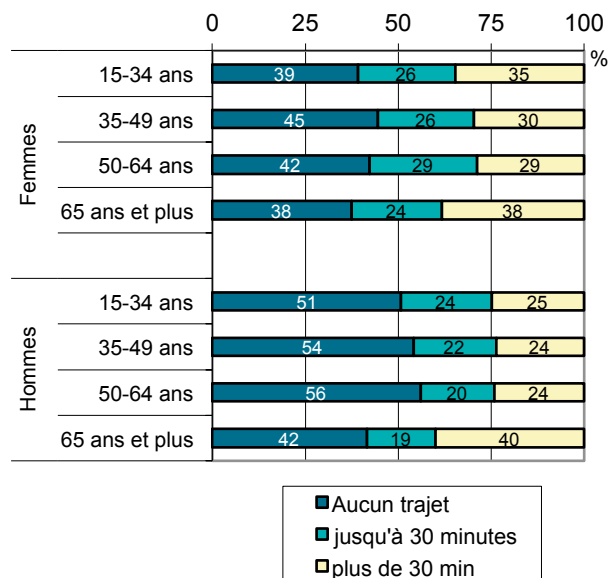
D) Part de la population parcourant des trajets quotidiens à pied ou à vélo, de 2002 à 2012 (proportions en %)



Sources : Enquêtes suisses sur la santé 2002 (n=18'373), 2007 (n=17'471) et 2012 (n=20'676).

En outre, il ressort de la figure E que les femmes, dans toutes les tranches d'âge représentées, se déplacent plus souvent à pied et/ou à vélo que les hommes. Dans les tranches d'âge moyennes (35-64 ans), plus de la moitié des hommes interrogés indiquent ne parcourir aucun trajet à pied et/ou à vélo, alors que cette proportion se situe entre 42 % et 45 % chez les femmes. Les 65 ans et plus, tant chez les femmes que les hommes, se montrent particulièrement actifs.

E) Durée des trajets quotidiens à pied et/ou à vélo, selon l'âge et le sexe, 2012 (proportions en %)



Source : Enquête suisse sur la santé 2012 menée par l'OFS (n=20'676)

Informations complémentaires :

OFS/ARE (2007) : La mobilité en Suisse. Principaux résultats du micro-recensement 2005 sur le comportement de la population en matière de transports. Neuchâtel : OFS

OFS/ARE (2012): La mobilité en Suisse. Résultats du micro-recensement mobilité et transports 2010. Neuchâtel: OFS

Sauter, D. (2008) : Mobilité des enfants et des adolescents. Constats et tendances tirés des micro-recensements 1994, 2000 et 2005 sur le comportement de la population en matière de transports. (Documentation sur la mobilité douce n° 115) Berne : Office fédéral des routes

Indicateur 3.5 : Activité sportive

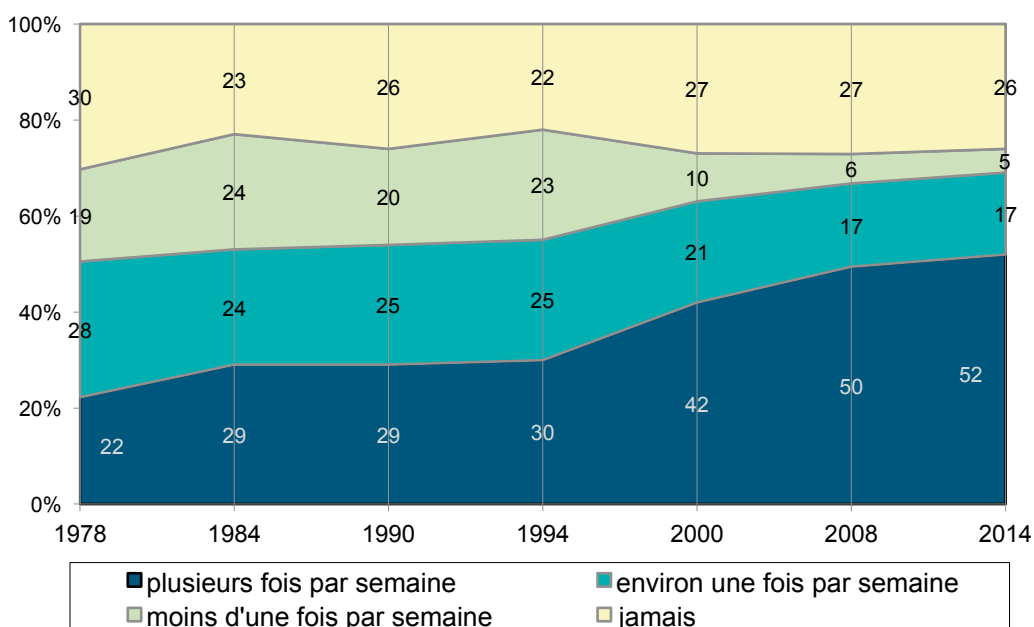
Précision : indicateur 1.3 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Le sport est une des composantes importantes du comportement en matière d'activité physique et constitue un élément essentiel si l'on entend mener un « mode de vie sain et actif ». Comme le montre la figure ci-dessous, les activités sportives régulières n'ont cessé de gagner en importance depuis la fin des années 1970 : alors qu'en 1978, seul un cinquième de la population faisait du sport deux fois par semaine ou plus, en 2012, c'est le cas pour plus de 50 % des habitants.

Si les sports ont connu une progression spectaculaire au cours des dernières décennies, il n'en reste pas moins que plus d'un quart de la population n'en pratique aucun. En effet, la part des inactifs a reculé entre 1978 et 1994, tombant de 30 % à 22 %, et a regagné du terrain entre temps, pour s'établir à 26 %. Le « boom » des activités sportives a donc avant tout entraîné une réduction de la part des actifs occasionnels – pratiquant une activité sportive une fois par semaine au maximum –, puisqu'ils ont diminué de plus de moitié depuis 1978.

A) Activité sportive en Suisse, de 1978 à 2014



Source : Etudes Swiss Olympic 1978-1994; Sport Suisse 2000, 2008 et 2014
 Réponses à la question : « A quelle fréquence faites-vous du sport chaque semaine ? »

Base de données

Swiss Olympic, l'Association faîtière des fédérations sportives suisses, a mené en 1978, 1984, 1990 et 1994 des sondages représentatifs au sujet de l'activité sportive de la population suisse (n=environ 1'000 personnes à chaque fois). A partir de 1999, l'Observatoire Sport et activité physique Suisse a pris la relève avec ses études « Sport Suisse ». Les enquêtes téléphoniques pour ces deux études ont eu lieu en 1999 (n=2'064), en 2007 (n=10'262) et en 2013 (n=10'652).

D'autres données sont tirées notamment de : Lamprecht, Markus, Hanspeter Stamm et Adrian Fischer (2014) : Sport Suisse 2014. Activité sportive de la population et ses intérêts en matière de sport. Macolin : Office fédéral du sport.

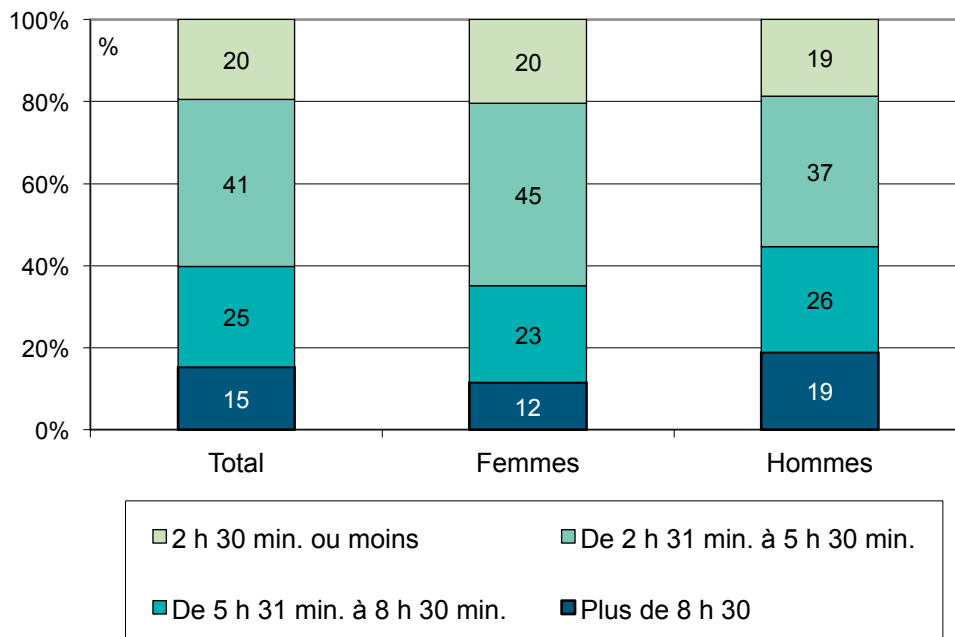
Indicateur 3.6 : Sédentarité, adultes

A l'heure actuelle, nombre d'activités se font en position assise, que ce soit au travail, à la maison, dans les loisirs ou à l'extérieur. Or, l'excès de sédentariété est mauvais pour la santé. Il faut donc régulièrement alterner avec des périodes d'activités physiques.

En moyenne, les personnes interrogées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé 2012 sont assises plus de cinq heures par jour normal de la semaine (valeur moyenne de 317 minutes). Toutefois la valeur médiane qui, contrairement à la moyenne arithmétique, n'est pas sensible aux extrêmes se révèle légèrement inférieure. En 2012, la moitié des participants a indiqué être assise ou rester sans bouger plus de cinq heures par jour, tandis que l'autre moitié a passé moins de temps dans cette position.

Pour les évaluations de la figure A, la durée quotidienne en position assise ou immobile a été répartie en quatre catégories. Ainsi, une personne sur cinq (20 %) a indiqué être assise 2,5 heures par jour ou moins, tandis qu'environ le double (41 %) le sont entre 2,5 et 5,5 heures par jour. Un autre quart (25 %) des participants a révélé être assis chaque jour entre 5,5 et 8,5 heures. Et ils sont même 15 % à adopter cette position plus de 8,5 heures par jour. Cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (19 % contre 12 %). En moyenne, les hommes sont assis une heure de plus par jour que les femmes (valeur médiane : 5 heures contre 4).

A) Durée quotidienne en position assise, par sexe, 2012 (en %)



Source : Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012 (n=17'742).

Base de données

Enquête suisse sur la santé 2012 menée par l'Office fédéral de la statistique, enquête menuCH de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (2014/2015, cf. Bochud et al. 2017) ainsi que Special Eurobarometer 412 « Sport physical activity », 2013.

La figure représente avant tout les valeurs médianes, qui indiquent la valeur correspondant au milieu du groupe de valeurs.

La valeur médiane et la moyenne arithmétique peuvent différer l'une de l'autre, cette dernière pouvant être significativement influencée par les cas extrêmes. En l'occurrence, un certain nombre de personnes passent particulièrement beaucoup de temps en position assise, ce qui entraîne une augmentation de la moyenne arithmétique par rapport à la valeur médiane.

Autres résultats

La figure B présente les résultats de l'enquête menuCH 2014/2015. En comparaison avec l'ESS 2012 et l'Eurobaromètre 2013 (cf. figure I ci-après), la part des personnes qui passent quotidiennement plus de 5,5 heures assises est nettement plus élevée (57 %, contre 40 % dans l'ESS 2012). Cette différence importante ne s'explique qu'en partie par la différence dans les tranches d'âges prises en compte (menuCH : 18-75 ans ; ESS : 15 ans et plus).

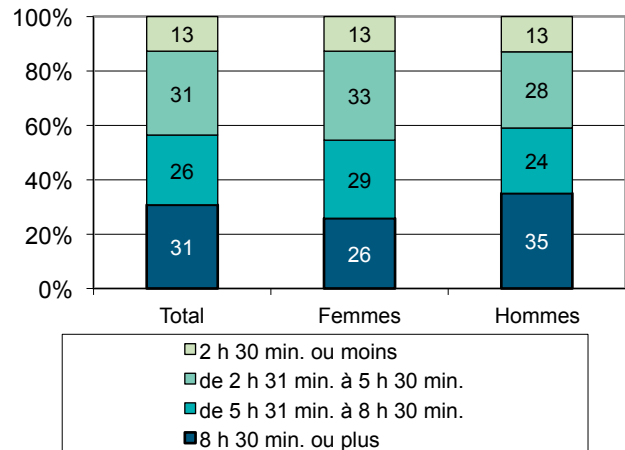
Indépendamment de ces résultats différents, menuCH présente des résultats semblables à l'ESS 2012 en ce qui concerne l'âge, la région linguistique et le niveau de formation (cf. figures C à E).

Les indications détaillées dans les figures C à H proviennent de l'ESS 2012, car l'échantillon était plus grand et plus complet.

Comme l'illustre la figure C, les jeunes passent davantage de temps en position assise que les plus âgés. En particulier, la proportion des 15 à 34 ans qui passe 8,5 heures ou plus par jour en position assise est supérieure à la moyenne. A partir de 65 ans, la durée des activités sédentaires diminue considérablement. En effet, dans cette tranche d'âge, seul un participant sur seize indique être assis plus de 8,5 heures par jour.

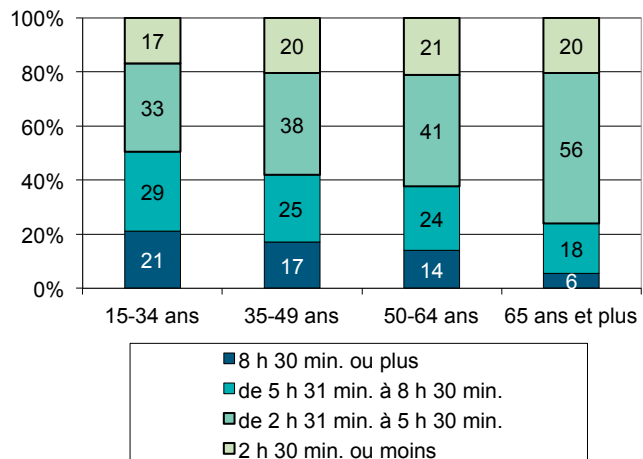
L'ampleur des activités sédentaires varie également fortement entre les différents niveaux de formation. La figure D précise que les personnes dont le niveau de formation est élevé sont trois fois plus nombreuses que les autres à passer plus de 8,5 heures par jour en position assise (24 % contre 7 % / 10 %). En outre, ils indiquent bien moins souvent ne passer qu'un maximum de 2,5 heures par jour en position assise ou immobile que les personnes dont le niveau de formation est bas ou moyen (12 % contre 31 % / 23 %).

B) Durée des activités en position assise par jour, selon le sexe, 2014/2015 (en % ; 18-75 ans)



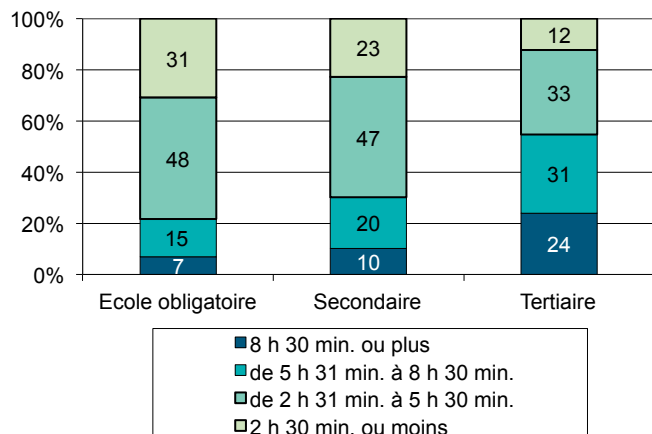
Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017).

C) Rapport entre âge et activités en position assise (en %, par jour), 2012



Source : ESS 2012 (n=17'742)

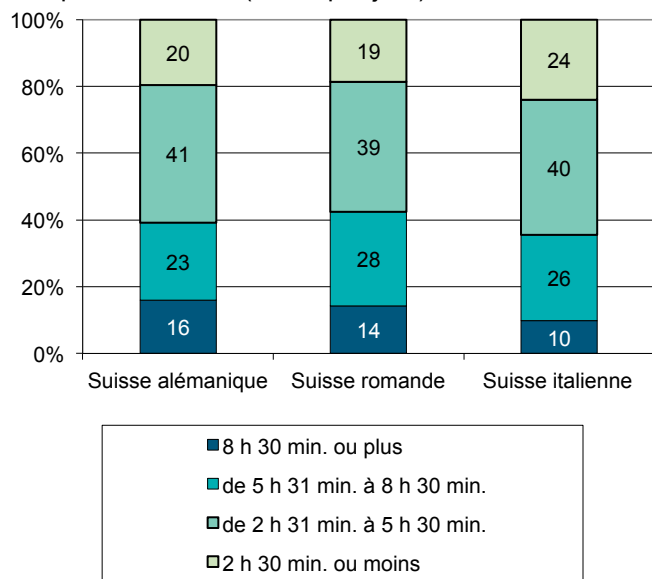
D) Rapport entre niveau de formation et activités en position assise (en %, par jour), 2012 (personnes à partir de 25 ans)



Source : ESS 2012 (n=15'438)

La figure E illustre l'ampleur des activités en position assise pour les trois régions linguistiques. On observe que les participants de Suisse italienne passent un peu moins de temps assis que ceux de la Suisse alémanique et de la Suisse romande.

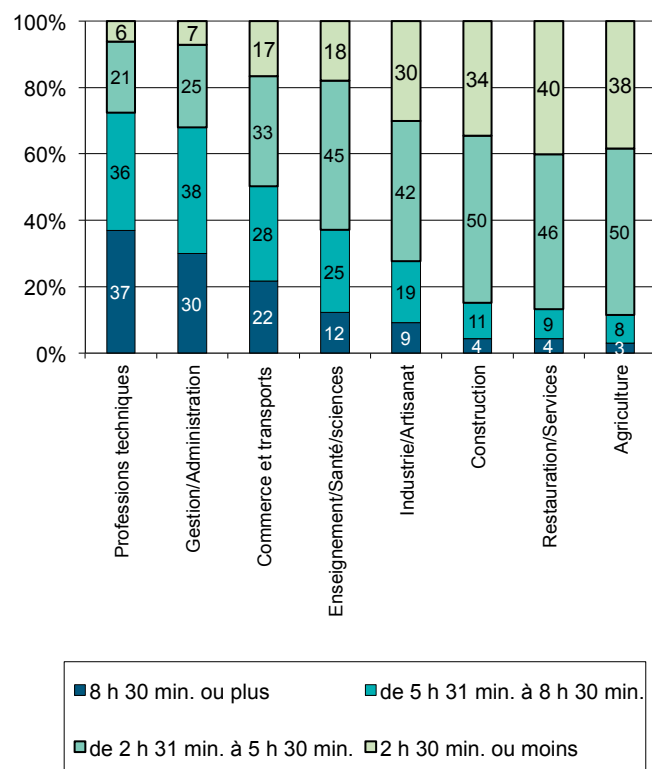
E) Rapport entre région linguistique et activités en position assise (en %, par jour), 2012



Source : ESS 2012 (n=17'742)

La figure F fait état des activités en position assise selon le métier. Il est évident que ce sont les personnes travaillant dans l'agriculture, la construction ou la restauration (professions du tertiaire) qui passent le moins de temps en position assise ou immobile chaque jour. De l'autre côté, on retrouve les personnes exerçant un « travail de bureau » typique dans les domaines de la technique, de l'administration ou de la gestion : près de trois quart d'entre elles sont assises 5,5 heures par jour au minimum.

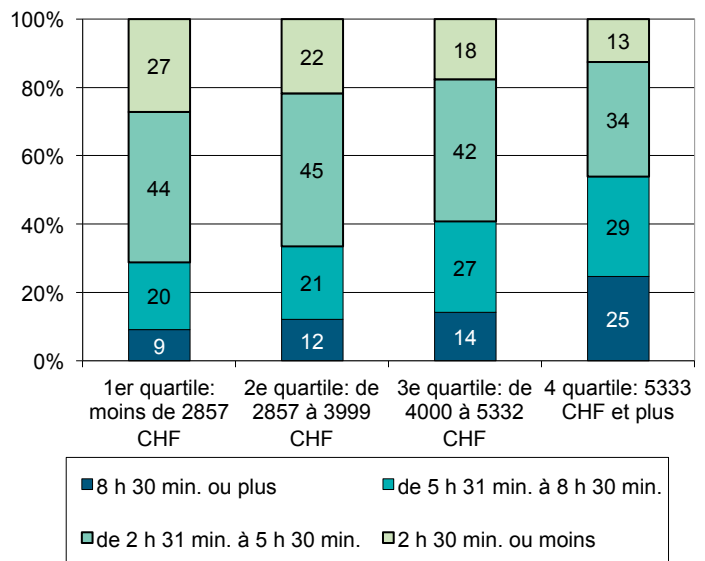
F) Rapport entre profession et activités en position assise (en %, par jour), 2012



Source : ESS 2012 (n=17'742)

Comme le montre la figure G, il existe également de nettes différences entre les classes de revenus. Les personnes dont le salaire se situe dans le quartile inférieur passent sensiblement moins de temps en position assise que celles dont le revenu se trouve dans la fourchette la plus élevée. Il convient de supposer que ces écarts résident dans la nature différente des diverses activités professionnelles (cf. figure E).

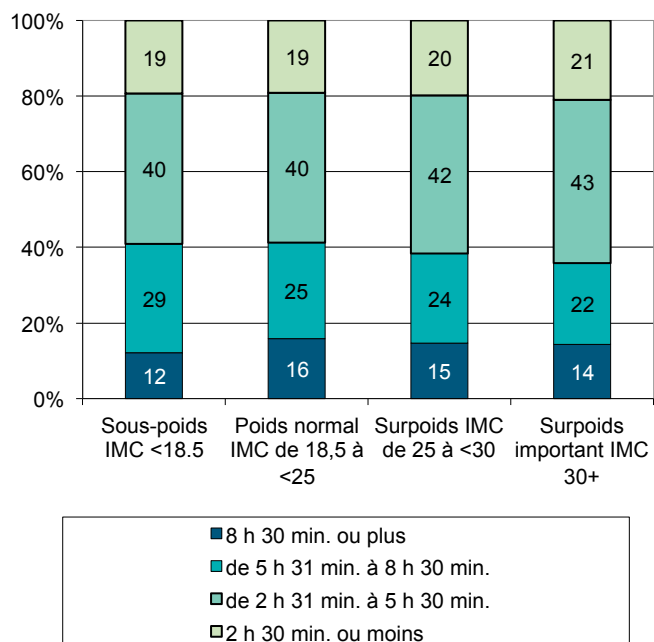
G) Rapport entre revenu et activités en position assise (en %, par jour), 2012



Source : ESS 2012 (n=16 927)

Si le statut socio-économique génère des inégalités marquées en termes de sédentarité, l'IMC ne semble quant à lui pas vraiment être lié à ce critère (cf. figure H). Les personnes en surpoids ou obèses ne passent pas plus de temps en position assise ou immobile que les personnes de poids normal ou en sous-poids.

H) Rapport entre IMC et activités en position assise (en %, par jour), 2012



Source ESS 2012 (n=17'631)

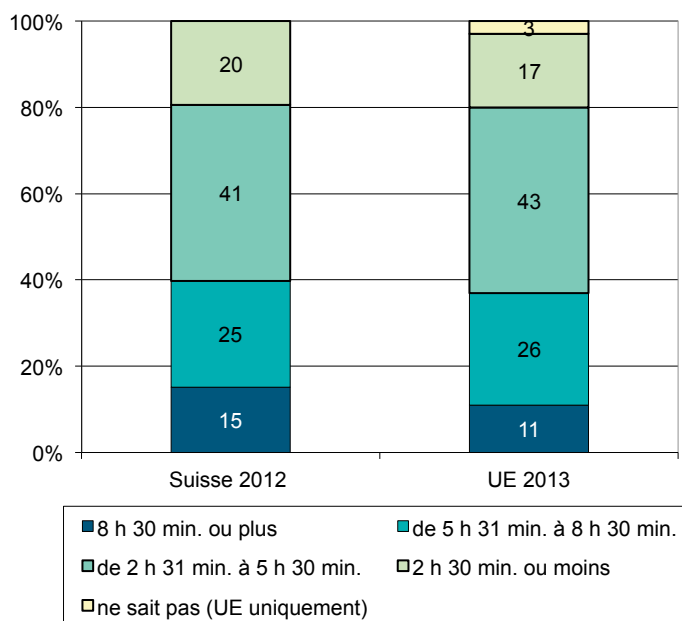
En termes d'attention portée à l'alimentation, d'activité physique ou de nationalité, il n'y a quasiment pas non plus d'écarts pour ce qui est du temps passé chaque jour en position assise (résultats non illustrés ici).

D'autres analyses montrent qu'un grand nombre de caractéristiques de santé n'ont qu'un rapport très ténu avec la durée en position assise. Une exception est cependant à noter : tendanciellement, plus une personne est longtemps en position assise, moins elle est physiquement active.

Si l'on combine durée en position assise et activité physique, il ressort en outre d'une étude en préparation que seul un sixième environ de la population a un « mode de vie sédentaire » avec de longues durées en position assise et peu d'activité physique. Un cinquième a un mode de vie « peu physique » (peu d'activité physique et durée relativement courte en position assise), un quart un mode de vie « compensatoire » (beaucoup d'activité physique et longue durée en position assise) et les deux cinquièmes restants un mode de vie « actif » (beaucoup d'activité physique et durée relativement courte en position assise).

Si les données de l'actuelle étude de l'Eurobaromètre ne sont pas directement comparables, les résultats des 28 pays de l'UE sont proches de ceux relevés dans les Enquêtes suisses sur la santé. De plus, les différences en fonction du sexe, de l'âge, de la formation et de la profession exposées ci-dessus se retrouvent également au niveau européen.

l) Durée des activités en position assise, (en %, par jour) en comparaison internationale



Sources : ESS 2012 (n=17'742) et Eurobaromètre spécial 412 (cf. sources de la colonne gauche).

Informations complémentaires :

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission, sans lieu.

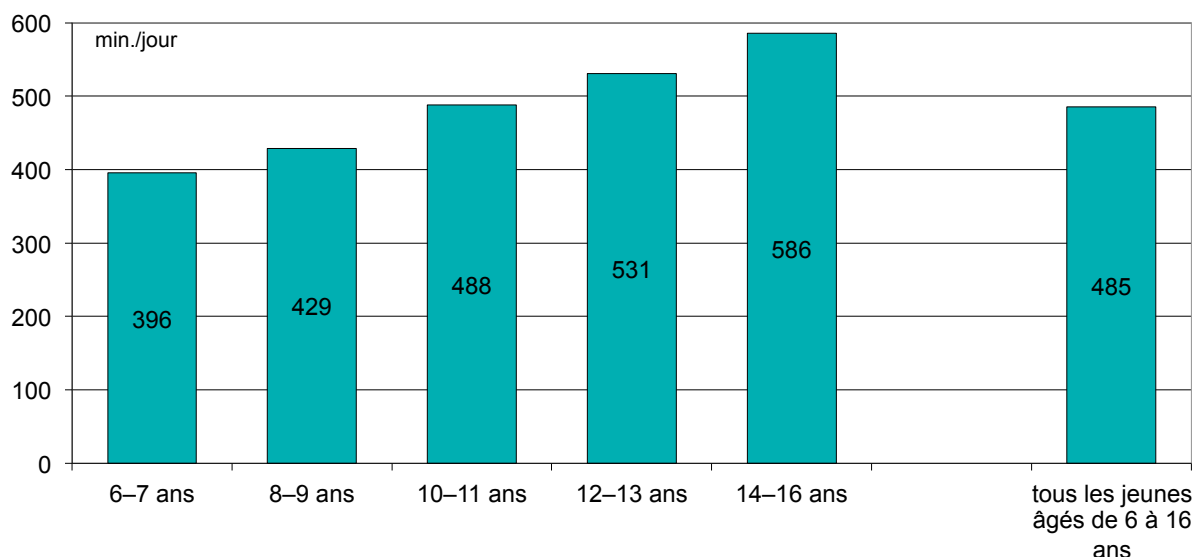
Une étude approfondie sur la sédentarité en Suisse, basée sur l'Enquête Omnibus 2011 et l'ESS 2012 de l'Office fédéral de la statistique, est en cours d'élaboration et sera disponible sur le site Internet de l'OFSP à partir de l'été 2015.

Indicateur 3.7 : Sédentarité, enfants et adolescents

Rester assis pendant longtemps pose aussi problème chez les enfants et les adolescents. L'activité physique de jeunes âgés de 6 à 16 ans a été mesurée dans le cadre de l'étude SOPHYA du Swiss TPH de l'Université de Bâle au moyen d'accéléromètres (cf. indicateur 3.3). Dans cette étude, on entend par « mode de vie sédentaire » (sedentary behaviour) toute période – en minutes – pendant laquelle l'instrument de mesure enregistre moins de 100 coups par minute (p. ex., temps passé à lire ou à regarder la télévision).

Comme le montre la figure ci-après, les enfants et adolescents passent en moyenne environ 8 heures par jour assis ou couchés, période de sommeil non comprise. Autre constat frappant : la durée d'activité sédentaire augmente avec l'âge. Si les enfants âgés de 6 ou 7 ans passent quotidiennement environ six heures et demie dans une position statique, cette durée augmente de façon linéaire avec l'âge, pour atteindre près de 10 heures chez les adolescents âgés de 14 à 16 ans. Comme le met en évidence l'indicateur 3.3, la durée d'activité physique diminue significativement entre 6 et 16 ans.

A) Nombre moyen de minutes que les jeunes âgés entre 6 et 16 ans passent en position assise ou couchée, par âge



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), étude SOPHYA, n=1320.

Remarque : l'activité physique ayant été enregistrée en journée, la période de sommeil n'est pas prise en compte.

Base de données

Les résultats indiqués ci-dessus proviennent de l'étude SOPHYA (**S**wiss children's **O**bjectively measured **PH**ysical **A**ctivity), menée en 2014/15 par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, cf. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. et Suggs S. (2016) : rapport final de l'étude SOPHYA. Bâle : Swiss TPH (en allemand)

Des renseignements complémentaires au sujet de l'étude SOPHYA se trouvent dans la description de la base de données de l'indicateur 3.3 et sur : <http://www.swisstph.ch/fr/sophya>

Autres résultats

Alors que l'on note des différences marquées entre les âges en ce qui concerne la durée en position assise (figure B), la différence entre filles et garçons est relativement faible : les filles passent en moyenne une demi-heure de plus que les garçons en position assise ou immobile, sachant que, selon l'indicateur 3.3, le niveau moyen d'activité physique de ces derniers est légèrement supérieur. Chez les filles, la progression, entre la classe d'âge la plus jeune et la plus âgée, de la durée passée en position assise ou couchée, est par ailleurs légèrement plus forte (118 minutes) que chez les garçons (102 minutes).

On note également une certaine corrélation, quoique relativement faible, entre la sédentarité et la situation familiale.

Les enfants et adolescents qui grandissent avec des frères et sœurs ou avec d'autres enfants dans le même ménage tendent à être physiquement un peu plus actifs et passent moins de minutes par jour en position assise ou couchée (figure C).

La durée sans activité physique augmente aussi légèrement en fonction du degré d'activité professionnelle de la mère. Lorsque la mère travaille moins de 20 %, la durée sans activité physique s'élève en moyenne à 479 minutes tandis qu'elle grimpe à 496 minutes en moyenne lorsque la mère travaille entre 80 et 100 %.

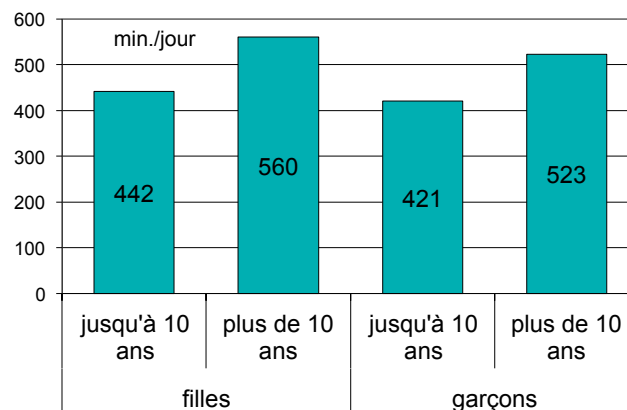
Enfin, la durée passée en position assise ou immobile par des enfants et adolescents dont les *deux* parents travaillent beaucoup augmente lorsque les enfants ne sont pas gardés par une personne externe. On ne note pas de différence liée à la charge de travail des parents lorsqu'une telle garde est mise en place.

D'autres analyses réalisées dans le cadre de l'étude SOPHYA révèlent en outre que l'ampleur de la sédentarité chez les enfants et adolescents ne varie pas de façon statistiquement significative selon la région linguistique, la nationalité, pas plus qu'en fonction du niveau de formation ou du revenu des parents.

Informations complémentaires :

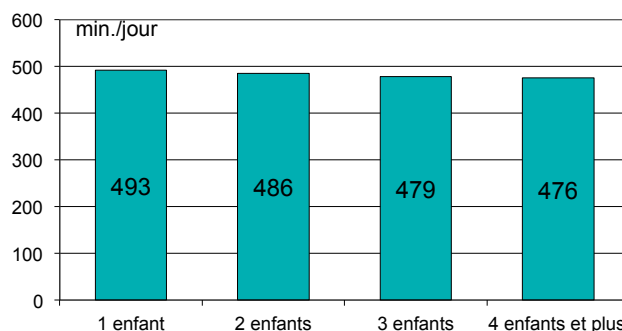
Voir les références indiquées plus haut ainsi que : <http://www.swisstph.ch/fr/sophya>

B) Nombre moyen de minutes passées en position assise ou couchée, par sexe (jeunes âgés de 6 à 16 ans)



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), étude SOPHYA, n=1320.

C) Nombre moyen de minutes passées en position assise ou couchée, en fonction du nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans le même ménage



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), étude SOPHYA, n=1320.

Indicateur 3.8 : Performance sportive des jeunes adultes

Précision : indicateur 1.7 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse : www.sportobs.ch

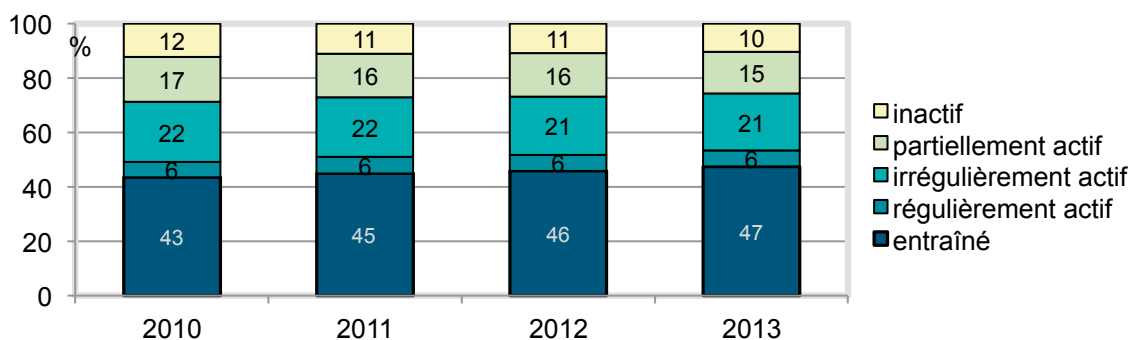
L'activité physique et le sport ont un effet positif sur le psychisme et protègent d'atteintes largement répandues comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète de type 2. Lors du recrutement militaire, les conscrits font l'objet d'un examen médical qui implique un test de fitness. Depuis 2006, ils sont en outre interrogés au sujet de leur comportement en matière d'activité physique.

