

Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse

Document de base

MNT

Stratégie nationale Prévention
des maladies non transmissibles
(stratégie MNT) 2017-2024

ADDICTIONS

Stratégie nationale Addictions
2017 – 2024



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse

Document de base

Manuela Spiess
Katja Schnyder-Walser, lic. phil. I

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé
publique (OFSP)

28 août 2018

Impressum

Durée : Mai 2018 – août 2018

Sur mandat de : Section Égalité face à la santé
Unité de direction Politique de la santé
Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale, CH-3003 Berne
migrationundgesundheit@bag.admin.ch

Document de base : l'OFSP a confié l'élaboration du présent document à un mandataire externe dans le but de compléter la brochure « Égalité des chances et santé – Chiffres et faits pour la Suisse » avec des informations de fond. L'ébauche de ce document a été relue par l'OFSP et par des spécialistes internes. Leurs commentaires ont été pris en considération dans le présent rapport.

Adresse de correspondance : socialdesign SA, Thunstrasse 7, CH-3005 Berne

Proposition de citation : Spiess, Manuela ; Schnyder-Walser, Katja (2018). Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse – Document de base. Berne : Socialdesign SA, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), août 2018.

Sommaire

1	Introduction	5
2	Phases de la vie	8
3	Espérance de vie	9
3.1	Contexte	9
3.2	Prévalence	9
3.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	10
4	État de santé	11
4.1	Contexte	11
4.2	Prévalence.....	11
4.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	12
5	Renoncement aux prestations de santé	13
5.1	Contexte	13
5.2	Prévalence.....	13
5.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	14
	Facteurs de risque	16
6	Consommation de tabac	16
6.1	Contexte	16
6.2	Prévalence.....	17
6.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	18
7	Gros fumeurs	19
7.1	Contexte	19
7.2	Prévalence.....	19
7.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	20
8	Consommation d'alcool	20
8.1	Contexte	20
8.2	Prévalence.....	21
8.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	22
9	Consommation de cannabis	23
9.1	Contexte	23
9.2	Prévalence.....	24
9.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	25
10	Jeux en ligne	26
10.1	Contexte	26
10.2	Prévalence.....	27
10.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	28
11	Usage des écrans	28
11.1	Contexte	28
11.2	Prévalence.....	29
11.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	29
	Facteurs de protection	30
12	Alimentation	30
12.1	Contexte	30
12.2	Prévalence.....	31
12.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	32

13	Activité physique	33
13.1	Contexte	33
13.2	Prévalence	33
13.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	34
	Maladies	36
14	Cancer	36
14.1	Contexte	36
14.2	Prévalence	36
14.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	37
15	Affections respiratoires	38
15.1	Contexte	38
15.2	Prévalence	39
15.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	40
16	Maladies cardiovasculaires	40
16.1	Contexte	40
16.2	Prévalence	41
16.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	42
17	Troubles musculo-squelettiques	42
17.1	Contexte	42
17.2	Prévalence	43
17.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	44
18	Diabète	45
18.1	Contexte	45
18.2	Prévalence	45
18.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	46
19	Santé psychique	47
19.1	Contexte	47
19.2	Prévalence	47
19.3	Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire	48
20	Sources	50

Liste des illustrations

Illustration 1 : modèle des phases de la vie	8
--	---

1 Introduction

La présente introduction se compose de deux parties. La première consiste en une présentation formelle des objectifs du document, de sa structure, de la base de données générale, des recherches bibliographiques et du public cible. La seconde partie définit certains termes pertinents pour le document.

Objectifs, structure, base de données et groupe cible du document

L'*objectif* de ce document est d'approfondir et d'élargir le contenu de la brochure « Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse ». ¹ Cette publication s'inscrit dans le cadre de la *stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT)*, de la *stratégie nationale Addictions* ainsi que de la *problématique concernant la santé psychique*, trois volets qui mettent l'accent sur l'égalité des chances en matière de santé en 2018. Le présent document vise à sensibiliser le public à cette thématique. En outre, ce document a vocation à servir de référence aux nombreux acteurs intervenant aux échelons communal, cantonal et fédéral dans leurs efforts pour réduire les inégalités dans l'accès à la promotion de la santé, à la prévention et aux soins et pour rendre encore plus équitables les chances de vivre en bonne santé.

Ce document aborde 18 thèmes spécifiques aux maladies non transmissibles, aux addictions et aux comportements de santé. Les chapitres ont tous la même *structure* avec des informations de base (définitions, pertinence), des données relatives à la prévalence (prévalence générale, en fonction de l'âge et du sexe, facteurs de risque et de protection) ainsi que des comparaisons permettant de voir s'il existe un lien entre l'égalité des chances en matière de santé et les déterminants sociaux que sont le niveau de formation, le revenu et le contexte migratoire.

L'enquête suisse sur la santé 2012 (ESS 2012) constitue la *base de données* principale des chiffres et informations figurant dans le présent document. L'ESS porte sur un échantillon représentatif de la population suisse âgée de quinze ans et plus. D'autres sources (principales ou secondaires) se fondent en partie sur l'ESS 2012 : il s'agit des publications en ligne de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN)², du rapport national sur la santé 2015³ ainsi que des statistiques de la santé 2014.⁴ À partir de ces données, d'autres recherches en ligne sur la prévalence en Suisse ainsi que sur l'égalité des chances en matière de santé ont été effectuées en rapport avec le niveau de formation, le revenu et/ou le contexte migratoire. Les informations disponibles portent ainsi sur la population résidant en Suisse et sur les données collectées en Suisse. Nous attirons l'attention sur le fait que le présent document ne prétend pas à l'exhaustivité. Dans les différents chapitres, des conclusions sont tirées concernant la situation actuelle en matière de données disponibles, analysées ou publiées au moment de la recherche. L'existence de données non publiées n'est donc pas à exclure. À noter par ailleurs qu'il serait pertinent de mettre davantage l'accent sur le lien entre les données sur les maladies et les déterminants sociaux.

Promotion Santé Suisse, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) travaillent actuellement à l'élaboration d'un rapport de base sur l'égalité des chances en matière de promotion de la santé et de prévention, qui clarifie *certaines termes spécifiques aux inégalités sociales*.⁵ La publication de ce rapport est prévue pour mi-2019. C'est pourquoi le présent document ne s'attardera pas sur la terminologie y relative.

¹ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Chancengleichheit und Gesundheit, Zahlen und Fakten für die Schweiz (3. Auflage, September 2018). Bern: BAG.

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren>, 26.7.2018.

³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf, 26.7.2018.

⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS.

⁵ Weber, Dominik (2018). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: BAG, GDK und GFCH (Dokument in Arbeit).

Le *public cible* du présent document est essentiellement constitué des décideurs et des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie MNT et de la stratégie nationale Addictions. La compilation des chiffres et données sert de base à la mise en œuvre de projets ou à la formulation d'argumentaires.

Terminologie

Conformément à l'art. 2, al. 3, de la Constitution fédérale, la Confédération suisse veille à garantir une égalité des chances aussi grande que possible. En comparaison internationale, la Suisse dispose d'un système de santé exemplaire, qui contribue à ce que les chances de vivre en bonne santé soient équitables.

Égalité des chances en matière de santé

Objectif de santé publique fondamental, l'égalité des chances en matière de santé⁶ signifie qu'une large majorité de personnes disposent des mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et, si nécessaire, de rétablissement de leur santé. Il s'agit ainsi d'accepter que des disparités existent dans le domaine de la santé pour autant que les conditions initiales d'accès à une meilleure santé soient les mêmes pour chaque individu.⁷

Désavantages sociaux

Les personnes et les groupes de population qui sont davantage prédisposés à développer une maladie en raison d'inégalités sociales sont considérés comme « socialement défavorisés ». Les personnes « socialement défavorisées » ont généralement un bas revenu et un faible niveau de formation, appartiennent à une minorité sexuelle et de genre, sont des travailleurs précaires et des personnes issues de la migration se trouvant dans des situations financières précaires. Le sexe peut également constituer structurellement un désavantage social et compromettre ainsi les chances de vivre en bonne santé.⁸

Source : Weber 2019 – Égalité des chances en matière de promotion de la santé et de prévention. Berne : Promotion Santé Suisse, OFSP et CDS (en cours d'élaboration).

Par analogie avec la stratégie MNT, le présent document met en évidence, dans chacun des chapitres, trois critères : revenu, formation et contexte migratoire. D'autres caractéristiques sont également évoquées lorsque les statistiques indiquent des inégalités en matière de santé.

Niveau de formation

La Suisse connaît différents niveaux de formation. Dans le présent document, les personnes qui disposent du « niveau de formation le plus bas » ont tout au plus terminé leur scolarité obligatoire (neuf ou dix années d'école). Les personnes figurant dans la catégorie « niveau de formation le plus élevé » ont achevé une formation de degré tertiaire (p. ex., Université, Haute école spécialisée).

Revenu

S'agissant de la répartition des revenus, différents indicateurs sont utilisés : l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) distingue quatre tranches de revenu (jusqu'à 2857 francs, 2857-3999 francs, 4000-5332 francs, à partir de 5333 francs).⁹ Certaines études procèdent à un classement selon les quintiles de revenus (c'est-à-dire en cinq groupes) :

⁶ En français, on trouve également la notion d'équité des chances en matière de santé.

⁷ Stamm, H., & Lamprecht, M. (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S.24

⁸ Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter." Bern: Vgl. www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015), S. 5; und Stamm, Hanspeter; Lamprecht, Markus (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S.4ff.

⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>, z.B. Ernährung, 23.8.2018.

1^{er} quintile = 20 % les plus pauvres,
2^e quintile = 20 % plus pauvres,
3^e quintile = 20 % revenus moyens,
4^e quintile = 20 % plus riches,
5^e quintile = 20 % les plus riches de la population.

Sauf mention contraire, on considérera dans le présent document que le 1^{er} quintile correspond au « revenu le plus bas » et le 5^e quintile au « revenu le plus élevé ».

Contexte migratoire

Le contexte migratoire signifie qu'un individu, ou l'un de ses parents, est né à l'étranger. La population migrante en Suisse est hétérogène, tant par son origine, son niveau de formation que son statut socio-économique. Il s'avère donc difficile d'établir des généralités sur la situation en matière de santé de la population issue de la migration pour différentes raisons : forte hétérogénéité (réfugiés, expatriés, etc.), facteurs d'influence liés à la migration, circonstances de la migration, statut de séjour.

En 2016, la population résidente permanente issue de la migration en Suisse était de 2,6 millions de personnes (= 37 %),¹⁰ la majeure partie (1,4 million) provenant des États de l'UE/AELE.¹¹

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Les « années potentielles de vie perdues » (APVP) sont un indicateur de la mortalité prématurée et représentent la différence entre l'âge au moment du décès et une espérance de vie théorique de 70 ans. Ces APVP sont calculées en additionnant les décès de chaque groupe d'âge et en les pondérant par le nombre d'années que les personnes décédées auraient encore pu vivre jusqu'à l'âge de 70 ans. Si le décès survient, par exemple, à l'âge de cinq ans, on compte 65 APVP. La limite de 70 ans fixée à l'échelle internationale est souvent choisie pour des raisons de comparabilité.¹²

¹⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>, 24.8.2018.

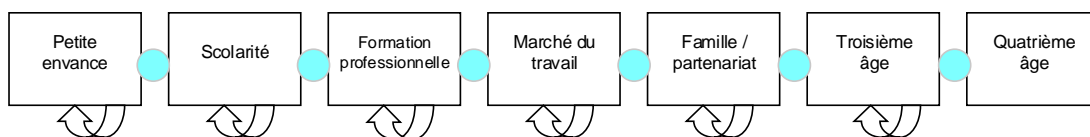
¹¹ Allemagne, France, Italie, Autriche, Portugal, Espagne.

¹² Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Todesursachenstatistik 2015. Neuchâtel: BFS, S. 3.




2 Phases de la vie

Chaque être humain mène sa propre existence : celle-ci diffère d'un individu à l'autre, mais les phases de la vie sont grosso modo semblables pour tous. S'inspirant de celui de Caritas Suisse¹³, le modèle des phases de la vie ci-dessous se compose de sept étapes. Les différentes phases sont associées à des périodes de transition comme, par exemple, l'entrée à l'école ou dans la vie active, la parentalité, le divorce, un décès, le départ à la retraite ou l'expérience migratoire. Il s'agit d'événements particuliers qui ont pour corollaire une augmentation du risque d'être touché par des problèmes de santé ou par des troubles psychiques ; en d'autres termes, les personnes concernées sont particulièrement vulnérables. À titre d'exemple, une exclusion de l'école ou la perte de son emploi sont susceptibles de déclencher des troubles anxieux ou une dépression. En outre, en cas de rupture durant les phases de la vie, le risque de pauvreté est plus élevé. Parallèlement, le risque pour la santé lié au statut socio-économique augmente également.

Illustration 1 : modèle des phases de la vie



Légende

-  Phase de la vie
-  Transition entre deux phases de la vie
-  Circulation au sein d'une phase de la vie

Source : schéma élaboré par socialdesign sur la base du modèle des phases de la vie de Caritas Suisse

Une autre considération se dégage de ce modèle des phases de la vie : il s'agit de savoir comment l'inégalité des chances en matière de santé évolue tout au long de la vie et à quel moment la vulnérabilité est à son apogée. (1) L'enfance est une phase essentielle au niveau de la santé, notamment en ce qui concerne la santé bucco-dentaire, les facultés psychiques ou le surpoids et ses maladies connexes. (2) Nombreuses sont les maladies non transmissibles qui se développent sur une longue période. Le risque s'accumule sur des années, voire des décennies. La promotion de la santé et la prévention doivent être judicieusement appliquées tout au long de la vie.¹⁴ (3) En outre, il existe des maladies qui surviennent plus fréquemment chez les personnes âgées (3^e ou 4^e âge)¹⁵ et qui, contrairement aux premières phases de la vie, ne laissent pas forcément apparaître d'inégalités en matière de santé. En conséquence, les prochains chapitres tiendront également compte du critère de l'« âge » tel une « phase de la vie » où les aspects liés à la maladie et à la santé occupent une place prépondérante.

¹³ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 46.

¹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 145.

¹⁵ La gérontologie conçoit désormais deux âges distincts dans le processus de vieillissement : le troisième âge et le quatrième âge. Les personnes du troisième âge sont « actives et en pleine forme » ; elles sont à la retraite, mais n'ont pas encore 80 ans. Le quatrième âge est considéré comme l'âge « fragile ». Cette distinction est abordée notamment par Höpflinger, François (2017). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. Cf. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>, p. 7 (en allemand uniquement).



3 Espérance de vie

3.1 Contexte

Définition

Une distinction est opérée entre l'*espérance de vie à la naissance* et l'*espérance de vie en bonne santé* ou les *années de vie en bonne santé*. L'espérance de vie à la naissance exprime le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si les conditions de mortalité ayant prévalu au cours de la période étudiée demeurent inchangées durant toute sa vie.¹⁶ Les années de vie en bonne santé à un âge X correspondent aux années qu'une personne peut espérer vivre sans limitations/handicaps fonctionnels.¹⁷

Pertinence

L'espérance de vie (à la naissance) est un indicateur de la longévité d'une population. Mais une espérance de vie élevée a pour corollaire la progression des maladies non transmissibles (p. ex., cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, affections musculo-squelettiques), étant donné que le risque de maladie tend à augmenter avec l'âge.

3.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

L'espérance de vie en Suisse est élevée. En 2016, la Suisse affichait, en comparaison internationale, la deuxième espérance la plus élevée parmi les pays de l'OCDE avec 83,7 ans.¹⁸ Selon les prévisions, l'espérance de vie à la naissance sera de 86 ans (pour les hommes) et de 89 ans (pour les femmes) en 2045.¹⁹ Malgré cette espérance de vie élevée, on observe des disparités entre les régions suisses en raison des différences au niveau de la classe sociale spécifique à la région ou au statut social²⁰ de la région concernée. Par exemple, les hommes résidant dans le quartier plutôt aisé de Kirchenfeld-Schosshalde²¹ à Berne ont une espérance de vie de 83 ans, tandis que l'espérance de vie dans le quartier bernois de Bümpliz-Oberbottigen²² n'est que de 78 ans.

Sexe et âge

L'espérance de vie (à la naissance) pour les deux sexes ne cesse de s'allonger. En 1988, elle était de 74 ans pour les hommes et de 80,5 ans pour les femmes. En 2016, elle s'élève à 81,7 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes.²³ Ces dernières années, l'espérance de vie a davantage progressé pour les hommes (1990 : 74 ans ; 2000 : 76,5 ans ; 2010 : 79,7 ans ; 2014 : 80,6 ans) que pour les femmes (1990 : 80,8 ans ; 2000 : 82,4 ans ; 2010 : 84,3 ans ; 2014 : 84,8 ans).²⁴ On observe ainsi une nette diminution de l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes.

¹⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/lebenserwartung>, 23.7.2018.

¹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 98.

¹⁸ OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.

¹⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: BFS, S. 21.

²⁰ Le statut social est constitué des critères suivants : revenu, niveau de formation, profession, statut de séjour, soutien social.

²¹ Quartier présentant une densité relativement forte de personnes ayant un statut socio-économique élevé.

²² Quartier présentant une densité relativement forte de personnes issues de la migration, nombre élevé de personnes ayant un faible statut social.

²³ OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.

²⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/lebenserwartung>, 21.8.2018.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

L'espérance de vie dépend de nombreux facteurs, tels que la prospérité, les progrès de la médecine et l'accès aux offres de prévention et aux prestations médicales disponibles dans un pays. Des différences dans l'espérance de vie en bonne santé peuvent être considérées comme un indicateur des inégalités des conditions de vie (p. ex., situation sociale, mode de vie, santé psychique).²⁵ Suivant le statut socio-économique, les chances de vivre en bonne santé sont inégalement réparties. En Suisse, les conditions de vie se sont globalement améliorées au cours des dernières décennies, les soins de santé sont accessibles à tous et les mutations structurelles ont eu pour effet la suppression de postes de travail physiquement très contraignants. Il n'en reste pas moins que les différences constatées entre les classes sociales concernant les risques pour la santé ne se sont pas estompées.²⁶

3.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

L'espérance de vie varie suivant le niveau de formation. Plus celui-ci est élevé, plus l'espérance de vie sera longue.²⁷ La différence d'espérance de vie entre des trentenaires ayant le niveau de formation le plus bas et ceux avec le niveau de formation le plus élevé est de 4,4 ans pour les hommes et de 2,2 ans pour les femmes.²⁸ Étant donné l'augmentation du niveau de formation de la population, on considère que l'espérance de vie de l'ensemble de la population va continuer de s'allonger.²⁹

Revenu

Un faible statut socio-économique (qui inclut notamment le revenu) influe négativement sur la santé et l'espérance de vie. Les personnes touchées par la pauvreté sont plus souvent malades ou invalides et décèdent plus tôt que les personnes à l'aise financièrement.³⁰ Une étude allemande montre que l'espérance de vie de la population dont les revenus sont les plus élevés (10 % des revenus les plus élevés) est d'environ six ans plus longue que celle des moins aisés (10 % des revenus les plus bas).³¹ On ne dispose d'aucune donnée de ce type pour la Suisse.

