



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

WWW.FR.CH

OBSAN RAPPORT 43

43

La santé dans le canton de Fribourg

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

Editeurs:

Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec la
Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg



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

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

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

Impressum

Editeurs

Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec la Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg

Auteurs

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

Reviewboard

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

Groupe d'accompagnement

- Henri Briant et Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne
- Véronique Delley, Blaise Martin, Philippe Sudre, Nicola Marzo et Elisabeth Débenay, Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Genève
- Reto Fausch, Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Herisau
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztliche Dienste Luzern
- Beat Planzer, Amt für Gesundheit Uri, Altdorf
- Antoine Casabianca et Jacqueline Quaglia, Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino, Bellinzona
- Annick Rywalski, Service de la santé publique du canton de Fribourg, Fribourg

Direction du projet à l'Obsan

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

Série et numéro

Obsan Rapport 43

Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé (2010). *La santé dans le canton de Fribourg. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Obsan rapport 43). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

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

Langues du texte original

Français et allemand

Traduction

Service de traduction de l'OFS

Révision

Sophie Neuberg, Wortlabor, Berlin

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress / Print, OFS

Commandes

Service de la santé publique du canton de Fribourg
Route des Cliniques 17
Case postale
1701 Fribourg
Tél. 026 305 29 13
Fax 026 305 29 39
E-mail: ssp@fr.ch

Gratuit

Cette publication est également disponible en allemand.

Téléchargement du fichier PDF

<http://admin.fr.ch/ssp/fr/pub/statistiques.htm>

ISBN

978-3-907872-76-5

© Obsan 2010

Table des matières

Préambule	3	2.4 Santé sociale	41
Abréviations	4	2.4.1 Sentiments de solitude	41
Résumé général	5	2.4.2 Personne de confiance	42
1 Introduction	8	2.5 Mortalité et causes de décès	43
1.1 Objectifs	8	2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Fribourg	43
1.2 Orientation thématique	9	2.5.2 Comparaison régionale	44
1.3 Sources de données et méthodologie	12	2.5.3 Principales causes de décès	45
1.4 Le canton de Fribourg en comparaison régionale	15	2.5.4 Années potentielles de vie perdues	48
2 Etat de santé	19	2.6 Résumé	49
2.1 Santé subjective	19	3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	51
2.2 Santé physique	22	3.1 Attention portée à la santé	52
2.2.1 Problèmes de santé de longue durée	23	3.1.1 Compétence en matière de santé	53
2.2.2 Troubles physiques	25	3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique	55
2.2.3 Limitation passagère dans les activités habituelles	26	3.2.1 Surcharge pondérale	55
2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne	27	3.2.2 Attention portée à l'alimentation, habitudes alimentaires et apport en liquide	58
2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires	29	3.2.3 Activité physique	60
2.2.6 Accidents	31	3.3 Consommation de substances psychoactives	64
2.2.7 Chutes	33	3.3.1 Consommation de tabac	64
2.3 Santé psychique	34	3.3.2 Fumée passive	67
2.3.1 Problèmes psychiques	34	3.3.3 Consommation d'alcool	69
2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie	37	3.3.4 Consommation de cannabis	71
2.3.3 Sentiment de cohérence	38	3.3.5 Consommation de médicaments	73
2.3.4 Symptômes dépressifs	40	3.4 Résumé	76
		4 Conditions de logement et situation professionnelle	77
		4.1 Nuisances à la maison	78

4.2 Nuisances au travail	80	6.5 Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)	123
4.2.1 Nuisances	80	6.6 Résumé	124
4.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail	81	7 Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)	126
4.3 Satisfaction dans la vie professionnelle	84	7.1 Les coûts de l'AOS dans le canton de Fribourg	127
4.4 Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver d'emploi comparable	85	7.2 Modèles d'assurance et primes	130
4.5 Résumé	88	7.3 Résumé	133
5 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale	89	Glossaire	134
5.1 Identification de groupes à risque à symptomatologie dépressive, possibilités d'intervention	89	Table des figures et des tableaux	136
5.1.1 Situation	89	Bibliographie	141
5.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque	90	Annexe	148
5.1.3 Résultats	91		
5.1.4 Evaluation des résultats d'après l'état de la recherche	95		
5.2 Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales	96		
5.2.1 Introduction	96		
5.2.2 Méthode	97		
5.2.3 Résultats	98		
5.2.4 Discussion	103		
5.3 Résumé	104		
6 Recours aux services de santé	106		
6.1 Recours aux consultations médicales en cabinet	106		
6.2 Recours aux examens préventifs	113		
6.2.1 Dépistage des maladies chroniques	113		
6.2.2 Dépistage des cancers	115		
6.2.3 Prévention de la grippe	117		
6.3 Recours à la médecine complémentaire	118		
6.4 Recours aux hôpitaux	120		