Les résultats des enquêtes de 2010 à 2013 sont documentés dans la figure ci-dessous. Les données proviennent des questionnaires remplis par des conscrits, indépendamment du fait qu'ils aient ou non participé au test de fitness. Les réponses ont ensuite été affectées aux catégories d'activité suivantes, déjà mentionnées à l'indicateur 3.1) :

- *entraîné* : transpiration liée à une activité physique au moins 3 jours par semaine.
- *régulièrement actif* : min. 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne (essoufflement) au moins 5 jours par semaine.
- *irrégulièrement actif* : au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou activité avec transpiration au moins 2 jours par semaine. Ce groupe ainsi que les deux précédents satisfont aux recommandations.
- *partiellement actif* : au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne ou une activité avec transpiration par semaine.
- *inactif* : aucune activité physique notable.

La figure fait apparaître une tendance réjouissante pour la période de 2010 à 2013 : en effet, alors qu'en 2010, 71 % des conscrits observaient les recommandations actuelles en matière de mouvement, à savoir une activité de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine au minimum, cette proportion a légèrement augmenté jusqu'en 2013, où elle atteint les trois quarts. Durant cette même période, la proportion des inactifs a baissé de 12 à 10 %. En comparant les données des conscrits avec celles de la population générale (cf. indicateur 3.1), il apparaît que les deux groupes suivent les recommandations en matière de mouvement dans des proportions similaires (population générale : 72 %). Toutefois, la proportion de personnes « entraînées » est plus élevée chez les jeunes gens (47 %) que dans la population générale (28 %), qui affiche en revanche une proportion légèrement plus élevée de personnes « régulièrement » (15 %) et « irrégulièrement actives » (29 %).

A) Comportement en matière d'activité physique des conscrits, 2010-2013



Source : Wyss et al. (2011 - 2014). Nombre de cas : 2010 : 34'866 ; 2011 : 33 504 ; 2012 : 33 084 ; 2013 : 31 541

Base de données

Les résultats du test de fitness pour le recrutement sont publiés chaque année par le DDPS et l'Office fédéral du sport. L'indicateur 1.7 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse comporte des indications supplémentaires concernant le « Test de fitness pour le recrutement » (TFR).

Cf. Wyss, Thomas, Stephan Zehr et Urs Mäder (2011) : Test de fitness pour le recrutement (TFR). Résultats 2010. Macolin : HEFSM

Wyss, Thomas, Urs Mäder et René Ahlmann (2014) : Test de fitness pour le recrutement (TFR). Résultats 2013. Macolin : HEFSM

Indicateur 3.9 : Participation aux activités Jeunesse et Sport (J+S)

Précision : indicateur 1.5 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

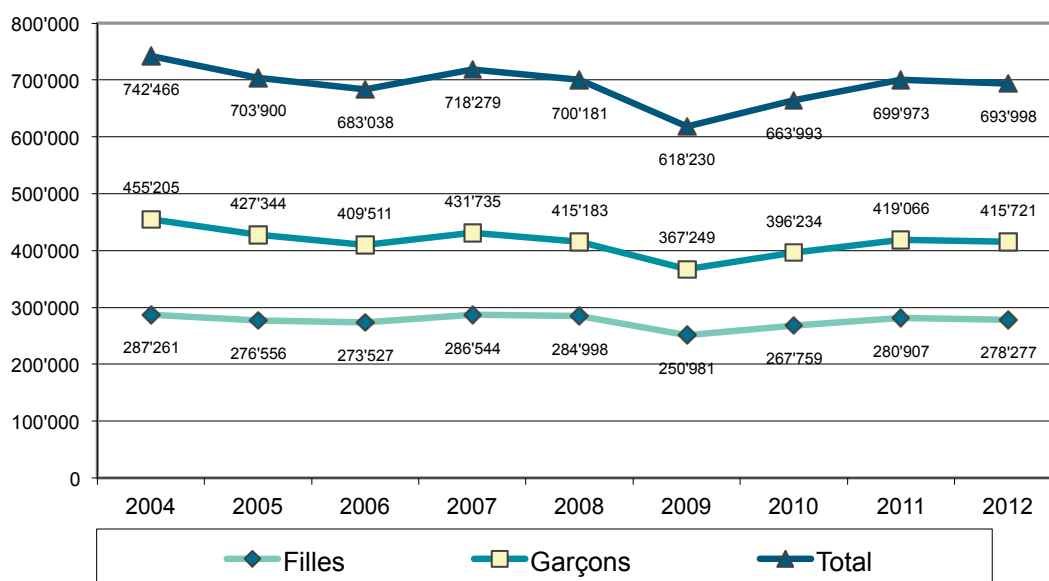
Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Les activités sportives constituent l'essentiel de l'exercice physique, dont l'importance est majeure pour la santé physique et psychique des enfants et adolescents. Jeunesse et Sport (J+S) est le programme majeur de promotion du sport de la Confédération pour les enfants et les adolescents. Ayant un effet complémentaire, J+S organise ses offres de concert avec les cantons, des associations et d'autres institutions sportives. Depuis 2008, « J+S-Kids » propose des cours et des camps aux enfants de 5 à 10 ans.

La figure ci-dessous montre que les tout juste 55'000 cours et camps J+S organisés en 2012 ont rassemblé plus de 700'000 participants. Alors que le taux de participation des garçons était en baisse jusqu'en 2009, il a quelque peu augmenté depuis 2010. Notons que la participation des filles a moins varié, même si leur nombre a également enregistré un léger recul en 2009. L'introduction de « J+S Kids » pourrait bien être l'une des raisons principales à cette progression.

Une fois les doublons supprimés, le nombre effectif de participants correspond environ à 60 % des données brutes. Les quelque 420'000 enfants et adolescents de 10 à 20 ans ayant bénéficié du programme J+S en 2011 et en 2012 représentent presque la moitié des jeunes de cet âge résidant en Suisse.

A) Nombre de participations aux offres J+S, 2004-2012



Source : Statistique J+S, OFSPO

Base de données

Statistique J+S, OFSPO

D'autres informations sur l'indicateur figurent sur le site Internet de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse (indicateur 1.5).

Domaine 4 : Poids corporel

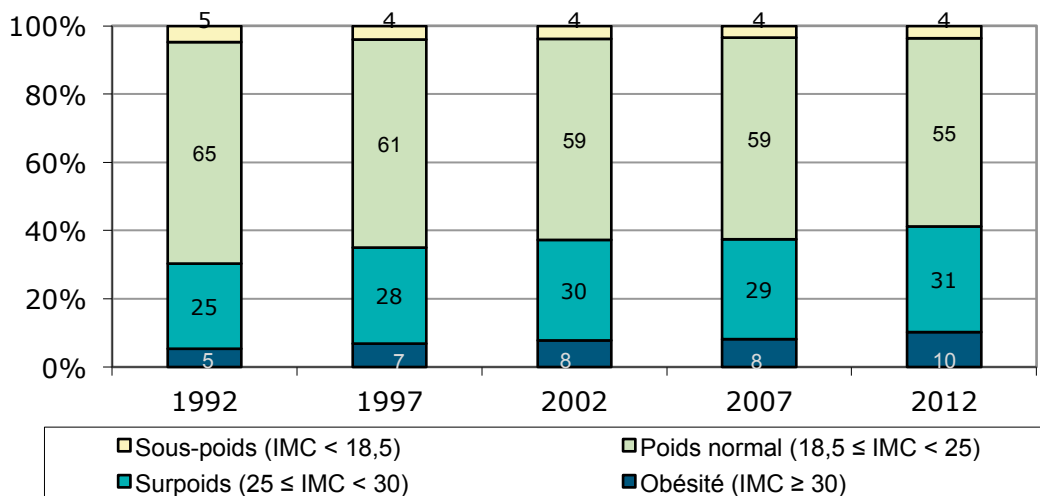
Indicateur 4.1 : IMC de la population adulte (données d'enquête)

Précision : indicateur de l'Obsan. Les détails figurent sous : <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs>

Le poids corporel est un bon indicateur du risque de souffrir d'une série de maladies aiguës et chroniques et, constitue ainsi un objectif central des initiatives réalisées dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Le surpoids, et plus encore l'obésité, comptent parmi les facteurs de risque des maladies non transmissibles, à l'instar des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 et de certaines formes de cancer. Le surpoids, l'obésité, de même que le sous-poids peuvent être définis sur la base des valeurs de référence de l'indice de masse corporelle (IMC) reposant sur les recommandations de l'OMS.

La figure montre que le nombre de personnes avec un « poids normal », dans l'ensemble de la population suisse, a diminué de près de 10 % en l'espace de vingt ans (de 65 à 55 % entre 1992 et 2012). Tandis que le nombre des personnes en sous-poids a légèrement diminué sur la durée, presque 41 % de la population doivent être considérés comme étant en surpoids ou obèses (contre 30 % en 1992). Durant cette période, c'est le nombre des personnes obèses qui a fortement augmenté, de 90 % pour être précis. Après une stabilisation à un niveau élevé entre 2002 et 2007, la proportion des personnes en surpoids et obèses a de nouveau enregistré une légère progression récemment (de 38 % en 2007 à 41 % en 2012).

A) Catégories de l'indice de masse corporelle (IMC) de la population suisse de plus de 15 ans, 1992-2012



Source : Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, 1992-2012. Nombre de cas : 1992 : n=14'899 ; 1997 : n=12'821 ; 2002 : n=19'471 ; 2007 : n=18'473 ; 2012 : n= 21'382.

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé 1992 à 2012 de l'Office fédéral de la statistique. Les données des ESS portent sur la population résidante suisse de plus de 15 ans. Pour de plus amples informations sur la situation des enfants et adolescents, voir l'indicateur 4.2.

On a introduit pour l'estimation du poids corporel l'indice de masse corporelle (IMC), qui se calcule selon la formule suivante :

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

L'OMS a défini une série de valeurs limites (cf. la légende du graphique) qui permettent de distinguer les personnes en sous-poids, les personnes au poids normal et celles en surpoids. Pour les personnes de moins de 18 ans, les valeurs limites de Cole et al. (2000, 2010) ont été utilisées.

Davantage d'informations sont disponibles dans le recueil d'indicateurs de l'Obsan.

Indicateur 4.2 : IMC chez les enfants et les adolescents (mesure directe)

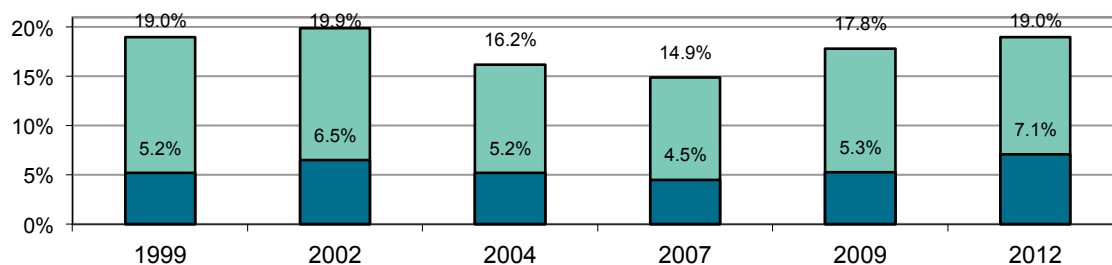
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

L'obésité représente également un risque pour la santé des enfants et des adolescents, ne serait-ce qu'en raison des souffrances physiques et psychiques qu'elle peut entraîner. A noter que le calcul de l'indice de masse corporelle des jeunes tient compte du sexe et de l'âge.

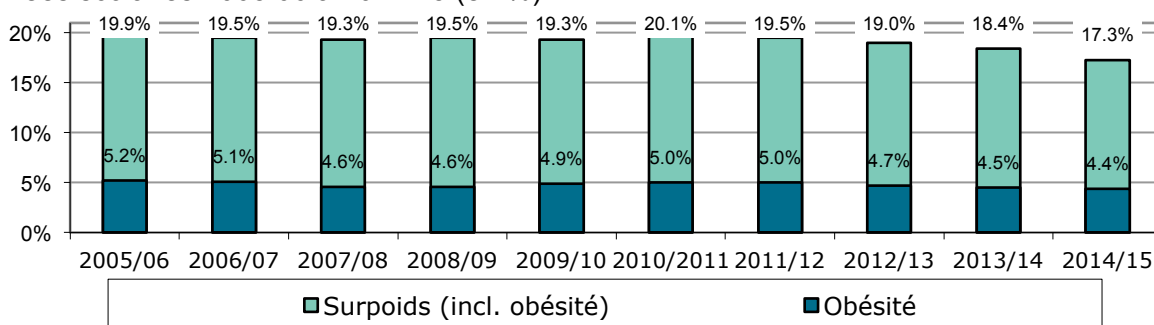
En Suisse, on ne dispose que de rares données comparables sur l'IMC des enfants et des adolescents. Les figures ci-dessous montrent la proportion d'enfants et d'adolescents en surpoids dans le cadre d'une enquête nationale de l'EPF de Zurich ainsi que du projet « Monitoring IMC des villes de Bâle, de Berne et de Zurich » de Promotion Santé Suisse. La première figure révèle que la proportion nationale d'enfants en surpoids et obèses a tout d'abord diminué au milieu des années 2000, pour revenir ensuite au niveau de la fin des années 1990 en 2012. Les données provenant des villes de Bâle, de Berne et de Zurich pointent toutefois vers une évolution stable à un niveau élevé pour la période de 2005/06 à 2010/11, avec un léger recul pour les années les plus récentes. Ces deux études permettent d'aboutir à la conclusion que près d'un enfant sur cinq en âge scolaire est actuellement en surpoids ou obèse.

Si l'on se penche sur la prévalence de surpoids par degré scolaire, on constate qu'environ 12 % des enfants sont en surpoids ou obèses au jardin d'enfants, et cette proportion augmente à 21 % dès les degrés primaires, puis à 23 % dans les degrés supérieurs.

A) Proportion des enfants de 6 à 12 ans en surpoids et obèses en Suisse, de 1999 à 2012



B) Proportion des enfants en surpoids et obèses dans les villes de Berne, de Bâle et de Zurich, années scolaires 2005/06 à 2014/15 (en %)



Précision : la catégorie « Surpoids (incl. obésité) » comprend les jeunes en surpoids et obèses. En soustrayant le plus petit pourcentage du pourcentage total, on obtient donc la part des jeunes en surpoids.

Sources : figure A : Aeberli et Murrer (2013) ; figure B : Stamm et al. (2015)

Base de données

Figure A : Aeberli, I. et S. Murer (2013). Fréquence du surpoids et de l'obésité chez les enfants suisses en âge de scolarité : une analyse de tendance de 1999 à 2012. Présentation à l'occasion du partage de savoir MOSEB organisé le 28.10.2013.

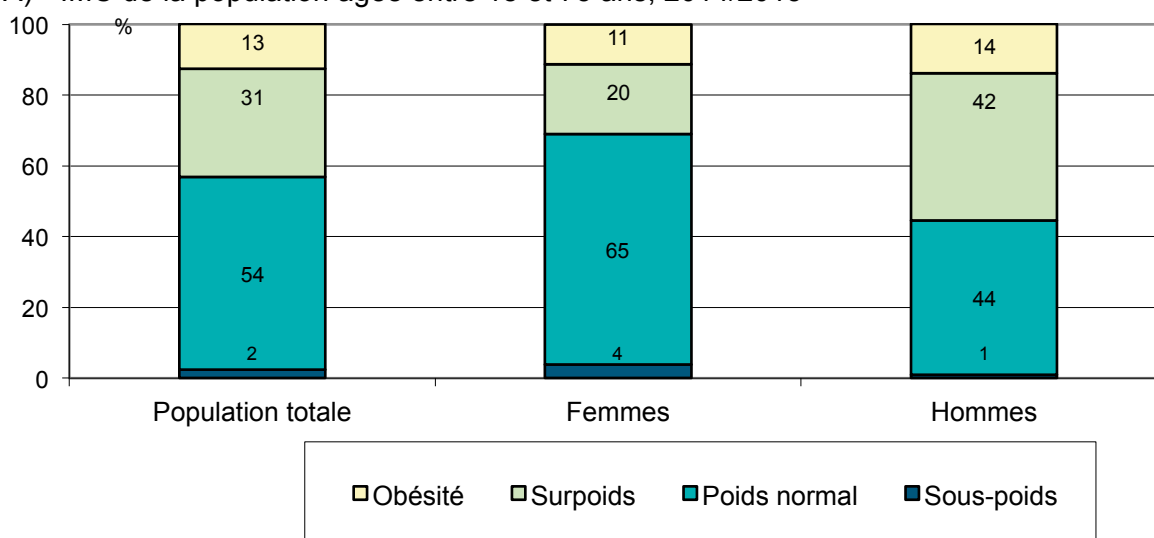
Figure B : Stamm, H., M. Ceschi, L. Guggenbühl, M. Lamprecht, M. Ledergerber, N. Sperisen, K. Staehelin, S. Stronski Huwiler, A. Tschumper et D. Wiegand (2015) : Monitoring des données de poids des services médicaux scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich. Année scolaire 2012/2013. Berne : Promotion Santé Suisse.

Indicateur 4.3 : IMC adultes (mesure directe)

Les scientifiques réalisant des études épidémiologiques à l'échelle de la population utilisent fréquemment l'indice de masse corporelle (IMC) pour déterminer si une personne est en surpoids ou obèse dans la mesure où cet outil est facile à utiliser. Pour les adultes, le calcul s'effectue sur la base du poids corporel et de la taille.

À présent, il existe en Suisse plusieurs études par échantillons sur le calcul de l'IMC. La figure A présente les résultats les plus récents de menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : en 2014/2015, 44 % de la population âgée entre 18 et 75 ans étaient obèses ou en surpoids. La part des hommes obèses ou en surpoids (56 %) est presque deux fois plus élevée que celle des femmes (31 %)

A) IMC de la population âgée entre 18 et 75 ans, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017), n=2085.

Base de données

Il existe actuellement quatre sources de données :

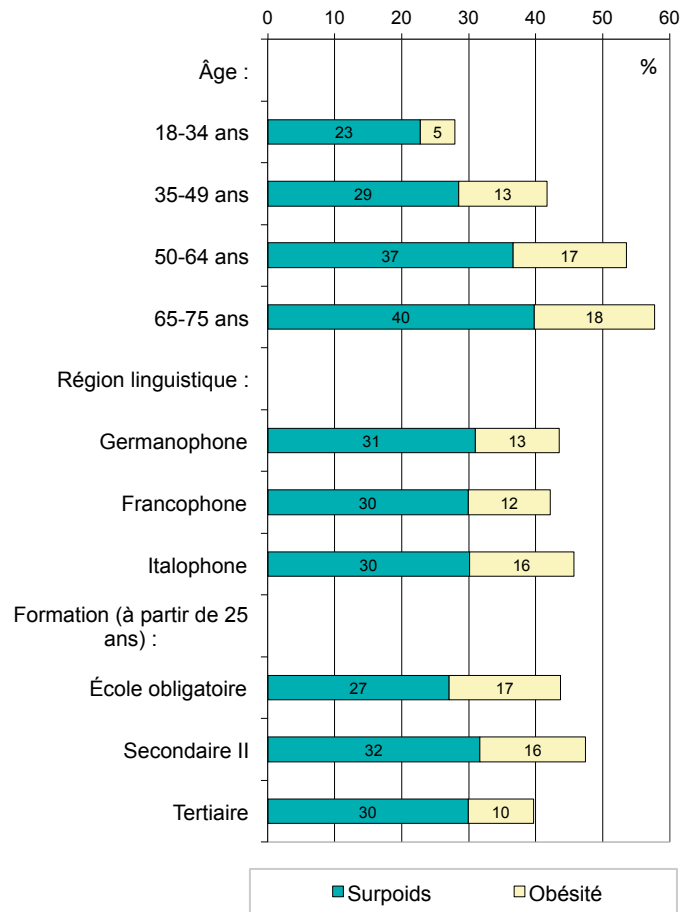
- menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 (18-75 ans ; n=2085, cf. Bochud et al. 2017).
 - L'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse menée en 2010/2011 (15 ans et plus ; n=1445, cf. Chappuis et al. 2014) a calculé l'IMC sur un échantillon de 1445 personnes (figure D).
 - Bus Santé 1993 à 2007. Le recensement de l'état de santé de la population genevoise, réalisé chaque année depuis 1993 par les Hôpitaux universitaires de Genève, comprend, outre la mesure de l'IMC et de l'activité physique, les habitudes alimentaires, la mesure de la tension artérielle et une prise de sang afin de mesurer le cholestérol sanguin.
- L'échantillon est représentatif de la population genevoise âgée de 35 à 74 ans, mais n'est transposable à l'ensemble de la population suisse qu'avec réserve.
- Données tirées du recrutement militaire : lors du recrutement, différentes caractéristiques physiques sont constatées et enregistrées. Une étude menée par K. Staub et al. (voir références à la fin de cet indicateur) présente des résultats relatifs à l'évolution de l'IMC depuis la deuxième moitié du 19^e s. L'évolution entre 2004 et 2015 est documentée dans l'étude de Panczak et al. (2013) et Floris et al. (2016).

Autres résultats

La figure B présente les résultats détaillés de l'enquête menuCH quant à la prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge, la région linguistique et le niveau de formation. La hausse importante de la part des personnes obèses ou en surpoids avec l'âge est frappante. C'est ce que révélait aussi l'analyse des données tirées d'enquêtes à l'indicateur 4.1.

Par contre, on n'observe aucune différence selon la région linguistique. Concernant le niveau de formation, les personnes qui ont fait des études supérieures sont moins nombreuses à être en surpoids (important) que les autres.

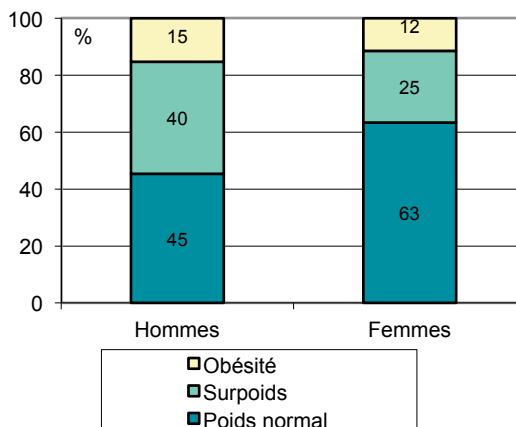
B) Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le sexe, la région linguistique et le niveau de formation, 2014/2015



Source : enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP, Bochud et al. (2017)

Les résultats qu'illustre la figure C, présentés à des fins de comparaison, proviennent de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse menée en 2010/2011. Ils confirment les résultats de menuCH et montrent aussi que la part des hommes obèses ou en surpoids est nettement plus élevée que celle des femmes.

C) Poids normal, surpoids et obésité sur la base d'un échantillon de la population, par sexe, 2010/11

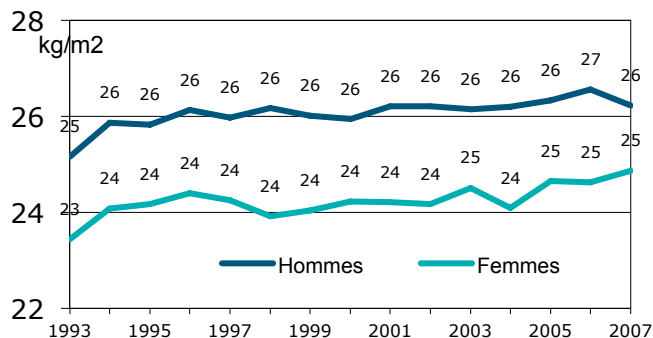


Source : Chappuis et al. (2011)

L'étude genevoise « Bus santé » constitue une source très intéressante : chaque année depuis 1993, du personnel qualifié propose un examen de santé dans une unité d'épidémiologie mobile à un échantillon représentatif de la population âgée de 35 à 74 ans.

Au cours de ces examens, la taille et le poids corporel sont relevés et forment la base du calcul de l'IMC. La figure D montre l'évolution de l'IMC au sein de la population genevoise de 1993 à 2007. Une légère hausse de l'IMC est observée tant chez les hommes que chez les femmes durant la période sous revue. Ce faisant, les valeurs moyennes des hommes sont plus élevées que celles des femmes.

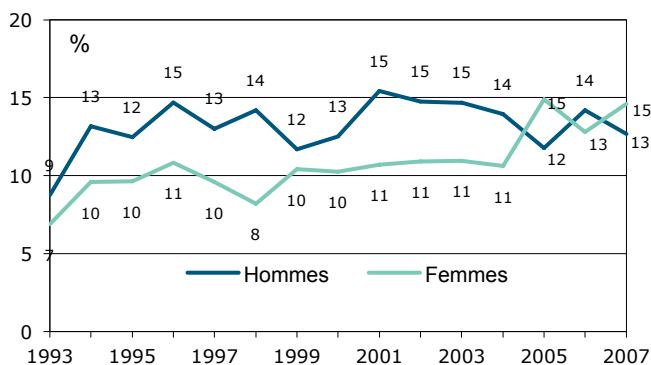
D) Evolution de l'IMC chez les femmes et les hommes genevois de 35 à 74 ans, 1993 à 2007 (moyennes arithmétiques)



Source : Bus Santé de la ville de Genève, 1993-2007, nombre de cas : hommes = 7'069 ; femmes = 7'027

La figure E montre l'évolution de la part de la population genevoise concernée par l'obésité (IMC ≥ 30) entre 1993 et 2007. Tant chez les hommes que chez les femmes, cette proportion a nettement augmenté au cours des dernières années : en 2007, la part d'hommes souffrant d'obésité se situe à 13 %. Celle des femmes est légèrement supérieure, atteignant près de 15 %. La proportion d'hommes obèses semble s'être stabilisée à un niveau élevé depuis 2001.

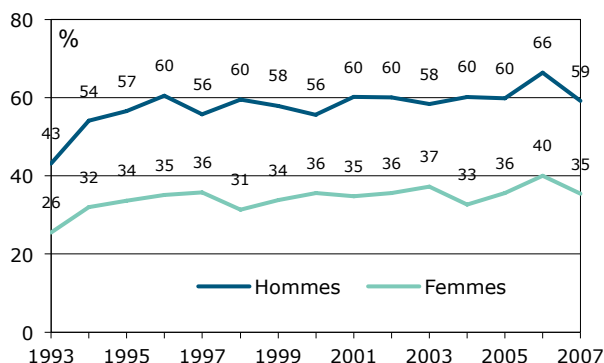
E) Evolution de l'obésité (IMC ≥ 30) au sein de la population genevoise, 1993-2007, en %



Source : Bus Santé 1993-2007 ; n hommes = 7'069, femmes = 7'027.

La figure C montre l'évolution du surpoids et de l'obésité entre 1993 et 2007. Ici aussi, en particulier dans les années 1990, on constate une hausse chez les deux sexes, quoique les hommes soient nettement plus souvent en surpoids que les femmes.

F) Evolution du surpoids et de l'obésité (IMC > 25) au sein de la population genevoise, 1993-2007, en %

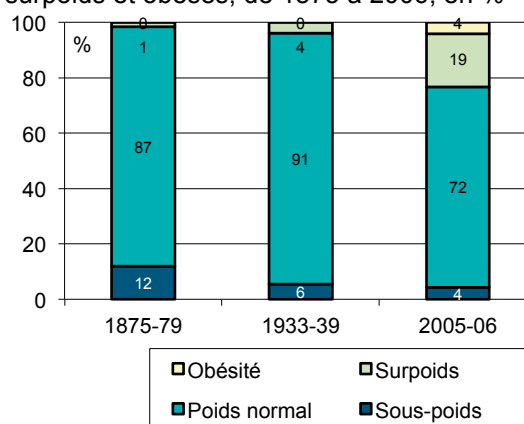


Source : Bus Santé 1993-2007 ; n hommes = 7'069, femmes = 7'027. La figure représente la part globale des personnes en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et obèses (IMC ≥ 30)

Les figures G à I présentent une série de résultats de différentes études menées par le Centre pour la médecine évolutionniste de l'Université de Zurich sur la base des données des conscrits helvétiques.

Pour commencer, la figure G représente l'évolution de l'IMC des conscrits suisses depuis 1875. On observe qu'au 19^e s, le phénomène du surpoids était insignifiant : moins de 2 % des hommes étaient alors en surpoids ou obèses. Au début du 21^e siècle, ils représentaient plus d'un cinquième de cette population. Dans le même temps, la part des hommes en sous-poids a chuté de près de deux tiers, tombant de 12 % à un peu plus de 4 %.

G) Part des conscrits en sous-poids, poids normal, surpoids et obèses, de 1875 à 2006, en %

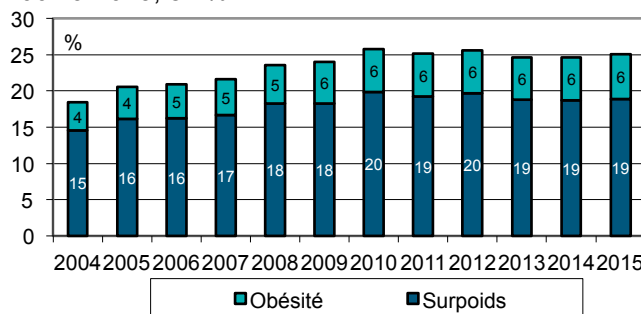


Source : Staub et al. (2010)

L'évolution récente de l'IMC des conscrits est documentée dans les études de Panczak et al. (2013), de Staub et Rühli (2014) et de Floris et al. (2016), qui s'attachent à analyser les données récoltées sur les conscrits entre 2004 et 2015 et à les associer à différentes autres caractéristiques.

Ainsi, la figure F montre que la proportion de conscrits de 19 ans en surpoids ou obèses est passée de tout juste 18 % à près de 26 % entre 2004 et 2010. Depuis quelques années toutefois, la tendance est désormais à la stabilisation à un niveau élevé.

H) Part des conscrits de 19 ans en surpoids ou obèses, 2004 à 2015, en %



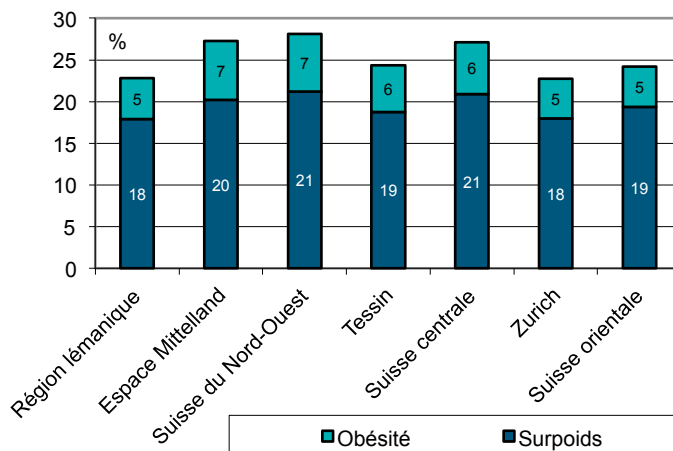
Source : Panczak et al. (2013), Staub et Rühli (2014)

Remarque : La différence avec les données présentées à la figure E résulte de l'ampleur réduite de l'enquête par sondage réalisée en 2010.

Les figures I à L illustrent diverses analyses détaillées portant sur les données des années 2010 à 2012.

On constate ainsi à la lecture de la figure G que l'Espace Mittelland, la Suisse du Nord-Ouest et la Suisse centrale sont les régions à plus fort taux de conscrits en surpoids ou obèses, alors que Zurich et la région lémanique en comptent moins.

I) Part des conscrits de 19 ans en surpoids ou obèses, par région, 2010 à 2012, en %



Source : Panczak et al. (2013)

Si l'on agrège la prévalence du surpoids et de l'obésité avec le revenu moyen dans les communes d'origine des conscrits, on obtient le tableau présenté à la figure K. Une corrélation modérée semble donc se dessiner entre le revenu et la surcharge pondérale.

Citons encore les résultats révélateurs mis en évidence à la figure L. Cette figure montre que le « Healthy Food Ratio » entretient un lien avec la prévalence de la surcharge pondérale : dans les communes où la part relative des ventes de boissons sucrées et de chips est élevée (premier tertile), la proportion des conscrits en surpoids ou obèses est supérieure à 27 %, tandis qu'elle atteint tout juste 24 % dans les communes où les fruits et légumes sont préférés (troisième tertile).

Informations complémentaires :

Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) : Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP : Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud et M. Burnier (2011) : Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne : Centre hospitalier universitaire vaudois.

Floris, J., N. Koepke, N. Bender, F. Rühli et K. Staub (2016) : Der Body-Mass-Index der Schweizer Stellungspflichtigen 2015. Zurich : Institut für evolutionäre Medizin de l'Université de Zurich.

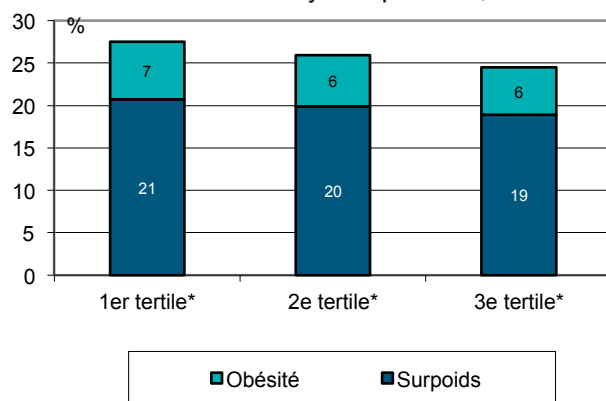
Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza und A. Morabia (2009) : Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Genève : Hôpitaux universitaires de Genève

Panczak, R., U. Woitek, F. J. Rühli et K. Staub (2013): Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index von Schweizer Stellungspflichtigen 2004-2012. Etude réalisée sur mandat de l'OFSP. Zurich : Centre pour la médecine évolutionniste de l'Université de Zurich

Staub, K., F. Rühli, U. Woitek und C. Pfister (2010) : « BMI distribution/ social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present. » European Journal of Clinical Nutrition 2010: 1-6

Staub, K. et Rühli, F (2014) : « Poursuite de la stabilisation du surpoids et de l'obésité », Bulletin des médecins suisses 2014, 95(48) : 1826-1828

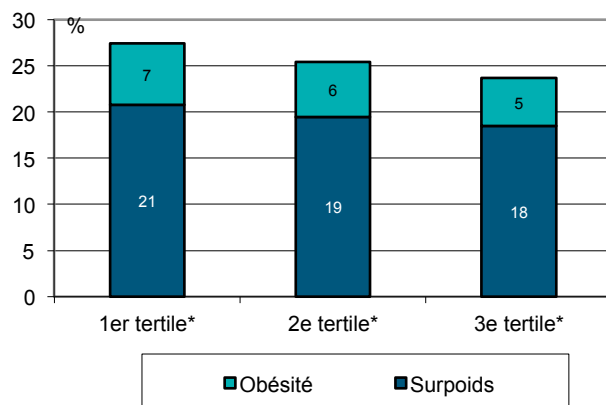
K) Part des conscrits de 19 ans en surpoids ou obèses en fonction du revenu moyen équivalent, 2010 à 2012, %



* La part des conscrits en surpoids ou obèses a été agrégée au revenu moyen imposable des communes suisses (calculé sur la base des données de l'Administration fédérale des contributions), le premier tertile comprenant le tiers des communes affichant le revenu moyen le plus bas, le troisième, le tiers des communes affichant le revenu moyen le plus élevé.

Source : Panczak et al. (2013)

L) Part des conscrits de 19 ans en surpoids ou obèses en fonction du « Healthy Food Ratio »*, 2010 à 2012, %



* Le rapport entre les ventes de fruits et légumes d'une part, de boissons sucrées et de chips de l'autre, a été calculé sur la base du chiffre d'affaires du commerce de détail. Entrent dans le premier tertile les conscrits résidant dans des communes dans lesquelles la part des ventes de fruits et légumes est basse par rapport à celles de boissons sucrées et de chips (tiers inférieur), dans le troisième, ceux vivant dans des communes dans lesquelles cette proportion est élevée (tiers supérieur).