Contexte migratoire

En ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé pour la population étrangère, les données les plus récentes datant de 2010 montrent que les ressortissants étrangers ont une espérance de vie à la naissance plus courte (hommes : 63,5 ans ; femmes : 61,6 ans) que les Suisses (hommes : 68,4 ans ; femmes : 69,2 ans). On relèvera que l'espérance de vie en bonne santé chez les hommes étrangers est presque deux ans plus élevée que chez les femmes étrangères. Chez les ressortissants étrangers, l'espérance de vie à 65 ans est également plus courte (hommes : 9,7 ans ; femmes : 9,9 ans) que chez les Suisses (hommes : 12,3 ans ; femmes : 12,5 ans).³² Il convient toutefois de noter que la population issue de l'immigration forme un groupe très hétérogène. Les différences observées entre hommes et femmes au niveau de l'espérance de vie ne peuvent pas clairement être attribuées au critère du sexe.

²⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/alle-indikatoren/familie-demografie/lebenserwartung-gute-gesundheit.html>, 20.8.2018.

²⁶ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

²⁷ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

²⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 18.

²⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel: BFS, S. 20.

³⁰ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

³¹ Hahn, Peter ; Kempfner, Daniel ; Lüten, Holger (2017). The Rising Longevity Gap by Lifetime Earnings : Distributional Implications for the Pension System. Bonn : Institute of Labor Economics, p. 12.

³² Bundesamt für Statistik BFS (2010). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/300806/master>, 20.8.2018.



4 État de santé

4.1 Contexte

Définition

L'état de santé auto-évalué, appelé aussi *appréciation subjective de sa propre santé*, mesure l'état de santé tel qu'il est ressenti par l'individu lui-même. À cette fin, différents critères peuvent être pris en considération, par exemple, le sentiment d'un bien-être physique, psychique et/ou social, la capacité de travailler et de réussir une intégration sociale satisfaisante, le bon fonctionnement physique et mental, la capacité à réagir efficacement face à son environnement physique et social ou le potentiel de maintenir ce bien-être.³³ L'espérance de vie (chapitre 3) est un indicateur objectif de l'état de santé d'individus ou de groupes d'individus. L'état de santé auto-évalué tel qu'observé dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé permet d'évaluer l'état de santé des personnes sondées en général (réponses possibles : très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais). Cet indicateur est, dans une certaine mesure, un bon facteur de prédiction pour des variables telles que la morbidité, la mortalité et l'utilisation des ressources du système de santé.³⁴

Pertinence

La possibilité pour un individu de vivre en bonne santé dépend largement de ses conditions de vie et de sa position sociale. En outre, l'appréciation subjective de sa propre santé a un impact sur son mode de vie et donc sur son comportement en matière de santé. Un comportement à risque (p. ex., tabagisme, consommation excessive d'alcool, mauvaise alimentation) va de pair avec un mauvais état de santé auto-évalué et une qualité de vie médiocre. Les individus ayant au moins deux comportements à risque représentent environ 50 % des personnes qui ont une mauvaise appréciation de leur propre santé.³⁵

4.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Dans l'ensemble, la grande majorité de la population suisse (83 %) estime que son état de santé est bon ou très bon. Dans l'enquête suisse sur la santé 2012, cinq personnes sur six âgées de 15 ans et plus déclarent être en bonne ou en très bonne santé. La part de celles considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'est que de 4 %. Ces chiffres n'ont que peu varié depuis 1992. En Suisse, l'état de santé auto-évalué est donc relativement stable et très bon.³⁶

Sexe et âge

L'état de santé perçu évolue de manière importante au cours de l'âge adulte. La part des personnes qui se sentent en bonne ou très bonne santé diminue jusqu'à l'âge de la retraite, passant de plus de 90 % chez les jeunes à environ 75 % à la retraite. Les maladies chroniques s'installent progressivement. Les hommes (84,3 %) sont plus nombreux que les femmes (81,3 %) à déclarer être en bonne ou en très bonne santé.³⁷ La part des *femmes* en bonne santé recule avec l'âge, relativement régulièrement jusqu'à 74 ans, puis plus rapidement. Chez les *hommes*, une première chute de la part de ceux en bonne santé intervient chez les 55-64 ans.³⁸

³³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 27.

³⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 99.

³⁵ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 45.

³⁶ Chatelard, Sophia et al. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? Revue Médicale Suisse, 8, 1061-16.

³⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 12.

³⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 76.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Il existe un lien entre l'état de santé auto-évalué et le fait de ne pas fumer : plus de 75 % des personnes qui estiment être « très bonne » santé et qui jugent bénéficier d'une excellente qualité de vie sont non-fumeurs.³⁹ Les personnes sans activité lucrative, les chômeurs et les familles monoparentales déclarent être dans un moins bon état de santé psychique et physique que les personnes ayant une activité professionnelle. D'autres facteurs sont susceptibles d'influer négativement sur l'état de santé auto-évalué, comme les caractéristiques psychosociales des conditions de vie (p. ex., le stress).⁴⁰

4.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Des corrélations existent entre l'état de santé auto-évalué et le niveau de formation : plus celui-ci est faible, plus l'état de santé auto-évalué est mauvais et plus l'espérance de vie est courte. À l'inverse, les personnes disposant d'une formation supérieure se déclarent plus souvent en bonne ou très bonne santé (90 %) que les personnes ayant un faible niveau de formation (63 %). Le niveau de formation joue un rôle important particulièrement pour les personnes entre 45 et 64 ans : près d'un tiers de celles avec le niveau de formation le plus bas souffre par ailleurs d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de longue durée.⁴¹

Revenu

Il existe un lien entre l'état de santé auto-évalué et le niveau de revenu : plus le salaire mensuel est bas, plus la proportion de personnes estimant être en (très) bonne santé est faible. Ainsi, la part de la population se déclarant en bonne santé est de 90 % chez les personnes percevant les revenus mensuels les plus élevés (à partir de 5333 francs), contre 74 % pour les personnes disposant des revenus mensuels les plus bas (jusqu'à 2857 francs).⁴²

Contexte migratoire

D'une manière générale, les personnes issues de la migration sont nombreuses à estimer que leur état de santé est bon ou très bon. Les ressortissants d'Europe du Nord et de l'Ouest⁴³ (90 %) déclarent même plus souvent que les Suisses (83 %) être en bonne ou très bonne santé. Quant aux personnes d'Europe du Sud-Ouest⁴⁴ (70 %), d'Europe de l'Est ou d'Europe du Sud-Est⁴⁵ (80 %) et aux immigrés non-européens (77 %), ils sont moins nombreux que les Suisses à juger leur santé bonne ou très bonne. Les disparités augmentent avec l'âge, en particulier chez les ressortissants d'Europe du Sud-Ouest.⁴⁶

³⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 45.

⁴⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 27ff.

⁴¹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel: BFS, S. 29.

⁴² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/selbstwahrgenommene-gesundheit>, 20.8.2018.

⁴³ Allemagne, Autriche, France, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Irlande, Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Monaco.

⁴⁴ Portugal, Espagne, Italie, Cité du Vatican, Malte, Saint-Marin.

⁴⁵ Turquie, Serbie, Croatie, Slovaquie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Macédoine, Kosovo, Albanie, Grèce, Chypre, Bulgarie, Roumanie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Hongrie, Slovaquie, République tchèque, Moldavie, Russie, Ukraine, Biélorussie.

⁴⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/migrationsbevoelkerung.html>, 21.8.2018.



5 Renoncement aux prestations de santé

5.1 Contexte

Définition

La notion de *prestations de santé* ou *prestations de soins* englobe tous les produits et prestations diagnostiques, thérapeutiques et curatifs que le prestataire de soins fournit directement au patient.⁴⁷ On distingue deux formes de *renoncement aux prestations de santé* : (1) *renoncement aux soins jugés nécessaires* et (2) *renoncement aux soins qui ne sont pas jugés obligatoirement nécessaires*. En ce qui concerne l'égalité des chances en matière de santé en Suisse, la situation est différente si une personne renonce, pour des raisons financières, à une prestation de santé qui n'est pas indispensable (p. ex., examen préventif)⁴⁸ ou si elle renonce à un traitement nécessaire parce qu'elle ne peut pas le payer.⁴⁹ Ce second cas de figure, qui constitue un indicateur de désavantage social, est le signe d'une inéquité des chances en matière de santé.⁵⁰

Pertinence

Le recours aux prestations de santé a un impact significatif sur le traitement précoce de maladies et donc sur la santé. Les personnes ayant renoncé à des consultations médicales ou dentaires pour raisons financières ont un état de santé moins bon que les autres : elles sont 38 % à estimer que leur état de santé n'est pas bon contre 18 % seulement chez celles n'ayant pas renoncé aux soins.⁵¹ Le lien entre renoncement aux soins pour raisons financières et état de santé dégradé peut s'expliquer par le fait que le besoin en soins est plus important parmi les personnes atteintes dans leur santé, ce qui accroît les choix à faire et le risque de renoncement. La relation inverse – le renoncement aux soins comme facteur influant négativement sur la santé – doit donc aussi être pris en compte. En outre, le recours aux prestations de santé sert d'indicateur de l'accès aux soins. Le système de soins doit être accessible à tous les groupes de population. Des facteurs financiers – comme la part des frais médicaux restant à la charge du patient, lorsqu'elle est élevée – peuvent avoir un effet dissuasif et pousser le patient à se priver de certaines prestations médicales. La privation de soins dentaires occupe à cet égard une place particulière : contrairement aux soins médicaux de base, les frais dentaires ne sont généralement pas remboursés par l'assurance obligatoire des soins et sont donc supportés par le patient lui-même.

5.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

En Suisse, entre 2007 et 2014, environ 5 % de la population totale a renoncé à une consultation médicale ou dentaire pourtant nécessaire.⁵² Après la deuxième révision de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) en 2015, ce pourcentage s'élève à 3 %. D'une

⁴⁷ B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung in Zusammenarbeit mit Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Vgl. https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/BSS-Studie_Wahlfranchisen.pdf, 6.7.2018.

⁴⁸ L'*International Health Policy Survey* (IHP), dont les résultats ont été publiés par l'OBSAN, interroge les sondés directement sur le renoncement pour raisons financières sans faire référence à la nécessité du traitement.

⁴⁹ Dans l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), il est d'abord demandé si le traitement s'avérait nécessaire, puis si le renoncement est imputable à un manque de moyens financiers.

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>, 26.7.2018.

⁵¹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS, S. 7.

⁵² Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS, S. 6.

manière générale, le renoncement concerne surtout les examens dentaires.⁵³ Selon l'*International Health Policy Survey* (IHP), le taux de renoncement est nettement plus élevé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (enquête réalisée auprès de la population âgée de 65 ans et plus).⁵⁴

Sexe et âge

Concernant la part des personnes ayant renoncé à une consultation médicale ou dentaire, l'enquête SILC 2011 n'indique aucune disparité entre les sexes au niveau national. Dans certaines régions, on observe toutefois que les femmes renoncent plus souvent aux soins, comme le montre une étude réalisée dans le canton de Genève.⁵⁵ En 2014, le taux de renoncement était le plus élevé dans la classe d'âge 25-64 ans (6 %). Les taux les plus élevés s'observent, au sein de la population issue de la migration, chez les 40-54 ans (3,9 % pour les soins médicaux et 9,3 % pour les soins dentaires) et, au sein de la population indigène, chez les 25-39 ans (1,4 % pour les soins médicaux et 4,6 % pour les soins dentaires). L'écart entre ces deux sous-groupes de population varie fortement suivant l'âge.⁵⁶ Les personnes âgées sont celles qui renoncent le moins aux soins puisque leur état de santé est généralement moins bon.⁵⁷

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Outre l'aspect financier, il existe d'autres motifs de renoncement aux soins : longs délais d'attente, trajet trop long, manque de temps ou peur.⁵⁸ En outre, des difficultés de communication peuvent entraver l'accès non discriminatoire aux soins. Ainsi, les soins médicaux de base ne sont pas toujours accessibles aux personnes vulnérables car le médecin de famille ne dispose pas d'interprète. Or cette prestation transculturelle n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

5.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Plus le niveau de formation est élevé, plus la part de personnes renonçant aux soins pour raisons financières diminue.⁵⁹ À titre d'exemple, en 2016, 5,8 % des personnes n'ayant accompli que la scolarité obligatoire ont renoncé à des examens dentaires pour raisons financières, contre 3,3 % des personnes ayant une formation post-obligatoire et 2,6 % des personnes diplômées des hautes écoles. S'agissant des soins médicaux, le lien entre le taux de renoncement et le niveau de formation est moins évident. Tandis que les enquêtes antérieures montraient que les personnes n'étant pas allées au-delà de la scolarité obligatoire renonçaient

⁵³ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>

⁵⁴ Office fédéral de la santé publique OFSP (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) <https://www.OBSAN.admin.ch/fr/node/1510>, 24.7.2018.

⁵⁵ Guessous, Idris (2012). Renoncement aux soins de santé des raisons économiques. Vgl. http://ge.ch/dares/Silverpeas-WebFileServer/Renoncements_aux_soins_forum_ISS_22_mai_2012.pdf?ComponentId=kmelia1153&Source-File=1339150773135.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/, S. 25, 24.8.2018.

⁵⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html>, S. 63f. und vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabel-len.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.

⁵⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislativplanungsalle-indikatoren/leitlinie-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html>, 24.7.2018.

⁵⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabel-len.assetdetail.3942034.html>, 24.7.2018.

⁵⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2013). https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/OBSAN_dossier_26.pdf, S. 31.

plus souvent aux consultations médicales que les personnes titulaires d'un diplôme professionnel ou délivré par une haute école, l'enquête réalisée en 2016 n'a pas confirmé cette tendance. Le taux de renoncement chez les personnes sans formation post-obligatoire était identique à celui relevé chez les personnes ayant achevé un cursus universitaire (0,6 %).⁶⁰

Revenu

Il existe une corrélation entre le revenu et le renoncement aux soins. En Suisse, selon l'enquête IHP de 2016, environ 20 % des personnes renoncent à une consultation médicale. 15 % de ceux qui ne sollicitent pas de soins ont un revenu au-dessus de la moyenne. À leurs yeux, les prestations proposées ne s'avèrent pas nécessaires. À l'inverse, environ 30 % de ceux qui ne recourent à aucun soin ont un revenu inférieur à la moyenne. S'ils renoncent à des traitements médicaux, c'est en raison des coûts escomptés ou d'un faible revenu.⁶¹

Selon l'enquête SILC et l'indicateur de la législature de l'OFS « renoncement aux soins pour raisons financières »⁶², la part de la population résidante appartenant à la tranche de revenus la plus faible qui a renoncé pour raisons financières à consulter un médecin ou un dentiste est passée de 8,3 % à 11,5 % entre 2007 et 2013. Elle s'élevait à 11,2 % en 2014, après révision du relevé SILC. En 2015, après une nouvelle révision, elle était de 6,1 %.

Contexte migratoire

L'accès aux prestations de santé est particulièrement difficile pour les personnes issues de la migration. En 2014, le taux de renoncement aux soins médicaux ou dentaires pour des raisons financières a été trois à quatre fois plus élevé dans la population issue de la migration que dans le reste de la population. C'est dans la population masculine que les disparités sont les plus fortes⁶³, les hommes issus de la migration renonçant plus de six fois plus que les autres à des soins médicaux et trois fois plus à des soins dentaires. Ce constat s'applique à presque toutes les grandes régions de Suisse, indépendamment du niveau de formation et du type de prestations médicales. Les derniers chiffres datant de 2015 nuancent ce décalage : les personnes non issues de la migration âgées entre 16 et 24 ans (0,4 %) et entre 25 et 39 ans (0,7 %) renoncent plus souvent à une consultation médicale que les personnes issues de la migration appartenant aux mêmes classes d'âge (0,2 % et 0,4 %).⁶⁴ Ces fluctuations d'une année à l'autre sont en partie liées aux révisions de l'enquête SILC.⁶⁵ Il faudrait cependant identifier les autres raisons de ces fluctuations.

⁶⁰ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html>, 24.7.2018.

⁶¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/experience-de-la-population-agee-de-18-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante-situation>, 24.7.2018.

⁶² Dans le cadre de l'Agenda 2030, l'objectif consiste toujours à réduire le nombre de personnes renonçant aux soins médicaux pour raisons financières. Un indicateur est utilisé pour évaluer la réalisation des objectifs. Il mesure la part de la population appartenant à la tranche de revenus la plus faible (1^{er} quintile) qui renonce à une consultation médicale ou dentaire. Les données proviennent de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) de l'Office fédéral de la statistique OFS. Cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/monitoring-programme-legislature/tous-les-indicateurs/ligne-directrice-3-securite/renoncement-soins-raisons-financieres.html>, 24.7.2018.

⁶³ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“. Neuchâtel: BFS, S. 63f.

⁶⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2015). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>

⁶⁵ « En 2014, il y a une rupture de série. Suite au changement de cadre de sondage et à l'amélioration du modèle de pondération, les résultats ne sont plus directement comparables avec ceux des années précédentes. » Tiré de OFS (2017). Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/indicateurs-integration.html>, p. 61.

Facteurs de risque



6 Consommation de tabac

6.1 Contexte

Définition

La *consommation de tabac* est une notion très large. D'une manière générale, il s'agit de la consommation de cigarettes, de cigares, de cigarillos, de pipe ou de pipe à eau. La consommation de tabac reflète un comportement en matière de santé.⁶⁶ Pour *évaluer* le tabagisme, l'enquête suisse sur la santé a interrogé des personnes de quinze ans et plus vivant dans un ménage privé.