Préambule



La santé est un bien précieux pour chaque habitant du canton de Fribourg individuellement, comme pour l'ensemble de sa population. Sa qualité, son maintien, son rétablissement et sa promotion constituent des objectifs politiques et de société.

L'Enquête suisse sur la santé est devenue à cet égard un instrument de travail important. Elle livre en effet, tous les cinq ans, de nombreuses données sur l'état de santé de la population. Les résultats de la précédente enquête ont ainsi joué un rôle clé dans l'élaboration du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007–2011, dont les priorités sont la santé mentale, le poids corporel sain et les conditions cadres (p.ex. conditions de travail).

Pour la deuxième fois, le canton de Fribourg a demandé une analyse spécifique des résultats de cette enquête. Le présent rapport analyse l'état de santé de la population fribourgeoise et livre ainsi la base sur laquelle on peut décider des mesures de politique de santé.

Comment se porte la population du canton? Avec 87% de personnes en bonne santé, Fribourg se place entre la Suisse alémanique et la Suisse romande. Les résultats montrent en outre que les priorités du plan cantonal sont toujours d'actualité. Point à examiner, la consommation de médicaments a elle augmenté dans notre canton entre 1992 et 2007.

J'espère que ce rapport trouvera un large écho. Je vous souhaite, chère lectrice, cher lecteur, beaucoup de plaisir lors de sa lecture.

AC Demierre

Conseillère d'Etat Anne-Claude Demierre
Directrice de la santé et des affaires sociales

Abréviations

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

Résumé général

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

Les troubles de la santé sont fréquents, malgré une bonne santé subjective

La majorité de la population fribourgeoise (86,9%) se sent en bonne voire en très bonne santé, ce qui était déjà le cas en 2002. Il n'y a pas à cet égard de différence entre les sexes. Mais 27,8% des personnes interrogées souffrent d'un problème de santé de longue durée (handicap ou maladie chronique). Une proportion similaire (22,6%) de personnes interrogées se plaignent de troubles physiques importants comme des maux de têtes, des douleurs dorsales, des sentiments de faiblesse et des troubles du sommeil. On observe ici une différence entre les sexes: les femmes souffrent deux fois plus souvent de troubles physiques importants que les hommes. Ces derniers présentent par contre plus souvent des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires (p. ex. excédent de poids et taux de cholestérol élevé) que les femmes. En outre, les hommes jeunes sont

deux fois plus exposés au risque d'accident que les femmes du même âge. Ces différences entre les sexes s'observent autant dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. On constate aussi que le sentiment d'être en bonne santé diminue avec l'âge tandis que les problèmes de santé de longue durée, les chutes, les limitations dans les activités quotidiennes, mais également les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, deviennent plus fréquents.

Près d'un cinquième de la population fribourgeoise a des problèmes psychiques moyens ou importants

19,2% de la population fribourgeoise déclarent avoir des problèmes psychiques moyens à forts (nervosité, abattement, déprime, etc.) et 17,0% se disent affectés par des symptômes dépressifs (le plus souvent faibles). Ces derniers ne sont pas des maladies diagnostiquées, mais ils ont des conséquences importantes pour la qualité de vie, l'aptitude au travail et les relations sociales. Ils sont souvent les signes avant-coureurs d'une dépressivité ultérieure caractérisée. Les deux pourcentages susmentionnés se situent dans la moyenne suisse. Dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse, la fréquence des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