Source : Panczak et al. (2013)

Indicateur 4.4 : Tour de ventre / WHR

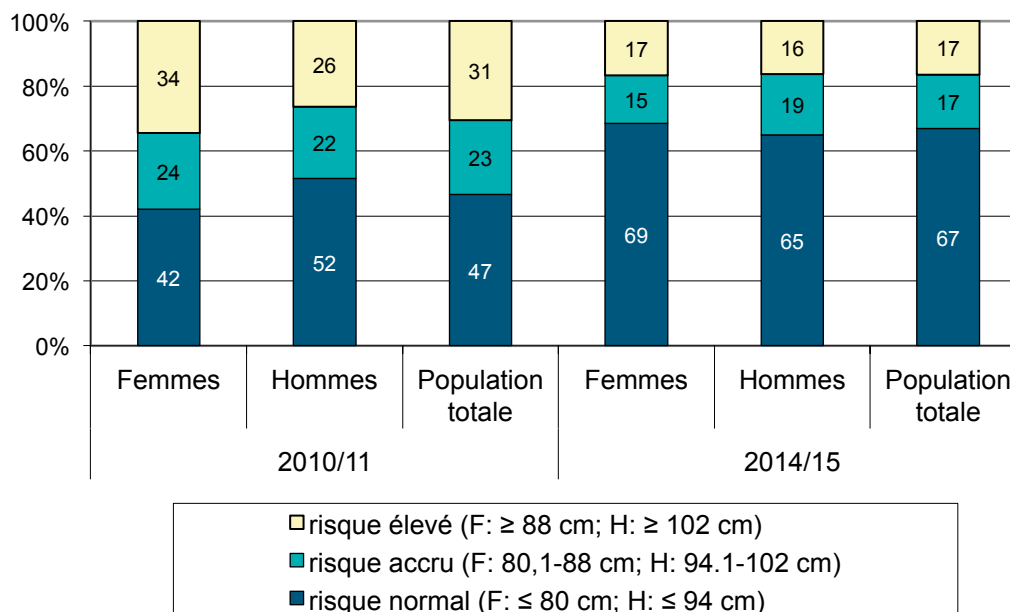
On a pu constater qu'il existait un rapport entre le tour de ventre (*waist circumference*) et le risque de développer différentes maladies non transmissibles. L'Organisation mondiale de la santé (OMS 2011) propose de hiérarchiser ces risques en fonction des valeurs suivantes :

hommes > 94 cm ; femmes > 80 cm : risque accru de développer différentes maladies, notamment l'hypertension artérielle et le diabète

hommes > 102 cm ; femmes > 88 cm : risque élevé de développer différentes maladies

La première enquête de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse a été l'occasion d'examiner, entre autres, le tour de ventre d'un échantillon de cette population. Les résultats reproduits dans la figure A montrent que plus de la moitié des personnes examinées ont un tour de ventre qui les expose à un risque accru (voire élevé) de développer des maladies non transmissibles. La part des femmes présentant un risque accru ou élevé est plus grande que celle des hommes. L'enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 présente une prévalence nettement plus faible des personnes ayant un grand tour de ventre (34 %) ; cette fois, les valeurs concernant les femmes sont meilleures que celles des hommes. Les différences dans les échantillons ne permettent pas d'expliquer ces différences marquées, qui contredisent en outre la tendance à la hausse du nombre de personnes ayant un IMC élevé (cf. indicateurs 4.1 et 4.3).

A) Tour de ventre selon le sexe, 2010/11 et 2014/15 (proportion des différents groupes à risque en %)



Sources : étude de l'OFSP sur la consommation de sel 2011, cf. Chappuis et al. (2011) ; enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015, cf. Bochud et al. (2017).

Base de données

Données concernant les adultes :

Enquête de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse, dans le cadre de laquelle le tour de ventre d'un échantillon de 1445 personnes a été mesuré et analysé (cf. Chappuis et al. 2011).

menuCH, enquête de l'OSAV réalisée en collaboration avec l'OFSP 2014/2015 (échantillon de la population âgée de 18 à 75 ans ; n=2085,

cf. Bochud et al. 2017).

Données concernant les enfants : mesure du tour de ventre parmi un échantillon représentatif d'enfants âgés de 6 à 12 ans en 2007 et en 2012 (cf. Murer et al. 2014).

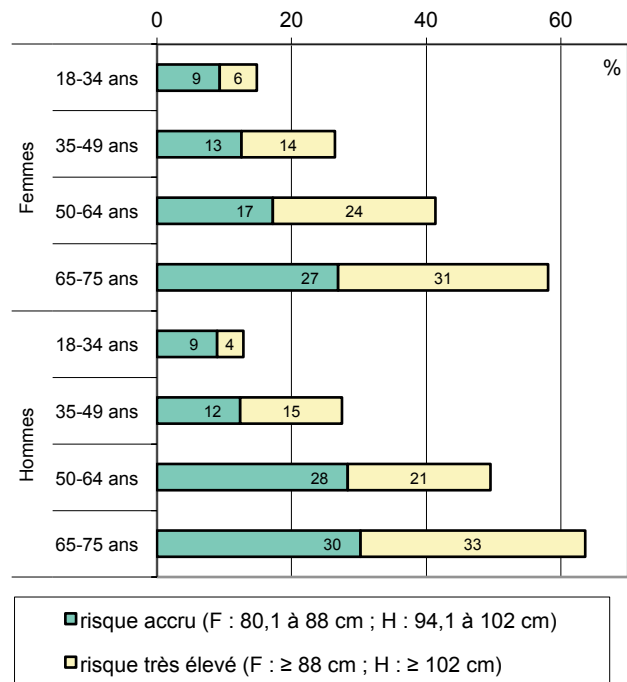
Données concernant les conscrits : analyse des données d'une étude-pilote dans les centres de recrutement de Mels et de Windisch (n=1536, cf. Koepke et al. 2016).

Autres résultats

En complément à la figure A, la figure B révèle la répartition des hommes et des femmes dans les différents groupes à risque en fonction de leur âge. Un constat est frappant : la part des personnes présentant un risque très élevé de maladie augmente beaucoup plus avec l'âge que la part des personnes présentant un risque juste accru.

Par ailleurs, l'étude de Bochud et al. (2017) révèle que les femmes au bénéfice d'une formation supérieure sont beaucoup moins nombreuses que les femmes ayant fait moins d'études à entrer dans la catégorie des personnes présentant un risque accru ou très élevé. Pour les hommes, il n'y a par contre pas de différence statistiquement significative selon le niveau de formation.

B) Tour de ventre selon le sexe et l'âge, 2014/2015 (proportion des différents groupes à risque)



Source : Bochud et al. (2017).

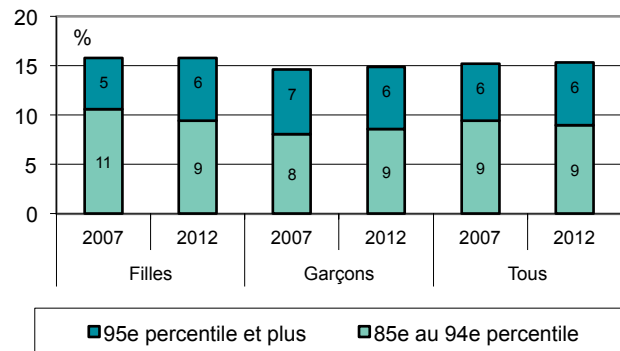
Il convient de mentionner ici l'étude-pilote de Koepke et al. (2016). Dans le cadre de cette étude, on a analysé le tour de hanches et le rapport tour de taille-tour de hanches de plus de 1500 jeunes conscrits.

D'après cette étude, près de 10 % des personnes examinées avaient un grand tour de hanches, et, pour près de 15 %, on a estimé que le rapport tour de taille-tour de hanches présentait des risques.

Une étude plus récente de Murer et al. (2014) fournit des indications relatives au tour de ventre des enfants âgés de 6 à 12 ans. En 2007, des répartitions par percentile* ont été calculées, avant d'être réutilisées pour le classement des résultats de 2012.

Les percentiles ayant été définis en 2007, il n'est pas surprenant que 15 % de tous les enfants examinés se situent dans le 85^e percentile ou au-dessus ; ce groupe comprend en effet les 15 % d'enfants avec le tour de ventre le plus important. La comparaison avec le classement de 2012 est néanmoins intéressante, puisqu'elle révèle que la proportion d'enfants avec un tour de ventre trop élevé n'a pas augmenté. Cette conclusion confirme ainsi les résultats abordés à l'indicateur 4.2, selon lesquels la proportion d'enfants et d'adolescents en surpoids ne progresse plus pour l'instant.

C) Proportion des enfants âgés de 6 à 12 ans dont le tour de ventre se situe au-delà du 84^e percentile*, 2007 et 2012



Source : Murer et al. (2014)

* Les percentiles renseignent sur la répartition. Les résultats sont en effet classés en fonction des valeurs mesurées puis divisés en 100 groupes de taille égale, le 1^{er} percentile correspondant au pourcent de personnes examinées dont les valeurs sont les plus faibles, tandis que les personnes au-delà du 90^e percentile correspondent aux 10 % avec les valeurs les plus hautes. Regarder les répartitions par percentile ne permet pas en soi de savoir si une partie et, le cas échéant, quelle partie des enfants est effectivement en surpoids car même dans une société où les personnes pèseraient un poids normal, certaines seraient plus lourdes que les autres et se situeraient donc dans les percentiles les plus élevés.

Pour de plus amples informations :

Bochud, M., A. Chatelan and J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studie im Auftrag von BLV und BAG. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Koepke, N., J. Floris, N. Bender, F. Rühli und K. Staub (2016): Waist Circumference und Waist-to-Height-Ratio bei Schweizer Stellungspflichtigen 2016. Zürich: Insitut für Evolutionäre Medizin der Universtität Zürich.

Murer, S.B., S. Saarsalu, M.B. Zimmerman und I. Aeberli (2014): Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr 53: 865-875.

WHO (2011): Waist-Circumference and Waist-Hip-Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO.

Indicateur 4.5 : Satisfaction des adultes de leur propre poids corporel

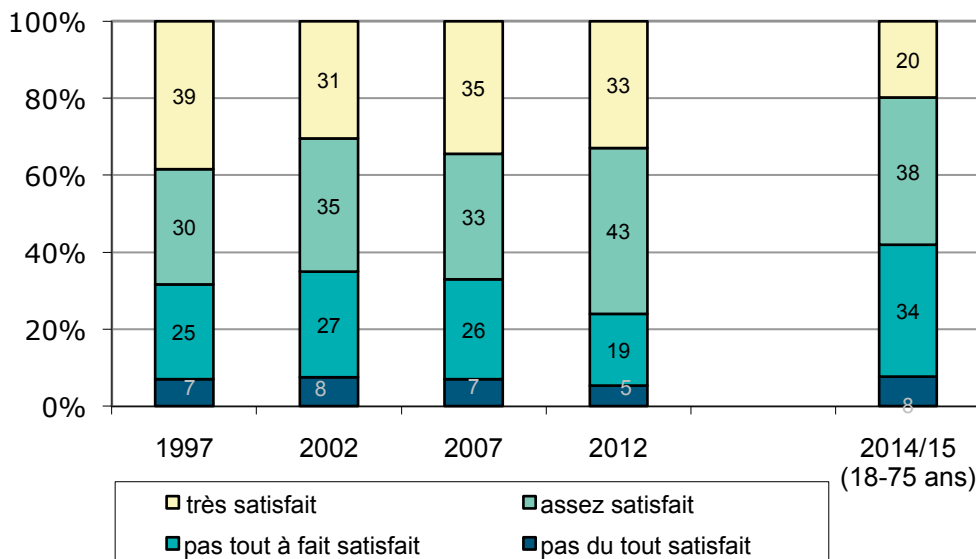
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

Etre satisfait de son propre poids corporel est à maints égards un lien important entre le comportement adopté en termes d'alimentation et d'activité physique d'une part et le poids corporel de l'autre. En effet, les mesures préconisées pour diminuer le poids corporel sont en général d'autant plus prometteuses que les personnes concernées par un surpoids sont sensibilisées au problème et qu'elles sont elles-mêmes insatisfaites de leur poids.

La figure ci-dessous montre que, avec une proportion de trois quarts, la majorité de la population résidant en Suisse était (très) satisfaite de son poids corporel en 2012 : Il ressort d'une comparaison entre les différentes années de 1997 à 2012 que ce pourcentage a tout d'abord légèrement reculé pour ensuite progresser nettement entre 2007 et 2012. Parallèlement, la proportion de personnes insatisfaites de leurs poids a baissé de 9 % entre 2007 et 2012 pour finalement s'afficher à moins d'un quart. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête auprès de la population que Promotion Santé Suisse a menée en 2012 et qui révèle également une part plus élevée de personnes satisfaites de leur poids que dans les sondages précédents.

Tout à droite du graphique figurent les résultats de menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires réalisée en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, à laquelle seule la population âgée entre 18 et 75 ans a participé ; cette tranche de la population est manifestement moins satisfaite de son poids corporel que la population âgée de 15 ans et plus interrogée en 2012 dans le cadre de l'ESS.

A) Satisfaction par rapport à son poids corporel, de 1997 à 2012 (personnes âgées de 15 ans et plus) et en 2014/2015 (18-75 ans)



Sources : Enquêtes suisses sur la santé (ESS) de l'OFS, de 1997 à 2012 ; nombre de cas en 1997 : 12 755 ; en 2002 : 18 741 ; en 2007 : 17 904 ; en 2012 : 20 841. Enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP 2014/2015 ; nombre de cas : 2085. Question posée : « En ce moment, êtes-vous satisfait(e) de votre poids corporel ? » Les réponses possibles en 2014/2015 étaient différentes : « Très satisfait(e) » ; « Assez satisfait » ; « Plutôt insatisfait » ; « Très insatisfait ».

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, de 1997 à 2012.

Enquête menuCH de l'OSAV et de l'OFSP selon Bochud, M., A. Chatelan et J.M. Blanco (2017) :

Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Étude menée sur mandat de l'OSAV et de l'OFSP. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Indicateur 4.6 : Satisfaction des enfants et des adolescents de son propre poids corporel

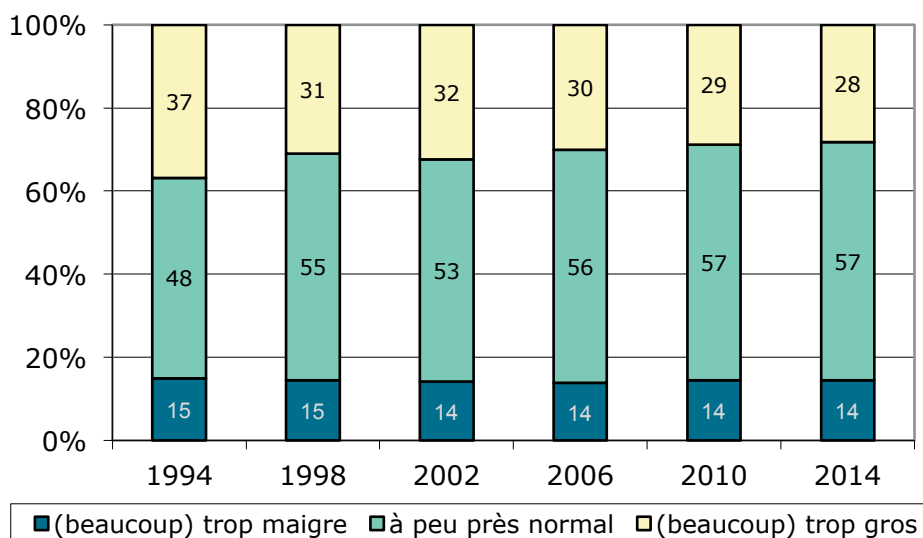
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

On ne saurait vouloir changer son poids corporel – et y parvenir – si l'on ne réussit pas à l'estimer correctement et que l'on n'a pas été sensibilisé aux questions de poids. Être insatisfait de son poids peut donc être une motivation importante pour changer son comportement. L'indicateur 4.6 indique, sur la base de l'étude HBSC d'Addiction Suisse, les estimations de leur propre corps par les enfants et les adolescents.

La figure montre que la proportion des enfants et des adolescents qui considèrent leur poids comme étant « à peu près normal » a sensiblement augmenté entre 1994 (48 %) et 2014 (57 %), tandis que le pourcentage de ceux qui se considèrent comme (beaucoup) trop maigres est resté stable (1994 : 15 % ; 2014 : 14 %). En revanche, le pourcentage de ceux qui se considèrent comme (beaucoup) trop gros est tombé de 37 à 28 % durant ce même laps de temps. En comparaison avec la dernière enquête (2010), peu de changements ont été constatés.

Ce résultat semble quelque peu contradictoire, à première vue, avec l'accroissement du nombre d'enfants et d'adolescents en surpoids. Comme l'illustrent d'autres résultats non reproduits ici, les changements dépendent toutefois d'abord du fait qu'aujourd'hui, une plus grande partie des enfants et des adolescents ayant un poids normal estime que leur poids est approprié : seul un peu moins d'un quart (22 %) des enfants se considèrent trop gros, tandis qu'ils étaient 27 % à le penser il y a douze ans.

A) Estimation de leur propre poids corporel par les 11-15 ans, 1994 à 2014



Source : HBSC d'Addiction Suisse, de 1994 à 2014 ; nombre de cas (non pondérés) : 1994=5853 ; 2002=8565 ; 2006=9523 ; 2010=9906 ; 2014=9644. Réponses à la question : « Penses-tu que tu es ... beaucoup trop maigre / un peu trop maigre / à peu près normal / un peu trop gros / beaucoup trop gros ? ». En 1994 et 1998, une réponse supplémentaire avait été proposée « je n'y pense pas », mais elle n'est pas représentée ici.

Base de données

Health Behavior of School Aged Children (HBSC) d'Addiction Suisse, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 et 2014.

D'autres informations figurent sur le site Internet de Promotion Santé Suisse (indicateur 1C).

La distribution selon l'âge et le sexe des 11-15 ans ayant légèrement varié d'une année sur l'autre, l'analyse de la tranche d'âge repose sur les répartitions dans la population globale.

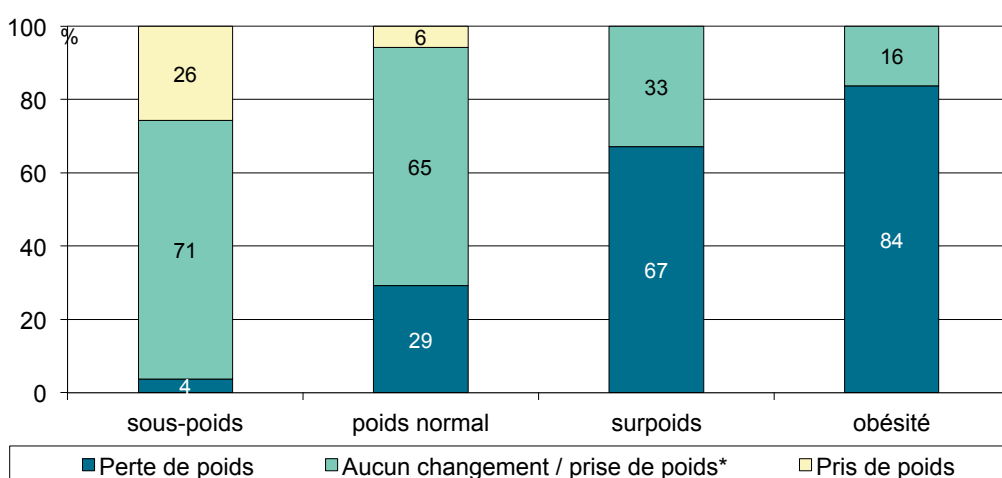
Indicateur 4.7 : Désir de changer de poids et expérience en matière de régime

Pour lutter efficacement contre le surpoids et l'obésité, il est nécessaire que les personnes concernées aient conscience du problème et l'envie de perdre du poids. L'indicateur 4.7 synthétise quelques résultats choisis pertinents à cet égard.

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) comporte une série de questions sur le désir de modifier son poids et sur la façon de le faire, ce qui peut être mis en rapport avec les données sur l'IMC des personnes interrogées. L'ESS fournit par ailleurs des données sur les expériences en matière de régime.

Comme le montre le graphique ci-dessous, deux tiers des personnes en surpoids et quatre cinquièmes des personnes obèses aimeraient perdre du poids, une proportion qui atteint à peine 30 % chez les personnes de poids normal. De plus, environ une personne en sous-poids sur 25 désirerait perdre du poids alors qu'un tiers souhaiterait prendre du poids.

A) Rapport entre le désir de modifier son poids et l'IMC, 2012



Source : Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique, n=20'647.

Réponses aux questions : « Aimerez-vous modifier votre poids ? Parmi les affirmations suivantes, laquelle correspond à votre cas ? J'aimerais maigrir mais cela n'est pas mon principal souci. / J'aimerais maigrir et j'y pense tout le temps. / J'aimerais prendre du poids mais cela n'est pas mon principal souci. / J'aimerais prendre du poids et j'y pense tout le temps. » * En raison d'un manque de cas, les catégories « aucun changement » et « prise de poids » ont été réunies chez les personnes en surpoids et les obèses.

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique. Enquête menuCH 2014/2015 de l'OSAV et de l'OFSP, selon Bochud et al. (2017, cf. référence à la fin de la partie sur cet indicateur).

L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule selon la formule suivante :

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

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les valeurs limites suivantes s'appliquent aux personnes de 18 ans et plus :

IMC < 18,5 kg/m² : sous-poids
 18,5 < IMC < 25 kg/m² : poids normal
 25 < IMC < 30 kg/m² : surpoids
 IMC ≥ 30 kg/m² : obésité

Pour les personnes de moins de 18 ans, il existe des formules spéciales pour calculer les valeurs limites.

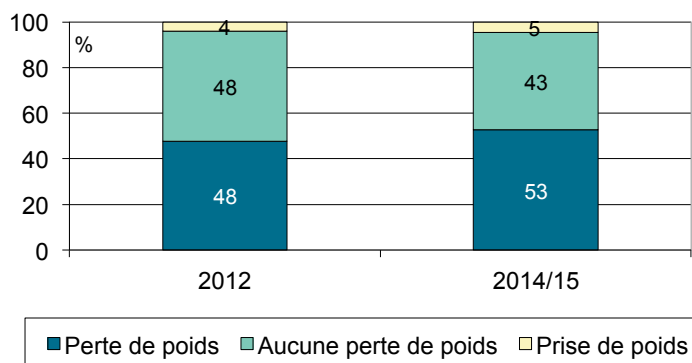
Pour confronter les résultats de l'ESS 2012 et de menuCH 2014/2015, seule la population âgée entre 18 et 75 ans a été prise en compte. Les données relatives au désir de changer de poids issues de l'ESS 2007 se rapportent à la population âgée de 15 à 49 ans. Ainsi, la comparaison diachronique présentée dans la figure C fait appel à cet échantillon plus restreint pour l'année 2012.

Les questions relatives aux expériences en matière de régime (figures E et F) ont été posées à tous les sondés. Pour établir le lien avec le désir de modifier son poids, seules les personnes de 15 à 49 ans ont été prises en compte.

Autres résultats

La question concernant le désir de changer de poids apparaît aussi dans menuCH, l'enquête nationale sur l'alimentation de l'OSAV et de l'OFSP. La figure B présente les réponses à cette question, en comparaison avec l'ESS 2012. Les deux enquêtes montrent qu'environ la moitié des sondés voudraient perdre du poids, tandis que la grande majorité des sondés restants souhaiteraient conserver leur poids. Seule une personne sur vingt environ aimerait prendre du poids.

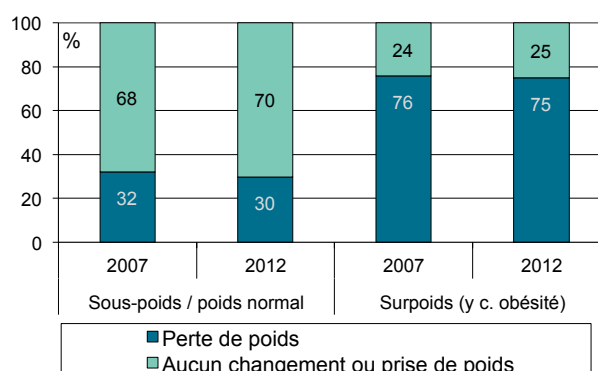
B) Désir de changer de poids, 2012 et 2014/2015 (population âgée de 18 à 75 ans)



Sources : Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique, n=18 362. Enquête menuCH 2014/2015 de l'OSAV et de l'OFSP (n=2085). Les questions de l'ESS 2012 correspondent à la figure A. menuCH : question posée et réponses possibles : « Quelle affirmation vous définit le mieux ? Je voudrais perdre du poids. / Je voudrais conserver mon poids actuel. / Je voudrais prendre du poids. »

En complément des figures A et B, la figure C montre que la proportion des personnes de 15 à 49 ans désirant modifier leur poids n'a guère changé entre 2007 et 2012. Dans les deux années sous revue, près de trois quarts de toutes les personnes en surpoids (important) ont émis le désir d'en perdre. Cette proportion s'élevait par contre à environ 30 % chez les personnes en sous-poids et de poids normal.

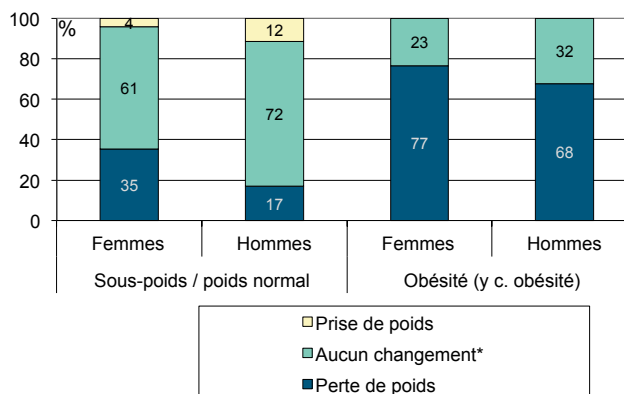
C) Rapport entre l'IMC et le désir de modifier son poids, 15-49 ans, 2007 et 2012



Source : ESS 2007 (n=9'175) et 2012 (n=11'042)

La figure D montre le rapport entre le désir de modifier son poids, l'IMC et le sexe pour l'année 2012. Il en ressort que les femmes désirent plus fréquemment perdre du poids que les hommes, et ce indépendamment du fait qu'elles soient en surpoids ou non.

D) Rapport entre IMC, désir de modifier son poids et sexe, 2012 (n=20'647)



* Les catégories de réponses « Aucun changement » et « Prise de poids » ont été regroupées pour les personnes en surpoids et obèses en raison de la rareté des cas.

La figure E illustre la corrélation entre poids corporel, souhait de perte de poids et niveau de formation. L'effet du niveau de formation est particulièrement visible parmi les personnes en surpoids. En effet, les personnes bénéficiant d'une formation élevée désirent plus souvent perdre du poids que celles dont le niveau de formation est plus bas. Ce résultat ne se retrouve pas dans l'enquête menuCH, où ce sont les personnes ayant un niveau de formation intermédiaire qui ont le plus exprimé le souhait de perdre du poids. Les écarts entre les trois groupes sont néanmoins très faibles.

L'ESS 2012 présente une autre corrélation, entre le revenu du ménage et le souhait de perdre du poids : les personnes dont le revenu est plus haut sont plus enclines à émettre ce souhait.

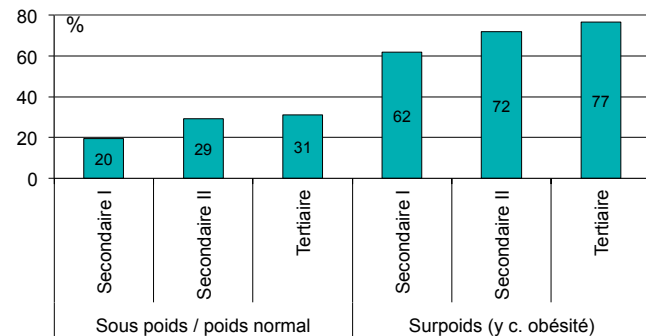
La figure F illustre en outre les différences en fonction de la nationalité et de la région d'origine. A noter que les migrants de l'Europe du Nord et de l'Ouest se montrent particulièrement soucieux de leur poids. Par contre, leurs homologues de l'Est et du Sud représentent le groupe qui formule le moins souvent le souhait de perdre du poids.

Dans de nombreux cas, ce désir va de pair avec un ou plusieurs régimes entrepris par le passé. Selon l'ESS 2012, 8,9 % des participants ont suivi un régime au cours des 12 mois précédant le sondage. Cette valeur correspond exactement à celle de l'ESS 2007.

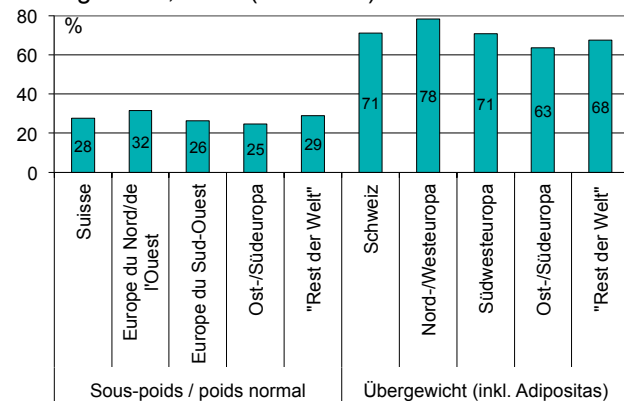
61 % des personnes ayant fait un régime étaient des femmes. Comme le démontre le graphique G, les femmes perdent plus souvent du poids de leur propre gré, à savoir en l'absence de raisons médicales. De plus, il ressort de cette figure que l'importance des « raisons médicales » pour se mettre au régime prennent de l'ampleur avec l'âge.

Si l'on observe le rapport entre le désir susmentionné de perdre du poids et les expériences effectives de régime, il s'avère que 13,1 % des personnes qui désirent perdre du poids ont fait un régime l'année précédente. Chez les autres sondés, ce sont 5,6 %.

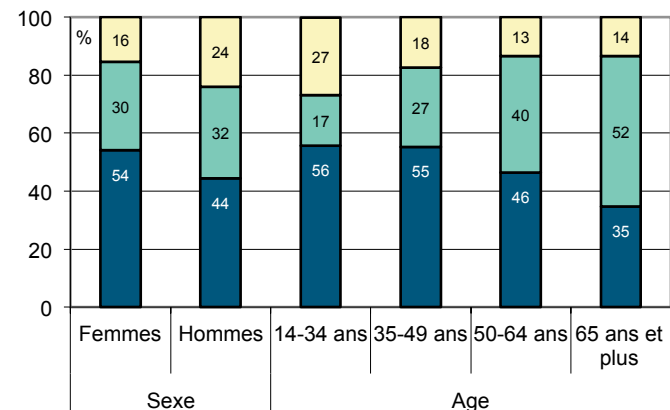
E Corrélation entre l'IMC, le souhait de perdre du poids et le niveau de formation (personnes à partir de 25 ans et personnes âgées ; n=17'707)



F) Rapport entre IMC, désir de perdre du poids et contexte migratoire, 2012 (n=20'647)



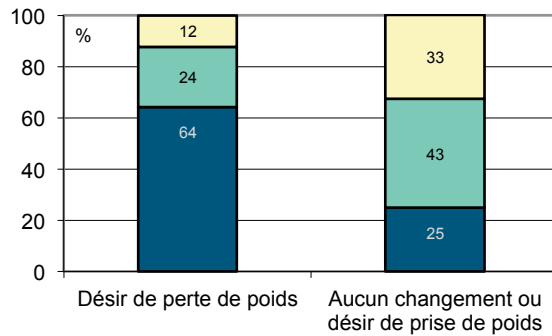
G) Raisons de faire un régime au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge, 2012 (n=1942)



Réponses aux questions : « Avez-vous observé un régime spécial au cours des 12 derniers mois ? Pour quelle raison ? »
Légendes cf. figure G.

La figure H montre les raisons qui poussent à faire un régime en fonction du désir susmentionné de modifier son poids : il existe un lien évident entre le désir de perte de poids et l'observation d'un régime au motif de « vouloir perdre du poids sans raisons médicales ». Pour ce qui est des autres participants, les raisons médicales sont moins répandues. Il se pourrait toutefois qu'un régime ait été suivi avec succès au sein de ce groupe et que, par conséquent, aucune perte de poids n'était souhaitée à ce moment.

H) Rapport entre le désir de modifier le poids et l'observation d'un régime au cours des 12 derniers mois, 2012 (n=1'885)



Diätmotive:

- Autres raisons
- Raisons médicales
- Perdre du poids sans raisons médicales

Informations complémentaires

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from Studie im Auftrag von BLV und BAG. 2014-15. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

OFS (2007) : Excès pondéral chez l'adulte en Suisse : aspects d'une problématique multisectorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002. Neuchâtel : OFS.

Indicateur 4.8 : Moyenne de l'IMC dans le sous-groupe des personnes en surpoids

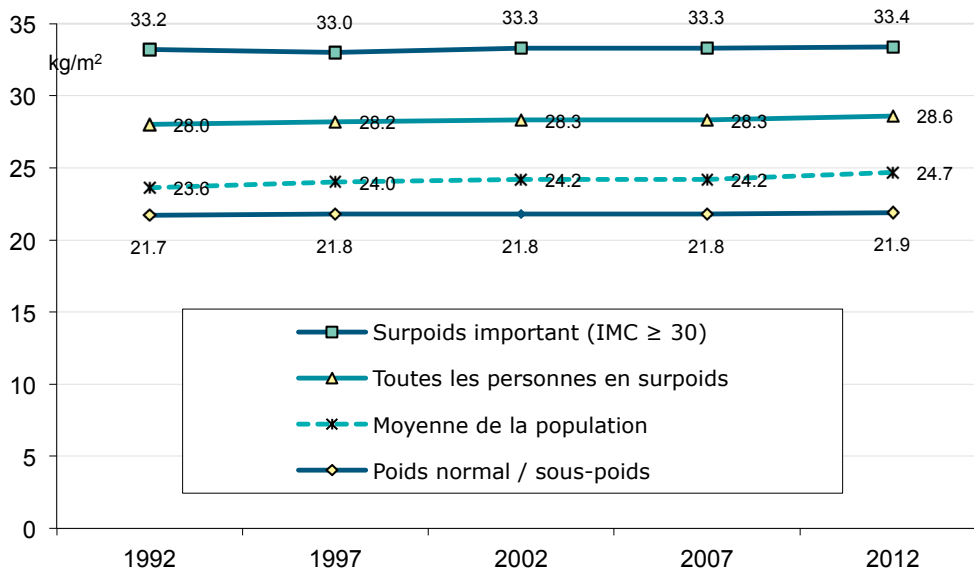
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB.

Le surpoids est un facteur de risque de l'obésité, qui, elle-même, est néfaste pour la santé, dans la mesure où elle favorise l'apparition de troubles non transmissibles, comme, par exemple, les affections cardiovasculaires. Il est donc intéressant de suivre comment les personnes en surpoids, ou obèses, évoluent avec le temps. C'est dans ce contexte que s'inscrit la figure ci-dessous, qui met en évidence comment la moyenne de l'IMC dans les différents groupes de population a évolué entre 1992 et 2012.

Comme cette illustration permet de le constater, les personnes en surpoids ne prennent que peu de poids ; la moyenne de l'IMC a en effet à peine changé durant la période 1992-2012 pour les personnes obèses. Que la moyenne de l'IMC ait légèrement augmenté dans l'ensemble du groupe des personnes en surpoids, de 28,0 % (1992) à 28,6 % (2012) peut s'expliquer en premier lieu par le fait que ce groupe a fortement crû durant cette même période (cf. indicateur 4.1). On constate le même phénomène en ce qui concerne l'évolution de la moyenne de l'IMC de l'ensemble de la population (1992 : 23,6 ; 2012 : 24,7), tandis que l'IMC moyen des personnes de poids normal ou en sous-poids a à peine changé.