Une distinction peut être établie entre consommation *occasionnelle* et consommation *quotidienne*. Une consommation quotidienne implique qu'une personne fume *au moins une cigarette par jour*. Ainsi, il est possible de faire des comparaisons dichotomiques entre fumeurs et non-fumeurs et entre fumeurs occasionnels et fumeurs quotidiens. En outre, le nombre de cigarettes consommées quotidiennement peut être recensé, ce qui permet de distinguer les gros fumeurs des moins gros fumeurs. Ce chapitre ne fait toutefois pas le distinguo entre une consommation à risque et une consommation moins à risque (cette distinction est opérée avec l'alcool). Comme différents aspects liés à la consommation de tabac (p. ex., la pertinence) s'appliquent aux fumeurs en général, il est possible que des redondances apparaissent dans ce chapitre et dans le suivant.

Pertinence

Il existe une corrélation marquée entre la consommation de tabac et la mortalité due au cancer du poumon. En outre, le tabagisme accroît le risque de développer d'autres cancers (langue, larynx, etc.), des maladies cardiovasculaires ou des affections respiratoires chroniques. Le risque de faire un infarctus est quatre fois plus élevé chez les fumeurs que chez les personnes qui renoncent à la cigarette.⁶⁷

Les maladies dues au tabagisme affectent les fumeurs dans leur santé. Étant donné que les effets du tabac agissent généralement de manière différée sur la santé, les efforts de prévention s'avèrent complexes. Les quelque 2 millions de fumeurs font du tabagisme l'un des principaux problèmes de santé publique en Suisse.⁶⁸

En outre, les maladies causées par le tabac coûtent cher à la société, en raison notamment du recours accru aux prestations médicales ou des arrêts de travail pour cause de maladie.⁶⁹ Les coûts engendrés par les traitements médicaux en cas de maladie imputable au tabac s'élèvent à 1,7 milliard de francs par année. À cela s'ajoutent presque 4 milliards de francs de pertes de production liées à la consommation de tabac.⁷⁰

⁶⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. Neuchâtel: BFS, S. 48.

⁶⁷ Schweizerische Herzstiftung (2018). Vgl. <https://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/rauchen.html>, 23.7.2018.

⁶⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/tabak.html>, 30.7.2018

⁶⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 23.7.2018.

⁷⁰ Jeanrenaud, Claude; Widmer, Gaëlle; Pellegrini, Sonia (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales, S. 79.

6.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

En Suisse, 28 % de la population âgée de quinze ans et plus fume quotidiennement ou occasionnellement.⁷¹ Le nombre de cigarettes fumées par jour en moyenne se situe entre treize et quatorze chez les fumeurs quotidiens et est de 1,2 chez les fumeurs occasionnels.⁷² Dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé 2012, une personne interrogée sur deux a indiqué n'avoir jamais fumé. La proportion de fumeurs a diminué entre 1992 et 2012, passant de 33,6 % à 28,2 %.⁷³

Chez les plus jeunes (15-24 ans), les chiffres montrent que le comportement tabagique n'a pratiquement pas changé ces 25 dernières années.⁷⁴ Dans l'enquête de 2012, 60 % des fumeurs interrogés disent vouloir arrêter de fumer.⁷⁵

En Suisse, le tabac provoque chaque année 9500 décès, ce qui représente 26 personnes par jour et 15 % du total des décès.⁷⁶

Sexe et âge

La proportion de fumeurs *quotidiens et occasionnels* est plus élevée chez les hommes (32 %) que chez les femmes (24 %). Une femme sur cinq (20 %) fume *au moins une cigarette* par jour contre un homme sur quatre (25,8 %).⁷⁷ Les plus grands taux de fumeurs quotidiens s'observent parmi les personnes âgées entre 15 et 34 ans (28,9 %) et baissent avec l'âge, surtout à partir de 65 ans (35-49 ans : 25,3 % ; 50-64 ans : 22,7 % ; 65 ans et plus : 11,2 %).⁷⁸ Ce recul est un peu plus prononcé chez les hommes que chez les femmes. En d'autres termes, les hommes ont davantage tendance à abandonner la cigarette à mesure qu'ils avancent en âge. La part des fumeurs est la plus élevée parmi les hommes entre 15 et 44 ans.⁷⁹ 26,5 % de la population suisse et 2/3 des fumeurs quotidiens ont commencé de fumer avant 20 ans.⁸⁰

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Les comportements à risques en matière de santé tels que le tabagisme (mais aussi la consommation excessive d'alcool et l'alimentation hypercalorique) sont étroitement liés au bien-être psychique, sur lequel ils exercent une influence réelle. Ces comportements sont adoptés pour générer ou amplifier des sentiments positifs (bonheur, joie, plaisir sensuel), ou pour atténuer ou dissiper temporairement des sentiments négatifs (angoisses, soucis, tensions, sentiments de solitude ou de vide).⁸¹

En conséquence, l'absence de sentiments négatifs ou la présence de sentiment positifs peut avoir un effet préventif. Ainsi, il existe une corrélation entre la qualité de vie signalée et le fait de (ne pas) fumer : plus de 75 % des personnes estimant bénéficier d'une « très bonne » qualité de vie ne fument pas.⁸²

⁷¹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 22.

⁷² Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 45.

⁷³ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

⁷⁴ Gmel, Gerard; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2018). Alkoholkonsum und Rauchen in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG (Dokument in Arbeit).

⁷⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, S. 23.

⁷⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/tabak.html>, 23.7.2018

⁷⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 22.

⁷⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 20.8.2018.

⁷⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 5.

⁸⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). Faktenblatt. Tabakkonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Bern: BAG, S. 2.

⁸¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

⁸² Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 43.

6.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Le niveau de formation est une composante étroitement liée au tabagisme : plus il est bas, plus le taux de fumeurs risque d'être élevé et plus la quantité consommée est importante.⁸³ Selon l'enquête suisse sur la santé de 2012, la proportion de fumeurs est plus faible chez les personnes ayant le niveau de formation le plus élevé (17,5 %) que chez celles avec un niveau de formation intermédiaire (24,9 %) ou faible (25,2 %). Ce constat est valable indépendamment du sexe. Les dernières données récoltées en 2016 dans le cadre du Monitoring suisse des addictions montrent que 20 % des personnes sans formation post-obligatoire fument quotidiennement, contre 11 % de personnes diplômées de l'enseignement supérieur. S'agissant de la consommation occasionnelle de tabac, la proportion de personnes ayant un niveau de formation supérieur est plus élevée (9,2 %) que chez les personnes dont le niveau de formation est bas (5,8 %).⁸⁴

Revenu

Selon l'activité, on observe des écarts manifestes parmi les fumeurs. Ainsi, la part de fumeurs chez les personnes au chômage est la plus élevée (41,8 %), alors qu'elle se situe à 30,9 % chez les personnes employées à plein temps.⁸⁵ La proportion de fumeurs appartenant à la tranche de revenu mensuel la plus élevée⁸⁶ n'est que légèrement inférieure (20,8 %) à celle des fumeurs disposant des revenus mensuels les plus bas (23-24 %).⁸⁷ La proportion de fumeurs *irréguliers* est toutefois plus faible dans la tranche de revenu la plus basse (25,4 %) que dans les quintiles de revenus plus élevés (27,3 %).⁸⁸ C'est dans la tranche de revenu la plus élevée que l'on observe (dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé) le plus fort *recul du tabagisme* entre 1992 et 2012 (baisse de 8,1 points de pourcentage, passant de 35,4 % à 27,3 %). Parmi le groupe de population aux revenus les plus faibles, la baisse est de 5,8 points de pourcentage (de 30,2 % à 24,4 %).

Contexte migratoire

Au sein de la population issue de la migration, les hommes fument plus souvent que les femmes.⁸⁹ En outre, la part de fumeurs quotidiens chez les hommes⁹⁰ (entre 31,5 % et 55,2 % suivant l'origine) et les femmes⁹¹ (23,7 % - 37,1 %) issus de la migration est plus élevée que chez les hommes (21,7 %) et les femmes (19,5 %) non issus de la migration. À noter que les femmes originaires de Somalie (4,2 %) et du Sri Lanka (4,4 %) fument nettement moins que les Suissesses (19,5 %).⁹²

⁸³ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 38.

⁸⁴ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 53.

⁸⁵ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 54.

⁸⁶ À partir de CHF 5333 par mois.

⁸⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 20.8.2018.

⁸⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 32.

⁸⁹ Portugal, Turquie, Kosovo, Somalie, Sri Lanka.

⁹⁰ Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo, Somalie.

⁹¹ Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo.

⁹² Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND, S. 30.



7 Gros fumeurs

7.1 Contexte

Définition

La *consommation de tabac* est une notion très large (cf. chapitre 6.1). Comme différents aspects liés à la consommation de tabac (tels que la pertinence, les facteurs de risque) s'appliquent aux fumeurs en général, il est possible que certaines informations contenues dans ce chapitre aient déjà été abordées dans le chapitre précédent. Ce chapitre est consacré aux *gros fumeurs*, à savoir les personnes qui fument quotidiennement au moins 20 cigarettes (= un paquet).

Pertinence

La pertinence relative à la consommation de tabac a été traitée dans le chapitre précédent (cf. chapitre 6.1). Ces facteurs sont également valables pour les gros fumeurs et s'en trouvent même amplifiés (mortalité, recours aux prestations de santé, morbidité pour d'autres maladies, etc.).

7.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Parmi les fumeurs quotidiens, la proportion de gros fumeurs, c'est-à-dire ceux qui fument en moyenne 20 cigarettes ou plus par jour, est de 30,7 %.⁹³ Selon l'enquête suisse sur la santé, la part de gros fumeurs a été divisée par deux ces 20 dernières années.⁹⁴

Sexe et âge

Parmi les fumeurs quotidiens, la proportion de gros fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour) est plus élevée chez les hommes (38.8%) que chez les femmes (20.7%).⁹⁵

Chez les 15-25 ans fumant quotidiennement en 2016, 29,8 % fumaient 20 cigarettes ou plus par jour. En 2014, cette proportion était sensiblement inférieure (20,9 % des fumeurs quotidiens âgés de 15-25 ans fumaient 20 cigarettes ou plus par jour).⁹⁶

Le nombre de fumeurs quotidiens diminue avec l'âge, indépendamment du sexe. Ainsi, la part des hommes de 20-24 ans s'élève à 30,1 %, alors que celle des hommes de 75 ans et plus est de 6,8 %.⁹⁷ Le recul de la part des fumeurs dans les classes d'âge supérieures pourrait s'expliquer par les décès prématurés résultant directement ou indirectement du tabagisme.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Les facteurs de risque et les facteurs de protection liés à la consommation de tabac ont été abordés au chapitre précédent (cf. chapitre 6.1). Chez les gros fumeurs, ces facteurs s'en trouvent amplifiés (alimentation, consommation d'alcool, etc.).

⁹³ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 45.

⁹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/tabak.html>, 23.8.2018.

⁹⁵ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 58.

⁹⁶ Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Gerard. (2017). Le tabagisme chez les 15 à 25 ans en 2016 - Analyse des données 2016 du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse, p. 10.

⁹⁷ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 50.

7.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Il existe un lien particulier entre la consommation élevée de cigarettes et le niveau de formation. Chez les hommes qui fument *quotidiennement 20 cigarettes ou plus*, la proportion de ceux disposant d'un niveau de formation intermédiaire (65,4 %) est la plus élevée comparativement à la proportion de ceux ayant une formation de niveau supérieur (22 %) ou n'ayant suivi que la scolarité obligatoire (12,6 %).⁹⁸

Les personnes sans formation post-obligatoire sont plus nombreuses à fumer quotidiennement (20 %) que celles ayant fait des études supérieures formelles⁹⁹ (11,5 %). Toutefois, la différence n'est flagrante que chez les hommes (27 % contre 10,2 % ; femmes : 14,4 % contre 13 %).¹⁰⁰

Revenu

Même si la part des personnes fumant au moins 20 cigarettes par jour ne varie pas beaucoup d'une catégorie de revenu à l'autre (env. 5-6 %), les personnes dont les revenus sont moins élevés ont tendance à fumer davantage quotidiennement. Toutefois, les écarts ne sont pas significatifs du point de vue statistique.¹⁰¹ Chez les personnes sans emploi, la part de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée (35,4 %) que chez les personnes employées à plein temps (22 %). Chez les hommes, la différence est marquée : ceux qui sont sans emploi fument plus souvent au quotidien (44,4 %) que ceux qui sont employés à plein temps (22,1 %). Chez les femmes, on n'observe pas de différence notable entre celles qui travaillent à temps plein (21,7 %) et celles qui n'exercent pas d'activité lucrative (23,8 %).¹⁰²

Contexte migratoire

Pour les données sur la consommation de tabac en général, il convient de se référer au chapitre 6.3. D'autres données spécifiques aux gros fumeurs n'ont pas été trouvées dans le cadre de la présente recherche.



8 Consommation d'alcool

8.1 Contexte

Définition

Il existe deux formes de consommation d'alcool nuisibles pour la santé prises en compte dans le présent chapitre : (1) *consommation ponctuelle à risque* et (2) *consommation excessive chronique*. La consommation d'alcool est évaluée par l'indicateur qui mesure la *fréquence de la consommation d'alcool représentant un risque moyen ou élevé pour la santé*. On peut ainsi connaître la part de la population de quinze ans et plus vivant en ménage privé qui indique une consommation d'alcool quotidienne moyenne représentant un risque moyen ou élevé pour la santé.¹⁰³

⁹⁸ Gmel, Gerard; Marmet, Simon, Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

⁹⁹ Haute école spécialisée/Université.

¹⁰⁰ Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 53.

¹⁰¹ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 34.

¹⁰² Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 54.

¹⁰³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la *consommation chronique à risque* correspond à une consommation quotidienne d'au moins quatre verres d'une boisson alcoolisée standard (p. ex., une bière ou du vin) pour les hommes, et d'au moins deux verres pour les femmes. L'*ivresse ponctuelle* correspond à la consommation d'au moins six verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion, indifféremment du sexe. On parle de risque lorsqu'elle intervient au moins une fois par mois.¹⁰⁴

Pertinence

La consommation d'alcool constitue un facteur de risque majeur de mortalité et de charge de morbidité. La consommation excessive d'alcool est l'une des causes principales de décès prématurés et d'atteintes à la santé physique, psychique et sociale.¹⁰⁵ Elle augmente la probabilité de développer bon nombre de pathologies telles que les maladies du foie et de l'appareil digestif, certains cancers, l'hypertension artérielle ou des maladies neurologiques.

Les coûts que représente la consommation excessive d'alcool pour l'économie s'élèvent à environ 4,2 milliards de francs suisses. L'économie subit avant tout des pertes de productivité estimées pour la Suisse à 2,2 milliards de francs dues aux décès prématurés, aux retraites anticipées et/ou à la maladie. À cela s'ajoutent quelque 1,2 milliard de francs en raison de courtes absences ou d'une diminution de la performance de travail. On estime à 600 millions de francs les coûts directs occasionnés pour le système de santé par les accidents ainsi que par le traitement des addictions et des maladies liées à l'alcool.¹⁰⁶

Outre les atteintes physiologiques qui se manifestent à plus long terme, la consommation d'alcool peut aussi être une cause et/ou un déclencheur d'accidents de la route, de suicides ou de violences. Les problèmes d'alcool ont des effets négatifs non seulement sur les consommateurs, mais également sur leur environnement social.¹⁰⁷ Ainsi, l'alcool est en jeu dans un cas de violence domestique sur quatre, indépendamment de la classe sociale et de la catégorie d'âge. Dans deux cas sur trois de violence envers la femme au sein du couple, le ménage est également composé d'enfants, dont la moitié a moins de dix ans.¹⁰⁸

8.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Le niveau de consommation en Suisse est de plus de 50 % au-dessus de la moyenne mondiale¹⁰⁹, ce qui par conséquent implique un niveau élevé de mortalité. De façon générale, 4,8 % de la population suisse présentait une consommation chronique d'alcool en 2012, s'exposant ainsi à un risque modéré pour la santé.¹¹⁰ Selon les estimations, quelque 250 000 personnes ont une consommation à risque, si bien qu'elles peuvent être considérées comme dépendantes à l'alcool. En 2011, la consommation excessive d'alcool a causé 1600 décès.¹¹¹ Environ 90 % des décès dus à l'alcool parmi les personnes âgées entre 15 et 74 ans ont été causés par des blessures, des cancers ou une cirrhose du foie.¹¹² La comparaison entre les données montre que la consommation d'alcool chronique à risque observée au sein de la

¹⁰⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 24.

¹⁰⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 24.

¹⁰⁶ Fischer Barbara; Telsler, Harry; Widmer, Philippe; Leuker, Karolin (2013): Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Vgl. . S. 13ff.

¹⁰⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkohol-konsum>, 23.7.2018.

¹⁰⁸ Gloor, Daniela; Meier, Hanna (2013). Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des BAG. Schinznach-Dorf: Social Insight GmbH: S. 38 und 83.

¹⁰⁹ Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 20.

¹¹⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkohol-konsum>, 23.7.2018.

¹¹¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 22 und Suchtmonitoring Schweiz (2018). Vgl. www.suchtmonitoring.ch/de/2.html, 23.7.2018.

¹¹² Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 58ff.

population dans son ensemble a diminué ces dix dernières années : en 2002, 5,7 % personnes avaient une consommation quotidienne d'alcool présentant un risque moyen/élevé pour la santé, contre 4,8 % en 2012.¹¹³

Sexe et âge

Statistiquement, le fait d'être jeune et de sexe masculin implique une probabilité plus élevée d'épisodes d'ivresse ponctuelle. Par contraste, la probabilité de la consommation chronique augmente avec l'âge. On observe quelques disparités entre les sexes, qui restent toutefois insignifiantes d'un point de vue statistique.¹¹⁴

La consommation problématique d'alcool est difficilement détectable chez les personnes âgées. Les interactions négatives entre l'alcool et les médicaments constituent ici le problème majeur.¹¹⁵

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

L'ivresse ponctuelle tend à être plus répandue chez les personnes ayant une activité professionnelle que chez les personnes sans emploi. On observe d'ailleurs la même différence pour ce qui est de la quantité moyenne d'alcool consommé – cette dernière étant plus élevée parmi les personnes exerçant une activité professionnelle.¹¹⁶

8.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Les personnes dont le niveau de formation est le plus élevé ont une consommation à risque plus fréquente (5 %) que les personnes qui n'ont accompli que la scolarité obligatoire (4,6 %). Les personnes dont le niveau de formation est plus bas ont entre 1,5 et 2 fois plus de risques de décéder ultérieurement de maladies ou de blessures liées à l'alcool que les personnes avec un niveau de formation élevé.¹¹⁷

Revenu

En Suisse, un salaire élevé va de pair avec une consommation d'alcool accrue. Concrètement, dans ce domaine, 4,5 % des personnes appartenant à la tranche de revenu la plus faible courent un risque modéré pour leur santé, tandis que ce chiffre s'élève à environ 5,5 % pour la tranche de revenu la plus élevée.¹¹⁸

À consommation égale, les personnes dont le statut socio-économique est plus faible ont davantage de problèmes de santé imputables à l'alcool que les personnes avec un revenu plus élevé, notamment en ce qui concerne les maladies liées à l'alcool et les décès prématurés.¹¹⁹

Contexte migratoire

Parmi la population migrante, on observe une corrélation entre le moment de l'arrivée en Suisse et la quantité d'alcool consommée : plus cette arrivée est récente, moins la consommation est importante. Ce constat pourrait s'expliquer non seulement par le fait que les personnes migrantes proviennent de cultures où la consommation d'alcool est absente (p. ex.,

¹¹³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkohol-konsum>, 23.7.2018.