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

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

Les maladies cardio-vasculaires sont la cause de décès la plus fréquente, devant les cancers

Au cours des vingt dernières années, l'espérance de vie – en particulier celle des personnes de 65 ans et plus – s'est constamment allongée dans le canton de Fribourg comme dans la Suisse entière. Mais la mortalité dans le canton de Fribourg est au-dessus de la moyenne suisse. Les maladies cardio-vasculaires y sont la cause de décès la plus fréquente, devant les cancers. Chez les hommes, la fréquence des décès par maladie cardio-vasculaire et par cancer est plus élevée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. La fréquence des décès par maladie du système respiratoire y est plus élevée pour les deux sexes. Le nombre de décès par cancer de la prostate et par cancer du sein est, dans le canton de Fribourg, proche des valeurs observées dans l'ensemble de la Suisse.

Les principales causes de décès varient selon les classes d'âge: chez les personnes de 15 à 34 ans, les principales causes de décès sont les accidents, les actes de violence et les suicides; plus tard, ce sont les cancers et, à partir de 80 ans, les maladies cardio-vasculaires. Les cancers sont à l'origine de 42% des années potentielles de vie perdues chez les femmes et de 27% des années potentielles de vie perdues chez les hommes.

Activité physique et alimentation: évolution positive dans le canton de Fribourg

Entre 2002 et 2007, la part des personnes physiquement actives dans le canton de Fribourg est passée de 32,9% à 39,6%. Les personnes ne pratiquant aucune activité physique représentent 15,0% de la population, avec une fréquence plus élevée parmi les personnes ayant un faible niveau de formation. Les femmes et les personnes âgées sont moins actives physiquement que les hommes et les personnes jeunes. Globalement, le niveau d'activité physique est comparable dans le canton de Fribourg et dans l'ensemble de la Suisse.

En ce qui concerne les habitudes alimentaires, on observe que près de 35% des personnes interrogées (femmes: 45,4%; hommes: 24,0%) consomment au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour.

Cette proportion est supérieure à la moyenne nationale. Mais les personnes qui veillent à se nourrir sainement sont proportionnellement moins nombreuses dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse (FR: 59,9%, CH: 70,5%).

Dans le canton de Fribourg, 39,4% des personnes sont en surpoids, et parmi celles-ci 8,5% sont obèses. Les pourcentages sont à peu près les mêmes dans l'ensemble de la Suisse. La part des personnes en surpoids est restée relativement stable depuis 2002. Avec l'âge, la proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses tend à augmenter. La part des personnes en surpoids est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et cela dans tous les classes d'âge. La corrélation entre le poids corporel et les comportements au niveau de l'activité physique et de l'alimentation est faible, ce qui est plutôt surprenant.

Consommation de médicaments, de tabac et d'alcool: différences selon le sexe

Le canton de Fribourg compte 26,3% de fumeurs et de fumeuses, soit près de 7% de moins qu'en 2002. La baisse a touché les deux sexes, et notamment les personnes fumant beaucoup. La part des fumeurs (hommes et femmes confondus) diminue avec l'âge. Dans toutes les classes d'âge, les hommes fument plus souvent que les femmes. La proportion de fumeurs et de fumeuses se situe dans la moyenne suisse. La part des personnes exposées quotidiennement à la fumée passive est plus élevée dans le canton de Fribourg (20,8%) que dans la Suisse entière (15,6%). Le pourcentage des répondants du canton de Fribourg ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (25,3%) est nettement inférieur à la moyenne nationale (32,8%).

Dans le canton de Fribourg, 14,2% des personnes boivent de l'alcool tous les jours, 44,2% une ou plusieurs fois par semaine, 41,7% plus rarement ou jamais. On observe de nettes différences entre les sexes: la part des personnes qui boivent rarement ou jamais est de 35,5% chez les femmes et de 16,9% chez les hommes. La part des personnes qui boivent tous les jours est plus élevée chez les hommes (18,1%) que chez les femmes (10,4%). Environ 5% des répondants du canton de Fribourg consomment une quantité d'alcool qui fait encourir un risque moyen à élevé pour la santé. Globalement, la consommation d'alcool dans le canton de Fribourg se situe à peu près dans la moyenne suisse.