Les résultats indiquent ainsi que la population suisse devient certes plus lourde dans son ensemble en raison de l'augmentation du groupe des personnes en surpoids, mais que les personnes en surpoids elles-mêmes révélaient en 2012 un poids moyen semblable à celui constaté vingt ans plus tôt.

A) Moyenne de l'IMC dans les différents sous-groupes de la population résidant en Suisse, 1992-2012



Source : Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, 1992 à 2012 ; nombre de cas : 1992 : 14'899 ; 1997 : 12'821 ; 2002 : 19'471 ; 2007 : 18'473 ; 2012 : 21'382.

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, 1992-2007

D'autres informations figurent sur le site Internet de Promotion Santé Suisse (indicateur 2D)

Domaine 5 : Etat de santé

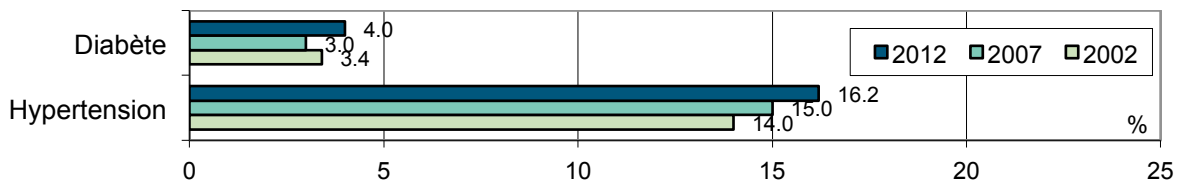
Indicateur 5.1 : Maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation et l'activité physique

Les maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, les cancers et tout un ensemble d'affections des voies respiratoires sont les causes de décès les plus fréquentes. Selon l'OMS, au total, elles sont responsables de 86 % de tous les décès et de 77 % de la charge de morbidité dans la zone européenne. Ces atteintes à la santé présentent des facteurs de risque communs et partant, des possibilités de prévention communes. Cinq des sept facteurs de risque les plus importants sont en relation avec l'alimentation et l'activité physique : l'hypertension, la cholestérolémie, le surpoids ou l'obésité, la faible consommation de fruits et légumes ainsi que l'inactivité physique. Les deux autres facteurs de risque sont la consommation de tabac et d'alcool. Le présent indicateur fournit des informations relatives à plusieurs maladies non transmissibles et facteurs de risque (cf. également indicateurs 2.1, 3.1, 4.1 et 4.4).

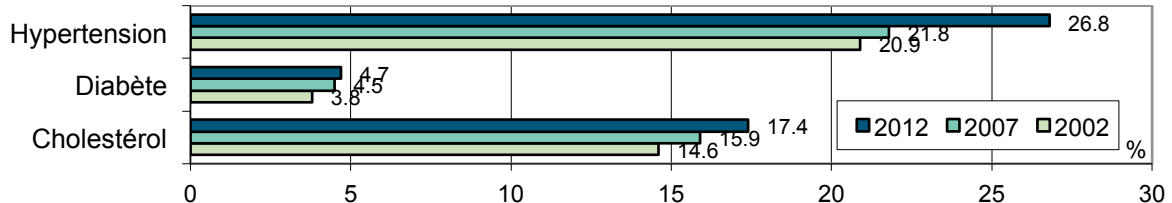
La figure A présente la proportion de sondés qui étaient en traitement pour du diabète et de l'hypertension entre 2002 et 2012 et la part d'entre eux ayant des diagnostics correspondants de la part de leur médecin sur la base des enquêtes suisses sur la santé (ESS). Ces deux chiffres ont légèrement augmenté entre 2002 et 2012. Actuellement, 16 % de la population sont traités contre l'hypertension et 4 % contre un diabète.

A) Traitements et diagnostics médicaux de différentes maladies en lien avec l'alimentation et l'activité physique, de 2002 à 2012 (en %)

Traitements *



Diagnostics



*Aucune donnée relative aux traitements médicaux pour des taux de cholestérol élevés.

Source : Enquête suisse sur la santé 2002, 2007 et 2012 de l'OFS, réponses aux questions : « Avez-vous suivi un traitement médical – ou êtes-vous actuellement en traitement – pour une ou plusieurs des maladies suivantes ? » (questionnaire écrit, n (2002) = 15'867 ; n (2007) = 12'917-13'568 ; n (2012) = 17'847-17'909) ainsi que : « Un médecin ou une autre personne travaillant dans le domaine médical vous a-t-il déjà dit que votre taux de cholestérol était élevé / que vous aviez le diabète, resp. vous étiez diabétique ? » (enquête téléphonique, n (2002) : 18'072-18'654 ; n (2007) = 18'501-18'665 ; n (2012) = 21'461-21'566).

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé (ESS) 2002, 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique.

Outre les données présentées aux figures A et M sur les diagnostics et les traitements, l'ESS comporte des questions sur la prise de médicaments, qui couvrent un plus grand nombre de troubles en lien avec l'alimentation et l'activité physique (voir figures B à G). Le système d'indicateurs de l'Obsan fournit en outre des données sur les maladies cardio-vasculaires, sur la prévalence des attaques cérébrales (figures N à P), tandis que les données

relatives à l'incidence du cancer du côlon (figure Q) sont fournies par l'OFS.

D'autres données sont tirées de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse (figure C) et du « Bus Santé » (figures H bis L), qui analyse depuis 1993 des échantillons représentatifs de la population genevoise âgée de 35 à 74 ans.

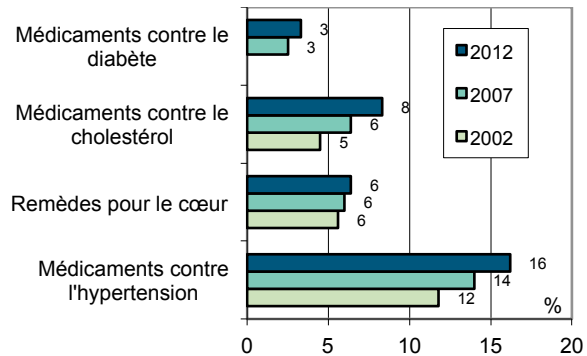
Précision : ici, le terme de l'OMS « maladies non transmissibles » est utilisé, alors que les rapports de l'OFS et de l'Obsan parlent de « maladies chroniques ».

Autres résultats

La figure B présente la consommation de quatre différents médicaments pendant les sept derniers jours : remèdes pour le cœur, médicaments contre le diabète, le cholestérol et l'hypertension. En 2002, la prise de médicaments contre le diabète ne faisait pas l'objet de l'enquête.

En 2012, une personne interrogée sur six environ a indiqué avoir pris une fois un remède contre l'hypertension durant la semaine précédente. A chaque fois, quelque 6 % ont utilisé un médicament contre un taux de cholestérol trop élevé et/ou pour le cœur et environ 3 % des répondants ont pris un remède contre le diabète. Comparée à 2002 et à 2007, la consommation de ces médicaments a légèrement augmenté, notamment ceux contre le cholestérol et l'hypertension.

B) Prise de différents médicaments au cours des 7 derniers jours, 2002-2012

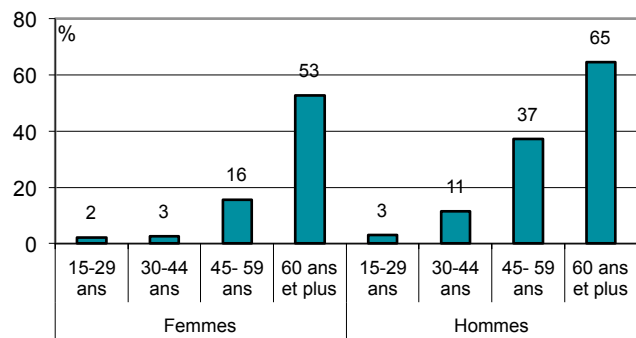


Réponses à la question : « A quelle fréquence avez-vous pris [des médicaments correspondants] au cours des 7 derniers jours ? »

Sources : ESS 2002 (n=19'075-19'676) ; 2007 (n=18'696-18'720) et 2012 (n=21'558-21'579).

La figure C montre la prévalence de l'hypertension artérielle en fonction de l'âge, mesurée sur un échantillon de quelque 1500 personnes. Si l'hypertension est rare chez les personnes les plus jeunes, elle augmente sensiblement avec l'âge, en particulier chez les hommes. Au total, 26 % des personnes examinées sont concernées par ce phénomène, un chiffre supérieur à celui figurant dans l'ESS, où les résultats reposaient sur des enquêtes. Notons encore que ces valeurs sont proches de celles constatées dans l'étude genevoise Bus santé (figure J).

C) Prévalence de l'hypertension artérielle* par âge et par sexe, 2010/11, en %

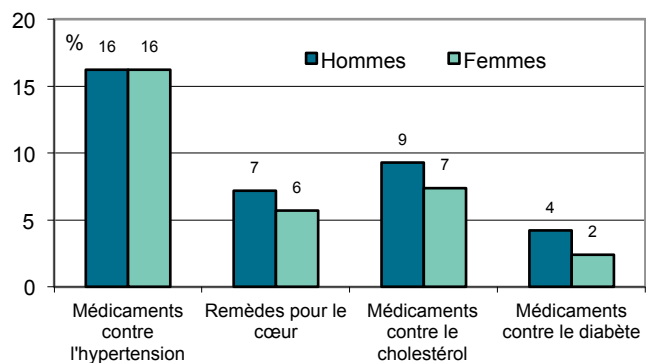


Source : Etude de l'OFSP sur la consommation de sel dans la population suisse, cf. Chappuis et al. (2011)

* L'hypertension artérielle est définie comme suit : tension \geq 140/90 mmHg ou prise d'un médicament contre l'hypertension.

La figure D présente le rapport entre la prise des médicaments précités et le sexe pour l'année 2012. Si on ne constate pas de différences en fonction du sexe pour les remèdes contre l'hypertension, les autres médicaments sont plus souvent pris par les hommes que par les femmes.

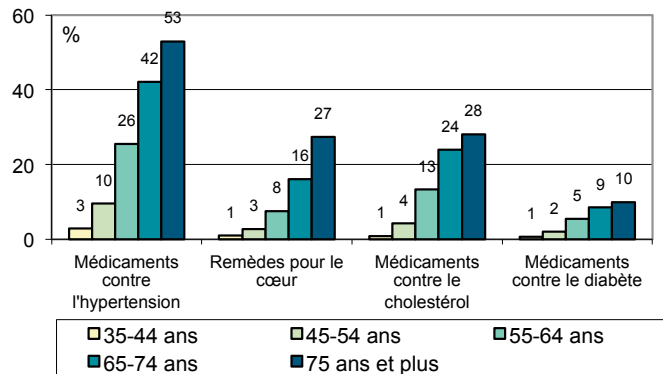
D) Rapport entre la prise de médicaments et le sexe, 2012



Source : ESS 2012 (n=21'558-21'579)

Il ressort de la figure E que la consommation des médicaments précités croît avec l'âge des personnes interrogées, comme on pouvait s'y attendre (vu le faible nombre de cas, les personnes de 15 à 34 ans n'ont toutefois pas été prises en compte dans ce schéma).

E) Rapport entre la prise de médicaments et l'âge, de 35 à 75 ans et plus, 2012

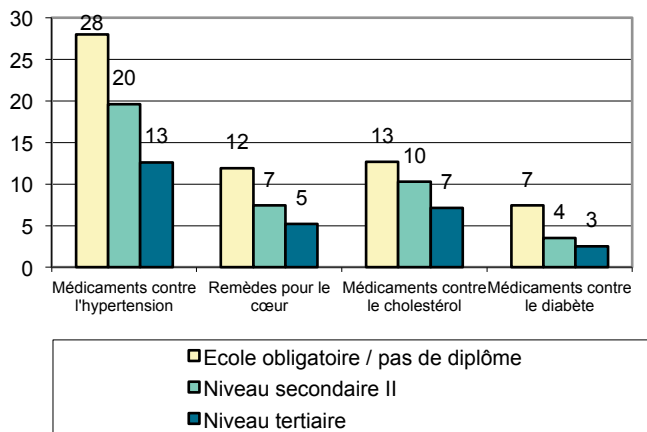


Précision : les données relatives aux personnes de 35 à 44 ans prenant des médicaments contre le diabète se basent sur moins de 30 cas.

Source : ESS 2012 (n entre 15'953 et 15'973, selon les médicaments).

La figure F décrit le lien entre la formation scolaire et la consommation de médicaments. La prise des remèdes précités durant les sept derniers jours est inversement proportionnelle au niveau de formation. Ce faisant, les différences sont moins prononcées entre les personnes au bénéfice d'un diplôme secondaire II et tertiaire qu'entre les deux niveaux de formation les plus bas. Les personnes qui n'ont aucun diplôme ou qui ont uniquement suivi l'école obligatoire (secondaire I) consomment la plupart du temps plus de deux fois plus souvent ces médicaments que les personnes ayant achevé une formation tertiaire.

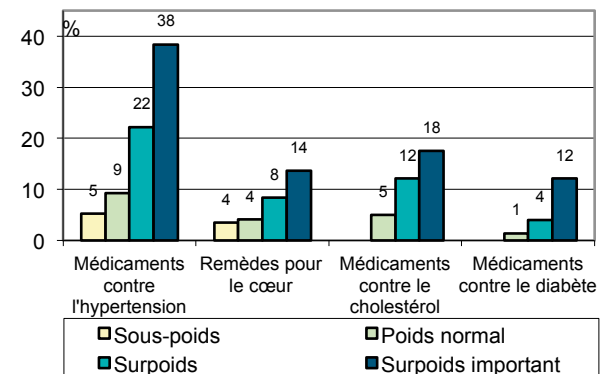
F) Rapport entre la prise de médicaments et le niveau de formation, 2012 (personnes de 25 ans et plus)



Source : ESS 2012 (n entre 18'4713 et 18'491 selon les médicaments).

La figure G montre le rapport entre l'IMC et la prise de médicaments. Les personnes en (fort) surpoids ont clairement pris plus souvent de ces médicaments durant les sept jours précédant le sondage que les personnes de poids normal ou en sous-poids. Les différences sont particulièrement marquées pour les médicaments contre le diabète et contre l'hypertension. Ces résultats ne sont pas étonnants dans la mesure où le (fort) surpoids compte parmi les risques principaux d'hypertension, de pathologies cardiovasculaires et de diabète.

G) Rapport entre la prise de médicaments et l'IMC, 2012



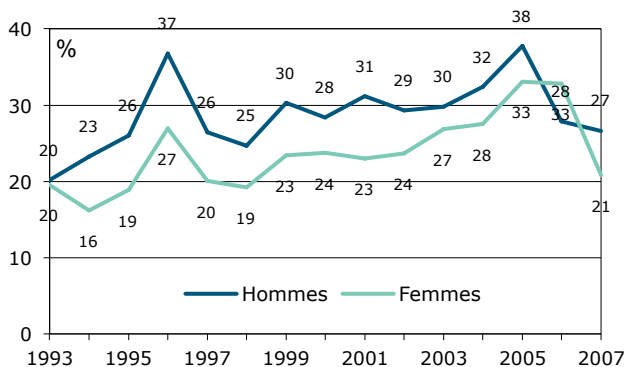
Précision : les données relatives aux personnes en sous-poids prenant un médicament contre le cholestérol et le diabète se fondent sur moins de 30 cas et ne sont donc pas représentées ici.

Source : ESS 2012 (n entre 21'348 et 21'355 selon les médicaments).

Les données pour les figures H à L proviennent du rapport concernant les enquêtes du Bus santé auprès de la population genevoise âgée de 35 à 74 ans durant les années 1993 à 2007.

La figure H montre la prévalence de taux de cholestérol trop élevés d'après les mesures du Bus santé. Après une hausse de la proportion d'hommes et de femmes présentant un taux de cholestérol élevé de 1993 à la moitié des années 2000, celle-ci semble avoir légèrement diminué à partir de 2005 (hommes) et 2006 (femmes). Cette baisse doit cependant être interprétée avec prudence en raison d'un changement d'échantillonnage (moins de cas à partir de 2005).

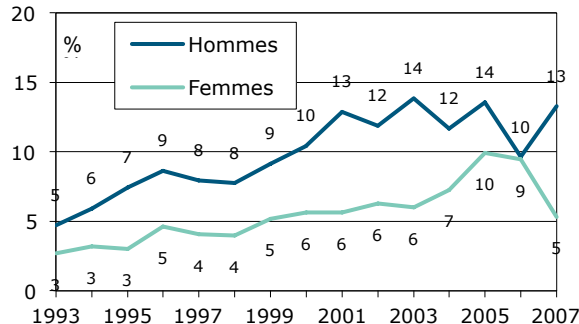
H) Prévalences de taux de cholestérol élevés, population genevoise, 1993-2007, en %



Source : Bus Santé 1993-2007 ; n hommes : 7'069, femmes : 7'027

En fonction des prévalences, les taux de traitement de l'hypercholestérolémie au sein de la population genevoise ont constamment augmenté entre 1993 et 2005, quoique le traitement touche plus les hommes que les femmes (figure I). Les deux dernières années sous revue, la part de femmes qui se font soigner pour de l'hypercholestérolémie a néanmoins légèrement diminué.

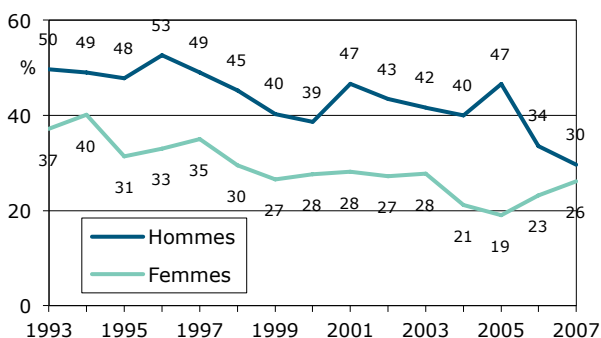
I) Traitement de l'hypercholestérolémie, population genevoise, 1993-2007, en %



Source: Bus Santé 1993-2007; n hommes : 7'069, femmes : 7'027

La prévalence de l'hypertension modérée ou forte a nettement diminué au cours des 15 années sous revue pour les deux sexes. Ici aussi, les valeurs sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (figure I), bien qu'elles se soient quelque peu rapprochées en 2006 et 2007 (2007 : hommes 30 %, femmes 26 %).

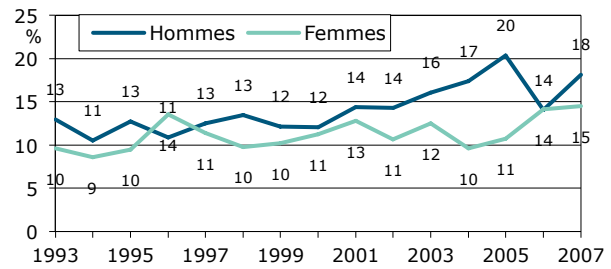
J) Prévalences de l'hypertension modérée ou forte, population genevoise, 1993-2007, en %



Source: Bus Santé 1993-2007; n hommes: 7'069, femmes: 7'027

Comme le montre la figure K, l'évolution à la baisse de l'hypertension modérée ou forte va de pair avec une hausse des traitements de l'hypertension. Les hommes souffrent non seulement de plus en plus d'hypertension modérée ou forte, mais ils se font aussi plus souvent soigner que les femmes.

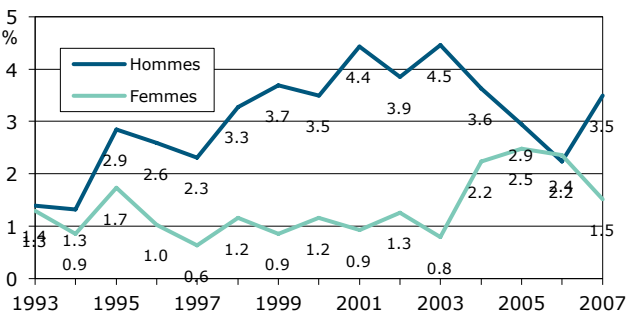
K) Traitement de l'hypertension, population genevoise, 1993-2007, en %



Source : Bus Santé 1993-2007; n hommes: 7'069, femmes: 7'027

De 1993 à 2003, le traitement du diabète a aussi augmenté au sein de la population genevoise, suivi d'une baisse depuis 2003 (figure L). Le Bus santé ne dispose d'aucune donnée sur les prévalences du diabète.

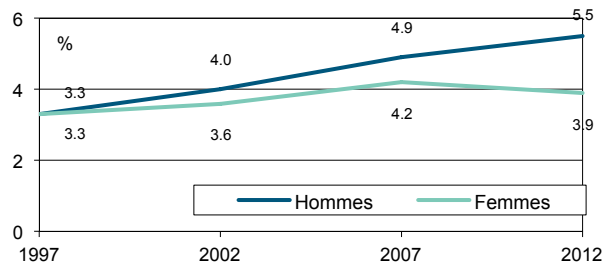
L) Traitement du diabète, population genevoise, 1993-2007, en %



Source : Bus Santé 1993-2007; n hommes: 7'069, femmes: 7'027

Bus santé ne dispose d'aucune donnée sur les prévalences du diabète. Par contre, les ESS permettent d'établir leur évolution entre 1997 et 2012. Comme le montre la figure M, le nombre de diagnostics de diabète a fortement augmenté pendant cette période, pour les hommes, alors que dès 2007, une stabilisation de dessine pour les femmes.

M) Prévalence du diabète, population résidant en Suisse, 1997, 2012, en %



Source : ESS 1997, 2002, 2007, 2012

Par ailleurs, les chiffres 2003 et 2004 de l'étude CoLaus mesurent une prévalence du diabète sucré de 6,6 % dans l'ensemble de la population lausannoise. Là aussi, les chiffres sont plus élevés pour les hommes (9,5 %) que pour les femmes (4,0 %).

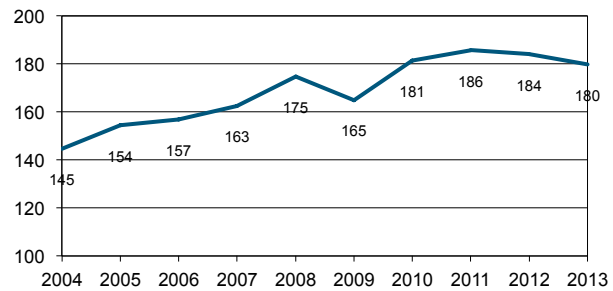
Les rapports de l'Observatoire suisse de la santé contiennent des chiffres sur la prévalence d'autres maladies présentant une étroite corrélation avec le comportement en matière d'alimentation et d'activité physique (cf. www.obsan.admin.ch).

Les figures N à P sont tirées du système d'indicateurs de l'Obsan. Les cas d'infarctus aigu du myocarde ont progressé de 24% entre 2004 et 2013 (figure N). Une partie de cette augmentation est imputable à l'amélioration des possibilités de diagnostic des maladies cardio-vasculaires.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque, qui s'était révélée relativement stable entre 2004 et 2008, a ensuite augmenté de 40 % jusqu'à 2010. L'amélioration des possibilités de diagnostic pourrait également avoir joué un rôle dans cette progression (figure O).

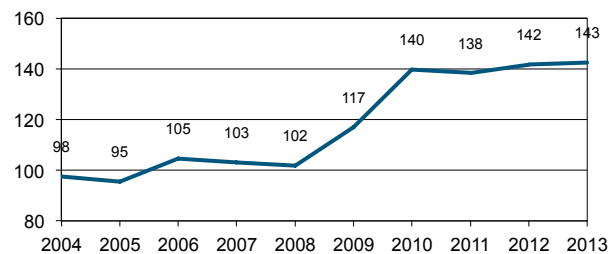
Il ressort de la figure P que la prévalence de l'attaque cérébrale a légèrement reculé en Suisse entre 2004 et 2009, avant de remonter jusqu'à environ 10 % en 2013. Il convient cependant de relativiser cette hausse, dans la mesure où la prévalence standardisée par âge pour 100 000 habitants était de 178 cas en 2004 contre 186 en 2013. Dans l'ensemble, le nombre d'attaques cérébrales a donc peu évolué entre 2004 et 2013.

N) Prévalence standardisée par âge de l'infarctus du myocarde en Suisse, 2004-2013, nombre de cas pour 100 000 habitants



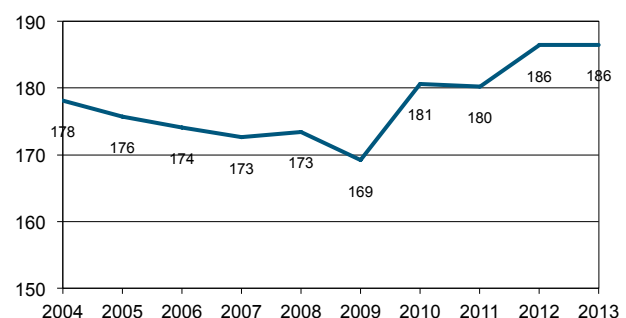
Source : OFS, statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès

O) Prévalence standardisée par âge de l'insuffisance cardiaque en Suisse, 2004-2013, nombre de cas pour 100 000 habitants



Source : OFS, statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès

P) Prévalence standardisée par âge de l'attaque cérébrale en Suisse, 2004-2013, nombre de cas pour 100 000 habitants

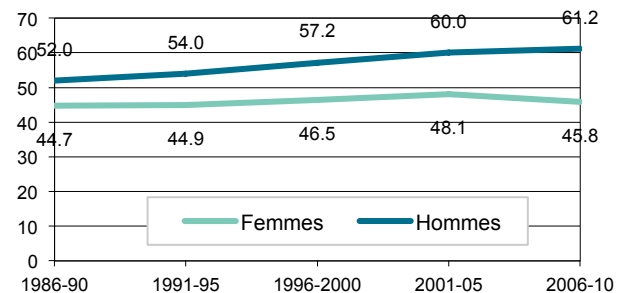


Source : OFS, statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès

Enfin, la figure Q renseigne sur l'incidence du cancer du côlon, conformément aux données exploitées par l'OFS à partir des registres cantonaux des tumeurs. Si ce cancer a présenté ici, c'est que le risque correspondant est clairement lié à certaines habitudes alimentaires (alimentation riche en matières grasses et en viande), à la sédentarité ainsi qu'à la surcharge pondérale.

La figure montre que le risque d'être victime d'un cancer du côlon est sensiblement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, les taux d'incidence n'ont cessé de progresser depuis la période 1988-1992, avant de récemment se stabiliser (hommes) voire de diminuer légèrement (femmes).

Q) Taux d'incidence du cancer du côlon, par sexe, par tranche de cinq ans, 1988 à 2012 (nouveaux cas pour 100 000 personnes)



Source : OFS sur la base des registres cantonaux des tumeurs : données selon www.bfs.admin.ch (consulté le 27.1.2016)

Les facteurs de risque que sont la consommation de tabac et d'alcool, qui ne sont pas représentés ici, sont suivis dans le cadre du Monitoring suisse des addictions, mis en place par l'OFSP avec d'autres organisations (cf. www.bag.admin.ch --> Thèmes --> Alcool etc.).

Informations complémentaires :

Cf. liens ci-dessus, ainsi que :

- Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011) : Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre hospitalier universitaire vaudois.
- Firmann M, V. Mayor, P. Marques Vidal et al. (2008) : The CoLaus study: a population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. BMC Cardiovasc Disord 2008;8:6
- Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza und A. Morabia (2009): Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Genève : Hôpitaux universitaires de Genève.
- OFS (différentes années), Statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès. Neuchâtel : OFS.
- OFS (2012), Statistiques de la santé 2012. Neuchâtel : OFS
- OFS (2013), Enquête suisse sur la santé 2012 : Vue d'ensemble. Neuchâtel : OFS.

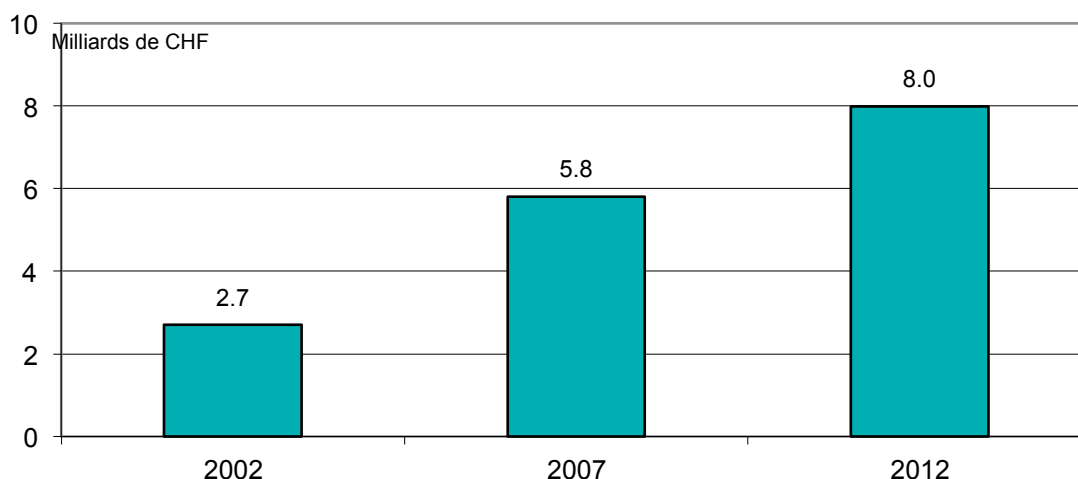
Indicateur 5.2 : Coûts du surpoids et de l'obésité

L'impact du surpoids et de l'obésité n'est pas uniquement d'ordre sanitaire pour les personnes concernées ; l'impact économique est également considérable. En calculant les coûts engendrés par le surpoids et l'obésité, en plus des maladies connexes, il s'avère que des mesures pourraient être utiles sur le plan financier.

Le surpoids et l'obésité génèrent, d'une part, des coûts résultant d'interventions directes visant à réduire le poids corporel (anorexigènes, interventions chirurgicales et consultations). D'autre part, il en résulte tant des coûts directs (traitements, p. ex.) qu'indirects (baisse de productivité, invalidité et mort prématurée, p. ex.) de maladies (diabète, pathologies cardio-vasculaires ou affections respiratoires, p. ex.) qui y sont liées.

Une étude actuelle de Schneider et Venetz (2014) estime les coûts totaux directs et indirects des maladies en lien avec le surpoids et l'obésité à quelque 8 milliards de francs en 2012. D'après l'illustration ci-dessous, ces coûts se sont quasiment multipliés par trois depuis 2002. Toutefois, il convient de noter que davantage de pathologies liées au surpoids et à l'obésité ont été prises en compte dans l'étude actuelle que dans celles de 2002 et de 2007.

A) Coûts du surpoids et de l'obésité en Suisse, de 2002 à 2012 (en milliards de CHF)



Source : Schneider et Venetz (2014).

Base de données

Les résultats présentés ici se fondent sur les estimations suivantes :

Schmid, A., H. Schneider, A. Golay et U. Keller (2005): « Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland ». Médecine sociale et préventive. 50: 87-94.

Schneider H. et W. Venetz (2014): « Cost of Obesity in Switzerland 2012 ». Etude menée sous mandat de l'OFSP. Berne : OFSP.

Schneider, H., W. Venetz et C Gallani Beradro (2009): « Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. » Rapport effectué sous mandat de l'OFSP. Bâle : estimations de coûts HealthEcon sur les pages suivantes.

Autres résultats

La figure B révèle que les coûts directs du traitement du surpoids et de l'obésité se sont élevés à 77 millions de francs en 2012. Avec 50 millions de francs, les interventions chirurgicales ont constitué la majeure partie de ces coûts et sont donc l'élément qui a enregistré la plus forte progression depuis 2007.

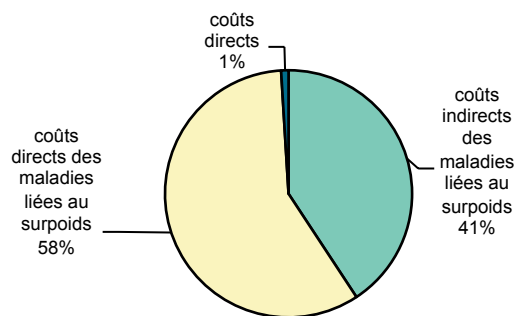
B) Coûts directs du surpoids et de l'obésité, 2007 et 2012 (en millions de CHF)

	2007	2012
Médicaments	25	24
Opérations	19	50
Consultations	3	3
Total	47	77

Source : Schneider et al. (2009 : 26-29), Schneider et Venetz (2014).

Comme le montre la figure C, les coûts directs des traitements, des interventions et des consultations ne représentent qu'environ 1 % de la totalité des coûts engendrés par les maladies liées au surpoids et à l'obésité. Les coûts directs des maladies représentent la majeure partie (4,7 milliards de francs), tandis que les coûts indirects représentent une part de plus de 40 % (3,3 milliards de francs).

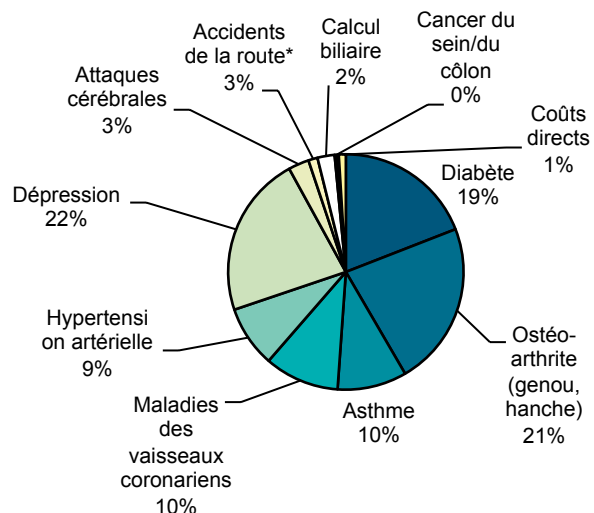
C) Différents types de coûts de maladies liées au surpoids et à l'obésité, 2012 (parts en %)



Source : Schneider et Venetz (2014)

La figure D illustre la répartition des coûts des maladies liées au surpoids pour différentes affections. Il ressort du graphique que le diabète, les problèmes articulaires, l'asthme, les maladies cardiaques et l'hypertension artérielle sont responsables de près des deux tiers des coûts des maladies liées au surpoids.

D) Part des différentes affections par rapport à l'ensemble des coûts de l'ordre de 8 milliards de francs pour les maladies liées au surpoids, 2012



* Pour les accidents de la route, la participation aux frais a été calculée sur la base de la probabilité d'être impliqué dans un tel événement en raison d'apnée du sommeil.
Source : Schneider et Venetz (2014)

Informations complémentaires :

Voir les sources susmentionnées.

Indicateur 5.3 : Etat de santé subjectif

Précision : indicateur du Recueil d'indicateurs de l'Obsan.