¹¹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 25.

¹¹⁵ Loukissa, Dimitra (2007). Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. *British journal of nursing*, 16, 1254-8.

¹¹⁶ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 39.

¹¹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/alkohol-konsum>, 23.7.2018.

¹¹⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 29.

¹¹⁹ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 27.

en raison de la religion), mais aussi parce qu'en Suisse boire de l'alcool est une pratique courante et que la tendance à l'ivresse ponctuelle est largement répandue.¹²⁰



9 Consommation de cannabis

9.1 Contexte

Définition

Considéré comme un stupéfiant du fait de ses propriétés psychotropes, le cannabis est un plan de chanvre femelle. Le tétrahydrocannabinol (THC) est le principal constituant psychoactif du cannabis. Il agit notamment sur le système nerveux central et a des effets myorelaxants, sédatifs, antalgiques et antinauséux. En Suisse, le cannabis est une drogue illégale, dont la consommation est interdite par la loi sur les stupéfiants. Le présent chapitre aborde trois aspects : la *consommation actuelle* (prise de cannabis au cours des 30 derniers jours, c.-à-d. prévalence sur 30 jours), la *consommation passée* (au moins une fois dans la vie) et la *consommation problématique de cannabis*.

Il est difficile de fixer le seuil à partir duquel la consommation de cannabis devient *problématique* car il n'existe pas de définition commune à l'échelle internationale.¹²¹ Déjà utilisé dans le cadre du projet « Monitoring Cannabis », le *Cannabis Use Disorder Identification Test* (CUDIT¹²²) est un outil de détection précoce universellement reconnu. Ainsi, on parle de consommation problématique de cannabis lorsqu'on obtient huit points ou plus (sur un total de 40) au CUDIT. Ce score prend notamment en compte la fréquence des prises (deux à trois fois par semaine), la fréquence des ivresses cannabiques de plus de six heures (par semaine), les incitations de l'entourage à réduire sa consommation et le motif de cette consommation.¹²³

Pertinence

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'usage de cannabis peut avoir des effets néfastes. Il affecte les fonctions cognitives (troubles de la concentration et de la mémoire) et psychomotrices et favorise le développement de maladies chroniques des voies respiratoires. Les spécialistes considèrent que la consommation de cannabis ne constitue qu'une partie d'un plus grand problème auquel viennent s'ajouter des conditions de vie difficiles comme l'échec scolaire, les problèmes familiaux, la propension à la violence, les comportements à risque et les troubles psychiques. Ainsi, pour les jeunes, la consommation de cannabis serait un révélateur et/ou un catalyseur potentiel des difficultés psychosociales que traversent les consommateurs (échec scolaire, problèmes familiaux, etc.). L'état actuel des connaissances ne permet pas de savoir dans quelle mesure le cannabis en est la cause. Toutefois, la nocivité de la fumée du cannabis pour les poumons est établie et s'avère supérieure à celle de la cigarette.¹²⁴ En outre, des études internationales montrent l'existence d'interactions modérées entre une forte consommation de cannabis et les facultés cognitives (troubles de l'apprentissage, de la mémoire et de l'attention).¹²⁵

¹²⁰ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 28.

¹²¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 11.

¹²² Adamson, Simon; Sellman, Douglas (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22, S. 309-315.

¹²³ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 14.

¹²⁴ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2008). Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Vgl. http://www.chanvre-info.ch/info/de/IMG/pdf/Cannabis_EKDF_de.pdf, 26.7.2018.

¹²⁵ Gmel, Gerard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

9.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Le cannabis reste la substance illégale la plus fréquemment consommée en Suisse. Son usage au cours de ces quinze dernières années est resté relativement stable.¹²⁶ Environ un tiers (33,8 %) de la population suisse de quinze ans et plus indique avoir consommé du cannabis *au moins une fois* dans sa vie.¹²⁷ Entre 200 000 et 300 000 personnes, soit entre 2,5 % et 3,75 % de la population totale, rapportent une *consommation actuelle*, c'est-à-dire qu'elles ont consommé du cannabis au moins une fois durant les 30 jours ayant précédé l'enquête. Selon le monitoring des addictions de 2016, la prévalence sur six mois est de 5,4 % et celle sur un mois de 3,1 %.¹²⁸ 1,1 % de la population suisse de quinze ans et plus (env. 80 000 personnes) présente une *consommation considérée comme problématique de cannabis*.¹²⁹

Sexe et âge

Parmi les 15-59 ans, 23 % des femmes et 36 % des hommes ont consommé du *cannabis au moins une fois* dans leur vie. Indépendamment du sexe, la proportion de personnes ayant déjà fumé un joint augmente avec l'âge dans un premier temps, puis recule (29 % des femmes et 42,3 % des hommes chez les 15-34 ans ; 22 % des femmes et 36,7 % des hommes chez les 35-49 ans ; 13,7 % des femmes et 22,4 % des hommes chez les 50-59 ans).¹³⁰ La *consommation actuelle* est la plus élevée chez les 20-24 ans (10,2 %) et est plus de deux fois supérieure chez les hommes (4,6 %) que chez les femmes (1,8 %). Toutes tranches d'âge confondues, les hommes (5,6 %) consomment du cannabis presque deux fois plus souvent que les femmes (3,1 %).¹³¹

D'une manière générale, l'usage *problématique* de cannabis concerne davantage les hommes (2 %) que les femmes (0,3 %).¹³² Il s'agit en premier lieu d'hommes âgés entre 15 et 34 ans : 4,7 % d'entre eux présentaient en 2016 une consommation problématique selon le CUDIT (contre 0,9 % chez les femmes). La prévalence de la consommation problématique chez les 15-24 ans a eu tendance à reculer entre 2004 et 2016 (2004 : 5,3 % ; 2012 : 4,6 % ; 2014 : 3,6 % ; 2016 : 2,8 %).¹³³ En outre, l'âge du début de la consommation semble avoir une incidence sur le mode de consommation : une personne sur dix ayant commencé avant l'âge de seize ans présente une consommation à risque, c'est-à-dire problématique. Une consommation à risque est constatée pour 4 % de ceux qui ont commencé entre 16 et 17 ans et pour 2,3 % de ceux dont l'âge de la première consommation se situe entre 18 et 20 ans.¹³⁴

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Chez les 15-34 ans, la nature de l'activité professionnelle pourrait être en rapport avec la consommation de cannabis.¹³⁵ En effet, une personne sans emploi sur cinq (22,4 %) indique avoir consommé du cannabis au cours des six derniers mois, les consommateurs problématiques

¹²⁶ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹²⁷ Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 79.

¹²⁸ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹²⁹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 17.

¹³⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 23.8.2018.

¹³¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 15.

¹³² Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹³³ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 28.

¹³⁴ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 21.

¹³⁵ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 23.

représentant un point de pourcentage supplémentaire. La part des consommateurs appartenant à la même tranche d'âge et se trouvant en formation est de 13,7 %, auxquels s'ajoutent 2,1 points de pourcentage de consommateurs problématiques. Ce sont les personnes employées à temps partiel (6 %) qui comptent la plus grande proportion de consommateurs problématiques parmi les 15-34 ans, alors que cette tranche d'âge affiche la part la plus faible de consommateurs non problématiques (5,5 %). L'inactivité constitue un facteur de risque pour la consommation mensuelle de cannabis, en particulier chez les personnes âgées entre 30 et 54 ans.

Chez les 15-34 ans, le tabagisme et la consommation (problématique) de cannabis sont liés : 28,6 % des fumeurs occasionnels et 27,2 % des fumeurs quotidiens indiquent avoir consommé du cannabis au cours des derniers mois. Pour 9,2 % des fumeurs occasionnels et 10,7 % des fumeurs quotidiens, la consommation de cannabis s'avère problématique.¹³⁶

9.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Les données relatives à la consommation de cannabis en fonction du niveau de revenu exigent une analyse différenciée. Des études longitudinales internationales montrent qu'un usage précoce de cannabis, c'est-à-dire un âge précoce lors de la première consommation, va de pair avec un bas niveau de scolarité formelle.¹³⁷

Les données pour la Suisse montrent que, chez les 15-59 ans qui ont déjà consommé *au moins une fois* du cannabis dans leur vie, la part de personnes ayant un niveau de formation élevé est plus importante (36,3 %) que celle des personnes dont le niveau de formation est moyen (29,4 %) ou faible (17,4 %). L'écart observé selon le niveau de formation est sensiblement plus grand chez les femmes que chez les hommes. Ce sont les hommes ayant un niveau de formation plus élevé (39,2 %) qui sont les consommateurs les plus nombreux.¹³⁸ Chez les 15-29 ans (consommation au cours des douze derniers mois), la proportion de consommateurs ayant un niveau de formation moyen est plus importante (53,6 %) que chez les personnes sans formation post-obligatoire (27,7 %) ou chez celles ayant une formation de degré tertiaire (18,8 %).

S'agissant de la *consommation de cannabis au cours des douze derniers mois* chez les 15-29 ans, la proportion est plus élevée parmi les personnes sans formation post-obligatoire (27,7 %) que parmi celles ayant une formation de degré tertiaire (18,8 %). Les personnes disposant d'un niveau de formation intermédiaire affichent la plus grande proportion (53,6 %). Toutefois, chez les 30-54 ans, la part des personnes avec un niveau de formation tertiaire (50,4 %) ou intermédiaire (45,8 %) est nettement plus élevée que chez les personnes sans formation post-obligatoire (3,7 %).¹³⁹

Revenu

La proportion de personnes âgées entre 15 et 59 ans qui ont déjà consommé du cannabis *au moins une fois* dans leur vie est plus faible (22,2 %) chez les personnes ayant un revenu peu élevé jusqu'à 2857 francs que chez celles ayant un revenu plus élevé à partir de 5333 francs (35,6 %). L'écart observé en fonction du revenu est un peu plus grand chez les femmes que chez les hommes : 16,4 % des femmes et 29,1 % des hommes appartenant à la tranche de

¹³⁶ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 25.

¹³⁷ Gmel, Gerard; Marmet, Simon, Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 21.8.2018.

¹³⁹ Gmel, Gerard; Marmet, Simon, Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

revenu la plus basse ont déjà consommé une fois du cannabis. Chez les personnes appartenant à la tranche de revenu la plus élevée, la proportion est de 28,9 % pour les femmes et de 40,8 % pour les hommes.¹⁴⁰

Contexte migratoire

Dans l'ensemble, les personnes issues de la migration¹⁴¹ semblent consommer moins souvent du cannabis que les Suisses. Ce constat ne concerne toutefois pas les ressortissants allemands, autrichiens et français. Ainsi, 2 % des immigrés provenant de l'ex-Yougoslavie, du Portugal et de la Turquie indiquent consommer du cannabis actuellement (c.-à-d. au moment de l'enquête).¹⁴² On observe que la probabilité de l'usage de cannabis est d'autant plus faible que l'immigration en Suisse est récente.¹⁴³



10 Jeux en ligne

10.1 Contexte

Définition

La *Game Addiction Scale (GAS)*¹⁴⁴ est un outil d'évaluation de la *conduite addictive aux jeux en ligne* qui se compose de sept questions avec des réponses allant de 0 à 4. *Quatre réponses affirmatives ou plus* (valeurs de 1 à 4) indiquent un comportement addictif au jeu en ligne. Les sept questions sont :

- (1) Avez-vous pensé toute la journée à jouer en ligne ?
- (2) Avez-vous passé un temps plus important sur les jeux en ligne que ce que vous aviez initialement prévu ?
- (3) Avez-vous joué à un jeu en ligne pour oublier votre quotidien ?
- (4) Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire votre temps de jeu ?
- (5) Vous êtes-vous senti mal quand vous ne pouviez pas jouer ?
- (6) Avez-vous eu des conflits avec des membres de votre entourage (famille, amis) en raison du temps passé à jouer ?
- (7) Avez-vous négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer ?

Malgré l'existence de cet outil d'évaluation des risques, il n'existe aucun diagnostic clinique. C'est la raison pour laquelle on renoncera à utiliser des termes tels qu'« addiction » ou « dépendance ». Étant donné que les instruments de dépistage comme la GAS tiennent compte non seulement de l'utilisation des jeux en ligne, mais aussi du degré d'utilisation susceptible d'être source de problèmes, on utilisera dans le présent chapitre les termes « utilisation problématique » ou « consommation problématique ».¹⁴⁵ Ce chapitre portera donc essentiellement sur le comportement problématique en matière de jeux en ligne ainsi que sur la pratique des jeux en ligne associée à une consommation problématique de substances.

Pertinence

Les joueurs en ligne à risque, c'est-à-dire ceux qui jouent en ligne excessivement souvent, consacrent de plus en plus de temps à cette activité. Il peut s'avérer toujours plus difficile de contrôler la consommation. Jouer en ligne risque de devenir le centre d'intérêt principal, reléguant de plus en plus au second plan d'autres activités telles que les contacts humains ou les relations sociales. En outre, les performances scolaires et/ou professionnelles peuvent faiblir,

¹⁴⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 21.8.2018.

¹⁴¹ Italie, Serbie-Monténégro, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Yougoslavie, Portugal, Turquie, Sri Lanka, Kosovo.

¹⁴² Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND, S. 30.

¹⁴³ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 39.

¹⁴⁴ Lemmens, S. Jeroen; Valkenburg, M. Patti; Peter, Jochen (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescence, *Media Psychology*, 12, S. 77-95.

¹⁴⁵ In Anlehnung an Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

causant ainsi des problèmes financiers. Il se peut également que le rythme jour-nuit soit modifié, d'où une fatigue excessive ou des altérations biochimiques (p. ex., modification des zones du cerveau liées au plaisir de la récompense). Les jeunes sont particulièrement vulnérables à ces modifications organiques car leur développement cérébral n'est pas encore achevé.¹⁴⁶ Malgré ces effets potentiellement néfastes, il n'y a pas lieu de voir dans ces comportements une dimension pathologique puisque les jeux en ligne présentent également des aspects positifs (p. ex., s'amuser, acquérir des compétences en ligne d'ordre général).¹⁴⁷ La pratique des jeux en ligne est associée à toute une série de comportements (de santé). On observe notamment une corrélation entre une pratique accrue des jeux en ligne et une consommation problématique d'alcool et de cannabis (cf. facteurs de risque individuels).

10.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

En Suisse, l'usage général et *non problématique* d'Internet (au moins une fois par semaine) chez les 16-74 ans a considérablement progressé depuis 2005 (2005 : env. 63 %, 2017 : env. 91 %).¹⁴⁸ Toutes tranches d'âge confondues, 80 % des hommes ne présentent aucun comportement en ligne problématique (usage problématique d'Internet, jeux en ligne, cybersexe, smartphone).¹⁴⁹

Sexe et âge

Chez les 12-19 ans, 64 % des garçons et 12 % des filles ont une pratique régulière (sans risque) des jeux en ligne.¹⁵⁰ Dans l'outil permettant d'évaluer l'utilisation problématique des jeux en ligne (cf. GAS), 11.8 % des hommes de 20 ans remplissent quatre critères ou plus et 2,3 % remplissent les sept critères.¹⁵¹ Chez les hommes âgés de 25 ans, la part de joueurs à risque s'élève à 7 %.¹⁵²

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Chez les hommes de 25 ans, il existe une corrélation entre la pratique des jeux en ligne et la consommation d'alcool. 6,9 % des joueurs n'ont *pas* de comportement problématique en matière de jeux en ligne mais présentent une consommation problématique d'alcool. Or, ce pourcentage s'élève à 8,8 % pour les joueurs présentant à la fois une utilisation problématique des jeux en ligne *et* une consommation problématique d'alcool. Pour ceux qui ont un usage problématique aussi bien du smartphone que des jeux en ligne, la prévalence de la consommation problématique d'alcool grimpe à 32 %. En outre, on observe une corrélation entre la consommation problématique d'alcool et une utilisation problématique d'Internet combinée à une consommation de cybersexe (27,6 %), tandis que la prévalence de l'alcool est de 14,7 % si elle est associée uniquement à la consommation de cybersexe.¹⁵³

¹⁴⁶ Zhou, Feng; Montag, Christian; Sariyska, Rayama et al. (2017). Orbitofrontal gray matter deficits as marker of Internet gaming disorder: converging evidence from a cross-sectional and prospective longitudinal design, *Addiction Biology*, Advanced online publication, S. 1.

¹⁴⁷ Trepte, Sabine; Reinecke, Leonard (2010). Unterhaltung online – Motive, Erleben, Effekte. In: Schweiger W., Beck K. (Herausgeber), *Handbuch Online-Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 21 ff.

¹⁴⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informations-gesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikatoren/haushalte-bevoelkerung/internetnutzung.html>, 21.8.2018.

¹⁴⁹ Étude C-Surf 2016/2017, n = 5987 hommes, cf. <https://www.c-surf.ch/fr/1.html>, 26.7.2018.

¹⁵⁰ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz*. Zürich: ZHAW, S. 24.

¹⁵¹ C-Surf Studie 2016/2017, n = 5987 Männer, Vgl. <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, 20.8.2018.