La part des personnes ayant pris au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête a tendanci-

lement augmenté entre 2002 et 2007 (passant de 40,8% à 46,3%). Elle a nettement progressé chez les hommes. La consommation de médicaments est proche de la moyenne nationale. A l'échelle suisse, les femmes consomment plus fréquemment des médicaments que les hommes, une tendance que l'on retrouve dans le canton de Fribourg.

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

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

Dans le canton de Fribourg, la majorité des personnes professionnellement actives (63,5%) sont très satisfaites de leurs conditions de travail (CH: 65,8%). Néanmoins, 21,1% des personnes actives sont soumises au travail à des charges physiques importantes et 44,6% à des tensions psychiques élevées. Ces proportions correspondent à celles observées dans l'ensemble de la Suisse. Les charges physiques sont mentionnées en particulier par des personnes exerçant des professions manuelles, alors que les tensions psychiques le sont avant tout par des cadres. En 2007, 13,7% des actifs occupés avaient peur de perdre leur emploi et 44,2% n'éprouvaient aucune crainte à ce sujet.

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

89,5% des répondants du canton de Fribourg ont un médecin de famille. Cette proportion tend à être légèrement supérieure à la moyenne nationale (87,9%). Depuis 2002, le nombre de consultations médicales a globalement augmenté aussi bien dans la Suisse entière que dans le canton de Fribourg, les hommes ayant particulièrement contribué à cette évolution. Dans l'année de l'enquête, 39,1% des femmes de moins de 40 ans ont subi un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus et 38,2% des femmes de 50 ans et plus ont passé

une mammographie. Un cinquième des hommes de 40 ans (19,8%) ont subi un contrôle de la prostate. La mammographie se pratique plus fréquemment dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse; les autres examens préventifs y sont tendanciellement moins fréquents. Le canton de Fribourg ne diffère pas de la Suisse entière quant au recours aux services médicaux ambulatoires. Pour l'utilisation des services hospitaliers, le canton de Fribourg se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale, un écart imputable en particulier aux hommes. Les prestations de médecine complémentaire sont nettement plus souvent sollicitées par des femmes que par des hommes.

Des coûts inférieurs à la moyenne, mais en forte hausse

De 2003 à 2007, les coûts de la santé relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le canton de Fribourg ont augmenté plus fortement dans le canton de Fribourg (+5,7%) que dans la Suisse entière (+4,5%), mais ils restent dans le canton inférieurs à la moyenne nationale (FR: 2691 francs par personne assurée, CH: 2860 francs). Une forte progression des coûts s'observe en particulier dans le secteur hospitalier, dans le secteur des soins et de l'assistance à domicile ainsi que pour les médicaments dispensés directement par le médecin.

Le modèle d'assurance avec franchise à option est le modèle le plus répandu dans le canton de Fribourg. Le modèle du médecin de famille a nettement progressé ces dernières années dans le canton de Fribourg, où il demeure toutefois nettement moins répandu (7,8%) que dans l'ensemble de la Suisse (14,0%).

1 Introduction

Andrea Zumbrunn, Laila Burla et Isabelle Sturny

1.1 Objectifs

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

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

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

de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de la santé de la population fribourgeoise et des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé. Il s'appuie sur les résultats de publications antérieures.

Principaux objectifs:

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

Collaboration intercantonale coordonnée

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé d'analyser les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et d'autres sources de données, et d'établir un rapport sur la santé pour les cantons de Fribourg, d'Appenzel Rhodes-externes, de Genève, de Lucerne, du Tessin, d'Uri et de Vaud. Ces rapports s'inscrivent dans le prolongement des rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des Enquêtes suisses sur la santé de 1992/1993, 1997 et 2002 (p. ex. Obsan, 2005; Observatoire valaisan de la santé & IUMSP, 2004; Weiss, 2000). Pour le canton de Fribourg, il s'agit du deuxième rapport cantonal sur la santé, après celui de 1996. Par ailleurs, une analyse intercantonale de divers indicateurs de la santé est parue en 2006 pour l'ensemble de la Suisse romande et du Tessin (Obsan, 2006). Le présent rapport a été établi dans le

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

cadre d'une collaboration coordonnée entre l'Observatoire suisse de la santé et les cantons concernés. Les travaux ont été réalisés par des collaboratrices et collaborateurs de l'Obsan ainsi que par des expertes et experts externes. Le projet était placé sous la houlette d'un groupe de pilotage composé de personnes représentant les cantons concernés. La liste des membres du groupe de pilotage et du *Reviewboard* (évaluation du contenu du rapport) figure l'intérieur de la couverture de ce rapport.