Les détails figurent à l'adresse : <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs>

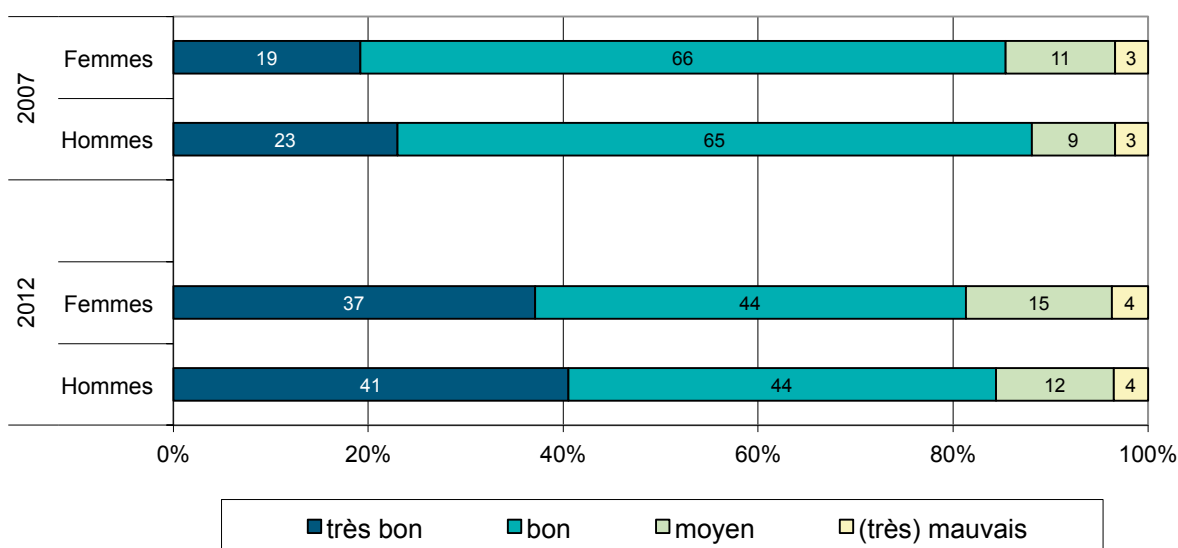
L'indicateur de l'Obsan porte sur les personnes estimant être en (très) bonne santé. Le graphique ci-dessous complète ces indications par des données relatives aux personnes qui se trouvent avec une santé « moyenne » ou « (très) mauvaise ».

Le bien-être est un indicateur subjectif important pour évaluer l'état de santé. Il constitue en outre une approche vers l'état de santé objectif des individus.

Dans l'ensemble, une grande majorité de la population résidant en Suisse (plus de 80 %) s'estime en bonne, voire en très bonne santé. La figure suivante indique que les participants jugeaient leur état de santé encore meilleur en 2012 qu'en 2007 ; en effet, ils l'ont plus souvent qualifié de « très bon ».

Pour les deux années de sondage susmentionnées, la proportion d'hommes se sentant en très bonne santé est légèrement plus importante que celle de femmes, celles-ci se trouvant un peu plus souvent avec une santé « moyenne ». Moins de 5 % de la population s'estime en « (très) mauvaise santé ».

A) Bien-être selon le sexe, 2007 et 2012



Sources : Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, 2007 (n=18'750) et 2012 (n=21'571). Réponses à la question : « Comment est votre santé en général ? »

Base de données

Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007 et 2012 de l'Office fédéral de la statistique.

D'autres informations figurent sur le site Internet de l'Obsan.

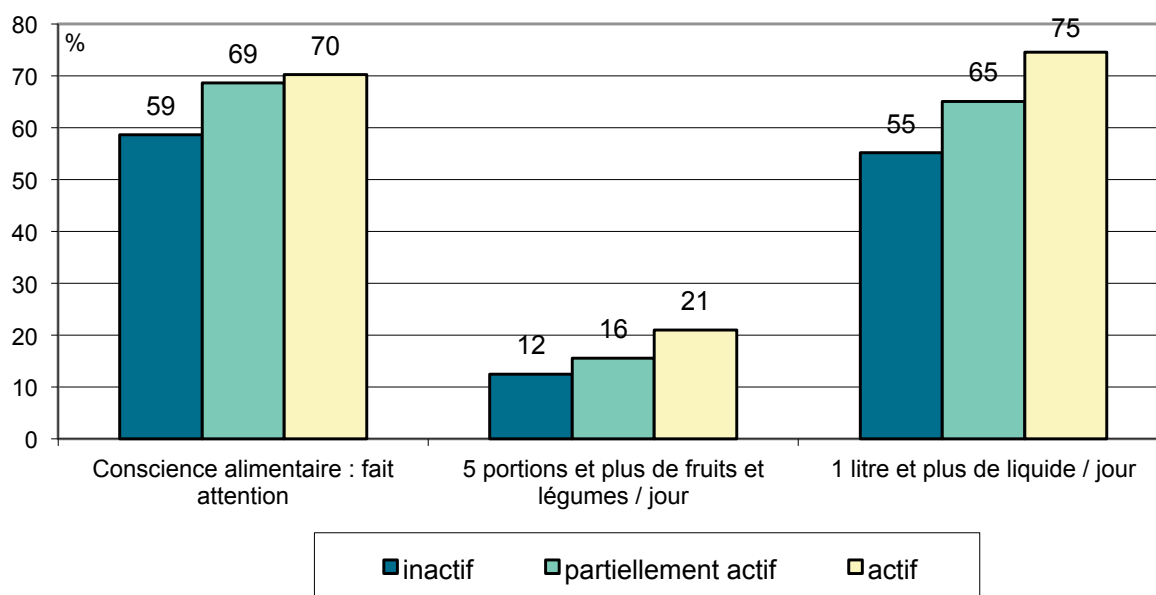
Indicateur 5.4 : Rapport entre conscience sanitaire, alimentation et comportement en matière d'activité physique

Colonne vertébrale du Programme national alimentation et activité physique (PNAAP), l'alimentation et l'activité physique ont été appréhendées séparément dans la plupart des indicateurs précédents. Le présent indicateur montre pour sa part une série de rapports entre conscience alimentaire, alimentation, comportement en matière d'activité physique et surpoids, que l'on peut définir sur la base de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'Office fédéral de la statistique.

La figure A montre le rapport entre le comportement en matière d'activité physique (cf. indicateur 3.1), la conscience alimentaire (indicateur 1.1) et deux indicateurs concernant le respect des recommandations nutritionnelles : la proportion de personnes consommant (au moins) cinq portions de fruits ou légumes par jour (indicateur 2.1) et la proportion de personnes qui boivent au moins un litre de boissons non alcoolisées par jour.

Ce schéma révèle clairement des liens essentiels entre comportement alimentaire et comportement en matière d'activité physique : les personnes qui pratiquent régulièrement une activité physique font plus souvent attention à leur alimentation, mangent plus de fruits et légumes et boivent plus de boissons non alcoolisées.

A) Rapport entre le niveau d'activité physique et divers aspects de la conscience et du comportement alimentaire (en %, population résidente dès 15 ans)



Source : Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique, n=20'612 (conscience alimentaire) ; 20'537 (consommation de fruits et légumes) ; 20'566 (apport en liquide).

Base de données

Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012 de l'Office fédéral de la statistique. Les données proviennent de l'enquête téléphonique.

Autres résultats

Les figures B à D révèlent les rapports du respect de la recommandation « 5 par jour » (B), de la consommation hebdomadaire de viande (C) et de l'activité physique (D) au surpoids et à l'obésité.

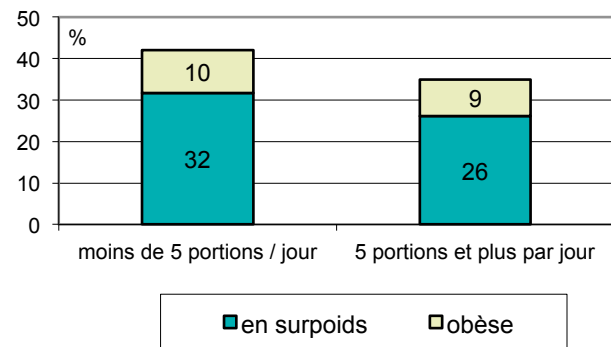
Le rapport avec la conscience alimentaire n'a pas été illustré, car aucun lien n'a été observé entre celle-ci et la progression du surpoids et de l'obésité dans le cadre de l'ESS 2012.

Le rapport entre consommation de fruits et de légumes et surpoids s'est lui aussi révélé relativement faible (figure B) : quelque 42 % des personnes mangeant moins de cinq portions de fruits et de légumes sont en surpoids ou obèses, alors qu'ils sont 35 % parmi les plus grands consommateurs de fruits et de légumes.

Le lien avec la consommation de viande et de charcuterie est bien plus marqué (figure C). Les personnes qui mangent rarement de la viande sont nettement moins souvent touchées par le surpoids et l'obésité que les consommateurs de viande réguliers. Il faut toutefois rappeler que la viande en soi ne fait pas grossir : selon d'autres résultats de l'ESS 2012 qui ne sont pas présentés ici, ceux qui consomment fréquemment de la viande ont aussi une préférence pour la nourriture « copieuse ».

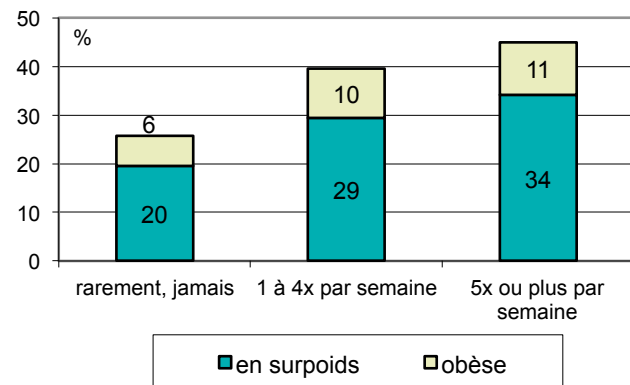
Enfin, le rapport entre le surpoids et l'activité physique (figure D) revêt un intérêt particulier : les personnes qui pratiquent rarement une activité physique tendent plus fréquemment au surpoids ou à l'obésité.

B) Rapport entre la fréquence de la consommation quotidienne de fruits et légumes et la progression du surpoids et de l'obésité (ESS 2012, n=20'604)

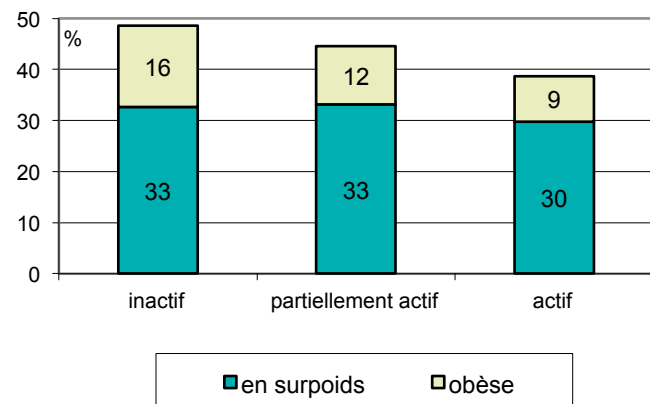


Remarque : personnes adoptant le bon comportement au moins cinq jours par semaine

C) Rapport entre la fréquence de la consommation hebdomadaire de viande et de charcuterie et la progression du surpoids et de l'obésité (ESS 2012, n=21'357)



D) Rapport entre le niveau d'activité physique et la progression du surpoids et de l'obésité (ESS 2012, n=20'459)



Indicateur 5.5 : Autonomie physique des personnes âgées

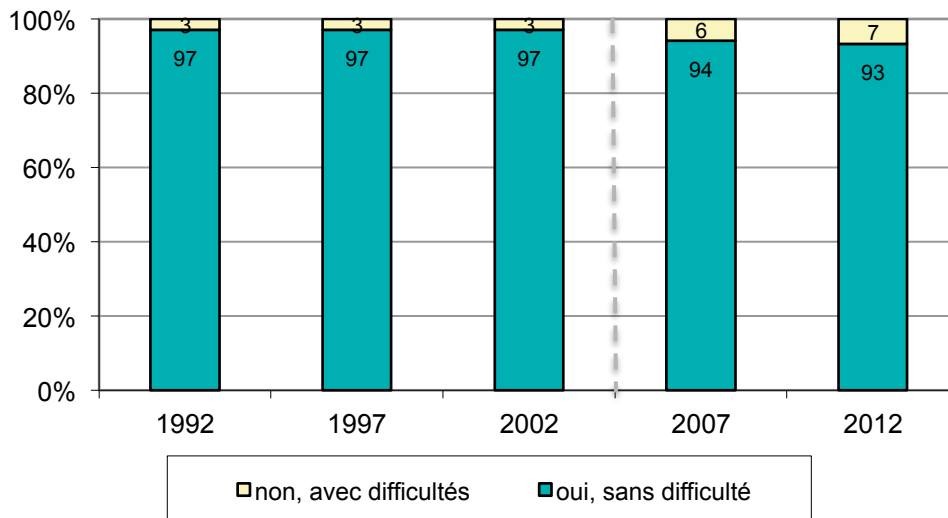
Précision : À l'origine, cet indicateur provient du recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse, qui n'est pas poursuivi pour le moment. La dernière version des indicateurs est disponible sur le site Internet du MOSEB. D'autres informations figurent sur les sites Internet de l'Obsan : <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs>

La conservation d'un mode de vie autonome jusqu'à un âge avancé est un but important de la promotion de la santé. Or, un des éléments-clés de l'autonomie est la capacité à continuer à faire de l'exercice physique. Dès lors, l'aptitude physique au quotidien de la population âgée doit également être prise en considération lorsqu'il s'agit de formuler des mesures visant à encourager l'activité physique.

On ne dispose pas encore en Suisse de données globales à ce sujet, mais les enquêtes suisses sur la santé (ESS) de l'OFS des années 1992 à 2012 peuvent fournir des indications sur l'ampleur des limites physiques graves.

Le schéma suivant montre les réponses à la question : « Pouvez-vous vous habiller seul, c'est-à-dire sans aide et sans difficulté, sortir seul de votre lit et vous nourrir sans aide ? ». Il ressort de ce graphique que la grande majorité de la population de 65 ans et plus n'a aucun problème majeur pour effectuer une série de tâches quotidiennes. La proportion des personnes qui se plaignent de difficultés dans ce domaine n'a pas changé entre 1992 et 2002 ; elle se situait à environ 3 %. La hausse à près de 7 % en 2007 pourrait s'expliquer, d'une part, par la question qui a été légèrement modifiée. Elle reflète, d'autre part, l'accroissement de la part des personnes (très) âgées en Suisse.

A) Aptitude physique au quotidien de la population suisse de 65 ans et plus, 1992-2012



Source : Enquêtes suisses sur la santé 1992- 2012 ; nombre de cas : 1992 : 2'668 ; 1997 : 2'575 ; 2002 : 4'362 ; 2007 : 4'504 ; 2012 : 4'805.

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé de l'Office fédéral de la statistique, 1992-2012.

1992-2002 : réponses à la question « Pouvez-vous vous habiller seul, c'est-à-dire sans aide et sans difficulté, sortir seul de votre lit et vous nourrir sans aide ? ». La question des années précédentes n'a plus été posée en 2007 et en 2012, c'est pourquoi un indice tiré des questions individuelles suivantes a été créé : « Je vous lis maintenant divers actes quotidiens. Veuillez me dire à chaque fois (cf. ci-

dessus) si vous pouvez le faire sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficulté ou pas du tout : a) manger de manière autonome ; b) se mettre ou sortir du lit de manière autonome ou s'asseoir sur un siège ; c) se vêtir et se dévêtir de manière autonome. »

D'autres informations figurent sur les sites Internet de Promotion Santé Suisse (indicateur 5A) et de l'Obsan.

Indicateur 5.6 : Accidents et lésions liés à la pratique du sport

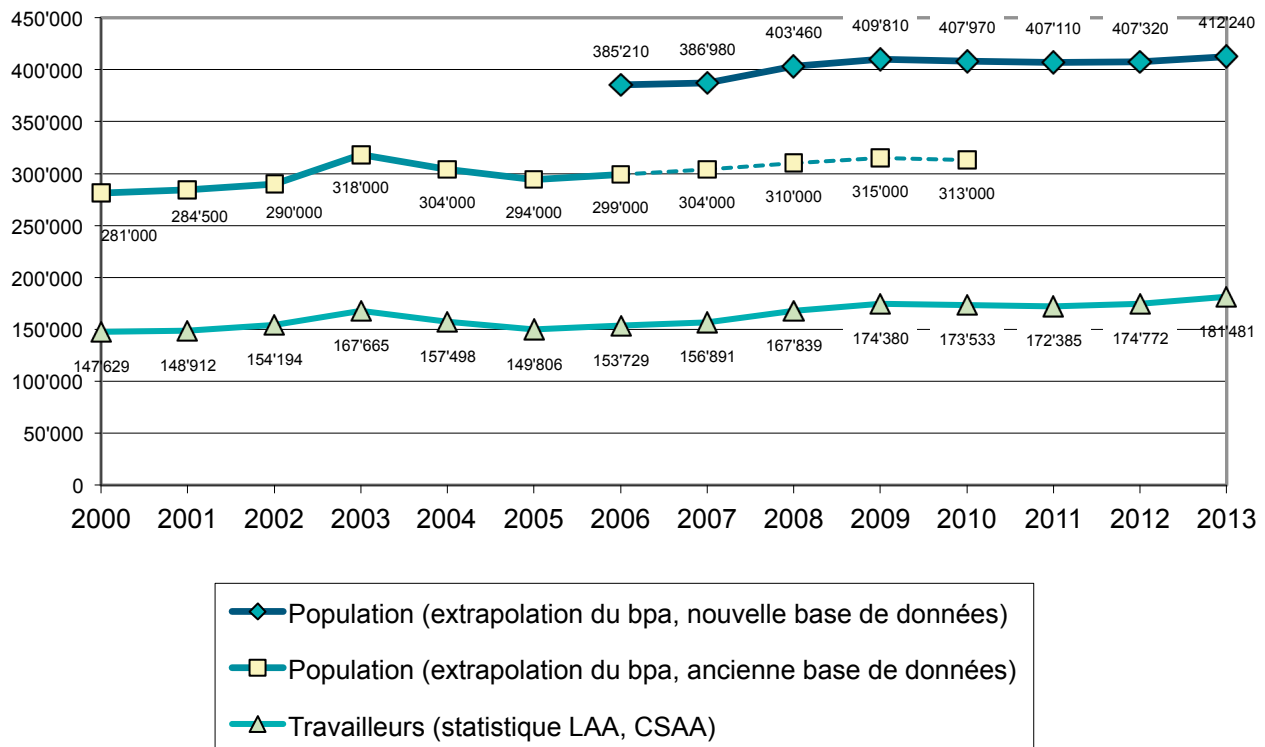
Précision : indicateurs 4.1 et 4.2 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Les activités sportives peuvent avoir un revers douloureux, sous forme d'accidents et de lésions. Comme le montre la figure A, quelque 400 000 accidents de sport se produisent chaque année en Suisse, dont près de 40 % touchent des travailleurs assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Après le pic de l'année 2003, le nombre d'accidents a légèrement diminué les deux années suivantes avant de repartir à la hausse jusqu'en 2009. Ensuite, il est globalement resté stable.

Le nombre d'accidents liés à la pratique du sport, dans la population totale, peut être calculé pour les années 2006 et suivantes au moyen de données et d'estimations actualisées en 2011. Pour la période 2006-2010, la figure comporte deux lignes pour le nombre d'accidents après extrapolation. Avec le nouveau mode de calcul, le nombre d'accidents dans la population totale est nettement plus élevé qu'avant.

A) Evolution des accidents liés à la pratique du sport 1999-2013



Source : Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) ; bpa – bureau de prévention des accidents ; STATUS 2016.

Base de données

bpa – bureau de prévention des accidents ; Suva, Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA).

Les données relatives aux accidents de sport se basent avant tout sur la statistique de l'assurance-accidents. Celle-ci comprend l'ensemble des accidents déclarés (soit tous les cas ayant nécessité

une intervention médicale) par les travailleurs assurés (demandeurs d'emploi enregistrés compris).

Sur la base de cette statistique et d'autres sources de données, le bpa – Bureau de prévention des accidents – procède à une extrapolation pour l'ensemble de la population, qui comprend notamment aussi les enfants, les non-actifs, les indépendants et les retraités. Grâce au sondage réalisé en 2011, la base de données sur laquelle reposent les projections a pu être mise à jour.

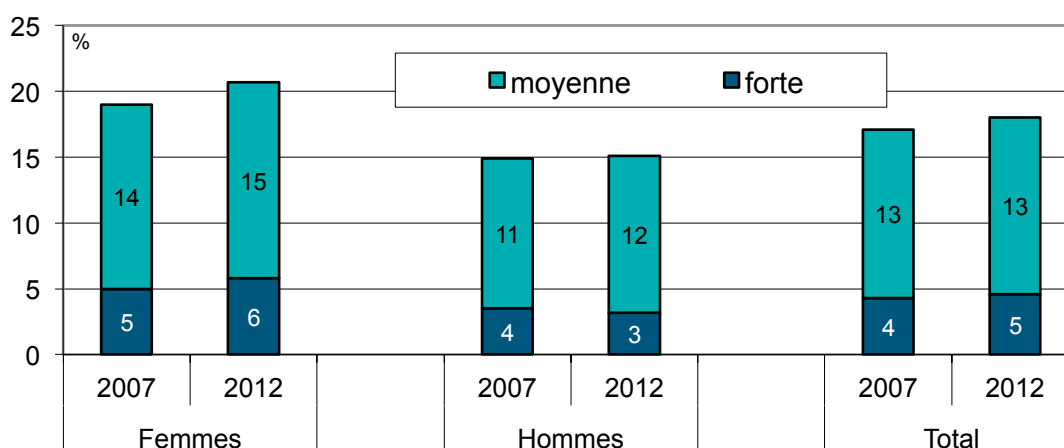
Indicateur 5.7 : Bien-être psychique

La santé ne se limite pas à la dimension physique, elle englobe également un volet psychique. A noter que l'une influence l'autre et vice-versa, si bien qu'elles ont un impact colossal sur la qualité de vie. De plus, différentes études ont mis en évidence que l'activité physique favorise le bien-être psychique.

Tant l'Enquête suisse sur la santé (ESS) que le Panel suisse des ménages (PSM) comportent des données sur le bien-être psychique. Dans le premier cas, il s'agit de l'indice de « détresse psychologique », qui consiste en cinq questions. Le PSM, en revanche, demande directement dans quelle mesure l'on se sent plein d'énergie et d'optimisme. Les deux indicateurs sont décrits dans les schémas ci-dessous.

Sur la base de l'ESS 2012, la figure A permet de constater que seule une minorité de la population (5 %) est touchée par une forte détresse psychologique. Ce trouble est d'intensité moyenne pour 13 % des participants et faible pour les autres (82 %). Ces chiffres n'ont que très peu fluctué entre 2007 et 2012. Toutefois, le graphique montre aussi clairement que les femmes sont plus souvent affectées que les hommes et que la proportion de femmes subissant un stress psychologique moyen ou intense a encore gagné un peu de terrain entre 2007 et 2012, passant de 19 à 21 %.

A) Détresse psychologique moyenne et forte selon le sexe, ESS 2007 et 2012 (parts de la population en %)



Source : Enquête suisse sur la santé 2007 (n=17'634) et 2012 (n=20'652) de l'Office fédéral de la statistique. Les précisions relatives à la valeur d'échelle se trouvent ci-dessous

Base de données

Enquêtes suisses sur la santé (ESS) 2007 et 2012 ainsi que Panel suisse des ménages (PSM) 2002, 2007, 2012 et 2013 de la FORS.

L'Office fédéral de la santé publique a modelé l'indice de détresse psychologique à partir des données de l'ESS. Il s'agit de l'indice de santé mentale habituellement utilisé à l'échelle internationale (MHI-5), lequel se base sur cinq questions (« Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux / abattu et déprimé / calme et paisible / heureux / avez-vous eu le cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral ? »). Cinq réponses étaient possibles, sous forme de gradation : tout le

temps / la plupart du temps / parfois / rarement / jamais.

L'indice a été standardisé sur une échelle de 0 à 100. Les valeurs inférieures à 53 équivalent à une forte détresse psychique, entre 53 et 73 à une détresse moyenne, et les valeurs supérieures à 73 à une faible détresse psychique.

Dans le PSM, l'optimisme est mesuré à l'aune de la question « A quelle fréquence êtes-vous plein de force, d'énergie et d'optimisme ? ». Les onze réponses possibles (de 0 à 10 ; 0 = jamais, 10 = toujours) sont représentées sous une forme codée – valeurs de 0 à 4 : faible optimisme ; 5 à 6 : moyen ; 7 à 8 : élevé ; 9 à 10 : très élevé. Les graphiques se rapportent à des personnes âgées d'au moins 15 ans.

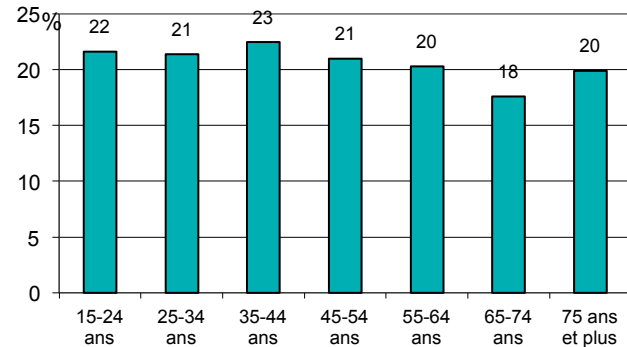
Autres résultats

Des analyses complémentaires de l'ESS 2012 sont représentées dans les graphiques B à I.

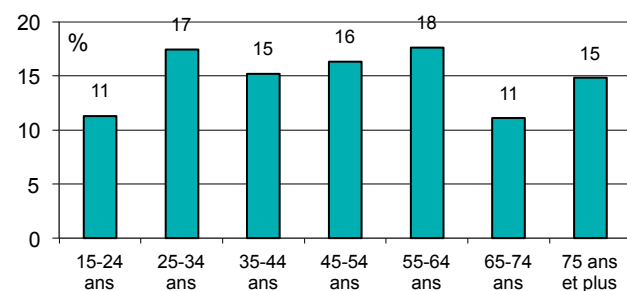
La figure B montre que la détresse psychologique chez les femmes ne varie que peu en fonction de l'âge. Seules les 65-74 ans semblent être un peu moins touchées. Pour les hommes, c'est en milieu de vie (entre 25 et 64 ans) que cette détresse est la plus prononcée.

B) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte, le sexe et l'âge, ESS 2012 (n=20'652)

Femmes :

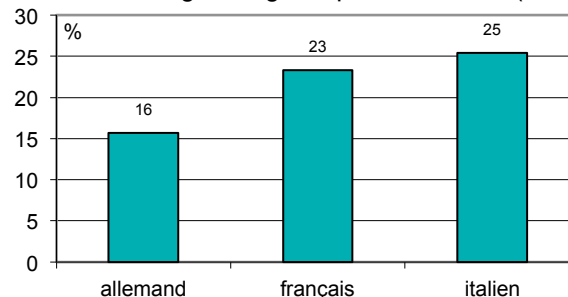


Hommes :



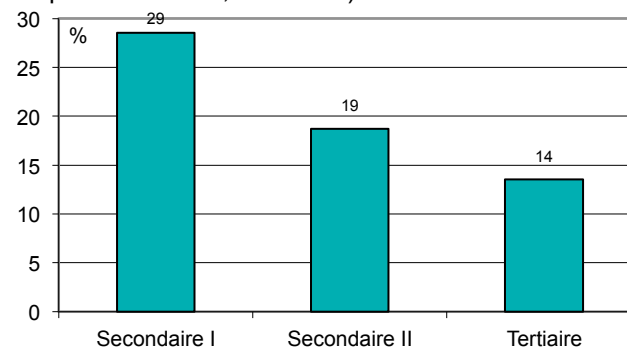
La figure C révèle que la proportion de personnes souffrant d'une détresse psychologique d'intensité moyenne et élevée est plus importante dans les régions linguistiques francophones et italophones qu'en Suisse alémanique.

C) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et la région linguistique, ESS 2012 (n=20'652)



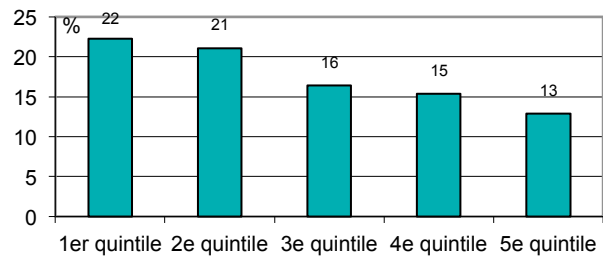
Les différences entre les niveaux de formation, représentées dans le graphique D, sont encore plus frappantes : les personnes n'ayant pas suivi de formation post-obligatoire sont deux fois plus nombreuses à subir un stress psychologique moyen ou élevé que celles qui ont un diplôme de haute école.

D) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et la formation scolaire, ESS 2012 (personnes de plus de 25 ans, n=17'685)



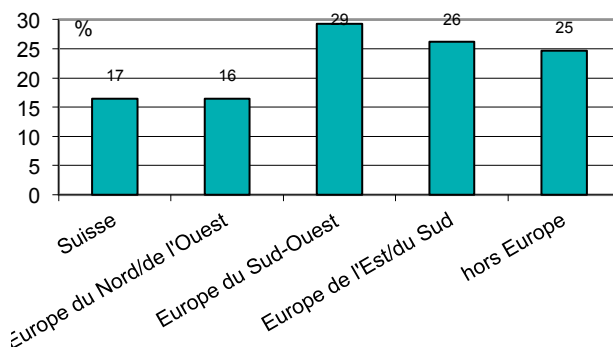
Le revenu semble lui aussi jouer un rôle à cet égard : on constate une ligne de démarcation entre les deux niveaux de revenu les plus faibles, où l'on constate une détresse psychologique relativement élevée, et les trois niveaux de salaires supérieurs.

E) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et le revenu d'équivalence du ménage, ESS 2012 (n=17'595)



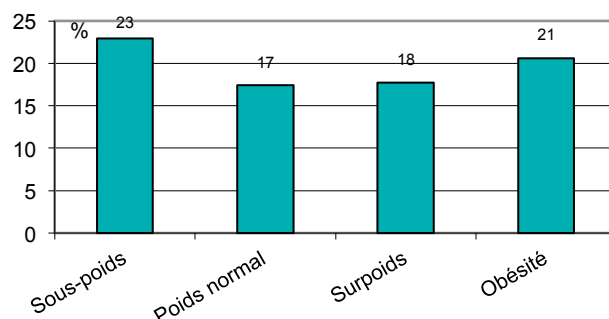
Il convient également de souligner les écarts considérables entre les diverses nationalités et régions d'origine de la population : s'il n'existe pratiquement pas de différence entre les Suisses et les migrants de l'Europe du Nord et de l'Ouest, les migrants d'autres régions affichent bien plus souvent une détresse psychologique moyenne ou élevée. Ces troubles s'observent tout particulièrement chez les ressortissants de l'Europe du Sud-Ouest.

F) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et la nationalité, ESS 2012 (n=20'652)



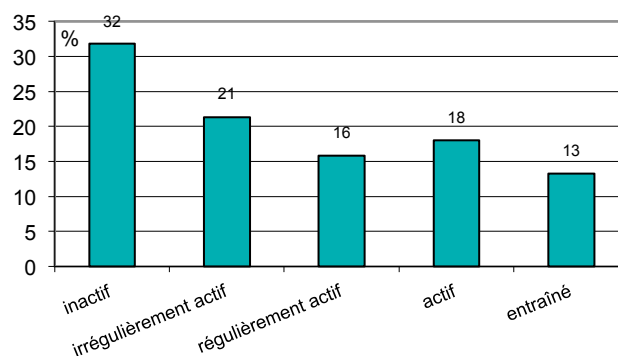
Un élément intéressant ressort si l'on se penche sur l'IMC (cf. figure G). En effet, les personnes en sous-poids et obèses sont plus souvent affectées par une détresse psychologique moyenne ou élevée que les personnes de poids normal ou en surpoids. Toutefois, il est impossible de savoir au moyen des données de l'ESS si les problèmes de poids sont la cause ou le résultat du stress psychologique.

G) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et l'IMC, ESS 2012 (n=20'490)



Un tableau similaire se dresse pour le rapport entre détresse psychologique et activité physique (figure H). Une série d'autres études identifie comme effets d'une activité physique régulière un équilibre psychologique plus solide et une disposition moindre à la dépression. Il est donc possible de supposer ici une relation de causalité : un niveau d'activité plus élevé se traduirait par une réduction de la détresse.

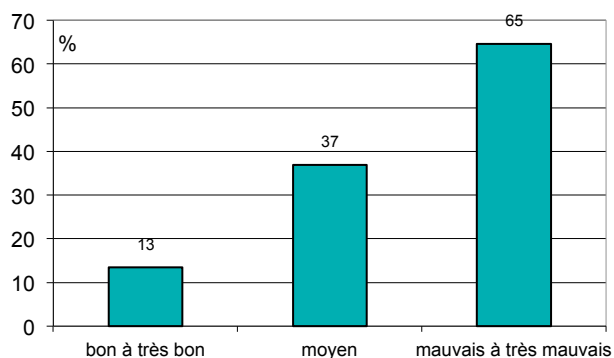
H) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et l'activité physique, ESS 2012 (n=20'411)



Enfin, la figure I révèle à quel point le bien-être corporel et le bien-être psychique sont liés. Les personnes qui estiment que leur état de santé est mauvais voire très mauvais font au moins quatre fois plus souvent état d'une détresse psychique forte ou moyenne que celles qui s'estiment en bonne, voire très bonne santé.

Les résultats suggèrent que la détresse psychologique constitue un élément essentiel de l'état de santé subjectif.

I) Rapport entre une détresse psychologique moyenne et forte et l'estimation de son propre état de santé, ESS 2012 (n=20'634)

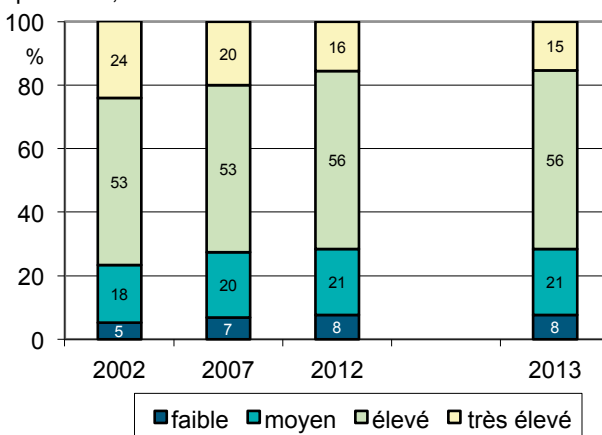


Les résultats présentés dans les figures J, K et L se basent sur la question relative à l'optimisme dans l'enquête du Panel suisse de ménages (PSM).

La comparaison diachronique de la figure J montre que la proportion des personnes (très) optimistes a reculé de 77 à 71 % de 2002 à 2013. La proportion des personnes très optimistes a marqué un recul particulièrement significatif pendant cette période (de 24 à 15 %).

Un autre résultat, qui ne figure pas ici, indique que les femmes sont un peu moins optimistes que les hommes. Chez les femmes, la proportion des faiblement à moyennement optimistes était clairement plus importante en 2013 que chez la gent masculine (31 % contre 26 %).

J) Optimisme, 2002 à 2013

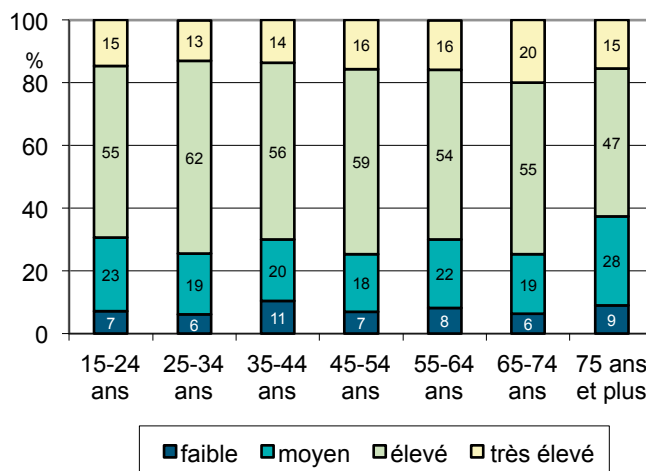


Source: PSM, nombre de cas : 2002 : 5607 ; 2007 : 6868 ; 2012 : 7338 ; 2013 : 7112.