¹⁵² Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). *Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen*. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁵³ Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). *Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen*. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

10.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Il existe un lien significatif entre le niveau de formation et la pratique à risque des jeux en ligne. Les hommes de 25 ans sans formation post-obligatoire jouent presque deux fois plus souvent (13,4 %) que ceux ayant terminé leur apprentissage (8,3 %) ou ayant une formation de degré tertiaire (7,7 %).¹⁵⁴

Les jeunes hommes ayant un comportement problématique en matière de jeux en ligne ont nettement plus souvent un niveau de scolarité formelle plus bas (8 %) que les personnes qui ne présentent aucun des quatre¹⁵⁵ comportements en ligne problématiques (4,5 %).

Revenu

Aucune donnée en rapport avec le revenu n'était disponible au moment de la présente recherche.

Contexte migratoire

Les jeunes issus de la migration jouent plus souvent en ligne au sein de réseaux sociaux (26 %) que les jeunes non issus de la migration (13 %).¹⁵⁶ Toutefois, ce chiffre ne se réfère pas à la consommation problématique.



11 Usage des écrans

11.1 Contexte

Définition

Par *usage des écrans*, on entend toute activité sur une tablette tactile, un ordinateur ou un smartphone, que cela soit pour jouer (en ligne ou non), regarder la télévision ou des vidéos, faire des devoirs ou passer du temps sur les réseaux sociaux. On parle d'*usage intensif* des écrans dès lors qu'un adolescent passe au moins 4,5 heures par jour d'école et 7,5 heures par jour de week-end devant un écran. Ce chapitre s'intéresse à l'*ampleur de l'usage des écrans chez les jeunes* en Suisse ainsi qu'*aux répercussions sur les comportements de santé* (alimentation, activité physique, poids corporel).¹⁵⁷

Pertinence

L'usage des écrans est associé à toute une série de comportements (de santé). Ainsi, il existe un lien entre, d'une part, un usage intensif des écrans et, d'autre part, une alimentation déséquilibrée, un manque d'activité physique et le surpoids (cf. facteurs de risque individuels).

¹⁵⁴ Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁵⁵ Usage problématique des offres ou outils suivants : Internet ; cybersexe ; jeux en ligne ; smartphone.

¹⁵⁶ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 48.

¹⁵⁷ Sauf indication contraire, toutes les données du présent chapitre se réfèrent à la publication HBSC 2014. Ergänzende Berechnungen im März 2018 durch Sucht Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Unveröffentlichtes Dokument, ainsi qu'au rapport de recherche Archimi, Aurélie et al. (2016). Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse. Lausanne : Addiction Suisse.

11.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

En Suisse, les jeunes entre 11 et 15 ans passent en moyenne 36 heures par semaine devant un écran, soit environ 5 heures par jour. À cet égard, le statut socio-économique de la famille (FAS) n'a aucune incidence sur l'usage des écrans. En Suisse, ce sont surtout les 11-15 ans qui consacrent beaucoup de temps à cette activité : environ 40 % d'entre eux passent *plus de temps que la moyenne* devant un écran, c'est-à-dire plus de 36 heures. Un garçon sur quatre (24,7 %) et une fille sur cinq (21,3 %) utilisent un écran durant plus de 36 heures par semaine ou entre 4,5 et 7 heures par jour. Toutefois, le lien entre un usage répandu des écrans et l'inactivité physique n'est évident que chez les adolescentes.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Une consommation des écrans supérieure à la moyenne accroît le risque de manger moins équilibré, d'être moins actif et de présenter un surpoids. Or, des comportements défavorables à la santé peuvent entraîner l'apparition et/ou l'aggravation de différentes maladies non transmissibles comme le diabète ou les affections cardiovasculaires.

S'agissant des *habitudes alimentaires*, les adolescents entre 11 et 15 ans qui ont une consommation des écrans supérieure à la moyenne (c.-à-d. entre 4,5 et 7 heures par jour) ont quatre fois plus de risques de consommer des boissons énergisantes. En outre, ils ont 2,5 fois plus de probabilités d'avoir une alimentation défavorable à la santé (p. ex., aliments riches en sucres raffinés ou en graisses comme les chips ou les frites) que les jeunes du même âge qui passent moins de 4,5 heures par jour devant un écran. En ce qui concerne l'*activité physique*, les adolescents qui font un usage des écrans supérieur à la moyenne (entre 4,5 et 7 heures par jour) ont deux fois plus de probabilités d'être inactifs que ceux qui utilisent ces appareils moins de 4,5 heures par jour. Au niveau du *poids corporel*, les adolescents qui ont une consommation des écrans supérieure à la moyenne (entre 4,5 et 7 heures par jour) courent 1,7 fois plus de risques d'être en surpoids que les autres.

11.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation et revenu

Chez les adolescents de quinze ans, il n'existe pas de lien statistiquement avéré entre un usage à risque des écrans et le statut socio-économique de la famille, mesuré par l'échelle FAS (*Family Affluence Scale*). En d'autres termes, la proportion des jeunes qui font un usage des écrans *supérieur à la moyenne* est pratiquement identique d'un groupe à l'autre (statut socio-économique faible : 52,1 %, statut socio-économique moyen : 52,4 %, statut socio-économique élevé : 51,0 %).¹⁵⁸ Des études internationales montrent toutefois que, pour ce qui est de la consommation télévisuelle, des différences existent par rapport au score FAS. Ainsi, dans les pays d'Europe de l'Ouest, une consommation télévisuelle plus fréquente va de pair avec un FAS plus faible et, dans les pays d'Europe de l'Est, avec un FAS plus élevé.¹⁵⁹ S'agissant du *type d'activité sur écran* en Suisse, on observe que les adolescents avec un statut socio-économique élevé (80 %) ou moyen (71 %) utilisent plus fréquemment les réseaux sociaux comme Instagram que ceux dont le statut socio-économique est faible (49 %).¹⁶⁰ En outre, chez les jeunes issus de familles au statut socio-économique élevé, l'utilisation des courriels (74 %) est plus fréquente que chez ceux dont la famille a un statut socio-économique moyen (59 %) ou faible (53 %).¹⁶¹

¹⁵⁸ Chiffres obtenus à l'aide du score FAS (Family Affluence Scale), indicateur développé par l'OMS permettant de mesurer la prospérité d'une famille.

¹⁵⁹ WHO (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Policy For Children And Adolescents, 7, S. 227ff.

¹⁶⁰ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 45.

¹⁶¹ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 61.

Contexte migratoire

S'agissant de la consommation d'activités sur écran supérieure à la moyenne, aucune donnée n'a été trouvée dans le cadre des recherches. Toutefois, il existe des données actuelles sur les types d'appareils utilisés. Ainsi, l'enquête JAMES indique que les jeunes issus de la migration possèdent moins d'ordinateurs de bureau/portables (66 %) que les adolescents suisses (79 %). En outre, les jeunes d'origine étrangère regardent plus souvent la télévision (85 %) que les adolescents suisses (78 %).¹⁶² Concernant la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux, les jeunes issus de la migration ont davantage recours à Facebook (89 %) que ceux non issus de la migration (78 %).¹⁶³

Facteurs de protection



12 Alimentation

12.1 Contexte

Définition

Ce chapitre porte sur la *prise de conscience alimentaire* (faire attention à son alimentation) et sur le *comportement alimentaire* (suivre les recommandations alimentaires). Les fruits et légumes constituent une composante essentielle d'une alimentation saine en assurant l'apport en vitamines, sels minéraux et fibres alimentaires.¹⁶⁴ Leur consommation régulière contribue fortement au maintien d'un poids corporel sain. Selon les recommandations alimentaires actuelles et sur la base de la pyramide alimentaire suisse, il faudrait manger *chaque jour cinq portions de fruits et légumes* (recommandation « cinq par jour »), sachant qu'une portion équivaut à env. 120 g.¹⁶⁵ En outre, les diététiciens déconseillent de consommer de la viande plus de cinq fois par semaine et recommandent de manger du poisson une à deux fois par semaine.¹⁶⁶ Le *surpoids* se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle. Sa forme extrême, l'*obésité*, a été reconnue comme maladie par l'OMS en 1997. La cause fondamentale du surpoids et de l'obésité réside dans le déséquilibre énergétique entre les calories consommées (alimentation trop riche) et dépensées (insuffisance de l'activité physique).¹⁶⁷

Pertinence

L'alimentation joue un rôle significatif dans l'apparition et l'évolution de différentes maladies non transmissibles telles que les affections cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension et le cancer. En outre, le type d'alimentation (et le comportement en matière d'activité physique) a une incidence sur le poids corporel. L'alimentation et le poids corporel influencent donc considérablement la survenance et l'évolution de différentes pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certaines formes de cancer. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers (du sein et du côlon en particulier) et les troubles musculo-squelettiques, comme l'arthrose.¹⁶⁸ En Suisse, la proportion de personnes en surpoids ou obèses

¹⁶² Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 16ff.

¹⁶³ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 45.

¹⁶⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁶⁵ Lütthy, Jürg; Hayer, Angelika; Jaquet, Muriel (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit, S.36.

¹⁶⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁶⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 21.

¹⁶⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 21.

dans la population totale est passée de 30,1 % en 1992 à 41,1 % en 2012. Cette progression s'observe pour les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.¹⁶⁹

12.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

68 % de la population suisse déclare faire attention à son alimentation, proportion qui n'a guère varié depuis 1992.¹⁷⁰ S'agissant du comportement alimentaire, on observe qu'une personne sur cinq (19,2 %) en Suisse suit la recommandation « cinq par jour ». 47,8 % des personnes interrogées consomment entre zéro et deux portions de fruits et légumes par jour et 33,1 % en mangent entre trois et quatre portions.¹⁷¹ La recommandation de limiter la consommation de viande à cinq fois par semaine est suivie par 76 % des Suisses. Cette proportion a augmenté de 9 % depuis 1992.¹⁷²

Sexe et âge

En ce qui concerne la *prise de conscience alimentaire*, les différences entre les sexes sont marquées : en 2012, 75 % des femmes et 61 % des hommes indiquaient se soucier de leur alimentation. Chez les 15-24 ans, on constate une nette différence entre les sexes (hommes : env. 41 % ; femmes : env. 60 %). Chez les hommes comme chez les femmes, l'attention accordée à l'alimentation est en constante augmentation entre 15 et 45 ans et se stabilise ensuite (hommes : env. 65 % ; femmes : env. 80 %).¹⁷³

Pour ce qui est du *comportement alimentaire*, les différences entre les sexes sont frappantes : dans l'ensemble, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (26 % contre 12 %) à indiquer manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Chez les hommes qui suivent la recommandation « cinq par jour », on n'observe pas de différence entre les catégories d'âge (env. 12 %). Par contre, chez les femmes, la proportion augmente avec l'âge dans un premier temps (16-19 ans : 22 % ; 55-64 ans : 31,3 %), pour reculer ensuite de façon sensible (75 ans et plus : 18,8 %).¹⁷⁴ Presque un homme sur deux consomme entre zéro et deux portions de fruits et légumes par jour (44 %), contre environ une femme sur trois (31,9 %).¹⁷⁵ Par ailleurs, 32 % des hommes et 16 % des femmes mangent trop de viande, c'est-à-dire plus de cinq fois par semaine.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Le soutien social semble favoriser l'observance de la recommandation « cinq par jour ». Plus une personne dispose de soutien social, plus il est probable qu'elle mange cinq fruits et légumes par jour.¹⁷⁶ Le niveau de formation semble exercer une influence plus grande que le revenu sur le comportement alimentaire¹⁷⁷, quand bien même ce sont les chômeurs qui observent le moins la recommandation.¹⁷⁸ Parmi les autres obstacles à une alimentation saine, le prix, le goût pour la bonne cuisine ainsi que les habitudes et contraintes de la vie quotidienne sont souvent incriminés.¹⁷⁹

¹⁶⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 89.

¹⁷⁰ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51)*. Neuchâtel: OBSAN, S. 38.

¹⁷¹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). *SGB 2012*. Neuchâtel: BFS, S. 19.

¹⁷² Bundesamt für Statistik BFS (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁷³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: BFS, S. 20f.

¹⁷⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 88.

¹⁷⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2017). *Gesundheit. Taschenstatistik 2017*. Neuchâtel: BFS, S. 8.

¹⁷⁶ Moreau-Gruet, Florence (2016). *Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012*. Neuchâtel: OBSAN, S. 34.

¹⁷⁷ Camenzind, Paul; Wiedenmayer, Gabriele (2016). *Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe (Obsan Bulletin 2/2016)*. Neuchâtel: OBSAN, S. 5.

¹⁷⁸ Moreau-Gruet, Florence (2016). *Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012*. Neuchâtel: OBSAN, S. 32.

¹⁷⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: BFS, S. 21.

12.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (75 %) sont plus attentives à leur alimentation que celles n'ayant accompli que la scolarité obligatoire (62 %).¹⁸⁰ Dans l'ensemble, les personnes ayant un niveau de formation élevé (22 %) suivent davantage la recommandation « cinq par jour » que celles possédant un faible niveau de formation (15 %). Chez les femmes, la différence est notable (niveau de formation le plus bas : 18,7 % ; niveau de formation le plus élevé : 34,4 %), alors que chez les hommes, les écarts en fonction du niveau de formation sont minimes (niveau de formation le plus bas : 10 % ; niveau de formation le plus élevé : 13,8 %).¹⁸¹ On observe de légères disparités en rapport avec le niveau de formation au sein du groupe de population consommant trois à quatre portions quotidiennes (niveau de formation bas : 30,5 % , niveau de formation intermédiaire : 32 %, niveau de formation supérieur : 36,6 %).¹⁸² Pour les enfants, le niveau de formation de leurs parents représente soit un facteur de risque, soit un facteur de protection en ce qui concerne le surpoids lié à l'alimentation. Les enfants de parents sans formation post-obligatoire sont plus de trois fois davantage concernés par le surpoids que les enfants de parents disposant d'une formation supérieure.¹⁸³

Revenu

Le niveau de revenu est fortement lié à la *prise de conscience alimentaire*. Les catégories de personnes à revenu élevé se soucient plus que celles à faible revenu d'avoir une alimentation saine.¹⁸⁴ Indépendamment du sexe, on ne constate pas de différence notable entre les tranches de revenu quant à l'*observance des recommandations alimentaires*. Toutefois, les personnes faisant partie de la tranche de revenu la plus élevée (20,2 %) ont tendance à consommer plus souvent « cinq fruits et légumes par jour » que les personnes appartenant à la tranche de revenu la plus basse (17,8 %). De fortes disparités liées au revenu apparaissent chez les femmes : celles dans la tranche de revenu la plus faible mangent nettement moins de cinq fruits et légumes par jour (22,4 %) que celles appartenant à la catégorie de revenu la plus élevée (30,9 %).¹⁸⁵

Il existe une corrélation entre le surpoids et le lieu de domicile. Les enfants vivant dans les quartiers dont la proportion de familles à faible revenu est forte sont plus souvent concernés par le surpoids que les enfants vivant dans des quartiers privilégiés.¹⁸⁶

Contexte migratoire

Les personnes d'Europe de l'Est, d'Europe du Sud-Ouest et de pays non européens suivent un peu moins souvent la recommandation « cinq par jour » (13,4 %) que les Suisses (19,2 %).¹⁸⁷ L'origine sociale joue un rôle plus important que la nationalité en ce qui concerne les différences de surpoids, car la proportion d'enfants en surpoids dont les parents font partie

¹⁸⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁸¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ernaehrung>, 20.8.2018.

¹⁸² Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

¹⁸³ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 3.

¹⁸⁴ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (OBSAN Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 38.

¹⁸⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ernaehrung>, 20.8.2018.

¹⁸⁶ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 4.

¹⁸⁷ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

du groupe de formation le plus bas ou le plus élevé est sensiblement la même, indépendamment de la nationalité. Les enfants de parents diplômés font exception : ici, les enfants étrangers sont plus souvent concernés par le surpoids (28 %) que les enfants suisses (21 %).¹⁸⁸



13 Activité physique

13.1 Contexte

Définition

L'Office fédéral du sport (OFSP) a élaboré des recommandations en matière d'*activité physique* : chez l'adulte, la pratique d'une activité physique peut être considérée comme suffisante à partir de deux heures et demie (150 minutes) de *mouvement* par semaine, sous la forme d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité moyenne,¹⁸⁹ ou de 75 minutes de sport ou d'activité physique d'intensité élevée par semaine. Il s'agit d'activités qui entraînent au moins une accélération de la respiration ou une faible transpiration ou d'une combinaison d'activités d'intensité différente.

Dans l'idéal, il est préférable de répartir l'activité physique sur plusieurs jours de la semaine. On entend donc par *personnes actives* celles qui ont une activité physique conforme à ces recommandations.

On entend par *personnes inactives* celles qui exercent moins d'une fois par semaine une activité physique intense ou moins d'une demi-heure par semaine d'activité physique modérée.

Pertinence

Tous âges confondus, la pratique régulière d'une activité physique et sportive a un impact positif sur l'état de santé et les performances. Elle aide à prévenir les troubles cardiovasculaires, le développement du diabète, les dorsalgies, le surpoids et l'hypertension. Les personnes suffisamment actives sont moins souvent obèses que les personnes inactives (9 % contre 16 %) et souffrent deux fois moins de douleurs dorsales (6 % contre 15 %). Elles sont également plus nombreuses à estimer leur santé comme (très) bonne (87 % contre 62 %) et sont moins sujettes à l'hypertension (25 % contre 35 %).¹⁹⁰ De plus, la pratique d'une activité physique exerce une influence positive sur l'état de santé auto-évalué.

Le comportement sportif est déterminé principalement par le niveau de revenu et la nationalité (cf. déterminants sociaux).¹⁹¹

13.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

La proportion de personnes pratiquant une activité physique correspondant aux recommandations en la matière est passée de 63 % en 2002 à 72 % en 2012. Cette progression s'observe pour toutes les classes d'âge.¹⁹² Selon l'enquête suisse sur la santé 2012, deux tiers de la population (65 %) pratiquent une activité physique au moins une fois par semaine. Un peu plus de la moitié (56 %) fait de la gymnastique, du fitness ou du sport, dont 30 % une fois par semaine et 51 % plusieurs fois par semaine.¹⁹³

¹⁸⁸ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 4.

¹⁸⁹ Bundesamt für Sport BASPO (2013). Gesundheitswirksame Bewegung, Empfehlungen für die Schweiz. Vgl. <https://www.baspo.admin.ch/de/sportfoerderung/breitensport/gesundheit/bewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-884>, 24.7.2018.

¹⁹⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 18.

¹⁹¹ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2015): Sport Schweiz 2014: Factsheets Sportarten. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO, S. 7.

¹⁹² Bundesamt für Statistik BFS (2014). Bewegung und Gesundheit, BFS Aktuell. Neuchâtel: BFS, S. 1.