1.2 Orientation thématique

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

- Le *chapitre 2* de ce rapport décrit de manière détaillée comment les diverses dimensions de la santé interagissent. Il fait le point sur l'état de santé des Fribourgeoises et Fribourgeois. Il traite également de la mortalité et des principales causes de décès dans la population fribourgeoise.

Les principaux déterminants de la santé

Divers facteurs exercent une influence sur l'état de santé des individus. Ces facteurs comportent différents niveaux qui sont mis en avant à l'aide de modèles explicatifs. Le concept des déterminants de la santé,² par exemple, souvent utilisé dans les rapports nationaux et internationaux sur la santé (Meyer, 2009), distingue les niveaux suivants (figure 1): le niveau des modes de vie individuels, le niveau des réseaux sociaux et communautaires, le niveau des conditions de vie et de travail et, enfin, le niveau des conditions générales de l'environnement socio-économique, culturel et physique. Ces facteurs d'influence agissent sur la santé d'un individu ainsi que sur ses ressources et compétences personnelles sur le plan de la santé.

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

Dans le présent rapport, certains facteurs d'influence importants sont traités de manière détaillée, d'autres sont abordés plus brièvement. Le choix des thèmes a été déterminé en premier lieu par les intérêts et besoins des instances cantonales. Des effectifs parfois trop faibles au niveau cantonal ont aussi influencé la sélection de certaines thématiques. Les facteurs d'influence suivants sont présentés dans le rapport:

- Le *point 1.4* présente une sélection de données cantonales sur les caractéristiques sociodémographiques et structurelles de la population fribourgeoise. Il donne un aperçu de la situation contextuelle dans le canton, par exemple, concernant la structure par âge de la population ou la composition des ménages.
- Le *point 2.4* aborde brièvement la question de l'existence d'un réseau social et de sa qualité.
- Le *chapitre 3* expose, de manière approfondie, une sélection de comportements et attitudes influençant la santé des individus (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives).
- Le *chapitre 4* traite des aspects des conditions de vie, de logement et de travail des Fribourgeoises et Fribourgeois (nuisances à la maison et au travail, tensions psychiques au travail, satisfaction au travail et peur de perdre son emploi).