Comme l'illustre la figure K, il existe un lien modérément marqué entre l'optimisme et l'âge des personnes interrogées.

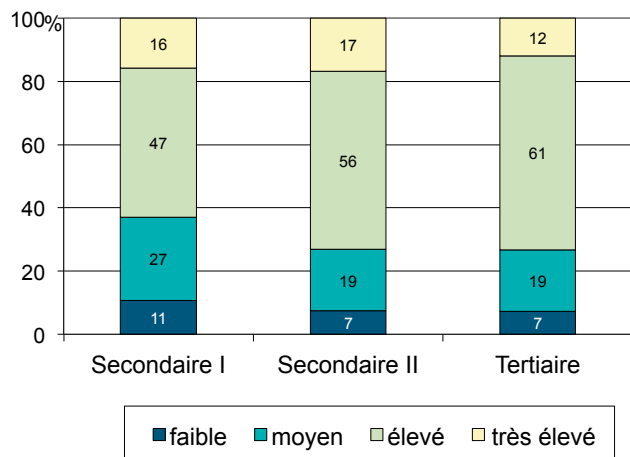
La proportion des faiblement ou moyennement optimistes varie dans les classes d'âges les plus jeunes entre 25 et 31 % et atteint ensuite 37 % dans la classe d'âge des 75 ans et plus.

K) Rapport entre l'optimisme et l'âge, PSM 2013 (n=7112)



La figure L décrit le lien entre la formation scolaire et l'optimisme, lequel n'est pas manifeste : d'une part, la proportion des personnes faisant montre d'un faible ou moyen optimisme décroît lorsque le niveau de formation est plus élevé. D'autre part, les classes n'ayant pas eu d'accès à l'éducation présentent aussi une proportion plus élevée de personnes très optimistes par rapport aux sondés possédant un diplôme d'études supérieures.

L) Rapport entre l'optimisme et le niveau de formation, PSM 2013 (personnes à partir de 25 ans, n=6006)



Informations complémentaires :

Cf. les différents indicateurs du monitoring de la santé psychique réalisé par Promotion Santé Suisse ainsi que le recueil d'indicateurs spécifiques de l'Obsan (www.obsan.admin.ch)

Eurostat (2003) : Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys. Detailed tables. Eurostat, 2003

Veit C.T. et J.E. Ware (1983) : The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 51 : 730-742

Indicateur 5.8 : Troubles du comportement alimentaire

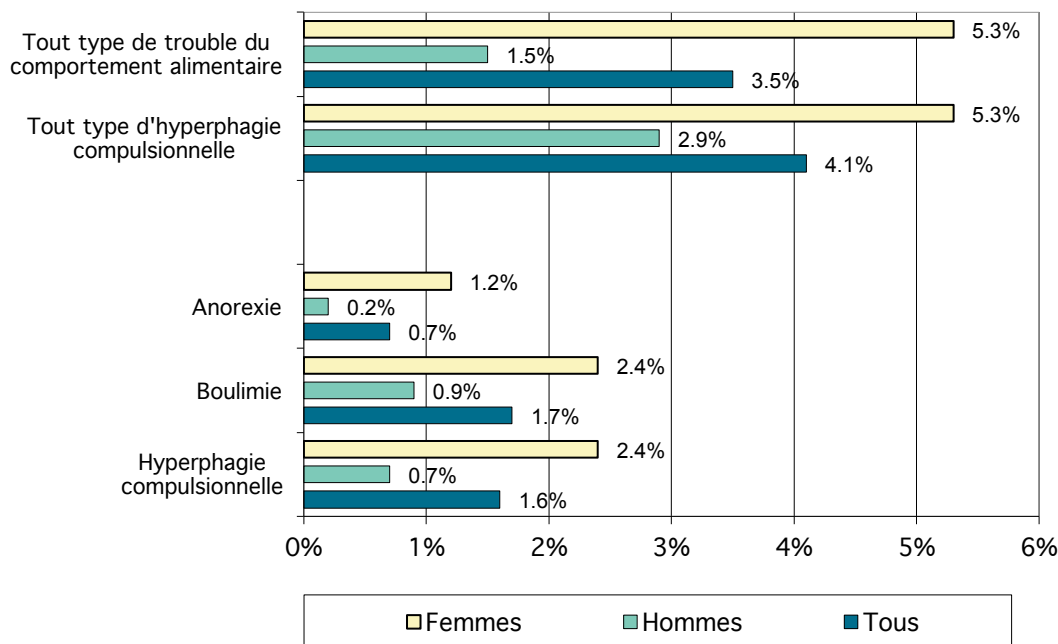
Les troubles du comportement alimentaire peuvent entraîner de lourdes conséquences pour les personnes qui en sont victimes, que ce soit sur le plan physique, psychique et social. Dans les cas les plus graves, ils aboutissent à l'invalidité, voire au décès.

La prévalence des différents troubles du comportement alimentaire (TCA) a été examinée pour la première fois en Suisse en 2010 grâce à une enquête différenciée réalisée auprès de quelque 10'000 personnes (Schnyder et al. 2010). Les données ont été recensées par une équipe de l'hôpital universitaire et de l'Université de Zurich sur mandat de l'OFSP.

La figure A montre qu'environ 3,5 % de la population suisse âgée de 15 à 60 ans a souffert au moins une fois dans sa vie (prévalence vie entière) d'un trouble du comportement alimentaire. L'étude distingue trois troubles : l'anorexie (*Anorexia nervosa*), la boulimie (*Bulimia nervosa*) et l'hyperphagie compulsive (*binge eating disorder*). L'analyse porte également sur deux catégories plus générales : « tout type d'hyperphagie compulsive », dans laquelle tombent différentes formes de frénésie alimentaire, et « tout type de trouble du comportement alimentaire », qui regroupe toutes les personnes qui souffrent – ou ont souffert – d'un des trois troubles cités.

A la lecture de la figure A, on constate que les femmes sont sensiblement plus souvent victimes de troubles du comportement alimentaire que les hommes. Sur l'ensemble de ces troubles, les femmes sont trois fois et demie plus touchées, s'agissant de l'anorexie, le rapport passe même à un homme pour six femmes.

A) Prévalence à vie des différents TCA, 2010, par sexe (population âgée de 15 à 60 ans)



Source : Schnyder et al. (2012)

Base de données

Les figures A et C reposent sur les données recensées dans les études suivantes :

Schnyder, U., G. Milos, M. Mohler-Kuo et P. Dermota (2012): Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Etude menée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Berne : OFSP

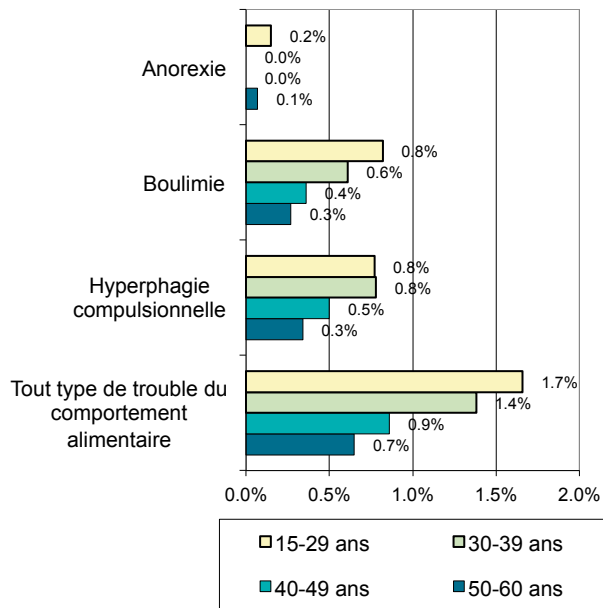
Cette étude repose sur une enquête téléphonique réalisée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 10'038 personnes âgées de 15 à 60 ans. La saisie des troubles du comportement alimentaire a été faite d'après le Questionnaire composite international pour le diagnostic (CIDI) de l'OMS.

Autres résultats

Comme le montre la figure B, les troubles du comportement alimentaire touchent surtout les jeunes. Si les différences d'âge sont particulièrement nettes s'agissant de la boulimie et de l'ensemble des troubles, elles s'amenuisent pour l'hyperphagie compulsive.

Il faut en outre garder à l'esprit que la figure B, contrairement aux figures A et C, présente les prévalences sur douze mois (les troubles survenus au cours de l'année précédente), la prévalence vie entière étant trompeuse.

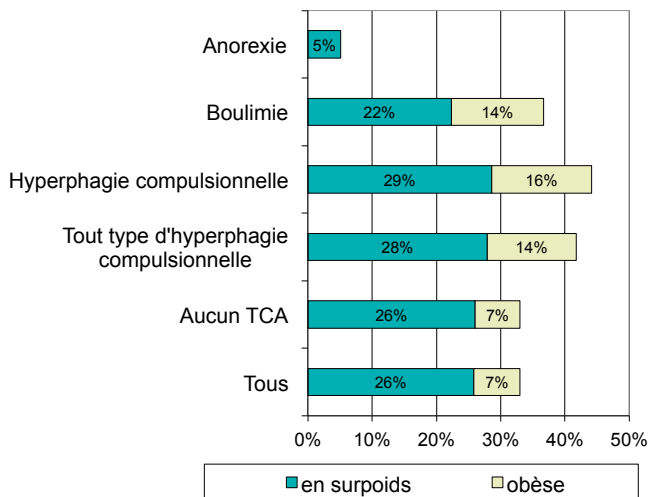
B) Rapport entre troubles du comportement alimentaire et âge, 2010 (prévalence sur 12 mois)



Source : Schnyder et al. (2012)

La figure C révèle quant à elle que troubles du comportement alimentaire et surpoids et obésité sont corrélés. Alors que les personnes souffrant – ou ayant souffert – d'anorexie sont très rarement en surpoids, celles qui sont concernées par l'hyperphagie compulsive courent un risque nettement supérieur d'être en surpoids et, plus encore, obèse.

C) Rapport entre troubles du comportement alimentaire et surpoids, 2010 (prévalence vie entière, population âgée entre 15 et 60 ans)



Source : Schnyder et al. (2012)

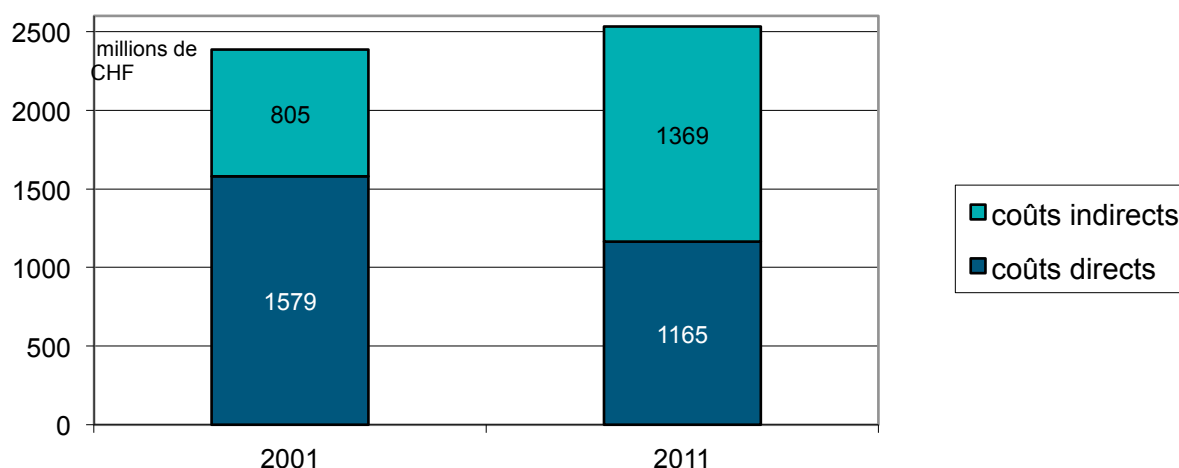
Indicateur 5.9 : Coûts de l'inactivité physique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'inactivité physique est l'un des principaux facteurs de risque de différentes maladies non-transmissibles (pathologies cardio-vasculaires, différents types de cancer, p. ex.) et de mort prématurée (cf. indicateur 5.1). Une étude actuelle de Mattli et al. (2014) évalue les cas de maladie et de décès sur la base de l'inactivité physique en Suisse et fournit diverses estimations de coûts à cet effet.

D'après cette étude, en 2011, l'inactivité physique a causé plus de 300 000 pathologies ainsi que plus de 1 000 décès et engendré des coûts totaux de près de 2,5 milliards de francs. Presque la moitié de ces coûts (1165 millions de francs ou 46 %) concernaient des coûts directs de traitements médicaux, alors que le reste était imputable à des coûts indirects résultant de jours de maladie, de décès prématurés, etc.

Fait notable : malgré une augmentation non négligeable des coûts de la santé, les coûts totaux n'ont progressé que de quelque 6 % depuis 2001. Toutefois, leur pondération s'est fortement déplacée des coûts directs vers les coûts indirects. Il s'agit là, d'une part, d'une conséquence de la diminution avérée de la proportion de personnes inactives en Suisse (cf. indicateur 3.1) et donc du recul du nombre de maladies et des coûts de traitements directs. Dans les faits, 1,4 million de maladies étaient encore recensées dans le cadre de l'étude de 2001, contre un peu moins de 330 000 en 2011. D'autre part, en raison d'évaluations améliorées, les coûts indirects font l'objet d'une estimation plus élevée qu'au début des années 2000.

A) Coûts de l'inactivité physique, 2001 et 2011 (en millions de CHF)



Source : Mattli et al. (2014) ; les données de 2001 proviennent d'une nouvelle analyse de l'enquête de Smala et al. (2001).

Base de données

Les données du présent indicateur reposent sur l'étude suivante :

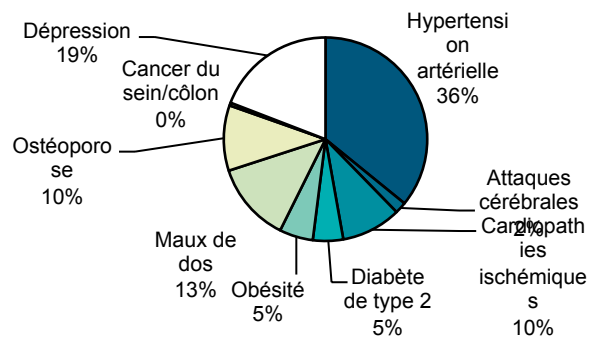
Mattli, R., S. Hess, M. Maurer, K. Eichler, M. Pletscher et S. Wieser (2014) : Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Etude menée sur mandat de l'OFSP. Winterthour : Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW.

Il convient de noter que, dans le cadre de l'étude, l'inactivité physique correspond au manquement aux recommandations minimales en matière d'activité physique ayant des effets positifs sur la santé, à savoir 150 minutes d'activité physique modérée par semaine. D'après l'indicateur 3.1, 28 % de la population résidente suisse n'était pas active en 2012 (« inactif » et « partiellement actif » dans l'indicateur 3.1).

Autres résultats

La figure B montre comment se répartissaient les 326'310 maladies de l'étude de Mattli et al. (2014), qui découlent de l'inactivité physique, dans les différents tableaux cliniques. Les maladies cardiaques et l'hypertonie (46 %) ainsi que la dépression (19 %) et les maux de dos (13 %) constituent une part importante.

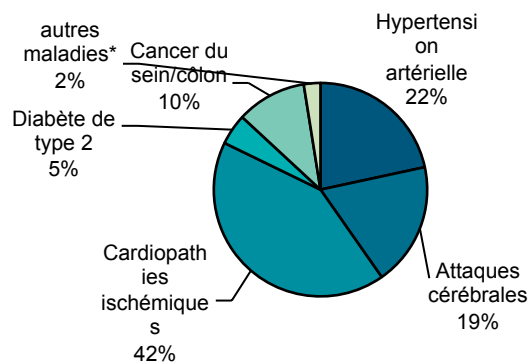
B) Proportion des différentes pathologies dans la totalité des maladies liées à l'inactivité, 2011



Source : Mattli et al. (2014)

Ces deux dernières pathologies ne représentaient qu'une faible proportion dans les 1153 décès prématurés liés à l'inactivité physique : ici, c'étaient à nouveau notamment l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques (64 %) ainsi que les attaques cérébrales (19 %) et le cancer (10 %), qui conduisaient à des décès prématurés.

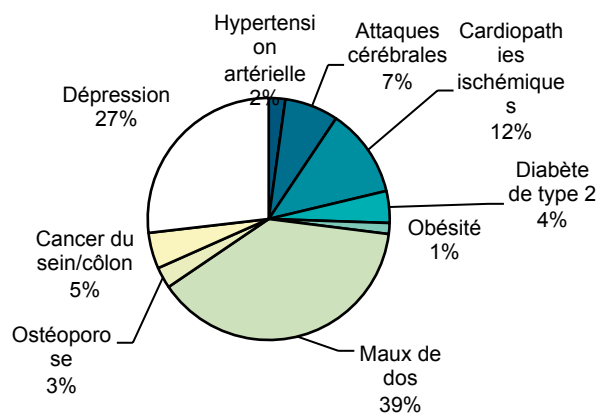
C) Proportion des différentes causes de décès dans la totalité des décès liés à l'inactivité, 2011



Source : Mattli et al. (2014) ; * autres pathologies exposées dans la figure B.

Le tableau est encore différent si l'on se penche sur la proportion des différentes pathologies dans le cadre des coûts directs et indirects des maladies liées à l'inactivité physique (figure D). Ici, ce sont les maux de dos (39 %) et les dépressions (27 %) qui génèrent les coûts totaux les plus élevés.

D) Proportion des différentes pathologies dans la totalité des coûts de maladies liées à l'inactivité, 2011



Source : Mattli et al. (2014)

Informations complémentaires

Pour l'étude originale de 2001 cf.

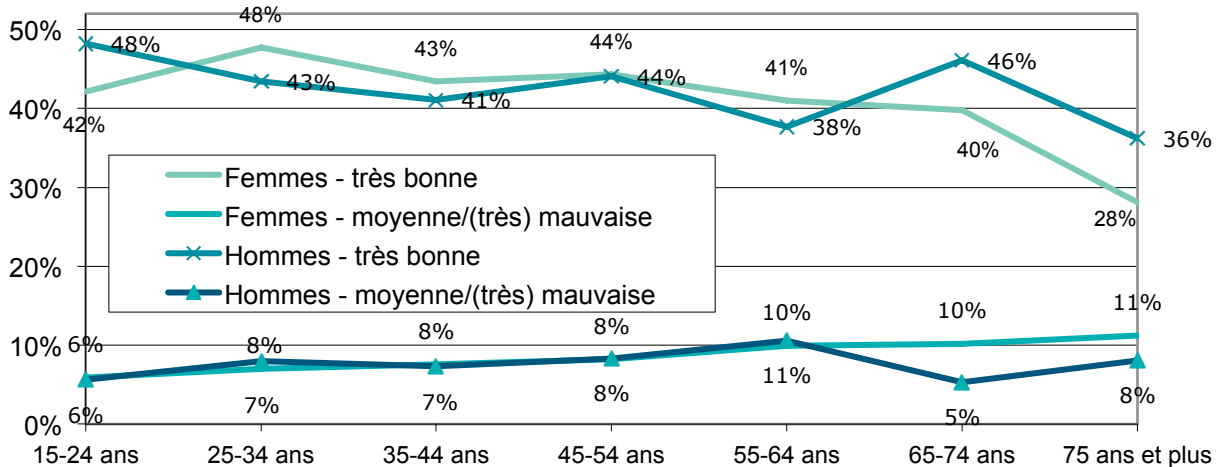
Smala, A., I. Beeler, et T.D. Szucs (2001) : Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Macolin, Lucerne et Berne : OFSPO. SUVA, bfu.

Indicateur 5.10 : qualité de vie, adultes

Si le terme de qualité de vie est souvent associé dans la recherche en matière de santé à des concepts tels que « l'absence de douleurs » ou « l'autonomie », en sciences sociales, il recouvre différentes dimensions, notamment les ressources matérielles (p. ex. les revenus), les conditions de logement, l'état de santé ou encore la satisfaction générale. Ainsi, la qualité de vie peut être à la fois une ressource de santé (dans la mesure où une qualité de vie élevée peut avoir un impact positif sur le bien-être) et la conséquence d'un bon état de santé. Dans le contexte du MOSEB, la qualité de vie constitue une dimension supplémentaire pour l'évaluation du bien-être général.

Il ressort de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2012 de l'Office fédéral de la statistique que 92 % de la population résidant en Suisse estiment avoir une bonne ou très bonne qualité de vie tandis que seuls 8 % la qualifient au mieux de « moyenne ». La figure ci-après, qui ne comporte que la proportion des personnes déclarant avoir une qualité de vie « très bonne » ou au mieux « moyenne », montre que les différences hommes-femmes et celles liées à l'âge sont faibles. La proportion des sondés qui déclarent avoir une très bonne qualité de vie ne diminue significativement qu'à partir du groupe des personnes âgées de 75 ans et plus ; celle des personnes estimant avoir une qualité de vie moyenne ou (très) mauvaise augmente quant à elle de façon continue mais relativement modérée. Il est frappant de noter que la qualité de vie des hommes augmente sensiblement, juste après l'âge de la retraite, tandis qu'elle diminue de façon particulièrement notable dans le groupe des femmes les plus âgées. Ce dernier constat n'a pas de corrélation avec l'espérance de vie plus élevée des femmes car dans le groupe des personnes les plus âgées, l'âge moyen des hommes et des femmes est très proche (80,8 et 80,5 ans).

A) Qualité de vie auto-évaluée de la population résidant en Suisse, par âge, 2012



Source : Enquête suisse sur la santé 2012, menée par l'OFS, n=20 858.

Base de données

Les données figurant dans le présent indicateur proviennent d'une évaluation réalisée par l'OFSP sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2012 menée par l'OFS.

La question posée lors de l'entretien téléphonique était formulée ainsi : « J'aimerais savoir à présent comment vous considérez votre qualité de vie en général. » Les réponses étaient classées selon une échelle de cinq catégories (de très mauvaise à très bonne) ; les réponses dans les catégories les plus basses ont cependant été réunies vu le faible nombre de réponses.

Comme indiqué précédemment, la qualité de vie est définie et mesurée différemment selon la perspective adoptée. Dans l'ESS, la question simple évoquée plus haut vient à la suite d'une longue série de questions relatives aux services médicaux et aux prestations d'aide active et passive et introduit à une série de questions relatives au réseau et au soutien sociaux. Ainsi, la question induit une dimension essentiellement sanitaire.

Autres résultats

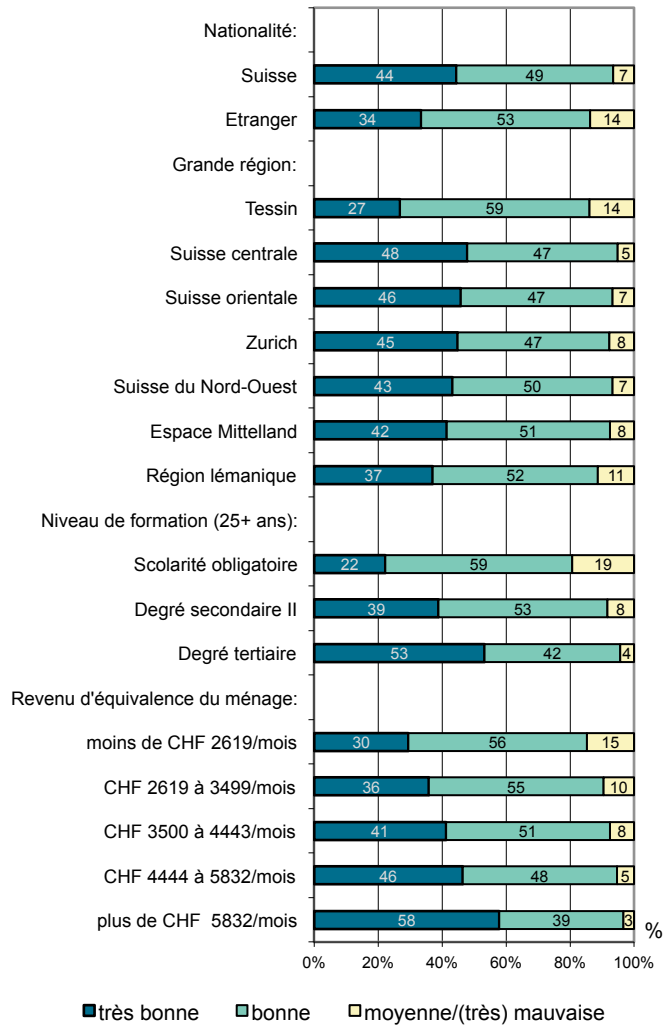
Contrairement aux classes d'âge et au sexe, plusieurs autres facteurs représentés dans la figure B présentent des différences marquées et statistiquement significatives.

On note ainsi que les citoyens suisses sont sensiblement plus nombreux que les étrangers à considérer que leur qualité de vie est très bonne ; ces derniers déclarent quant à eux deux fois plus souvent que les Suisses avoir une qualité de vie moyenne, au mieux.

Si l'on considère les régions de résidence, on note de légères disparités entre l'est et l'ouest et une proportion particulièrement faible de personnes avec une très bonne qualité de vie au Tessin.

En outre, la figure B montre que la qualité de vie augmente aussi significativement plus le niveau de formation et de revenus est élevé.

B) Qualité de vie auto-évaluée, d'après différents critères, 2012



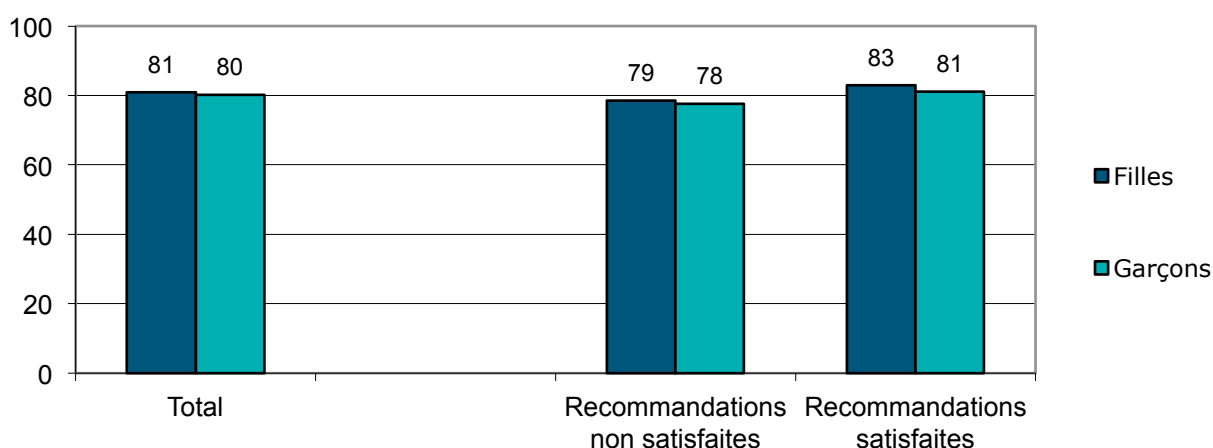
Source : ESS 2012, n entre 17 674 (niveau de formation) et 20 858 selon les critères.

Indicateur 5.11 : qualité de vie, enfants et adolescents

Si la qualité de vie des adultes a été mesurée dans l'enquête suisse sur la santé 2012 au moyen d'une seule question simple (cf. indicateur 5.10), des éléments plus différenciés ont été récoltés dans le cadre de l'étude SOPHYA (Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity) menée par le Swiss TPH de l'Université de Bâle. En effet, les chercheurs ont posé aux enfants et aux adolescents toute une série de questions sur leur bien-être physique et psychique, sur eux-mêmes, leur famille, leurs amis et l'école et ont ensuite compilé les données pour former un indice général de la qualité de vie.

Dans l'ensemble, la qualité de vie des enfants observés peut être qualifiée de bonne : sur un indice avec une échelle de valeurs allant de 0 à 100, les enfants atteignent en moyenne 80 points. Comme le montre la figure ci-dessous, le niveau de qualité de vie ne varie pas beaucoup entre filles et garçons. De même, bien que les différences entre les enfants qui suivent les recommandations en matière d'activité physique (cf. indicateur 3.3) et ceux qui ne les suivent pas soient statistiquement significatives, elles sont globalement faibles.

A) Qualité de vie des jeunes âgés de 6 à 16 ans, par sexe et par niveau d'activité physique



Source : Bringolf-Isler et al. (2016).

Base de données

Les données pour le présent indicateur reposent sur l'étude suivante :

Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. et Suggs S. (2016): rapport final de l'étude SOPHYA. Bâle : Swiss TPH. (en allemand)

L'étude SOPHYA avait pour objet central de mesurer et d'analyser le comportement en matière d'activité physique des enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans. Les enfants et leurs parents ont cependant aussi été interrogés sur d'autres aspects. Les données concernant la qualité de vie proviennent du questionnaire auprès des parents et se rapportent à des enfants âgés de 6 à 16 ans ayant participé à l'étude SOPHYA.

Des renseignements complémentaires au sujet de l'étude SOPHYA se trouvent dans la description de la base de données de l'indicateur 3.3 et sur : <http://www.swisstph.ch/fr/sophya>

Autres résultats

A titre de complément à la figure A ci-dessus, la figure B montre d'autres différences concernant la qualité de vie, en fonction de divers critères. Au premier regard, il semble que les différences entre les groupes sont, globalement, plutôt faibles. Pourtant, certaines sont statistiquement significatives : en effet, les enfants âgés de plus de 10 ans, ceux qui résident en Suisse alémanique, ceux qui sont de nationalité suisse et ceux dont les parents possèdent une formation secondaire ou tertiaire ont une meilleure qualité de vie que les autres.

La figure C présente par ailleurs les données relatives à la qualité de vie dans différents domaines. Il est frappant de voir que les valeurs concernant le bien-être physique et mental sont supérieures à celles qui concernent des domaines spécifiques.

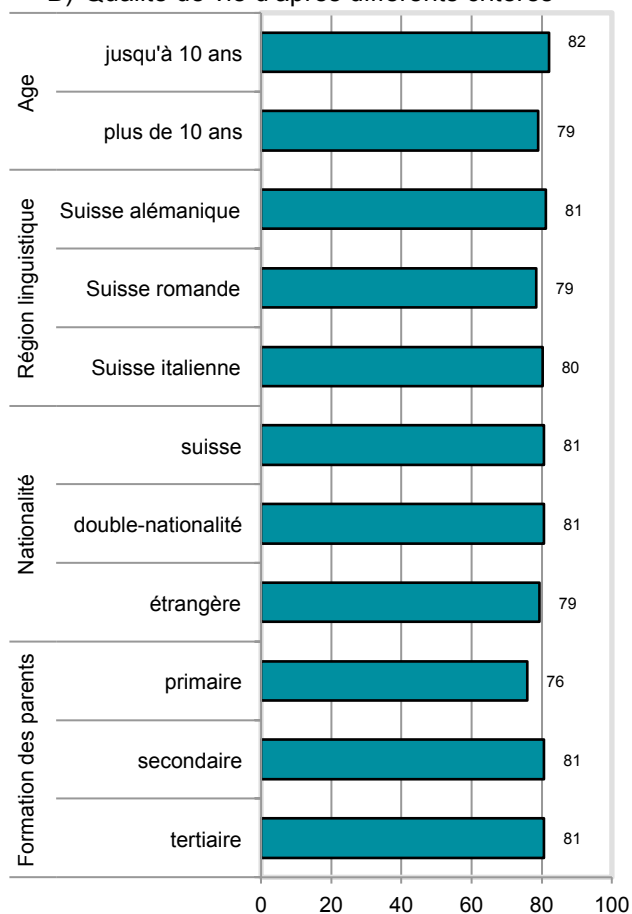
Des analyses détaillées de Bringolf-Isler et al. (2016) révèlent en outre une série de différences entre groupes d'enfants particuliers :

- Par rapport à leurs aînés, les jeunes enfants (jusqu'à 10 ans) affichent une meilleure qualité de vie dans le domaine « école/école enfantine » (84,9 vs. 73,1) et atteignent des valeurs statistiquement significatives plus élevées dans les domaines « bien-être physique » (85,6 vs. 81,6) et « estime de soi » (76,8 vs. 73,6).
- Outre Sarine, la qualité de vie semble être légèrement meilleure en matière de « bien-être physique » (84,3 vs. 82,6 en Suisse romande et 82,9 au Tessin). Par ailleurs, les enfants Romands sont moins bien lotis dans les domaines de la « famille » (75,7 vs. 82,8 en Suisse alémanique et 82,2 au Tessin) et de l'« école » (72,1 vs. 81,7 en Suisse alémanique et 80,1 au Tessin).
- Les enfants dont les parents n'ont suivi que la scolarité obligatoire atteignent des valeurs plus basses que les autres enfants dans les domaines « estime de soi » (71,7 vs. 75,2 resp. 75,6) et « famille » (75,8 vs. 81,6 resp. 80,4). S'agissant du critère « école », la qualité de vie augmente significativement en fonction du niveau de formation des parents (70,1 lorsque les parents ont une formation primaire, 78,4 lorsqu'ils ont une formation secondaire et 81,1 lorsqu'ils ont une formation du degré tertiaire).
- On ne note pas de différence sensible en fonction du sexe et de la nationalité.

Informations complémentaires

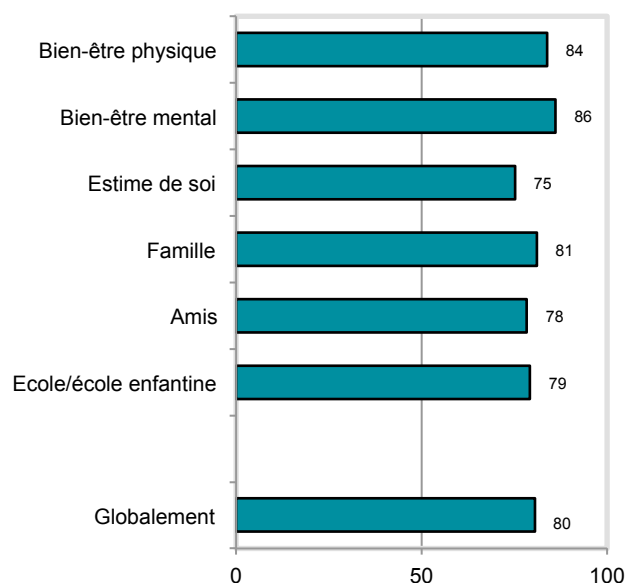
Cf. Voir les références indiquées plus haut ainsi que le site : <http://www.swisstph.ch/fr/sophya>

B) Qualité de vie d'après différents critères



Source : données supplémentaires relatives à l'étude de Bringolf-Isler et al. (2016) que les auteures ont aimablement mises à notre disposition.