¹⁹³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 18.

Sexe et âge

Au sein de la population suisse, les hommes pratiquent plus souvent une activité physique que les femmes. En 2012, la proportion d'hommes satisfaisant aux recommandations de l'OFSPPO était de 76 %, contre 69 % pour les femmes.

C'est dans la tranche d'âge la plus jeune que la part de personnes actives est la plus importante, alors qu'elle est la plus faible dans la tranche d'âge la plus élevée. Ainsi, 79 % des 15-34 ans pratiquent une activité physique, contre 67 % chez les personnes de 65 ans et plus. La proportion chez les 35-49 ans (71,3 %) est quasiment identique à celle observée chez les 45-64 ans (70,7 %). Le chiffre le plus bas concerne les femmes de 65 ans et plus (61 %), tandis que la part d'hommes de la même tranche d'âge est nettement plus élevée (75 %).¹⁹⁴

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'être à l'origine des inégalités observées dans les comportements en matière d'activité physique : disparités en termes d'accès aux infrastructures de loisirs¹⁹⁵, attractivité des installations environnantes¹⁹⁶, aspects psychosociaux (p. ex., désespoir, symptômes dépressifs, cynisme) et liens sociaux.¹⁹⁷ Fondamentalement, pratiquer une activité physique contribue à prévenir directement ou indirectement la survenance de nombreuses maladies comme le diabète ou les troubles musculo-squelettiques.

13.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

En ce qui concerne la *pratique d'une activité physique intense* (au moins trois heures par semaine), les personnes diplômées du degré tertiaire sont nettement plus actives (46 %) que celles sans formation post-obligatoire (26 %).¹⁹⁸ Quant à l'*inactivité physique*, elle est corrélée au niveau de formation : selon l'enquête suisse sur la santé 2012, 27 % des personnes ne pratiquant pas d'activité physique ont un bas niveau de formation, contre 6 % pour celles ayant un niveau de formation élevé.¹⁹⁹ Selon d'autres sources, parmi les personnes inactives, 18 % ont suivi une formation de degré tertiaire alors que 48 % n'ont pas de formation post-obligatoire.²⁰⁰

Revenu

Il existe une forte corrélation positive entre l'*activité physique* et le niveau de revenu : 54 % des personnes dont le revenu se situe dans le quintile le plus bas²⁰¹ pratiquent un sport ; cette proportion est de 75 % chez celles dont le revenu est dans le quintile le plus élevé²⁰².²⁰³ Selon d'autres sources, 53 % des personnes appartenant à la tranche de revenu la plus élevée pratiquent une activité physique durant au moins trois heures par semaine, contre 34 % pour les

¹⁹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerperliche-aktivitaet>, 23.8.2018.

¹⁹⁵ Gordon-Larsen, Penny et al. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity, *Pediatrics*, 117, S. 417ff.

¹⁹⁶ Giles-Corti, Billie; Donovan, Robert J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, *Social Science and Medicine*, 54, S. 1793-812.

¹⁹⁷ Lynch, John; Kaplan, Gordon A.; Salonen, Jukka T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44, S. 809.

¹⁹⁸ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

¹⁹⁹ Bundesamt für Statistik (2014). SGB 2012. Körperliche Inaktivität in der Freizeit in der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Neuchâtel: BFS. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/koerperliche-inaktivitaet.assetdetail.300883.html>, 16.8.2018.

²⁰⁰ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰¹ 20 % de la population suisse la plus pauvre.

²⁰² 20 % de la population suisse la plus riche.

²⁰³ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 35.

personnes dont le revenu se situe dans la tranche la plus faible.²⁰⁴ L'*inactivité physique* est, elle aussi, en corrélation avec le niveau de revenu : la proportion de personnes inactives est plus grande dans la tranche de revenu la plus faible (37 %) que dans la tranche de revenu la plus élevée (17 %).²⁰⁵

Contexte migratoire

D'une manière générale, la population issue de la migration est moins active physiquement que les Suisses : presque la moitié de la population étrangère ne fait *pas du tout de sport* (40 % ; CH : 25 %). Font exception les personnes originaires d'Europe de l'Ouest ou d'Europe du Nord, qui sont plus nombreuses (50 %) que les Suisses (45 %) à pratiquer une activité physique intense (au moins trois heures par semaine).²⁰⁶ Concernant les personnes ne faisant *pratiquement pas d'exercice*, aucune différence ne ressort entre la population issue de la migration (6 %) et la population suisse (6 %). En outre, la proportion de personnes qui pratiquent deux heures de sport ou moins par semaine est de 7 % (CH : 10 %), alors que chez les personnes pratiquant deux heures de sport ou plus par semaine, elle s'élève à 15 % (CH : 18 %). Presque un tiers des personnes étrangères (31 % ; CH : 41 %) pratiquent une activité physique intense avec au moins trois heures de sport par semaine.²⁰⁷ Au sein de la population migrante, plus le niveau de formation est élevé, plus la fréquence de l'activité sportive augmente.²⁰⁸

²⁰⁴ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰⁵ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰⁶ Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, Stand 2016, vgl. https://www.sportobs.ch/fileadmin/sportobs-dateien/Indikatoren_PDF/IND_1_3.pdf, S. 17.

²⁰⁷ Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport, S. 8.

²⁰⁸ Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport, S. 4.

Maladies



14 Cancer

14.1 Contexte

Définition

Le *cancer* se caractérise par une prolifération incontrôlée de cellules qui envahissent les tissus. On parle de néoformation tissulaire maligne (néoplasie maligne) ou tumeur maligne.²⁰⁹ Il existe aujourd'hui plus de 200 types différents de cancer.²¹⁰ Le présent document traite du *cancer du poumon* ainsi que de la forme de cancer la plus répandue chez les hommes (*cancer de la prostate*) et chez les femmes (*cancer du sein*).

Pertinence

La proportion des hospitalisations dues à un cancer est de 6,5 % (= 29 000) chez les hommes et de 4,9 % (= 27 000) pour les femmes.²¹¹

Le cancer est la maladie responsable du plus grand nombre d'années de vie perdues (APVP)²¹² avant 70 ans : 62 500 années de vie sont perdues par année à l'échelle nationale.²¹³ Chez les femmes, 46,3 % des APVP sont imputables au cancer.²¹⁴ Les coûts directs liés à cette maladie (p. ex., médicaments, traitements) sont estimés à 3,8 milliards de francs, ce qui représente 6,6 % de la totalité des coûts de la santé. À noter que cette statistique ne tient pas compte des coûts indirects tels que les arrêts de travail.²¹⁵

14.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

En Suisse, environ 170 000 femmes et 147 000 hommes vivent avec un diagnostic de cancer.²¹⁶ Chaque année, 20 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chez les hommes et 17 000 chez les femmes. Quatre personnes sur dix *développent un cancer* au cours de leur vie. 16 000 personnes en *meurent* chaque année. Chez les hommes, 30 % des décès (soit 9000) sont dus au cancer, contre 23 % (soit 7200) chez les femmes.²¹⁷

Avec 3000 décès par an, le *cancer du poumon* est la première cause de décès par cancer en Suisse. Chaque année, 2500 cas sont diagnostiqués chez les hommes et 1500 chez les femmes. Le risque de *développer un cancer du poumon* au cours de la vie est de 6,5 % chez les hommes et de 3,6 % chez les femmes, tandis que le risque d'en décéder est de 5,5 % chez les hommes et de 2,7 % chez les femmes²¹⁸, ce qui signifie que près de six hommes atteints sur 100 et de trois femmes atteintes sur 100 décèdent de cette maladie. Avec près de

²⁰⁹ World Health Organisation WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: World Health Organisation. (Dt. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

²¹⁰ Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK, S. 13.

²¹¹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Krebs epidemiologie 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>, 26.7.2018.

²¹² Années potentielles de vie perdues.

²¹³ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, Grafik G 3.3, S. 16.

²¹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 15.

²¹⁵ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telsler, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie; Schwenkgenks, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 79.

²¹⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 10.

²¹⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 15.

²¹⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 57.

6000 cas diagnostiqués chaque année, *le cancer du sein* représente un tiers des cancers chez les femmes (50 nouveaux cas par an sont diagnostiqués chez l'homme²¹⁹). La mortalité liée au cancer du sein a diminué ces 20 dernières années.²²⁰ Chaque année, quelque 6100 cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués, soit 28 % des cancers chez l'homme.²²¹ Le taux de mortalité dû à cette maladie est en baisse depuis 2011.²²²

Sexe et âge

D'une manière générale, le risque de cancer croît avec l'âge. Seul un cancer sur dix apparaît chez les moins de 50 ans.²²³ Le cancer frappe dans 12 % des cas avant la 50^e année et dans 56 %, avant la 70^e année. Avant 55 ans, les femmes sont plus touchées par le cancer que les hommes. Après cet âge, le rapport s'inverse : chez les plus de 65 ans, le taux d'incidence du cancer chez l'homme est presque deux fois plus élevé que chez la femme.²²⁴ S'agissant du cancer du poumon, les taux d'incidence et de mortalité enregistrés dans la population masculine entre 2007 et 2011 ont fortement diminué, alors qu'ils continuent d'augmenter au sein de la population féminine.²²⁵

Selon le rapport national sur la santé 2015, le cancer du sein est le cancer ayant les *taux d'incidence et de mortalité* les plus élevés chez les femmes. Bien que le risque augmente après 50 ans, 20 % des patientes n'ont pas atteint la cinquantaine au moment du diagnostic.²²⁶ Chez les hommes, le cancer de la prostate est le cancer le plus *diagnostiqué*, mais c'est le cancer du poumon qui demeure la principale cause de décès par cancer. 99 % des patients ont plus de 50 ans au moment du diagnostic.²²⁷

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Le lien de causalité entre consommation de tabac et cancer du poumon est scientifiquement prouvé : le tabagisme est responsable de 90 % des *cancers du poumon*. Environ un tiers des cancers pourraient être évités en modifiant ou en évitant l'exposition aux principaux facteurs de risque (p. ex., consommation de tabac).²²⁸ Il existe d'autres facteurs de protection susceptibles de réduire le risque de développer la maladie : pratiquer une activité physique suffisante, éviter ou réduire le surpoids, avoir une alimentation saine.²²⁹ Quant aux chances de survie, elles dépendent de l'accès aux traitements médicaux et de leur efficacité.²³⁰

14.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Les personnes avec un faible niveau de formation se soumettent plus rarement à des examens de dépistage du cancer et sont donc exposées à un risque accru en raison d'un comportement défavorable à la santé.²³¹ Il existe une corrélation entre le risque de décéder d'un cancer et le niveau de formation. Ainsi, les hommes sans formation post-obligatoire sont deux fois plus nombreux à mourir d'un cancer que ceux disposant d'un niveau de formation élevé.²³² On observe des différences entre les milieux sociaux. Les causes peuvent en être des modes de vie différents, mais aussi un accès différencié aux prestations, telles que des programmes

²¹⁹ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs-beim-mann/>, 20.8.2018.

²²⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 9.

²²¹ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 83.

²²² Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 84.

²²³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, p. 40.

²²⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 16.

²²⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 9.

²²⁶ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/>, 24.7.2018.

²²⁷ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/prostatakrebs/>, 24.7.2018.

²²⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 22.

²²⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 22.

²³⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten/krebserkrankungen-schweiz.html>, 26.7.2018.

²³¹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS, S. 1.

²³² Oncosuisse (2011). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011 – 2015. Bern: Oncosuisse, S. 30.

de dépistage systématique, des mesures de politique de santé en matière de prévention ou le recours à de telles prestations.²³³

Revenu

Les personnes issues de milieux à faible niveau de revenu recourent moins fréquemment aux examens de dépistage du cancer.²³⁴ Ce comportement défavorable à la santé les expose ainsi à un risque accru. En outre, chez les personnes avec un bas revenu, le risque de contracter un cancer est 10 % plus élevé que chez celles ayant un revenu élevé.²³⁵ Le risque de mortalité varie en fonction du statut socio-économique (SSE). À cet égard, 25 % de ces disparités en termes de mortalité s'expliquent par les différences liées au tabagisme selon le statut socio-économique.²³⁶

Contexte migratoire

À l'heure actuelle, nous n'avons connaissance d'aucune étude examinant l'influence directe du contexte migratoire sur les taux d'incidence ou de mortalité liés au cancer.



15 Affections respiratoires

15.1 Contexte

Définition

La *bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* est une maladie respiratoire particulièrement répandue, incapacitante et liée à une charge de morbidité importante. La BPCO est un terme générique qui désigne certaines maladies de l'appareil respiratoire et qui regroupe notamment la bronchite chronique et l'emphysème obstructif. Ces affections sont caractérisées par une obstruction chronique et progressive des voies respiratoires, accompagnée de toux, d'expectorations et de dyspnée.²³⁷

Dans l'enquête suisse sur la santé, une distinction est opérée entre le taux de prévalence à douze mois (personnes touchées par la maladie au moins une fois *au cours des douze mois précédant l'enquête*) et le taux de prévalence à vie (personnes touchées au moins une fois *dans leur vie*).

Pertinence

La BPCO est une maladie pulmonaire souvent sous-diagnostiquée qui est susceptible de conduire progressivement à la mort. Plus la maladie progresse, plus il devient difficile de poursuivre les activités de la vie quotidienne, y compris celles qui n'exigent qu'un effort limité.²³⁸

En 2014, les *affections respiratoires* ont été responsables en Suisse de 2651 (= 3 %) années potentielles de vie perdues (APVP).²³⁹ À l'échelle nationale, les coûts médicaux directs liés à

²³³ Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK, S. 16.

²³⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS, S. 2.

²³⁵ Geyer, Siegfried; Peter, Richard (2009). Soziale Faktoren und Krankheiten: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, S. 15.

²³⁶ Marmot, Michael (2006). Smoking and inequalities. The Lancet, 368, 341-342.

²³⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 84, S.107.

²³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131.

²³⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 15.

la BPCO s'élevaient, en 2011, à 1,6 milliard de francs, soit 3 % de la totalité des coûts de la santé (51 milliards de francs). Quant aux coûts indirects, ils étaient de six milliards de francs.²⁴⁰

La proportion de personnes souffrant de ces affections a nettement baissé en 20 ans pour les deux sexes, passant de 4,4 % à 3,4 % chez les femmes et de 3,6 % à 2,6 % chez les hommes.²⁴¹ Les maladies respiratoires sont responsables de 4,3 % de la charge de morbidité en Suisse.²⁴²

15.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Selon l'enquête suisse sur la santé 2012, 3 % de la population suisse a été touchée par une affection respiratoire *au moins une fois* dans la vie. La proportion de personnes ayant souffert d'une bronchite ou d'un emphysème au moins une fois *au cours des douze mois précédant l'enquête* est de 1,4 %. Ce pourcentage est en recul par rapport aux enquêtes de 1997 et 2002 (1997 : 4,8 % ; 2002 : 3,4 % ; 2012 : 1,4 %).²⁴³

Sexe et âge

Les affections respiratoires ont un caractère chronique, et leur incidence est plus élevée à partir de la cinquantaine. Tandis que moins de 1 % des 15-49 ans étaient concernés durant les douze mois précédant l'enquête, ce pourcentage a augmenté chez les 50-64 ans (1,6 %) et chez les personnes de 65 ans et plus (3,2 %). Parmi les catégories d'âge plus jeunes (25-34 ans), les maladies respiratoires touchent 1,2 % des hommes et 2,3 % des femmes. Au sein de la population plus âgée (55-64 ans), 3 % des hommes et 4 % des femmes souffrent de ces affections.²⁴⁴ En outre, les femmes avec une formation de degré tertiaire sont deux fois plus touchées (1,3 %) que les hommes disposant du même niveau de formation (0,7 %). En ce qui concerne les niveaux de formation plus bas, les disparités entre les sexes sont moindres (hommes : 1,5 % ; femmes : 2,2 %).²⁴⁵

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

La BPCO et, d'une manière générale, les affections respiratoires sont le plus souvent dues à l'inhalation de substances nocives sur une période prolongée. Le tabagisme (de longue durée)²⁴⁶ est le principal facteur de risque, mais la BPCO touche également les peintres, les menuisiers ou les agriculteurs.²⁴⁷ En outre, les personnes atteintes de maladies sévères des voies respiratoires souffrent fréquemment d'insuffisance cardiaque, d'autres maladies cardiaques, d'isolement et de dépression dus à une baisse des performances physiques. Une BPCO s'accompagne souvent d'une détresse respiratoire.

²⁴⁰ Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 69 (en allemand uniquement). Les *coûts indirects* sont des coûts d'opportunité ayant des répercussions sur l'utilisation des ressources sans donner lieu à des sorties d'argent/dépenses directes, p. ex., coûts de productivité du fait de la morbidité, de la mortalité, des absences, de la capacité de travail réduite (présentéisme). Cf. Wieser et al. (2014), p. 60.

²⁴¹ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 51.

²⁴² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 130.

²⁴³ Bundesamt für Statistik BFS (1992/202/2012). SGB 1992, SGB 2002, SGB 2012. Neuchâtel: BFS.

²⁴⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 84.

²⁴⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 13.7.2018.

²⁴⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131, S.140.

²⁴⁷ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/chronische-atemwegserkrankungen.html>, 26.7.2018.

15.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

S'agissant du taux de prévalence à vie (au moins une fois dans la vie), les personnes disposant d'un niveau de formation faible (3,2 %) et moyen (3,2 %) ont légèrement plus de probabilité d'être touchées que celles avec un niveau de formation élevé (2,5 %). Cette disparité ne s'observe toutefois que chez les femmes (3,6 % contre 2,7 %), puisqu'elle s'avère minime chez les hommes (2,6 % contre 2,4 %).²⁴⁸

Quant au taux de prévalence à douze mois (au moins une fois au cours des douze derniers mois), il est de 1,9 % chez les personnes avec le niveau de formation le plus bas et de 1 % chez celles ayant le niveau de formation le plus élevé. Les femmes diplômées du degré tertiaire sont deux fois plus touchées (1,3 %) que les hommes disposant du même niveau de formation (0,7 %). La disparité entre les sexes diminue au sein de la population avec un niveau de formation moins élevé (hommes : 1,5 % ; femmes : 2,2 %).²⁴⁹

Revenu

En ce qui concerne le taux de prévalence à vie (au moins une fois dans la vie), le groupe de population disposant du niveau de revenu le plus faible (3,6 %) est un peu plus souvent touché par les affections respiratoires que le groupe de population dont le revenu se situe dans la tranche la plus élevée (2,6 %). S'agissant du taux de prévalence à douze mois, les affections respiratoires concernent davantage les personnes appartenant à la catégorie de revenu la plus basse (2,2 %) que celles faisant partie de la tranche de revenu la plus élevée (1,0 %).²⁵⁰ Aucune disparité ne ressort entre les sexes à cet égard.