C) Qualité de vie par domaine



Source : Bringolf-Isler et al. (2016), p.62

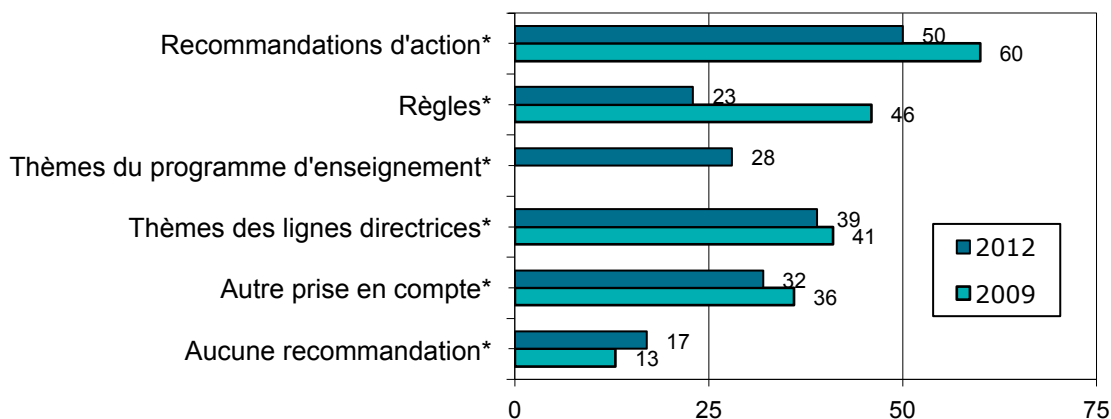
Domaine 6 : Conditions-cadres et offres

Indicateur 6.1 : Offres en matière d'alimentation et d'activité physique dans les cadres de vie spécifiques

Les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique concernent non seulement le comportement individuel et les modes de vie, mais ils s'intègrent dans des structures qui favorisent ou compliquent une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante. Une « prévention contextuelle » au sens d'une amélioration de ces structures peut être appliquée dans différents cadres de vie, à commencer par l'école ou le lieu de travail.

Pour l'instant, seules existent des données sur les offres et les mesures pour les écoles publiques en Suisse, où l'Institut de communication de la santé de l'Università della Svizzera italiana (ARCHE) a réalisé des enquêtes en 2009 et 2012.. Il ressort du graphique ci-dessous que la moitié des écoles sous revue seulement disposent de « recommandations d'action » concernant l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel sain et qu'il n'existe des règles formelles ou des programmes d'enseignement y relatives que dans la moitié des écoles. Seule une minorité d'une école sur six n'aborde pas ces thèmes en dehors de l'enseignement du sport et de l'économie familiale. L'étude ne s'étant pas adressée, en 2009 et en 2012, exactement au même cercle de participants, (24 cantons en 2009 contre 22 en 2012), la prudence s'impose pour l'interprétation des résultats. Il paraît toutefois que le travail de sensibilisation s'est ralenti entre 2009 et 2012, car la proportion d'écoles n'émettant aucune recommandation a augmenté.

A) Ancrage des thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel sain dans les écoles publiques suisses, 2009 et 2012 (plusieurs réponses possibles)



Source : Ehmg et al. (2009 : 32) et Dubowicz et al. (2013) ; réponses à la question de savoir si les thèmes sont ancrés au-delà de l'enseignement obligatoire du sport et de l'économie familiale à l'école

* Légende : Recommandations d'action : « Il existe des recommandations d'action pour les enseignants concernant le quotidien scolaire, p. ex., passer les pauses à l'extérieur ou préparer des repas sains pendant les camps de la classe. »

Règles : « Il existe des règles dans notre école sur les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel sain, p. ex., une interdiction des automates délivrant des boissons sucrées. »

Thèmes du programme d'enseignement : « Oui, un ou plusieurs de ces thèmes sont ancrés dans notre école d'une autre manière. » Cette réponse n'était pas proposée en 2009.

Thèmes des lignes directrices : « Un ou plusieurs de ces thèmes sont inscrits dans les lignes directrices, le programme pluriannuel ou annuel de l'école. »

Autre prise en compte : « Un ou plusieurs de ces thèmes sont ancrés dans notre école d'une autre manière. »

Aucune recommandation : « Il n'existe aucune règle ou recommandation en la matière dans notre école. »

Base de données

Les résultats se fondent sur des enquêtes auprès des responsables d'écoles publiques (école enfantine, école primaire, secondaire I) dans 24 cantons suisses (2009 : n = 1'383) et dans 22 cantons (2012 : n = 916) financées par Promotion Santé Suisse.

La composition du panel d'écoles ayant répondu à l'enquête ayant un peu changé, les résultats de ces deux études doivent être comparés avec prudence.

Des détails figurent dans :

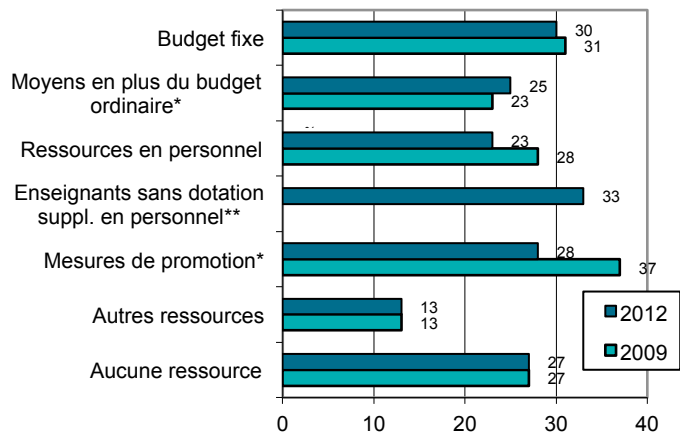
Emig et al. (2009) et Dubowicz et al. (2012);

Bibliographie : cf. page suivante

Autres résultats

La figure B montre avec quels moyens financiers et personnels les écoles sous revue soutiennent les domaines de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel sain. A peine un quart à un tiers de toutes les écoles mettent des moyens financiers ou personnels à disposition. Un bon quart de toutes les écoles ne mettent cependant aucun moyen spécifique en œuvre afin de promouvoir ces thèmes.

B) Mesures de promotion dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel sain dans les écoles publiques, 2009 et 2012



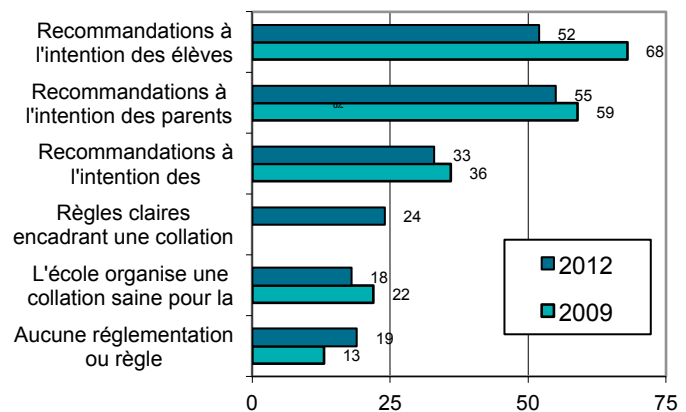
* Précisions: Moyens en plus du budget ordinaire: «Moyens qui sont à disposition en plus du budget ordinaire, p. ex., par Promotion Santé Suisse, le canton ou la commune»; Mesures de promotion: p. ex., formation continue des enseignants, en interne ou en externe, présentations à l'intention des parents.»

** Pas demandé en 2009.

La sensibilisation des écoles semble globalement importante. Plus de la moitié d'entre elles donnent en effet des recommandations à leurs élèves (cf. figure C). Le recul observé entre 2009 et 2012 s'explique sans doute par l'introduction de la nouvelle réponse « Règles claires », retenue par 24 % des sondés. Il n'en reste pas moins que la proportion d'écoles n'ayant rien entrepris à cet égard a légèrement progressé entre 2009 et 2012, passant de 13 % à 19 %.

En outre, un bon cinquième des écoles disposent d'une offre concrète de collation saine pendant la récréation.

C) Recommandations et réglementations pour une collation saine pendant la récréation dans les écoles publiques suisses, 2009 et 2012



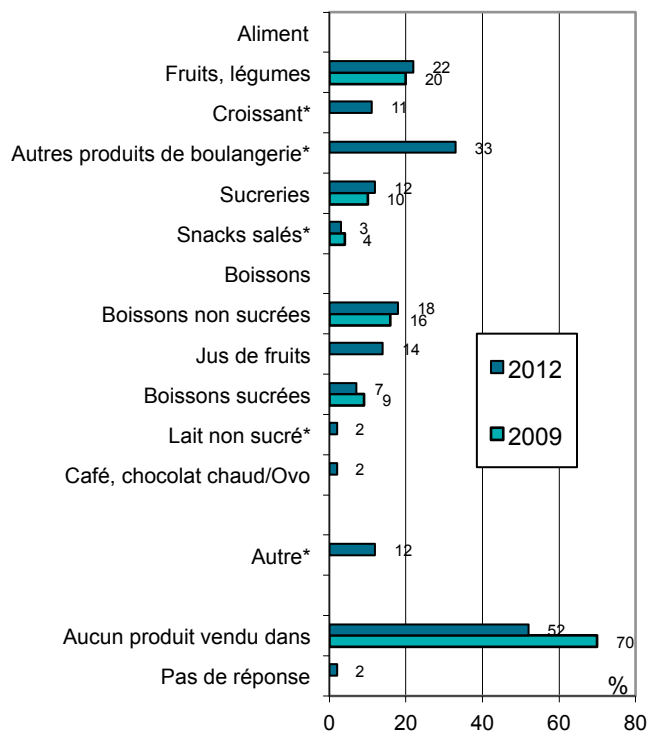
* Pas demandé en 2009.

Informations complémentaires :

Voir les indications bibliographiques à la page précédente.

Comme le révèle la figure D, seule une minorité d'écoles ont élaboré leur propre offre pour la collation. Lorsque de telles offres existent, elles ne satisfont pour l'instant qu'en partie aux exigences en matière de collation saine et équilibrée : les produits de boulangerie (petits pains, sandwiches) sont plus fréquemment à la carte que des fruits ou des légumes. De plus, les boissons non sucrées sont toujours en concurrence avec des boissons sucrées, lactées ou non.

D) Eventail de produits proposés aux élèves comme collation, 2009 et 2012 (Plusieurs réponses possibles, données en % de toutes les écoles)

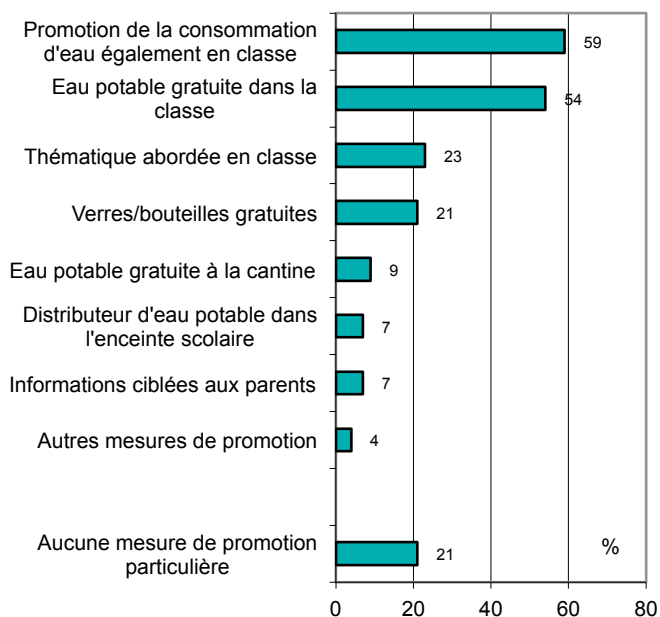


* Pas demandé en 2009 ; ** Catégorie de la réponse en 2009: « Aucun de ces produits »

En s'intéressant de plus près aux boissons de la figure E, on constate toutefois qu'une bonne moitié des écoles promeuvent la consommation d'eau y compris durant leurs cours. Ainsi, pas loin de 80 % des écoles interrogées ont pris différentes mesures dans ce sens.

A noter que nombre d'écoles ne se contentent pas d'encourager une alimentation saine, mais oeuvrent également dans la promotion de l'activité physique. Les indicateurs 6.4 (Offres d'activité physique pour les enfants et les adolescents) et 6.7 (Sports scolaires obligatoires) détaillent ce volet.

E) Promotion de la consommation d'eau, 2012 (Plusieurs réponses possibles, données en % de toutes les écoles)



Informations complémentaires :

Ehmig, Simone C., Cristina Furrer und Janine Lenares (2009): Bewegung und Ernährung an Schweizer Schulen. Lugano: Institut für Gesundheitskommunikation (ARCHE)

Dubowicz, A., A.-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amann et P.J. Schulz (2013) :

Activité physique et alimentation dans les écoles suisses. Résultats du deuxième sondage mené auprès des directions d'écoles en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein. Promotion Santé Suisse Document de travail 10, Lausanne et Berne

Indicateur 6.2 : Espaces et surfaces pour le sport

Précision : indicateur 5.11 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

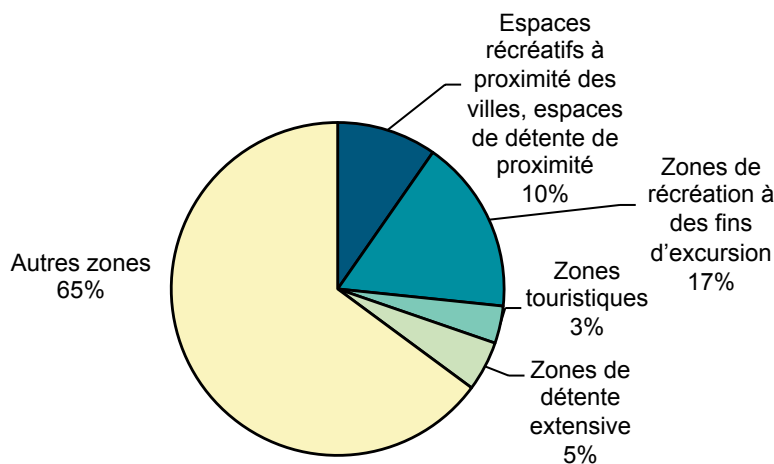
Pour la pratique d'activités sportives et physiques, l'infrastructure sportive formelle joue un rôle certain (voir indicateur 6.6), tout comme la possibilité d'utiliser des surfaces en plein air, à l'instar des forêts, prés, eaux libres ou montagnes, propices à diverses activités physiques (p. ex., randonnée, sports aquatiques). Il en va de même des chemins de randonnée pédestre et des pistes cyclables, qui mettent en valeur ces espaces.

Dans la Suisse fortement urbanisée, les « affectations structurelles favorables aux activités de plein air » revêtent une importance croissante, permettant de pratiquer des activités physiques dans l'environnement résidentiel. En font partie les zones de rencontre, les aires de jeux, les parcs, les pistes cyclables ou les espaces pour flâner à l'écart de la circulation routière.

La figure A montre la part de surfaces utilisables « en principe pour les activités sportives et physiques » en Suisse, d'après une analyse de l'Institut pour le tourisme (ITW) de la Haute école de Lucerne. Selon ce graphique, plus d'un tiers de la surface de la Suisse peut être identifiée comme « espace pour l'activité physique ». Ce faisant, les espaces récréatifs à proximité des villes et les zones de récréation à des fins d'excursion représentent plus du quart de la superficie totale.

Aucune donnée n'existe encore sur les affectations structurelles susmentionnées. Plusieurs villes de Suisse élaborent cependant des projets visant à promouvoir de telles structures. Ainsi, des données devraient être disponibles ces prochaines années.

A) Part des espaces récréatifs par rapport à la superficie totale de la Suisse, 2007



Source : ITW 2007

Base de données

La figure A se base sur l'étude « Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz », de l'ITW de Lucerne (2007).

D'autres données figurant dans le rapport détaillé de l'Observatoire Sport et activité physique proviennent des indicateurs du système suisse de surveillance du paysage (LABES), des rapports annuels de la Fédération suisse de tourisme pédestre et des statistiques de la fondation SuisseMobile.

Indicateur 6.3 : Actions du monde économique

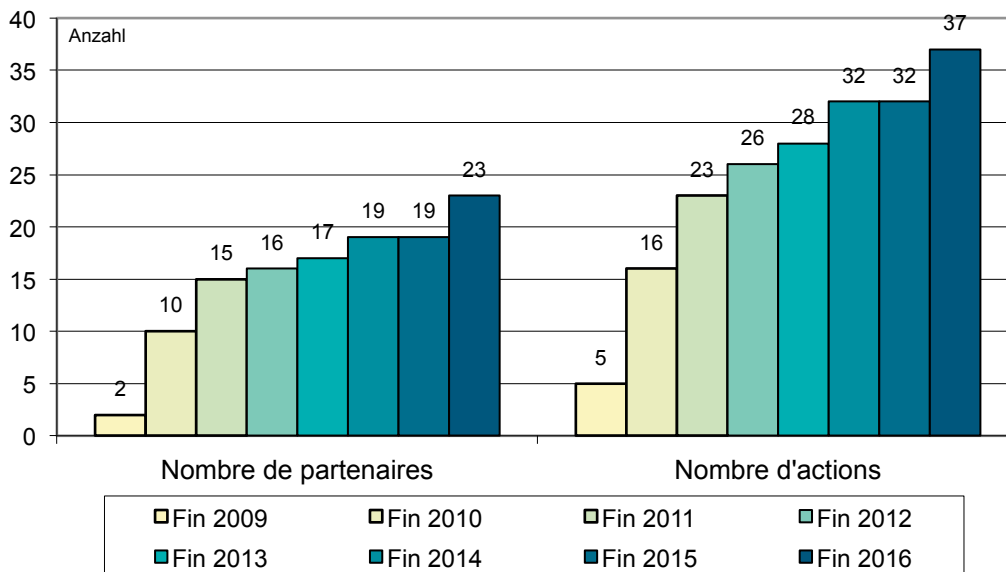
La capacité à s'alimenter de manière équilibrée et à exercer une activité physique suffisante dépend de l'offre proposée dans ces domaines. On entend par là des prestations telles que la mise à disposition d'infrastructures sportives et d'équipements favorisant l'activité physique qui soient facilement accessibles ou la disponibilité de denrées alimentaires à des conditions avantageuses qui favorisent une alimentation et un bilan énergétique équilibrés.

L'initiative actionsanté, mise en place par l'Office fédéral de la santé publique et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires, entend inciter les entreprises à améliorer ou à adapter leurs offres en matière d'alimentation et d'activité physique. Elle s'adresse à des entreprises qui formulent, sur une base volontaire, des « promesses d'action » et définissent des actions concrètes. En contrepartie, elles reçoivent un soutien technique et la possibilité d'utiliser le logo actionsanté dans le cadre de la communication de leur engagement.

Des actions peuvent être mises en place dans un des domaines suivants : 1) composition des denrées alimentaires et offres, 2) marketing et publicité, 3) promotion d'un environnement propice à l'activité physique et 4) compétences en matière de santé.

Comme le révèle la figure ci-dessous, actionsanté est parvenu à multiplier tant le nombre de ses partenaires (ils étaient deux lors de son lancement, 23 fin 2016) que celui des actions, passées de 5 à 37. 13 partenaires ont participé à la promesse d'action Swiss Pledge, aux termes de laquelle ils s'engagent à renoncer à certaines publicités s'adressant à des enfants de moins de douze ans. Leur collaboration avec actionsanté arrivait à terme fin 2014 et de nouvelles négociations sont en cours pour la suite.

A) Nombre cumulé de partenaires d'actionsanté, 2009 à fin 2016



Source : données actionsanté

Base de données

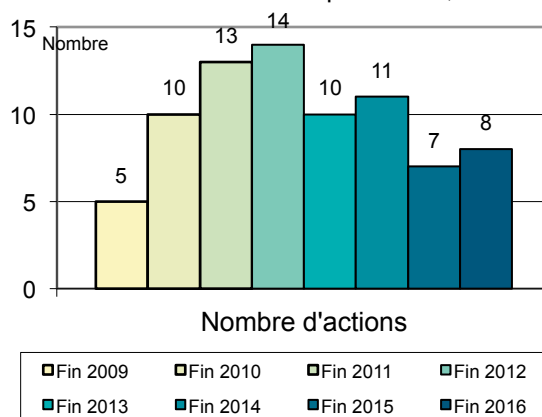
Données provenant de la direction du projet actionsanté.

Le détail du projet actionsanté, des promesses d'action et de la procédure d'admission se trouve sur le site Internet actionsanté, à l'adresse : www.actionsante.ch

Autres résultats

L'année 2015 a été marquée par un recul des actions en cours dû à la fin (provisoire) de la coopération avec Swiss Pledge, de même qu'à l'achèvement de certaines autres actions. Fin 2016, huit entreprises s'étaient ainsi engagées avec actionsanté, alors qu'entre 2010 et 2014, on décomptait au minimum dix actions par année.

B) Nombre d'actions en cours par année, 2009-2016

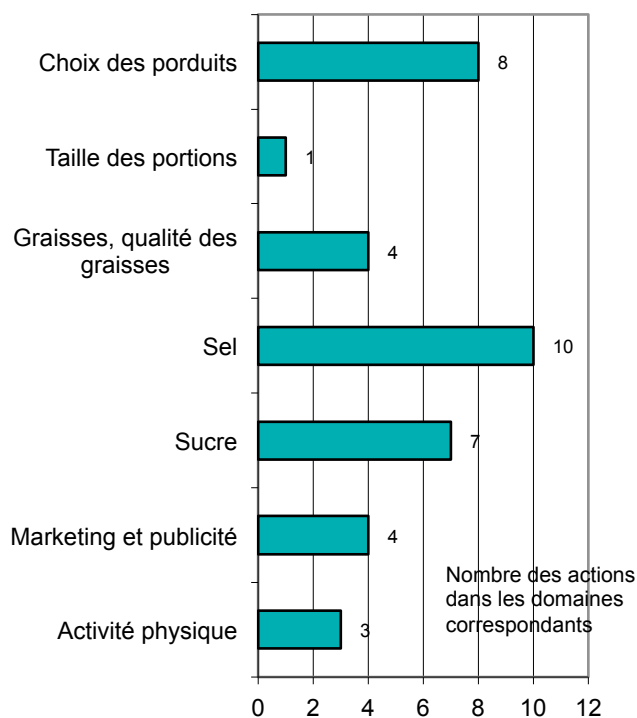


Remarque : les actions « Swiss Pledge » n'ont systématiquement été comptées qu'une seule fois.

Comme le révèle la figure C, les promesses d'action déposées à ce jour par les partenaires s'inscrivent pour l'essentiel dans le domaine « Composition des denrées alimentaires et offres » (sel, graisse et sucre). Notons que la réduction de la teneur en sel de certains aliments, que préconise également la Stratégie sel de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV (cf. indicateur 2.5), est au centre des préoccupations.

Précisons encore au sujet des actions relevant du domaine « Marketing et publicité » que l'initiative Swiss Pledge compte treize signataires.

C) Domaines d'action des organisations impliquées dans actionsanté (37 actions de 23 entreprises, état fin 2016)



Informations complémentaires :

Site Internet actionsanté :
www.actionsante.ch

Indicateur 6.4 : Offres d'activité physique pour les enfants et les adolescents

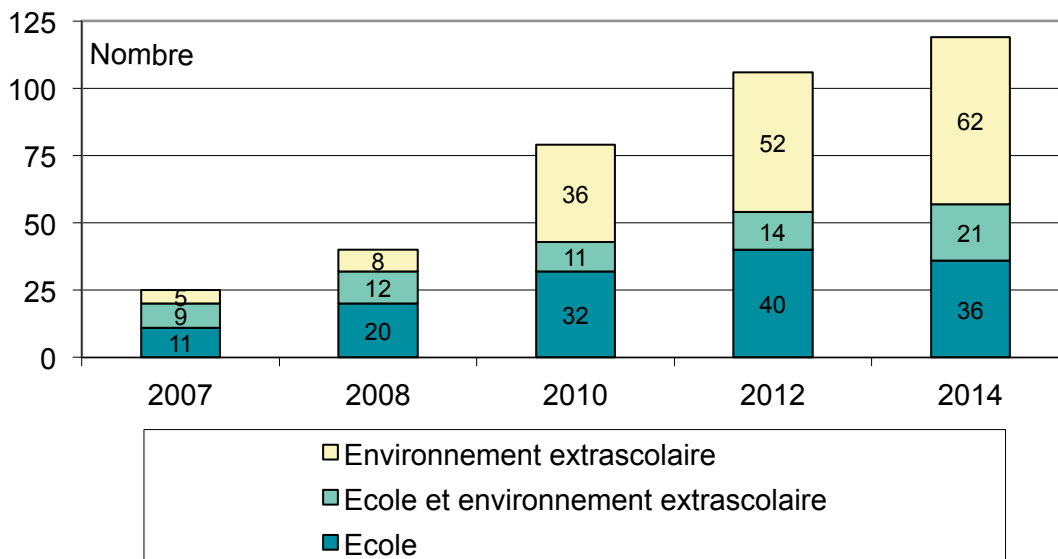
Précision : indicateur 1.6 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse. Les détails figurent sous : www.sportobs.ch.

La promotion de l'activité physique en dehors des cours obligatoires à l'école gagne en importance eu égard à l'environnement des enfants et des adolescents, de moins en moins propice à l'activité physique. Diverses campagnes et programmes de promotion de l'activité physique destinés aux enfants ont donc été lancés ces dernières années.

La figure A montre qu'en 2014, 119 projets de promotion de l'activité physique ont été enregistrés dans la banque de données de la Haute école fédérale de sport de Macolin (HEFSM). Depuis 2007, le nombre de projets enregistrés a presque quintuplé. La moitié de ces projets environ (52 %) porte sur le cadre extrascolaire (sous forme d'offres de conseil destinées aux parents d'enfants en bas âge ou aux familles issues de la migration), tandis que 36 projets (30 %) s'attachent à faire de l'école un partenaire important dans la promotion de l'activité physique et la place ainsi au centre des activités. Un sixième des projets lie l'environnement scolaire et extrascolaire en se conjugant au sport associatif.

Relevons toutefois que le diagramme de la figure A est un peu trompeur, et ce à deux titres : d'une part, il intègre tant les projets en cours que ceux qui ont déjà été menés à bien, de l'autre l'enregistrement des projets dans la banque de données est facultatif, si bien qu'il ne peut prétendre à l'exhaustivité.

A) Focalisation des programmes de promotion de l'activité physique enregistrés dans la banque de données de l'HEFSM, de 2007 à 2014



Source : Banque de données « Children on the Move » de l'OFSP

Base de données

Vue d'ensemble du projet dans la banque de données « Children on the Move » de l'OFSP.

D'autres informations figurent sur les sites Internet Observatoire Sport et activité physique Suisse (indicateur 1.5) et Promotion Santé Suisse (indicateur 3C).

Indicateur 6.5 : Offres d'activité physique pour les adultes

Précision : indicateur 1.8 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

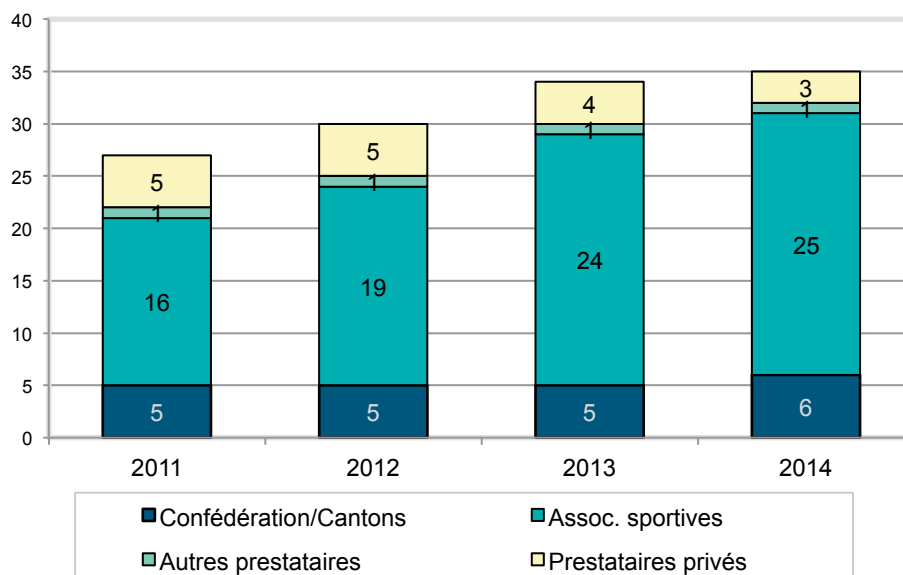
Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Le sport joue également un rôle déterminant à l'âge adulte, tant pour la promotion de la santé que de la prévention, si bien que la mise au point de conditions-cadre optimales s'impose.

Jusqu'à récemment, le sport des adultes était le parent pauvre de la politique suisse en matière de sport. En effet, les jeunes et les adolescents profitent d'activités variées dans le cadre de J+S, bénéficiant d'un soutien solide, et la Confédération s'est intéressée de près aux personnes âgées de 45 ans et plus, en mettant au point avec différentes organisations le projet « Sport des aînés ». Les adultes de moins de 45 ans n'entraient, eux, dans aucune de ces deux catégories. Conscient de cette lacune, l'Office fédéral du sport a lancé en 2009 avec différentes organisations partenaires un programme varié, baptisé « Sport des adultes Suisse », qui s'adresse aux personnes âgées de 20 ans et plus. La Confédération s'investit en particulier dans la coordination de la formation de base et de la formation continue des moniteurs de sport populaire, tandis que les organisations partenaires développent et conduisent les activités concrètes.

A ce jour, 35 organisations ont conclu une convention de partenariat avec le programme Sport des adultes Suisse, soit une de plus que l'année dernière. Comme le montre la figure ci-dessous (A), les associations sportives et les autres prestataires (à l'instar notamment de Pro Senectute) sont actuellement les plus nombreux ; précisons toutefois que six des organisations partenaires sont des organismes officiels et trois des fournisseurs privés.

A) Répartition des organisations partenaires de Sport des adultes Suisse selon le type d'organisation, 2011 à 2014



Source : Sport des adultes Suisse

Base de données

Données de Sport des adultes Suisse (esa), Office fédéral du sport (OFSP)

Indicateur 6.6 : Infrastructures sportives

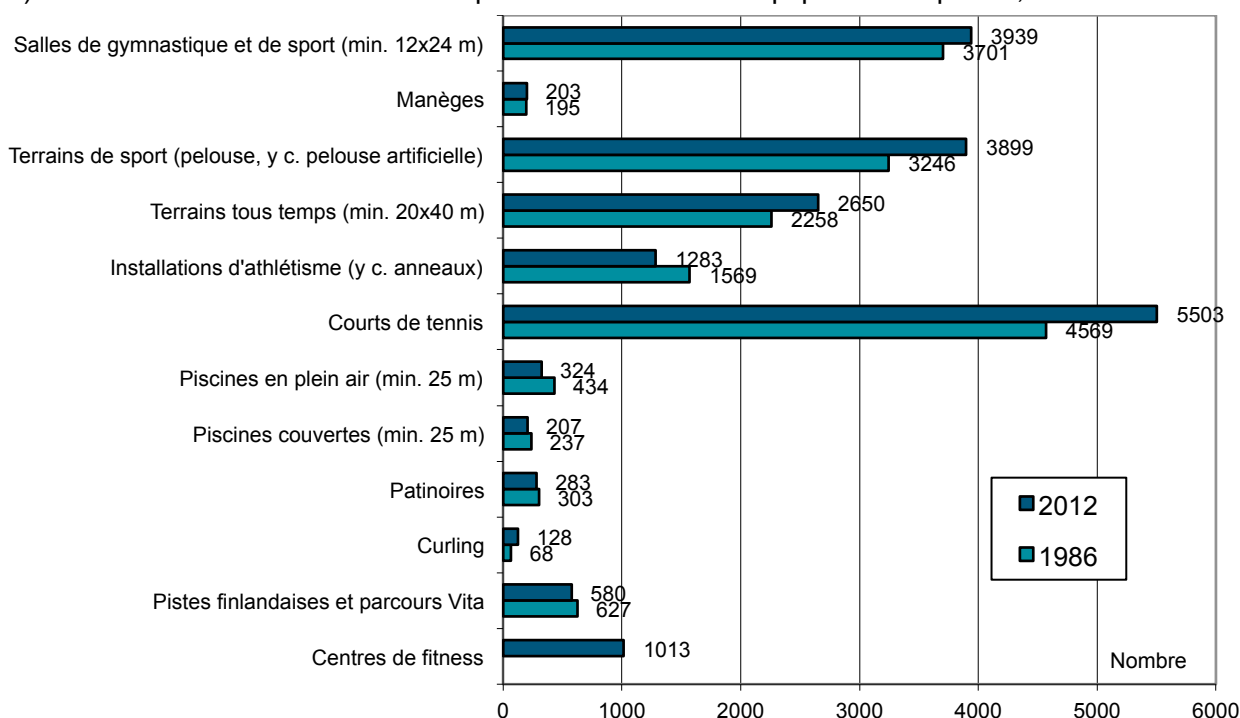
Précision : indicateur 5.10 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

Pour promouvoir le sport et les activités physiques, il est essentiel de disposer d'infrastructures sportives adaptées. Tandis que l'indicateur 6.2 renseigne sur les espaces publics propices à l'activité physique (chemins de randonnée pédestre et pistes cyclables compris), le présent indicateur porte sur les infrastructures sportives au sens strict.

L'Office fédéral de la statistique (OFS) ayant dressé ses dernières statistiques sur les installations sportives en 1986, l'Office fédéral du sport (OFSP) a traité le sujet à son tour avec de nouvelles études. D'après la plus récente d'entre elles, qui porte sur l'année 2012, il existe en Suisse près de 32 000 équipements* (salles et terrains de sport, installations de minigolf ou de tir). La figure ci-dessous montre que des changements significatifs se sont produits au cours des 26 dernières années : on note en effet que le nombre des installations de curling, des courts de tennis et des terrains de sport (pelouses) a considérablement augmenté tandis que celui des grandes piscines en plein air et des installations d'athlétisme a diminué. Une remarque s'impose au sujet des centres de fitness (tout en bas de la figure) : en 1986, ces installations ne faisaient pas encore partie du recensement puisqu'il n'en existait quasiment pas à l'époque.

A) Nombre d'installations en Suisse pour une sélection d'équipements sportifs, 1986 et 2012



Source : OFS (1989) et Balthasar et al. (2013). Les données concernant les piscines en plein air en 1986 ont été adaptées après consultation d'experts de l'OFSP.

* Dans l'étude de Balthasar et al. (2013), une distinction est opérée entre les équipements d'installations sportives (p. ex. un court de tennis unique) et les installations sportives (un club de tennis avec plusieurs courts).

Base de données

Office fédéral de la statistique (1989) : Salles de gymnastique et de sport en Suisse 1986. Berne : OFS.

Balthasar, Andreas, Oliver Bieri, Brigit Laubereau, Tobias Arnold, Heinz Rütter, Christian Höchli, Andreas Rieser, Jürg Stettler et Roger Wehrli (2013) : « Installations sportives en Suisse :

statistiques 2012 ». Lucerne, Rüschlikon: Interface, HSLU, Rütter+Partner.

Des informations complémentaires se trouvent sur le site Internet de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse (indicateur 5.10) et dans les différentes références mentionnées.