Contexte migratoire

À notre connaissance, aucune donnée n'a été exploitée dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé 2012 pour déterminer l'existence d'un lien éventuel entre les affections respiratoires et la population issue de la migration.



16 Maladies cardiovasculaires

16.1 Contexte

Définition

Les maladies cardiovasculaires n'ont pas de définition uniforme. Au sens large, elles comprennent l'ensemble des maladies affectant le cœur et la circulation sanguine. Les deux formes majeures sont la cardiopathie ischémique et la maladie cérébrovasculaire. La *cardiopathie ischémique (coronarienne)* est une maladie chronique des artères coronaires caractérisée par le rétrécissement ou l'occlusion d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins, et par une irrigation insuffisante du *muscle cardiaque*. Elle peut entraîner des douleurs thoraciques, un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) ou une insuffisance cardiaque. La *maladie cérébrovasculaire* est un trouble de la circulation du sang dans le *cerveau*, entraînant une hémorragie cérébrale ou un infarctus cérébral. Une affection cardiovasculaire consiste également en un affaiblissement général, non spécifique, du système cardiovasculaire chez les personnes très âgées.²⁵¹ Les maladies cardiovasculaires sont particulièrement importantes pour

²⁴⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 26.7.2018.

²⁴⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. BFS: Neuchâtel.

²⁵⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 26.7.2018.

²⁵¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131.

la stratégie MNT. Ce chapitre aborde non seulement les affections cardiovasculaires en général, mais présente également les données disponibles sur l'*infarctus aigu du myocarde* (crise cardiaque) et sur l'*attaque cérébrale* ainsi que sur le principal facteur de risque que représente l'*hypertension artérielle*.

Pertinence

En 2014, les *maladies* cardiovasculaires ont été responsables en Suisse de 12 826 (= 15 %) années potentielles de vie perdues (APVP).²⁵² À l'échelle nationale, les coûts médicaux directs liés à ces affections s'élevaient en 2011 à 10 milliards de francs, soit un sixième (16 %) de la totalité des coûts de la santé. Quant aux coûts indirects²⁵³, ils étaient de six milliards de francs. Les affections cardiovasculaires sont les maladies qui coûtent le plus cher.²⁵⁴

16.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

Chaque année en Suisse, les maladies cardiovasculaires sont responsables d'environ 20 000 décès (2014 : 20 972) et constituent la principale cause de mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes.²⁵⁵ Près d'un décès sur trois est imputable à ces affections. La charge de morbidité est, dans le cas des infarctus, de 178 pour 100 000 habitants et, pour les attaques cérébrales, de 177 pour 100 000 habitants.²⁵⁶ Facteur de risque principal des maladies cardiovasculaires, l'*hypertension artérielle* touche environ 19 % de la population suisse.²⁵⁷

Sexe et âge

Toutes *maladies cardiovasculaires* confondues, les décès enregistrés en 2015 ont été plus nombreux chez les femmes (11 878 cas = 34 % de l'ensemble des décès) que chez les hommes (9715 cas = 29,8 % de l'ensemble des décès). Toutefois, l'incidence des cardiopathies ischémiques est nettement supérieure chez les hommes (9945 cas) que chez les femmes (5070 cas).²⁵⁸ Le risque d'infarctus augmente régulièrement avec l'âge, d'abord à la cinquantaine et surtout chez les personnes de 80 ans et plus.²⁵⁹ En 2015, le nombre d'attaques cérébrales était plus ou moins semblable chez les deux sexes (hommes : 7822 cas ; femmes : 7332 cas).²⁶⁰ À noter que l'incidence de ce type d'affection augmente fortement chez les personnes de 65 ans et plus. 23 % des personnes souffrant d'*hypertension artérielle* ont entre 50 et 64 ans, tandis que 50 % sont âgées de 65 ans et plus. Les hommes sont davantage concernés (19,6 %) que les femmes (18 %).²⁶¹

Facteurs de risques individuels – facteurs de protection

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risque principaux pour les maladies cardiovasculaires. Il existe d'autres facteurs de risque liés au mode de vie : le tabagisme, le manque

²⁵² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre>, 21.8.2018.

²⁵³ Coûts d'opportunité ayant des répercussions sur l'utilisation des ressources sans donner lieu à des sorties d'argent/dépenses directes, p. ex., coûts de productivité liés à la morbidité, à la mortalité, aux absences, à la capacité de travail réduite (présentéisme). Cf. Wieser et al. (2014), p. 60.

²⁵⁴ Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 72.

²⁵⁵ Schweizerische Herzstiftung (2016). Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Ausgabe 2016. Ort: Herausgeber/Verlag, S. 31.

²⁵⁶ CardioVascSuisse (2018). Vgl. <http://www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1744&L=0>, 26.7.2018.

²⁵⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 26.7.2018.

²⁵⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>, 21.8.2018.

²⁵⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 106.

²⁶⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hirnschlag>, 3.12.2018.

²⁶¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 26.7.2018.

d'exercice physique, une alimentation déséquilibrée, une consommation excessive d'alcool, un taux de cholestérol trop élevé, une hyperglycémie, le diabète et le surpoids. Un faible statut socio-économique va de pair avec une exposition accrue aux facteurs de stress, qui déclenchent des réactions biologiques et qui peuvent accroître le risque de maladies cardiovasculaires.²⁶²

16.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Il existe une corrélation entre le risque de souffrir d'hypertension artérielle et le niveau de formation : en 2012, les personnes sans formation post-obligatoire ont davantage été concernées (38 %) par les problèmes d'hypertension que celles avec une formation de degré tertiaire (25 %).²⁶³ Par conséquent, les personnes dont le niveau de formation est bas ont 1,7 fois plus de risques d'avoir une tension trop élevée que celles disposant d'une formation supérieure. Les personnes avec un niveau de formation moyen ont, quant à elles, 1,4 fois plus de risques d'être touchées que celles ayant un diplôme de degré tertiaire.

Revenu

Le risque de décéder d'une cardiopathie ischémique (p. ex., maladie coronarienne et infarctus du myocarde) est accru chez les personnes à faible statut socio-économique.²⁶⁴ Il convient de rappeler que le revenu constitue l'un des critères permettant de déterminer le statut socio-économique.²⁶⁵ L'hypertension artérielle touche davantage les personnes dont le revenu n'excède pas 2857 francs (23,6 %) que celles ayant un revenu se situant dans la tranche la plus élevée, à partir de 5333 francs (15,9 %).²⁶⁶ Les personnes à faible statut socio-économique sont plus souvent sujettes à l'hypertension que celles ayant un statut socio-économique élevé.²⁶⁷

Contexte migratoire

Le taux d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques est comparativement plus élevé au sein de la population migrante que dans la population suisse (hommes originaires du Proche-Orient : 8,2 % contre 6,4 % ; femmes originaires du Proche-Orient ; 2,9 % contre 2 %). Le taux d'hospitalisation pour les maladies cérébrovasculaires chez les étrangers n'est pas plus élevé que celui des Suisses.²⁶⁸



17 Troubles musculo-squelettiques

17.1 Contexte

Définition

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou de l'appareil locomoteur englobent l'ensemble des maladies du système ostéo-articulaire et des muscles, à savoir des atteintes musculaires

²⁶² Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.

²⁶³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 10.

²⁶⁴ Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.

²⁶⁵ Le SSE se définit par toute une série de critères liés aux conditions de vie, p. ex., le diplôme, la profession, le revenu, la possession de biens culturels, les usages culturels, les liquidités, la solvabilité.

²⁶⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 21.8.2018.

²⁶⁷ Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368ff.

²⁶⁸ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

ou tendineuses comme l'arthrose, l'arthrite, l'ostéoporose, le mal de dos chronique ou la fibromyalgie. Le mal de dos chronique, l'arthrose et l'ostéoporose, tels que définis ci-après, sont les formes les plus fréquentes de ce type d'affections.

Par *mal de dos chronique*, on entend des douleurs durables touchant fréquemment le bas du dos. L'*arthrose* est une dégénérescence progressive du cartilage des articulations due à un processus de décomposition et d'altération chronique qui peut survenir sans cause apparente (forme primaire) ou suite à un traumatisme (forme secondaire). L'arthrite est une atteinte inflammatoire d'une ou de plusieurs articulations qui se manifeste généralement par une température excessive de l'articulation, un épanchement articulaire, une enflure ou des rougeurs. L'*ostéoporose* est une fragilisation du squelette, entraînant un risque accru de fractures, caractérisé par une diminution de la masse osseuse et par une altération de la microarchitecture osseuse.²⁶⁹

Le présent chapitre porte sur les troubles musculo-squelettiques dans leur ensemble et plus particulièrement sur le mal de dos, qui constitue l'affection de l'appareil locomoteur la plus répandue.

Pertinence

Les *troubles musculo-squelettiques* peuvent avoir un profond effet sur de nombreux aspects de la vie de l'individu, y compris son bien-être physique et mental, sa santé économique et ses rapports à autrui d'ordre physique et émotionnel.²⁷⁰ Ils sont une des causes les plus fréquentes de douleur sévère à long terme et d'invalidité. Par ailleurs, ils entraînent un coût économique majeur : en Suisse, les coûts directs s'élèvent à 8,7 milliards de francs²⁷¹ et représentent 5 % de la charge de morbidité.²⁷² Chez les adultes, le *mal de dos* est une cause fréquente d'incapacité de travail. Il est à l'origine de 26 % des absences au travail pour raison de santé. Pour six personnes sur dix, les douleurs au dos de même que celles aux épaules, à la nuque et aux bras sont en lien avec leur travail actuel ou ancien.²⁷³

17.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

D'une manière générale, les *troubles musculo-squelettiques* sont très répandus en Suisse : on estime qu'ils touchent quelque deux millions de personnes, dont 1,5 million en raison de *douleurs au dos*. Environ 36 % de la population suisse souffre de douleurs aux épaules, à la nuque et aux bras.²⁷⁴ Les maux de dos imputables au travail concernent quelque 18 % des salariés et font partie des problèmes de santé les plus fréquemment évoqués au travail.²⁷⁵

Sexe et âge

D'une manière générale, les femmes souffrent davantage de fortes *douleurs dorsales et lombaires* (39 %) que les hommes (26 %).²⁷⁶ Le taux d'hospitalisation pour des atteintes à l'appareil musculo-squelettique indique que, jusqu'à 44 ans, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes, mais que la tendance s'inverse à partir de cet âge.²⁷⁷ Chez les 16-19 ans, 30 % des hommes et 39,5 % des femmes souffrent de douleurs dorsales et lombaires,

²⁶⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131-132.

²⁷⁰ Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54, S. 23-30.

²⁷¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 135.

²⁷² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 130, Abb. 7.3.

²⁷³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁷⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁷⁵ Krieger, Ralph; Graf, Maggie; Vanis, Margot (2017). Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), p. 20.

²⁷⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 31.

²⁷⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 45.

tandis que chez les 20-24 ans, la proportion est respectivement de 25,7 % et 44,5 %.²⁷⁸ Le *mal de dos* augmente avec l'âge : si, dans la classe d'âge des 11-13 ans, 8 % des garçons et 11 % des filles souffrent de maux de dos, la proportion passe déjà à respectivement 30 % et 39,5 % chez les 16-19 ans.²⁷⁹ Les fortes douleurs dorsales touchent surtout les personnes de plus de 50 ans.²⁸⁰ Tant chez les hommes que chez les femmes, la prévalence croît avec l'âge, en particulier à partir de la cinquantaine.²⁸¹ Les hospitalisations pour des troubles de l'appareil musculo-squelettique augmentent également avec l'âge.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Les facteurs de risque des troubles musculo-squelettiques sont le surpoids, le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation, un comportement ergonomique inapproprié, une consommation excessive d'alcool, la consommation de tabac, des facteurs de risque psychosociaux/stress ainsi que le manque de soutien social. Ces facteurs sont notamment liés au style de vie et sont donc en rapport avec le comportement en matière de santé. En outre, des contraintes physiques excessives, une liberté de décision restreinte, une faible reconnaissance au travail ou un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée augmentent le risque de développer des troubles musculo-squelettiques.²⁸²

17.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

S'agissant des *atteintes musculo-squelettiques*, il existe une corrélation marquée entre la fréquence des troubles et un bas niveau de formation : les personnes à faible statut socio-économique présentent une prévalence accrue de TMS.²⁸³ Selon l'enquête suisse sur la santé 2012, les personnes sans formation post-obligatoire ont 2,3 fois plus de risque de souffrir de fortes douleurs dorsales que les diplômés du degré tertiaire.²⁸⁴ En outre, les salariés avec un faible niveau de formation sont nettement plus nombreux à constater une corrélation entre le travail et des douleurs dorsales ou aux épaules.²⁸⁵

Revenu

Selon l'enquête suisse sur la santé 2012, les douleurs dorsales sont largement répandues, quelle que soit la tranche de revenu : elles touchent 33 % des personnes dont le niveau de revenu est le plus bas (jusqu'à 2857 francs) et 34 % des personnes ayant un revenu entre 2857 et 3999 francs. 31 % des personnes appartenant au quintile de revenu mensuel le plus élevé (à partir de 5333 francs) indiquent souffrir de fortes douleurs dorsales.²⁸⁶

²⁷⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 64.

²⁷⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 64.

²⁸⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 89.

²⁸¹ Bundesamt für Statistik BFS. (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁸² Wieser, Simon et al. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. The European Journal of Health Economics, 12, S. 455-467.

²⁸³ Note : bien que les données concernent la Norvège, leur transposition à la population suisse semble appropriée. Cf. Hagen, Knut et al. (2005). Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46'901 adults in Norway, Scandinavian Journal of Public Health, 33, S. 268-275.

²⁸⁴ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 23ff.

²⁸⁵ Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. International Journal of Public Health, 54, S. 23-30.

²⁸⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

Contexte migratoire

Les ressortissants d'Europe de l'Est, du Sud-Est et du Sud-Ouest ainsi que les personnes qui sont arrivées en Suisse il y a plus de 20 ans sont particulièrement concernées par les fortes douleurs dorsales.²⁸⁷ Les hommes du Proche-Orient (5,3 %) ont des taux d'hospitalisation plus élevés que les Suisses (3,9 %) pour les dorsopathies. Chez les femmes originaires de cette région, les chiffres sont légèrement plus élevés que chez les Suissesses (4,6 % ; CHF : 4,2 %).²⁸⁸



18 Diabète

18.1 Contexte

Définition

Le *diabète mellitus* (diabète sucré) est une maladie métabolique chronique. On distingue essentiellement deux types de diabète. Celui de *type 1* est dû à une production insuffisante d'insuline et peut se manifester dès l'enfance ou l'adolescence. Fortement lié au style de vie et associé au surpoids, le diabète de *type 2* apparaît le plus souvent à l'âge adulte et provient généralement d'une résistance à l'insuline. La majeure partie des cas de diabète (90-95 %) sont de type 2. Sauf indication contraire, les chiffres exposés ci-dessous concernent ce type de diabète.

Pertinence

Avec 0,989 milliard de francs par année, le diabète représente 1,5 % de l'ensemble des coûts annuels de la santé. En 2011, les coûts médicaux directs liés au diabète se situaient entre 0,8 et 1 milliard de francs suisses. Des coûts supérieurs à la moyenne sont générés dans le domaine ambulatoire (53,7 %) et pour les médicaments (19,4 %). Il s'agit essentiellement des frais de traitement directs et non des coûts liés aux pathologies induites par le diabète (telles que les maladies cardiovasculaires).²⁸⁹ Bien que chronique, le diabète de type 2 est généralement asymptomatique durant de longues années (env. sept ans²⁹⁰) ; son dépistage et la prévention jouent par conséquent un rôle important.

18.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

On estime que le diabète touche entre 300 000 et 500 000 personnes en Suisse, dont environ 40 000 atteintes du diabète de type 1.²⁹¹ Le diabète a déjà été diagnostiqué au moins une fois chez 5 % de la population. En Suisse, de nombreuses personnes sont en surpoids²⁹² (31,6 %) ou obèses²⁹³ (10,6 %) et présentent donc un risque accru de développer un diabète.

Sexe et âge

En 2012, 5,5 % des hommes et 3,9 % des femmes étaient atteints de diabète.²⁹⁴ Le risque de maladie augmente avec l'âge : la proportion de diabétiques est de 2,4 % pour les 35-49 ans, de 6 % chez les 50-64 ans et de 11,8 % chez les personnes de plus de 65 ans. La part des

²⁸⁷ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

²⁸⁸ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

²⁸⁹ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki, Riguzzi, Marco, Fischer, Barbara, Telsler, Harry, Pletscher, Mark, Eichler, Klaus, Trost, Melanie, Schwenkglens, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG, S. 61.

²⁹⁰ Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.

²⁹¹ Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.

²⁹² Surpoids : indice de masse corporelle (IMC) entre 25 et 30.

²⁹³ Obésité : indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30.

²⁹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 12.

personnes concernées augmente rapidement à partir de 45 ans chez les hommes et 55 ans chez les femmes. Les hommes de plus de 65 ans sont particulièrement touchés avec 15,8 %, alors que la proportion de femmes diabétiques appartenant à la même catégorie d'âge est de 8,7 %. En ce qui concerne le facteur de risque lié au poids corporel, l'enquête suisse sur la santé 2012 montre que les hommes sont plus souvent obèses (11,6 %) ou en surpoids (40,3 %) que les femmes (9,6 % et 23,2 %). Par conséquent, les hommes sont davantage exposés au risque de diabète.

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Associé au surpoids ou à l'obésité, le diabète est fortement lié au style de vie. Ainsi, la part de personnes en surpoids et donc la proportion du groupe à risque au sein de l'ensemble de la population ont sensiblement augmenté entre 1992 (30 %) et 2012 (41 %). D'autres facteurs de risque peuvent favoriser le diabète : manque d'activité physique, déséquilibres alimentaires et tabagisme.²⁹⁵

18.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Les personnes dont le niveau de formation est plus bas sont touchées en moyenne deux fois plus que les personnes ayant une formation de degré tertiaire (7,2 % contre 2,9 %). À cet égard, le diabète concerne particulièrement les hommes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire (10,1 %).²⁹⁶ Selon l'enquête suisse sur la santé 2012, la part d'obèses chez les personnes dont le niveau de formation est le plus bas est nettement plus élevée (16,6 %) que chez les personnes diplômées du degré tertiaire (7,5 %). S'agissant de la proportion de personnes en surpoids, les disparités entre les différents niveaux de formation sont bien moindres (niveau de formation le plus bas : 34 % ; niveau de formation le plus élevé : 30,6 %).²⁹⁷

Revenu

Il existe une corrélation entre le niveau de revenu mensuel le plus bas et le risque de développer un diabète : le diabète touche 6,4 % des personnes appartenant à la tranche de revenu la plus basse (jusqu'à 2857 francs), alors que la proportion de personnes diabétiques au sein du quintile de revenu le plus élevé (à partir de 5333 francs) est nettement plus faible (3,2 %). Les personnes souffrant d'obésité sont sensiblement plus nombreuses au sein de la catégorie de revenu la plus basse (13,3 %) que dans la tranche de revenu la plus élevée (8,2 %). S'agissant du surpoids, les écarts entre les deux groupes sont moindres (31,6 % contre 30,7 %).²⁹⁸

Contexte migratoire

Pour ce qui est de la prévalence du diabète au sein de la population migrante, on dispose d'indications indirectes : le taux d'hospitalisation pour diagnostic secondaire de diabète est nettement plus élevé chez les hommes du Proche-Orient (5,1 %) que chez les Suisses (2,3 %). Chez les femmes du Proche-Orient, la différence est encore plus marquée (3,9 % contre 1,4 %).²⁹⁹ Le surpoids et l'obésité touchent davantage les ressortissants d'Europe du Sud-Ouest (hommes : 59,1 % ; femmes : 42,0 %) et d'Europe de l'Est ou du Sud-Est (hommes : 55,9 % ; femmes : 32,9 %) que les Suisses (49,8 %) et les Suissesses (31,7 %). L'écart avec les Suisses se creuse avec l'âge.³⁰⁰

²⁹⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

²⁹⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

²⁹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerpergewicht>, 21.8.2018.

²⁹⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerpergewicht>, 21.8.2018.

²⁹⁹ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 3.

³⁰⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 65.



19 Santé psychique

19.1 Contexte

Définition

Le présent chapitre est consacré à la santé psychique. La dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) identifie 374 troubles psychiques. Ce chapitre se concentre sur les pathologies psychiques les plus courantes, telles que la dépression, les troubles anxieux et le suicide. Une *dépression* est une maladie psychique caractérisée par de la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, une faible estime de soi, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, une sensation de fatigue et un déficit de la concentration.

Les *troubles anxieux* sont caractérisés par une montée émotionnelle associée à une peur et une inquiétude disproportionnée avec ou sans menace extérieure apparente. Ces troubles peuvent se traduire par des phobies, des crises de panique et de l'anxiété généralisée.

Le *suicide* est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Le passage à l'acte est généralement précédé d'idées suicidaires. Il convient de distinguer le suicide tel qu'abordé dans le présent chapitre de l'assistance au suicide (ou suicide accompagné).

Pertinence

La *dépression* est une maladie psychique qui peut avoir des conséquences graves. L'OMS³⁰¹ estime qu'en 2020, les troubles dépressifs seront la deuxième cause de morbidité dans le monde. Ils présentent souvent un caractère récidivant ou chronique. Le *suicide* est la quatrième cause de mortalité précoce et ses conséquences indirectes sont considérables : une personne qui se suicide laisse derrière elle entre quatre et six parents ou proches.³⁰²

19.2 Prévalence

Prévalence générale en Suisse

23 % de la population font état de *problèmes psychiques* ou de détresse psychologique. En 2012, 18 % de la population totale, c'est-à-dire presque une personne sur cinq, indiquaient souffrir de troubles psychiques modérés (13 %) ou sévères (5 %). En Suisse, quelque 1,5 million de personnes sont atteintes de troubles de l'humeur tels que la dépression (n=507 576) ou les troubles anxieux (n=1 054 149). 6,5 % des Suisses souffrent de *symptômes de dépression* modérée à grave.³⁰³

Selon la statistique des causes de décès 2015, 1071 *cas de suicide* ont été recensés au total, soit 1,5 % de l'ensemble des décès.³⁰⁴ Avec deux à trois suicides par jour, la Suisse fait partie des pays d'Europe qui présentent un taux de suicide supérieur à la moyenne.³⁰⁵

Sexe et âge

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir une détresse psychologique moyenne ou élevée (20,7 % contre 15,1 %). La dépression modérée à sévère est également plus répandue chez les femmes (7,1 %) que chez les hommes (5,8 %).³⁰⁶ Les *symptômes dépressifs modérés à graves* concernent davantage les personnes plus jeunes entre 15 et 34 ans (9,4 %) que les personnes plus âgées (35-49 ans : 6,8 % ; 50-64 ans : 5,1 % ; 65 ans

³⁰¹ OMS = Organisation mondiale de la santé.

³⁰² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, 26.7.2018.

³⁰³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressi-onssymptome>, 21.8.2018

³⁰⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742835.html>, 21.8.2018.

³⁰⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, 26.7.2018.

³⁰⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2017). *Gesundheit. Taschenstatistik 2017*. Neuchâtel: BFS, S. 22.

et plus : 2,8 %).³⁰⁷ Ce sont les femmes âgées entre 15 et 24 ans qui présentent le plus souvent des symptômes dépressifs modérés à graves (13,3 %).³⁰⁸

Le *taux de suicide* est trois fois plus élevé chez les hommes (n= 792, 74 %) que chez les femmes (n=279, 26 %). Il augmente avec l'âge et la prévalence la plus élevée s'observe chez les personnes de plus de 80 ans. Bien que le suicide soit moins fréquent à l'adolescence, il est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes.³⁰⁹

Facteurs de risque individuels – facteurs de protection

Les *troubles dépressifs* touchent davantage les personnes vivant seules, élevant seules des enfants ou sans emploi. Le suicide va souvent de pair avec la dépressivité ou une détresse psychologique. Des contacts sociaux permettant de soutenir les personnes concernées ainsi que des ressources financières suffisantes constituent d'importants *facteurs de protection* susceptibles de prévenir le stress psychologique. Les personnes qui ont un réseau social restreint (< cinq personnes) sont plus souvent sujettes aux troubles dépressifs moyens à sévères (19 %) que celles ayant au moins cinq personnes proches (5,2 %).³¹⁰ Ce sont surtout les femmes âgées qui souffrent d'isolement social et de solitude. En 2012, la Suisse comptait 62,5 % de femmes de plus de 75 ans vivant seules (sans partenaire et dans un ménage d'une seule personne). Cette proportion n'est que de 16,1 % chez les hommes appartenant à la même classe d'âge.³¹¹

19.3 Déterminants sociaux : niveau de formation, revenu, contexte migratoire

Niveau de formation

Il existe une corrélation marquée entre le niveau de formation et la survenance de *symptômes dépressifs modérés à sévères* : globalement, les personnes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire (9,7 %) sont deux fois plus touchées que les diplômés du degré tertiaire (4,7 %). Ces disparités liées au niveau de formation sont manifestes tant chez les hommes que chez les femmes (hommes : 8,6 % contre 3,9 % ; femmes : 10,5 % contre 5,9 %). Dans la tranche d'âge 30-64 ans, les personnes ayant un faible niveau de formation sont nettement plus nombreuses à déclarer souffrir de graves dépressions (13 %) que celles avec un niveau de formation moyen (5,5 %) ou élevé (2,6 %).³¹²

Revenu

Les *symptômes dépressifs moyens à sévères* touchent nettement plus fréquemment les personnes appartenant à la tranche de revenu la plus basse³¹³ (9,4 %) que celles dont le revenu se situe dans la tranche la plus élevée³¹⁴ (4,2 %). Les disparités liées au revenu s'observent de la même manière pour les deux sexes (hommes : 9 % contre 4,3 % ; femmes : 9,8 % contre 4,2 %).³¹⁵

³⁰⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

³⁰⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 23.

³⁰⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html#par_text, 21.8.2018.

³¹⁰ Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN, S. 38ff.

³¹¹ Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (OBSAN Dossier 27). Neuchâtel: OBSAN, S. 44.

³¹² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

³¹³ Salaire mensuel jusqu'à CHF 2857.

³¹⁴ Salaire mensuel supérieur à CHF 5333.

³¹⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

Contexte migratoire

Les personnes issues de la migration souffrent un peu plus souvent de *symptômes dépressifs* moyens à sévères (8,9 %) que les personnes de nationalité suisse (5,8 %).³¹⁶ La prévalence plus élevée des troubles dépressifs au sein de la population étrangère semble, au moins dans une certaine mesure, être en lien avec le niveau de formation.³¹⁷ Par rapport aux Suisses, les hommes (5 % ; CH : 2,1 %) et les femmes (5,2 % ; CH : 3,3 %) du Proche-Orient ont des taux plus élevés d'hospitalisation pour « troubles de l'humeur » (comme les dépressions).³¹⁸ En 2015, le nombre de cas de suicide était nettement plus élevé chez les Suisses (n=678) et les Suissesses (n=242) que chez les hommes (n=114) et les femmes (n=37) de nationalité étrangère.³¹⁹ Toutefois, il faut tenir compte de la différence de taille entre les deux groupes de population concernés (pourcentage d'étrangers en 2015 : 24.6 %, n= 2 048 667).³²⁰

³¹⁶ Moreau-Gruet, Florence (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Arbeitspapier 2. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 30.

³¹⁷ Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN, S. 41.

³¹⁸ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

³¹⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742883.html>, 21.8.2018.

³²⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2016): Die Bevölkerung in der Schweiz 2015. Neuchâtel: BFS, S. 6.

20 Sources

- Adamson, Simon; Sellman, Douglas (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22, S. 309-315.
- Archimi, Aurélie et al. (2016). Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et status pondéral chez les élèves de 11 à 15 an en Suisse. Lausanne: Addiction Suisse.
- Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.
- B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung in Zusammenarbeit mit Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Vgl. https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/BSS.-Studie_Wahlfranchisen.pdf, 6.7.2018.
- Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (OBSAN Dossier 27). Neuchâtel: OBSAN.
- Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN.
- BAG; GDK; GFCH (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Massnahmenplan. Bern, S. 16; Mielck, Andreas (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber, S. 8; Rathmann, Katharina; Richter, Matthias (2016). Gesundheitliche Ungleichheit - eine theoretische und empirische Einführung. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (S. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.
- Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54, S. 23-30.
- Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN. Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). Faktenblatt. Tabakkonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Chancengleichheit und Gesundheit, Zahlen und Fakten für die Schweiz (3. Auflage, September 2018). Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten/krebserkrankungen-schweiz.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/chronische-atemwegserkrankungen.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Sport BASPO (2013). Gesundheitswirksame Bewegung, Empfehlungen für die Schweiz. Vgl. <https://www.baspo.admin.ch/de/sportfoerderung/breitensport/gesundheitsbewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-884>, 24.7.2018.

- Bundesamt für Statistik BFS (2014). SGB 2012. Körperliche Inaktivität in der Freizeit in der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Neuchâtel: BFS. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/koerperliche-inaktivitaet.assetdetail.300883.html>, 16.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2015). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html>, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016): Die Bevölkerung in der Schweiz 2015. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (1992/202/2012). SGB 1992, SGB 2002, SGB 2012. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2010). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/300806/master>, 20.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leitline-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/migrationsbevoelkerung.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Bewegung und Gesundheit, BFS Aktuell. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>, 24.8.18.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html>, S. 63f.

- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Krebsepidemiologie 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Statistik der Todesursachen TU 2014. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html#par_text, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742835.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742883.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html, S.63, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/alle-indikatoren/familie-demografie/lebenserwartung-gute-gesundheit.html>, 20.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikatoren/haushalte-bevoelkerung/internetnutzung.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>
- Camenzind, Paul; Wiedenmayer, Gabriele (2016). Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe (Obsan Bulletin 2/2016). Neuchâtel: OBSAN.
- CardioVascSuisse (2018). Vgl. <http://www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1744&L=0>, 26.7.2018.
- Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag.
- Chatelard, Sophia et al. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? *Revue Médicale Suisse*, 8, 1061-16.
- C-Surf Studie 2016/2017, n = 5987 Männer, Vgl. <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, 20.8.2018.
- Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2008). Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Vgl. http://www.chanvre-info.ch/info/de/IMG/pdf/Cannabis_EKDF_de.pdf, 26.7.2018.

- Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015, Zahlen in den folgenden Tabellen des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>
- Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Geyer, Siegfried; Peter, Richard (2009). Soziale Faktoren und Krankheiten: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Giles-Corti, Billie; Donovan, Robert J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, *Social Science and Medicine*, 54, S. 1793-812.
- Gloor, Daniela; Meier, Hanna (2013). Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des BAG. Schinznach-Dorf: Social Insight GmbH.
- Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, Gerard; Marmet, Simon, Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.
- Gordon-Larsen, Penny et al. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity, *Pediatrics*, 117, S. 417ff.
- Guessous, Idris (2012). Renoncement aux soins de santé des raisons économiques. Vgl. http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Renoncements_aux_soins_forum_ISS__22_mai_2012.pdf?ComponentId=kmelia1153&Source-File=1339150773135.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/, S. 25, 24.8.2018.
- Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND.
- Hagen, Knut et al. (2005). Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46'901 adults in Norway, *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, S. 268-275.
- Hahn, Peter; Kemptner, Daniel, Lüten, Holger (2017). The Rising Longevity Gap by Lifetime Earnings: Distributional Implications for the Pension System. Bonn: Institute of Labor Economics, 1-49.
- HBSC 2014. Ergänzende Berechnungen im März 2018 durch Sucht Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Unveröffentlichtes Dokument
- Henrickson, Mark; Fouché, Christa (2017). Vulnerability and marginality in human services. London: Routledge.
- Höpflinger, François (2017). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. Vgl. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>, 24.8.2018.

- Jeanrenaud, Claude; Widmer, Gaëlle; Pellegrini, Sonia (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales.
- Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/>, 24.7.2018.
- Krieger, Ralph; Graf, Maggie; Vanis, Margot (2017). Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Gerard. (2017). Le tabagisme chez les 15 à 25 ans en 2016 - Analyse des données 2016 du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse.
- Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2015): Sport Schweiz 2014: Factsheets Sportarten. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
- Lemmens, S. Jeroen; Valkenburg, M. Patti; Peter, Jochen (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescence, *Media Psychology*, 12, S. 77-95.
- Loukissa, Dimitra (2007). Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. *British journal of nursing*, 16, S. 1254-8.
- Lüthy, Jürg; Hayer, Angelika; Jaquet, Muriel (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Lynch, John; Kaplan, Gordan A.; Salonen, Jukka T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44, S. 809.
- Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Marmot, Michael (2006). Smoking and inequalities. *The Lancet*, 368, 341-342.
- Moreau-Gruet, Florence (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Arbeitspapier 2. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN.
- Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN.
- Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, Stand 2016, vgl. https://www.sportobs.ch/fileadmin/sportobs-dateien/Indikatoren_PDF/IND_1_3.pdf, S. 17, 28.8.2018.
- OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) <https://www.OBSAN.admin.ch/fr/node/1510>, 24.7.2018.
- Oncosuisse (2011). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011 – 2015. Bern: Oncosuisse.
- Schweizerische Herzstiftung (2016). Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Ausgabe 2016. Ort: Herausgeber/Verlag, S. 31.

- Schweizerische Herzstiftung (2018). Vgl. <https://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/rauchen.html>, 23.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>, 23.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2013). https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/OBSAN_dossier_26.pdf, 21.8.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vgl. https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/OBSAN_dossier_56_3.pdf, 24.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter." Bern: Vgl. www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015), S. 14; und Stamm, Hanspeter; Lamprecht, Markus (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Suchtmonitoring Schweiz (2018). Vgl. <http://www.suchtmonitoring.ch/de/2.html>, 23.7.2018.
- Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Trepte, Sabine; Reinecke, Leonard (2010). Unterhaltung online – Motive, Erleben, Effekte. In: Schweiger W., Beck K. (Herausgeber), Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weber, Dominik (2018). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: BAG, GDK und GFCH (Dokument in Arbeit).
- Wieser, Simon et al. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. The European Journal of Health Economics, 12, S. 455- 467.
- Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG.
- Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki, Riguzzi, Marco, Fischer, Barbara, Telser, Harry, Pletscher, Mark, Eichler, Klaus, Trost, Melanie, Schwenkglens, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG.
- Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW.
- World Health Organisation WHO (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Policy For Children And Adolescents, 7, S. 227ff.
- World Health Organisation WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation WHO (2018). Social determinants of health: Key concepts. Vgl. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, 21.8.2018.

Zhou, Feng; Montag, Christian; Sariyska, Rayama et al. (2017). Orbitofrontal gray matter deficits as marker of Internet gaming disorder: converging evidence from a cross-sectional and prospective longitudinal design, *Addiction Biology*, Advanced online publication.

Annexe

Références à des documents apparentés

- **Brochure** : Égalité des chances et santé - chiffres et données pour la Suisse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>, commande : www.publicationsfederales.admin.ch, numéro de commande OFCL : 316.600.f
- **Spectra janvier 2018** : <http://www.spectra-online.ch/fr/pied-de-page/archive/archives-pdf/119-egalite-des-chances-85-25.html>

Références à des sites apparentés

- **Addiction Suisse** : <http://www.addictionsuisse.ch>
- **Cancer** : <https://www.liguecancer.ch/> ; www.nicer.org/fr/
- **Diabète** : <https://www.diabetesuisse.ch>
- **Enquête suisse sur la santé (ESS)** : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.html>
- **Observatoire suisse de la santé (OBSAN)** : <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs>
- **Office fédéral de la statistique (OFS)** : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html>
- **Office fédéral de la santé publique (OFSP)** : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html>
- **Office fédéral de la santé publique, Section Égalité face à la santé** : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategie/gesundheitsliche-chancengleichheit.html>
- **Promotion Santé Suisse** : <https://promotionsante.ch/>
- **Santé psychique** : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>
- **SILC** : Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011. Office fédéral de la statistique : Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/monitoring-programme-legislature/tous-les-indicateurs/ligne-directrice-3-securite-renoncement-soins-raisons-financieres.assetdetail.350809.html>
- **Soins dentaires** : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.4262966.html>
- **Stratégie MNT** : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- **Stratégie nationale Addictions** : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>