Indicateur 6.7 : Sports scolaires obligatoires

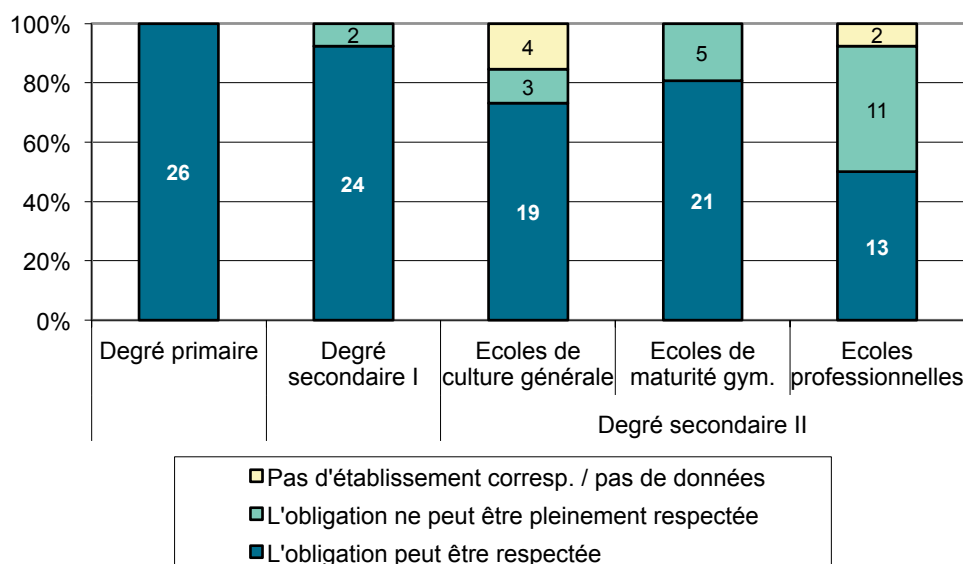
Précision : indicateur 2.1 de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

Les détails figurent à l'adresse : www.sportobs.ch

En Suisse, l'éducation physique est obligatoire pendant la scolarité. Depuis 1987, cette obligation est inscrite dans l'ordonnance sur l'encouragement du sport et de l'activité physique (ordonnance sur l'encouragement du sport, OESp). Elle a ensuite été confirmée en 2012, dans la nouvelle loi sur l'encouragement du sport, et définie comme suit : à l'école enfantine obligatoire ainsi que pendant les deux premières années du degré primaire (huit ans), il convient d'intégrer l'activité physique et le sport dans l'enseignement quotidien, sans modalités plus spécifiques. Aux degrés primaire et secondaire I, il convient de prévoir au moins trois périodes d'éducation physique par semaine et au degré secondaire II (gymnase ou école de culture générale) au moins 110 périodes par an, réparties de manière régulière. Dans le cas des formations initiales en entreprise (apprentissage), le nombre de périodes d'éducation physique dépend du nombre annuel de cours d'enseignement général et propre à la profession (< 520 cours ou ≥ 520 cours) : 40 périodes au moins par an dans le premier cas et 80 au moins dans le second. Pour les formations initiales en école, l'obligation est également d'au moins 80 périodes d'éducation physique par an.

Les données présentées dans la figure A reposent sur les informations fournies par les cantons dans le cadre de l'enquête 2014/15 de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP). Au degré primaire, l'obligation est respectée par tous les cantons et au degré secondaire I, par une grande majorité d'entre eux. Dans deux cantons (GE et JU), certains élèves du degré secondaire I n'ont que deux périodes d'enseignement physique par semaine. Dans quelques cantons, les écoles de culture générale (GE, NE, VD) et les écoles de maturité gymnasiale (GE, NE, TI, VD, VS) ne satisfont pas non plus cette exigence. Onze cantons indiquent que cette obligation est hors de portée dans les écoles professionnelles, en avançant souvent que le nombre de salles de sport à disposition est insuffisant.

A) Respect de l'obligation en matière d'éducation physique, par degré scolaire, pendant l'année 2014/2015 (nombre de cantons)



Source : Enquête CDIP/IDES 2014/2015 auprès des cantons.

Base de données

Les données pour l'année 2014/15 (figure A) proviennent de l'enquête CDIP/IDES 2014/15 auprès des cantons.

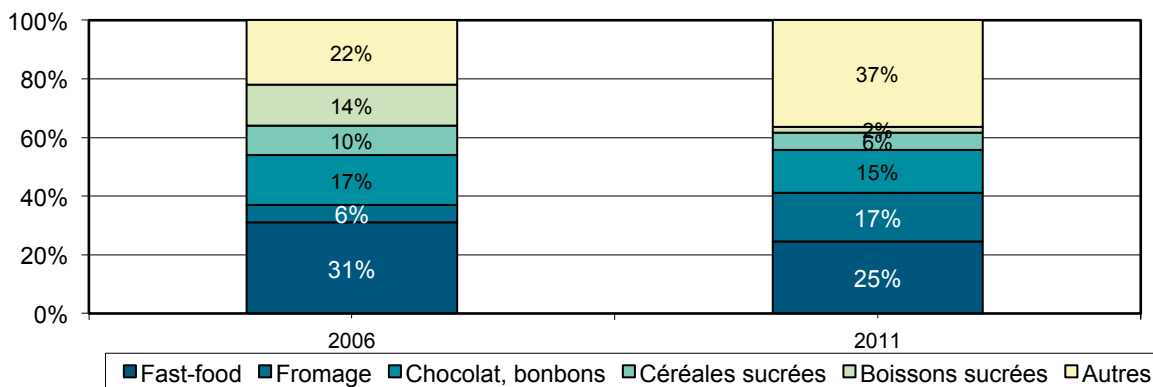
Des informations complémentaires se trouvent sur le site Internet de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse (indicateur 2.1).

Indicateur 6.8 : Publicité visant les enfants et les adolescents

Le comportement face à la télévision et, plus spécialement, la publicité télévisée peuvent exercer une influence sur les choix alimentaires des enfants, les principaux soupçons eu égard au surpoids chez les jeunes pesant sur les réclames vantant les mérites des produits riches en sucre et en matière grasse. En 2006, le contenu et la nature de la publicité a été étudiée dans le cadre du programme KIWI consacré au surpoids chez les enfants (KIWI 1), puis une deuxième étude a eu lieu en 2011 (KIWI 2). Entre ces deux études, quelques entreprises ont adhéré à la charte Swiss Pledge et se sont ainsi engagées à limiter leur publicité destinée aux enfants (voir aussi l'indicateur 6.3). Pourtant, seuls 20 % de la publicité télévisée pour des denrées alimentaires diffusée pendant les programmes pour enfants provient d'entreprises qui ont adhéré à Swiss Pledge. Plus des trois quarts de ces spots publicitaires ne sont pas conformes aux recommandations nutritionnelles des experts internationaux. Au total, la publicité représentait 11 % des émissions étudiées en 2011. Ainsi, un enfant qui regarde la télévision pendant une heure par jour voit près de 40 heures de publicité ou 6'750 spots publicitaires par an. Les denrées alimentaires se taillent la part du lion des annonces (24 %), suivis des jouets (12 %) et des services (9 %). Par rapport à la première étude KIWI, la part des publicités pour les denrées alimentaires a toutefois nettement diminué, perdant 13 %.

La figure A compare les produits sur lesquels portaient les publicités en 2006 et en 2011. La part du fast-food a fortement reculé alors que celle des produits fromagers a presque triplé. Un spot sur trois porte sur des produits peu bénéfiques pour la santé, comme les sucreries, les snacks salés et les boissons sucrées ou alcoolisées. Toutefois, la publicité consacrée aux boissons sucrées (un spot sur sept en 2006) a quasiment disparu en 2011 (1,9 %). Il pourrait s'agir là d'un effet positif de Swiss Pledge (voir aussi l'indicateur 6.3) ainsi que du recul général de la publicité pour les denrées alimentaires.

A) Importance relative des différentes catégories de denrées alimentaires dans la publicité diffusée sur les chaînes de télévision suisses pendant les émissions pour enfants, 2006 et 2011



Source : Etude KIWI, n 2006= 1'762, n 2011= 2'923. Seuls ont été pris en compte les produits représentant une part ≥ 3% en 2006 et 2011

Base de données

Les données sont tirées des première et deuxième études KIWI sur la publicité télévisée ciblant les enfants et les adolescents en 2006 et 2011 :

Pfenniger, B. (2013) : Publicités alimentaires à l'attention des enfants sur les chaînes de télévision suisses des trois régions linguistiques, octobre-novembre 2011. Etude KIWI 2. Fédération romande des consommateurs, Stiftung für Konsumentenschutz, Associazione consumatori e

consumatori della Svizzera italiana, Lausanne, Berne, Breganzona.

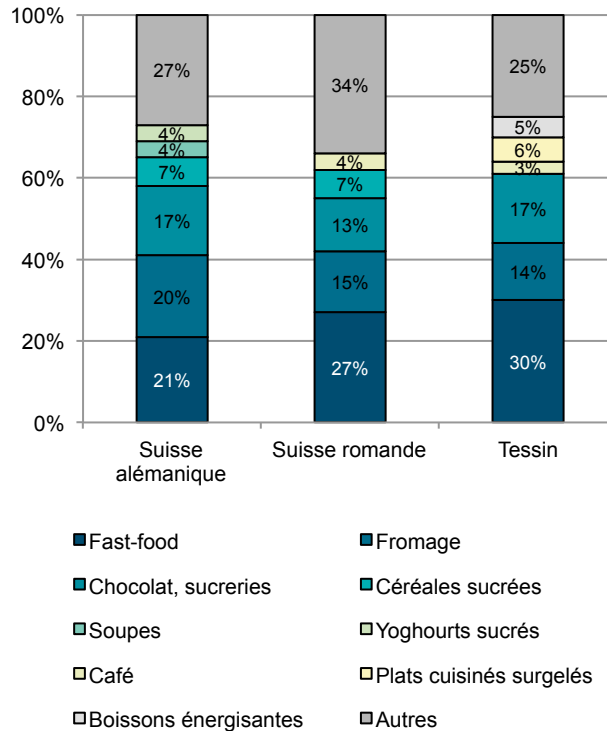
L'étude KIWI 2 a été réalisée en collaboration avec Simone Keller et Seraphina Zurbriggen, de l'Institute of Communication and Health (ICH), ainsi qu'avec le soutien de Promotion Santé Suisse et de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales.

Précision : Dans la mesure où elles portent sur des périodes différentes, les études KIWI 1 et KIWI 2 ne sont pas totalement comparables.

Autres résultats

Sur les six chaînes de télévision étudiées, deux étaient suisses romandes (RTS1 et RTS2), deux étaient suisses alémaniques (SF1 et SF2) et deux étaient suisses italiennes (RSI1 et RSI2). Bien que la figure B fasse état de quelques différences entre les régions linguistiques, les spots pour le fast-food, le fromage et les produits chocolatés représentaient plus de la moitié de la publicité diffusée dans toutes les régions pendant les périodes étudiées. Les spots portant sur le fast-food comme sur les céréales sucrées étaient diffusés principalement le matin, pendant les séries pour enfants. Presque aucune publicité pour des fruits ou des légumes n'a été observée.

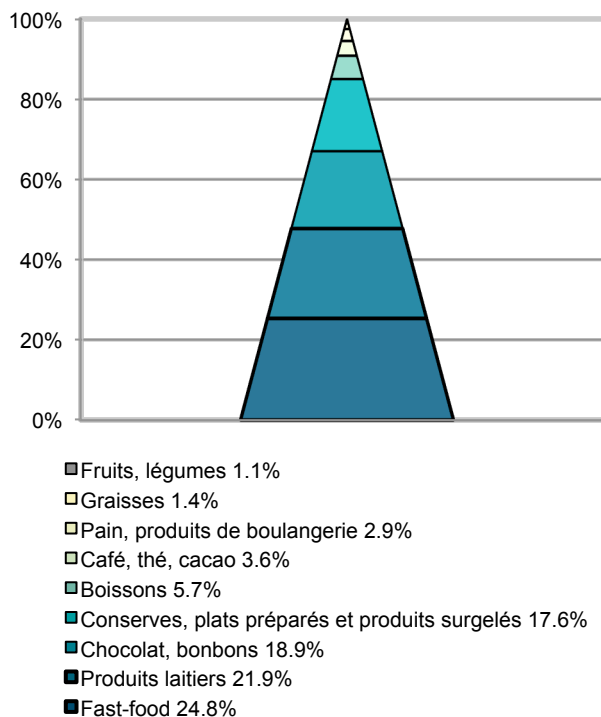
B) Importance relative des catégories de denrées alimentaires dans la publicité sur les chaînes régionales, 2011



Source : KIWI 2 2012. Seuls ont été pris en compte les produits représentant une part $\geq 3\%$

Si les enfants ou leurs parents composaient leur alimentation en fonction de la fréquence de diffusion des publicités pour des denrées alimentaires, cela donnerait la pyramide alimentaire représentée à la figure C. Près d'un quart de l'alimentation se composerait de fast-food et un cinquième de sucreries. Les fruits ou les légumes seraient quasiment absents des assiettes. La pyramide alimentaire serait pour ainsi dire inversée par rapport à une alimentation équilibrée.

C) Pyramide alimentaire selon la publicité télévisée, 2011



Informations complémentaires :

Voir les précisions concernant la base de données.

Source : KIWI 2 2012

Annexe : Aperçu des précédentes mises à jour du recueil d'indicateurs

Tableau A.1 : Aperçu des mises à jour et compléments apportés au système d'indicateurs du MOSEB de décembre 2009 à mai 2010

N°	Indicateur	Modifi- cation	Commentaire
-	Modifications d'ordre général		<ul style="list-style-type: none"> On renonce à faire la distinction entre indicateurs directeurs et majeurs, seule reste la différence entre indicateurs majeurs et complémentaires. Le tableau 1 ne fait plus seulement la distinction entre indicateurs disponibles et manquants, mais mentionne aussi le degré de complétude des indicateurs existants.
CS.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels	Act	Complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe » par le biais du Recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
CS.2	Perception et compréhension des thèmes actuels dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique	Act	Légèrement complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe » par le biais du Recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
CS.4	Connaissance des rapports A&AP et poids corporel	Act	Complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe »
CS.5	Obstacles à une alimentation saine	Act	Complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe »
CS.6	Connaissance des recommandations nutritionnelles	Act	Complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe »
CS.1 0	Rapport A&AP	Act	Intégration des résultats du monitoring des médias de Promotion Santé Suisse par le biais du Recueil d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
A.2	Consommation de denrées alimentaires	Nouveau	Première version sur la base du 5 ^e rapport sur la nutrition en Suisse
A.5	Consommation de sel	Nouveau	Première version sur la base des données du Bus santé (étude de Beer-Borst et al. 2009)
A.6	Comportement quant à la manière de cuisiner		Indicateur non disponible ; de nouvelles données sont prévues sur le comportement quant à la manière de cuisiner pour l'automne 2010
A.9	Petit-déjeuner et autres repas	Act	Complété avec des données de l'étude Coop « Les tendances alimentaires sous la loupe »
AP.1	Comportement en matière d'activité physique	Act	Intégration d'un lien supplémentaire vers le recueil d'indicateurs de l'Obsan
AP.4	Activité physique au travail, durant les loisirs et sur les trajets quotidiens	Act	Suppression du renvoi à l'Obsan, car les informations correspondantes n'y sont pas accessibles
PC.1	IMC de la population (données d'enquête)	Act	Mise à jour du lien vers l'indicateur de l'Obsan
PC.3	IMC enfants / adolescents	Act	Mise à jour avec les données de l'année scolaire 2008/2009

Tableau A.1 (suite)

N°	Indicateur	Modifi- cation	Commentaire
PC.7	Contrôle / changement de poids	Act	Complété avec des données sur le comportement en matière de régime et nouveau titre
ES.1	Maladies non transmissibles	Act	Modification de la structure ; le graphique principal renvoie désormais aux traitements et diagnostics ; intégration d'un lien supplémentaire vers le recueil d'indicateurs de l'Obsan et de l'OFS
ES.3	Aptitude physique des personnes âgées au quotidien	Act	Mise à jour du lien vers le recueil d'indicateurs de l'Obsan
ES.4	Accidents et lésions liés à la pratique du sport	Act	Mise à jour par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique
ES.5	Etat de santé subjectif	Act	Mise à jour du lien vers le recueil d'indicateurs de l'Obsan
ES.7	Coûts du surpoids et de l'obésité	Nouveau relevé	Nouveau relevé sur la base des études de HealthEcon
CC.3	Actions économie / institutions	Nouveau	Première version avec des données d'actionsanté
CC.4	Offres A&AP dans les cadres de vie spécifiques	Nouveau	Première version avec des données concernant les écoles sur la base de l'étude de l'ARCHE Lugano
CC.8	Sports scolaires obligatoires	Act	Mise à jour par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique

Tableau A.2 : Aperçu des mises à jour et compléments apportés au système d'indicateurs du MOSEB de juin 2010 à janvier 2011

N°	Indicateur	Modification	Commentaire
	Modifications d'ordre général		Une annexe a été ajoutée, décrivant les étapes d'actualisation précédentes
CS.2	Perception et compréhension des thèmes A&AP	Act.	Actualisation grâce à une enquête au sein de la population en 2009 par Promotion Santé Suisse
CS.4	Connaissance des rapports A&AP	Act.	Actualisation grâce à une enquête au sein de la population en 2009 par Promotion Santé Suisse
CS.5	Obstacles à une alimentation saine	Act.	Extension avec des données de l'étude-pilote NANUSS (figure G)
CS.6	Connaissance des recommandations nutritionnelles	Act.	Actualisation grâce à une enquête au sein de la population en 2009 par Promotion Santé Suisse et extension sur la base de l'étude-pilote NANUSS (figure G)
CS.7	Perception / information offre alimentaire	Act.	Ajout de chiffres sur la prise en compte des valeurs nutritives provenant de l'étude-pilote NANUSS et sur la préférence pour différents systèmes d'étiquetage provenant d'une étude de la Société suisse de nutrition (SSN)
A.5	Consommation de sel	Act.	Ajout de chiffres sur l'action de resaler provenant de l'étude NANUSS
A.6	Habitudes culinaires	Nouveau	Nouvel indicateur sur la base de l'étude de Coop « Tendances alimentaires sous la loupe » et l'étude-pilote NANUSS
PC.1	IMC adultes (données tirées d'enquêtes)	Act.	Adaptation des limites d'âge : désormais, l'échantillonnage se fait à partir de 18 ans (au lieu de 15 jusqu'à présent)
PC.2	IMC adultes (mesure directe)	Nouveau	Nouvel indicateur sur la base des données de la population genevoise de l'étude Bus Santé 1993-2007
PC.5	Satisfaction poids adultes	Act.	Actualisation grâce à une enquête au sein de la population en 2009 par Promotion Santé Suisse
PC.7	Changement / contrôle de poids	Act.	Bref rajout avec les chiffres sur les contrôles de poids provenant de l'étude-pilote NANUSS
ES.1	Maladies non transmissibles	Act.	Ajout sur la base des données de la population genevoise tirées de l'étude Bus Santé 1993-2007
CC.2	Espaces et surfaces pour le sport	Nouveau	Nouvel indicateur provenant de l'Observatoire Sport et activité physique Suisse
CC.3	Actions du monde économique	Act.	Ajout et actualisation sur la base des données actuelles d'actionsanté

Tableau A.3 : Aperçu des mises à jour et compléments apportés au système d'indicateurs du MOSEB de janvier à octobre 2011

N°	Indicateur	Modification	Commentaire
	Modifications d'ordre général		Nouvelle numérotation et réorganisation des indicateurs
CS.2	Perception et compréhension des thèmes A&AP	Suppr.	Suppression et intégration aux indicateurs 1.5 et 1.7
AP.8	Affiliation centres de fitness / clubs	Suppr.	Suppression et intégration au nouvel indicateur 3.5 « Activité sportive »
AP.5	Comportement en matière d'AP : force et mobilité	Suppr.	Suppression, car aucun résultat nouveau n'est attendu dans les années à venir
PC.9	IMC jeunes adultes	Suppr.	Suppression et intégration aux indicateurs 4.3 et 4.8
CC.1	Offres de prévention	Suppr.	Suppression, car il est peu probable que des données soient collectées ces prochaines années
2.2	Comportement alimentaire des enfants et adolescents	Act.	Intégration des données de l'étude HBSC 2010 ; actualisation par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires	Act.	Actualisation sur la base de l'EBM 2008 par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
3.2	Comportement des enfants / adolescents en matière d'AP	Act.	Intégration des données de l'étude HBSC 2010 ; actualisation par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
3.5	Activité sportive	Nouveau	Nouvel indicateur ; il existe une première version qui sera enrichie en 2012 par l'Observatoire Sport et activité physique
3.6	Position assise ou repos	Nouveau	Nouvel indicateur préparé ; les données de l'Enquête Omnibus OFSP suivront en 2012
3.7	Performance sportive des jeunes adultes	Nouveau	Nouvel indicateur de l'Observatoire Sport et activité physique en collaboration avec l'OFSP
4.2	IMC enfants et adolescents	Act.	Actualisation par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
4.3	IMC adultes (mesure directe)	Act.	Actualisation avec des données historiques relatives aux conscrits (par le biais de l'indicateur 2B de Promotion Santé Suisse)
6.3	Actions du monde économique	Act.	Actualisation
6.5	Offre d'activité physique pour adultes	Act.	Actualisation par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique

Tableau A.4 : Aperçu des actualisations et ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre octobre 2011 et juin 2012

N°	Indicateur	Type de modification	Commentaire
1.4	Obstacles à une alimentation saine	Act.	Commentaire supplémentaire sur le rapport entre obstacles et migration
2.2	Comportement alimentaire des enfants et adolescents	Act.	Actualisation sur la base d'une enquête de Promotion Santé Suisse
2.5	Consommation de sel	Act.	Ajout de données tirées de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse
2.8	Micronutriments	Nouveau	Nouvel indicateur sur la base de l'étude-pilote NANUSS, de l'étude de l'OFSP sur le statut en sélénium et du 5 ^e rapport sur la nutrition en Suisse
2.9	Petit-déjeuner et autres repas	Act.	Ajout de données tirées de l'étude HBSC 2010
3.2	Comportement des enfants et adolescents en matière d'activité physique	Act.	Actualisation sur la base d'une enquête de Promotion Santé Suisse
3.4	Activité physique au travail, durant les loisirs et sur les trajets quotidiens	Act.	Actualisation sur la base de l'Enquête Omnibus 2011 de l'OFS (GPAQ)
3.5	Activité sportive	Act.	Actualisation par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique suisse
3.6	Position assise ou repos	Nouveau	Ajout de données tirées de l'Enquête Omnibus 2011 de l'OFS (GPAQ)
3.8	Participation aux activités J+S	Act.	Actualisation par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique suisse
4.1	IMC adultes	Act.	Actualisation sur la base de l'Enquête Omnibus 2011 de l'OFS (GPAQ)
4.2	IMC des enfants et adolescents	Act.	Actualisation par le biais de Promotion Santé Suisse sur la base du Monitoring IMC des villes de Bâle, Berne et Zurich, année scolaire 2010/11
4.3	IMC adultes (mesure directe)	Act.	Ajout de données tirées de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse
4.4	Tour de ventre / WHR	Nouveau	Données tirées de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse
4.6	Satisfaction poids enfants/adolescents	Act.	Ajout de données tirées de l'étude HBSC 2010, par le biais de Promotion Santé Suisse
5.1	Maladies non transmissibles	Act.	Ajout de données sur l'hypertension tirées de l'étude de l'OFSP sur la consommation de sel de la population suisse
5.6	Accidents et lésions liés à la pratique du sport	Act.	Actualisation par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique suisse
5.8	Troubles du comportement alimentaire	Nouveau numéro	Nouveau numéro (anciennement indicateur 2.8) et classement dans un autre domaine ; ajout de données tirées de l'étude de l'OFSP sur la prévalence des troubles du comportement alimentaire
6.3	Actions du monde économique	Act.	Actualisation sur la base des données provenant de la direction du projet d'actionsanté

Tableau A.5 : Aperçu des actualisations et ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre juin 2012 et janvier 2013

N°	Indicateur	Type de modification	Commentaire
1.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels	Act.	Ajout d'un petit nombre de données tirées de la méta-analyse de la SSN
1.6	Perception de l'offre alimentaire	Act.	Ajout de données tirées de l'étude MACH Consumer et de l'étude de l'EPFZ sur la consultation des valeurs nutritionnelles figurant sur les emballages
2.1	Comportement alimentaire des adultes	Act.	Ajout de données sur la corrélation entre la consommation de fruits et légumes et le contexte migratoire par le biais de Promotion Santé Suisse
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires	Act.	Ajout de données tirées de l'EBM 2010 par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
2.4	Consommation de denrées alimentaires	Act.	Actualisation sur la base du 6 ^e rapport sur la nutrition en Suisse
2.6	Habitudes culinaires	Act.	Ajout de données tirées du panel suisse sur l'alimentation de l'EPFZ
2.7	Allaitement	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire
2.8	Micronutriments	Act.	Ajout de données tirées du 6 ^e rapport sur la nutrition en Suisse
2.10	Apport en énergie et en nutriments	Nouveau	Nouvel indicateur reposant sur le 6 ^e rapport sur la nutrition en Suisse
3.1	Comportement des adultes en matière d'activité physique	Act.	Graphique principal modifié pour concorder avec celui de l'Observatoire du sport
3.2	Comportement des enfants et adolescents en matière d'activité physique	Act.	Ajout de données sur le niveau quotidien d'activité physique et sur 1994 par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
3.4	Activité physique sur les trajets	Act.	Actualisation sur la base du micro-recensement de 2010 sur le comportement en matière de transports
4.1	IMC adultes	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire
4.5	Satisfaction des adultes de son propre poids corporel	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
4.7	Désir de changer de poids et expérience en matière de régime	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire tirées de l'ESS 2007
4.8	IMC moyen dans le sous-groupe des personnes en surpoids	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
5.1.	Maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation et l'activité physique	Act.	Modification du texte d'introduction ; ajout de résultats supplémentaires et de liens sur le diabète, les maladies cardiovasculaires ainsi que la consommation de tabac et d'alcool
5.7	Bien-être psychique	Act.	Ajout d'un petit nombre de données sur le contexte migratoire tirées de l'ESS 2007
6.3	Actions du monde économique	Act.	Actualisation, état automne 2012
6.8	Publicité ciblant les enfants et les adolescents	Nouveau	Nouvel indicateur reposant sur les études KIWI

Tableau A.6 : Aperçu des actualisations et ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre février 2013 et janvier 2014

N°	Indicateur	Type de modification	Commentaire
1.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels	Act.	Ajout de données de l'enquête auprès de la population que Promotion Santé Suisse a menée 2012 (PS CH), via le recueil des indicateurs PS CH
1.3	Connaissance des rapports entre l'alimentation et l'activité physique	Act.	Ajout de données de l'enquête auprès de la population 2012 de PS CH
2.3	Dépenses pour denrées alimentaires choisies	Act.	Actualisation sur la base de l'EBM par le biais du recueil des indicateurs PS CH
2.11	Boissons sucrées	Nouveau	Nouvel indicateur sur la base des données de l'enquête HBSC et de l'enquête 2012 de Promotion Santé Suisse
2.12	Végétarisme	Nouveau	Nouvel indicateur basé essentiellement sur les ESS 1997-2007
3.1	Comportement des adultes en matière d'activité physique	Act.	Actualisation sur la base de l'ESS 2012 par le biais de l'Observatoire du sport
4.2	IMC des enfants	Act.	Ajout de données du Monitoring IMC 2011/12 ainsi que des résultats de l'étude sur l'IMC de l'EPFZ et du Monitoring IMC comparatif de huit villes et cantons, par le biais du recueil d'indicateurs PS CH
4.3	IMC des adultes, calcul direct	Act.	Ajout de résultats de l'étude de Staub et al. (2013)
4.5	Satisfaction de son propre poids	Act.	Ajout de données de l'enquête auprès de la population 2012 de PS CH par le biais du recueil d'indicateurs de PS CH
5.1.	Maladies non transmissibles liées à l'alimentation et à l'activité physique	Act.	Ajout de l'incidence des cancers du côlon, 1986/90 à 2006/10 sur la base des données de l'OFS.
5.6	Accidents sportifs et blessures	Act.	Actualisation par l'Observatoire du sport
6.1	Offres A&AP dans les cadres de vie spécifiques	Act.	Actualisation sur la base du sondage auprès des écoles 2012 mené par Promotion Santé Suisse
6.2.	Espaces et surfaces pour le sport	Act.	Légère actualisation par l'Observatoire du sport
6.3	Actions du monde économique	Act.	En collaboration avec actionsanté
6.4	Offre d'activité physique enfants et adolescents	Act.	Ajout sur la base du sondage auprès des écoles 2012 mené par Promotion Santé Suisse, par le biais de l'Observatoire du sport
6.7	Sports scolaires obligatoires	Act.	Ajout sur la base du sondage auprès des écoles 2012 mené par PS CH, par le biais de l'Observatoire du sport

Tableau A.7 : Aperçu des actualisations et des ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre février et août 2014

N°	Indicateur	Type de modification
1.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
1.2	Raisons de pratiquer un sport	Résultats tirés de Sport Suisse 2014
1.4	Obstacles à une alimentation saine	Résultats tirés de l'ESS 2012
1.7	Connaissances des recommandations en matière d'activité physique	Données tirées des ESS 2007 et 2012 et données traitées à partir de Sport Suisse 2008
1.8	Perception du sport	Résultats tirés de Sport Suisse 2014, par le biais de l'Observatoire du sport
2.1	Comportement alimentaire de la population adulte	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
2.7	Allaitement	Résultats tirés de l'ESS 2012
2.11	Boissons sucrées	Les chiffres d'un nouveau rapport de Promotion Santé Suisse (2013) ont été repris
2.12	Végétarisme	Résultats tirés de l'ESS 2012 et informations légèrement complétées
3.1	Comportement de la population adulte en matière d'activité physique	Adaptation des résultats des ESS 2002-2012 par le biais de l'Observatoire du sport
3.4	Activité physique sur les trajets	Résultats tirés de l'ESS 2012
3.5	Activité sportive	Résultats tirés de Sport Suisse 2014, par le biais de l'Observatoire du sport
3.6	Sédentarité	Résultats tirés de l'ESS 2012
3.8	Participation à J+S	Actualisation par l'Observatoire du sport
4.1	IMC des adultes (données tirées d'une enquête)	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
4.2	IMC des enfants et des adolescents (calcul direct)	Légères adaptations
4.5	Satisfaction de son propre poids des adultes	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
4.7	Souhait de modifier son propre poids et expériences de régimes	Résultats tirés de l'ESS 2012
4.8	IMC moyen dans le sous-groupe des personnes en surpoids	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
5.1	Maladies non transmissibles	Résultats tirés de l'ESS 2012 ainsi que du système d'indicateurs de l'Obsan
5.2	Coûts du surpoids et de l'obésité	Actualisation sur la base de l'étude de Schneider et Venetz (2014)
5.3	Etat de santé auto-évalué	Résultats tirés de l'ESS 2012
5.4	Rapport santé, alimentation et mouvement	Résultats tirés de l'ESS 2012
5.5	Indépendance physique	Résultats tirés de l'ESS 2012, par le biais du monitoring PS CH
5.7	Bien-être psychique	Résultats tirés de l'ESS 2012
5.9	Coûts de l'inactivité physique	Nouvel indicateur sur la base de Mattli et al. (2014)
6.3	Actions du milieu économique	Actualisation sur la base des données d'actionsanté

Tableau A.8 : Aperçu des actualisations et des ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre septembre 2014 et le printemps 2015

N°	Indicateur	Type de modification
1.1	Alignement du comportement alimentaire sur les messages nutritionnels	Adaptation mineure du texte introductif et actualisation sur la base de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS, par le biais du système d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
1.3	Connaissance sur les rapports entre alimentation, activité physique et poids corporel sain	Résultats tirés de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
1.4	Obstacles à une alimentation saine	Adaptation mineure du texte avec des renvois vers les indicateurs 1.5 et 1.6 et modification des graphiques D et E
1.5	Connaissance des recommandations nutritionnelles	Résultats tirés de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
1.6	Perception de l'offre alimentaire et des informations concernant les denrées alimentaires	Résultats tirés de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires	Intégration des résultats de l'EBM 2012, par le biais du système d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
2.5	Consommation de sel	Ajout mineur sur la base de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
2.6	Comportement culinaire	Résultats tirés de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
2.7	Allaitement	Actualisation sur la base de l'étude SWIFS
2.8	Micronutriments	Ajouts sur la base de l'Enquête Omnibus 2014 et de l'étude SWIFS
2.9	Petit déjeuner et autres repas	Résultats tirés de l'Enquête Omnibus 2014 de l'OFS
3.2	Comportement des enfants et adolescents en matière d'activité physique	Petit ajout dans le texte sur la base de l'étude Sport Suisse 2014
3.6	Sédentarité	Résultats supplémentaires tirés de l'ESS 2012
3.7	Performance sportive des jeunes adultes	Actualisation avec de nouvelles données de l'OFSPPO, par le biais de l'Observatoire sport et activité physique Suisse
4.2	IMC enfants et adolescents (mesure directe)	Actualisation par le biais du système d'indicateurs de Promotion Santé Suisse
4.3	IMC adultes (mesure directe)	Petit ajout sur la base de résultats datant de 2013 (Staub und Rühli 2014)
5.7	Bien-être psychique	Ajout de données tirées du Panel suisse des ménages (2012, 2013)
6.3	Actions du milieu économique	Actualisation à fin 2014
6.4	Offres d'activité physique enfants et adolescents	Actualisation par le biais de l'Observatoire sport et activité physique Suisse
6.5	Offres d'activité physique pour adultes	Actualisation par le biais de l'Observatoire sport et activité physique Suisse

Tableau A.9 : Aperçu des actualisations et des ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre juillet 2015 et mars 2016

Nr.	Indikator	Art der Änderung
2.2	Comportement alimentaire des enfants et adolescents	Intégration des données de l'étude HBSC 2014 ; actualisation par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse
2.9	Petit-déjeuner et autres repas	Intégration des données de l'étude HBSC 2014
2.11	Boissons sucrées	Intégration des données de l'étude HBSC 2014
3.2	Comportement des enfants et des adolescents face à l'activité physique	Intégration des données de l'étude HBSC 2014 ; actualisation par le biais de l'Observatoire Sport et activité physique
4.6	Satisfaction des enfants et des adolescents de son propre poids corporel	Intégration des données de l'étude HBSC 2014 ; actualisation par le biais du monitoring de Promotion Santé Suisse

Tableau A.10 : Aperçu des actualisations et des ajouts au système d'indicateurs MOSEB entre mars et mai 2016

N°	Indicateur	Type de modification
2.3	Dépenses pour certaines denrées alimentaires	Mise à jour avec les données de l'EBM 2013 (via Promotion Santé Suisse)
2.9	Petit-déjeuner et autres repas, adultes	Les données concernant les enfants sont déplacées à l'indicateur 2.10.
2.10	Petit-déjeuner et autres repas, enfants et adolescents	Nouvel indicateur résultant du déplacement des données correspondantes à l'indicateur 2.9
2.11 2.12 2.13	Apport en énergie et en nutriments Boissons sucrées Végétarisme	Nouveaux numéros résultant de l'insertion du nouvel indicateur 2.10
3.3	Comportement en matière d'activité physique : mesures objectives	Mise à jour sur la base de l'étude SOPHYA
3.7	Sédentarité, enfants et adolescents	Nouvel indicateur sur la base de l'étude SOPHYA
3.8 3.9	Performance sportive des jeunes adultes / Participation aux activités Jeunesse et Sports J+S	Nouveaux numéros résultant de l'insertion de l'indicateur 3.7
4.2	IMC enfants et adolescents (mesure directe)	Mise à jour avec les données du monitoring IMC 2014/15 (via Promotion Santé Suisse)
4.4	Tour de ventre/WHR	Données concernant les enfants de 6 à 12 ans ajoutées sur la base des données de l'étude Murer et al. (2014)
5.1	Maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation et l'activité physique	Mise à jour de différentes prévalences sur la base des représentations d'Obsan et de l'OFS.
5.6	Accidents et lésions liés à la pratique du sport	Mise à jour via l'Observatoire Sport et activité physique Suisse
5.10	Qualité de vie, adultes	Nouvel indicateur sur la base de l'ESS 2012
5.11	Qualité de vie, enfants et adolescents	Nouvel indicateur sur la base de l'étude SOPHYA
6.3	Actions du monde économique	Mise à jour sur la base d'indications d'actionsanté
6.6	Infrastructures sportives	Mise à jour via l'Observatoire Sport et activité physique Suisse
6.7	Sports scolaires obligatoires	Mise à jour via l'Observatoire Sport et activité physique Suisse