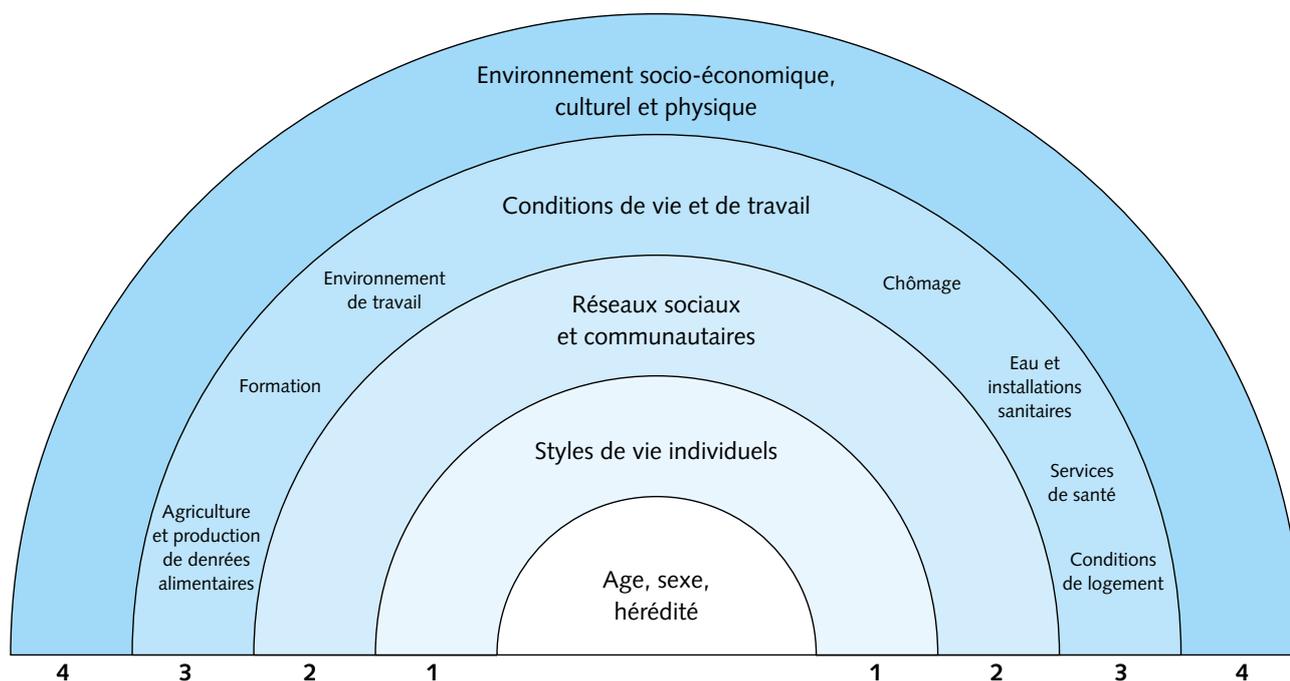
Afin d'aller au-delà de la description des facteurs influençant la santé, le *chapitre 5* met en évidence, à l'aide d'exemples, les liens (à l'échelle suisse) entre les facteurs explicatifs de l'évolution de deux problèmes de santé, la dépression et l'obésité, et leur importance.

Informations complémentaires sur le système de prise en charge médicale

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

- Dans ce rapport, des renseignements sont fournis par les personnes interrogées sur le recours à des prestations médicales dans le canton de Fribourg (*chapitre 6*), et notamment sur le recours à des prestations hospitalières ou à des examens préventifs. Le *point 1.4* fournit par ailleurs des chiffres clés sur le système de soins dans le canton de Fribourg tels que la densité de médecins, la densité de lits ou le taux d'hospitalisation.

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé



Source: Dahlgren & Whitehead, 1991

- Pour les personnes interrogées, le recours aux soins représente une charge financière qui se reflète notamment dans l'évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le *chapitre 7* en donne un aperçu.

Les différences entre les groupes de population

Les conditions de vie et les comportements varient parfois fortement selon les groupes de population. Ce constat est déterminant pour prendre des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées. Dans le rapport fribourgeois sur la santé, les différents groupes de population sont systématiquement comparés entre eux. Des tableaux uniformisés présentent la fréquence de différentes problématiques selon le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et le degré d'urbanisation (exemple tableau 2.1). On part du principe que les conditions de vie et les comportements sont différents en fonction de la catégorie d'appartenance. L'encadré gris (ci-dessous) illustre les différences observées par rapport à la santé entre les femmes et les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi qu'entre les personnes les mieux et les moins formées et/ou fortunées. L'état de santé et les comportements vis-à-vis de la santé varient

également selon le pays d'origine et l'histoire migratoire des personnes (OFSP, 2007a). Pour des raisons méthodologiques, ce rapport ne procède qu'à une distinction grossière entre deux groupes, celui des Suisses et Suissesses et celui des étrangers et étrangères³. La thématique abordée est présentée ensuite en fonction de la population urbaine ou rurale (variable du degré d'urbanisation), selon la région linguistique et une sélection de cantons, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les différentes structures de population régionales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ecole obligatoire:

Les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas (encore) achevé de formation postobligatoire.⁶

Degré secondaire II:

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

Niveau tertiaire:

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

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

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

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

1.3 Sources de données et méthodologie

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

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

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

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

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

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

Producteur de données:	Office fédéral de la statistique OFS, section Services de santé, Neuchâtel
Bases légales:	Loi sur la statistique fédérale, ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.
Objet de l'enquête:	L'Enquête suisse sur la santé fournit entre autres des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladie et sur l'utilisation des services de santé.
Milieux interrogés:	Echantillon aléatoire représentatif formé de personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique.
Echantillonnage:	La sélection des personnes interrogées s'est faite en deux étapes: 1. Echantillon régional de ménages privés, stratifié par cantons, 2. Sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage. Dans le cadre de l'ESS 2007, 18'760 personnes ont pris part à l'enquête principale menée par téléphone. Parmi ces personnes, 14'432 ont rempli le questionnaire écrit complémentaire. Dans le canton de Fribourg, 1003 personnes ont été interviewées par téléphone et 737 ont aussi donné des renseignements par écrit. 13 cantons et la ville de Zurich ont financé l'élargissement de leur échantillon en vue de réaliser des analyses à l'échelle du canton: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.
Périodicité:	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.
Pertinence:	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

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

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

Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon et population résidente du canton de Fribourg selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)

Classes d'âge	Hommes				Femmes				Total			
	Echantillon		Population		Echantillon		Population		Echantillon		Population	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 ans	133	29,1	34 735	32,6	138	25,3	34 909	31,9	271	27,0	69 644	32,2
35–49 ans	138	30,2	32 468	30,5	180	33,0	31 634	28,9	318	31,7	64 102	29,7
50–64 ans	113	24,7	24 014	22,5	125	22,9	23 003	21,0	238	23,7	47 017	21,8
65 ans et plus	73	16,0	15 378	14,4	103	18,9	19 948	18,2	176	17,5	35 326	16,3
Total	457	100,0	106 595	100,0	546	100,0	109 494	100,0	1003	100,0	216 089	100,0

Source: OFS, ESPOP 2007

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

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

Parmi les 216'089 habitantes/habitants âgés de 15 ans et plus, 1003 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'ESS, dont 546 femmes et 457 hommes.

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

Autres sources de données

Des données autres que celles de l'Enquête suisse sur la santé sont utilisées dans certains chapitres de ce rapport (notamment les chapitres 2.5 et 7); elles sont tirées des statistiques suivantes:

– *Statistique des causes de décès*

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

– *Pool de données santésuisse*

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

– *ESPOP*

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

– *Statistique médicale des hôpitaux*

La Statistique médicale des hôpitaux, établie par l'Office fédéral de la statistique, recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé est effectué par chaque clinique et hôpital. Des informations sociodémographiques des patients ainsi que des données administratives et médicales sont recueillies.

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

Indications méthodologiques sur l'exploitation des données

Dans le présent rapport, la plupart des analyses ont un caractère descriptif. La plupart des figures et des tableaux présentent des distributions de fréquences pour une variable donnée. Chaque figure et chaque tableau indique le nombre de personnes interrogées prises en compte dans l'exploitation des données. Les résultats se basent sur les données pondérées (voir l'annexe pour la procédure de pondération). Cette pondération permet d'obtenir des valeurs aussi représentatives que possible pour les cantons et la Suisse, et de réduire les biais liés à la procédure d'échantillonnage. Comme c'est le cas en général pour les analyses de l'Enquête suisse sur la santé

(consignes de l'Office fédéral de la statistique), aucun résultat reposant sur les indications de moins de 10 personnes n'est présenté ici. Cette absence de résultats est indiquée par un point dans les tableaux. Les valeurs fondées sur les réponses de 10 à 29 personnes figurent entre parenthèses et n'ont qu'une pertinence limitée du fait du faible nombre d'observations. Dans certains cas, les résultats pour de petits groupes de population ou pour des événements peu fréquents n'ont pas pu être établis au niveau cantonal, mais seulement à l'échelle suisse.

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

Enfin, aucune correction due aux variations liées à l'âge ou au sexe n'a été apportée dans les comparaisons régionales (et temporelles), sauf dans le chapitre sur la mortalité, parce que d'autres facteurs déterminants que l'âge et le sexe auraient dû être pris en compte. Ce sont

d'ailleurs les fréquences réelles qui intéressent surtout le canton de Fribourg pour la planification de ses activités. Comme toutes les données sont ventilées selon différents critères sociodémographiques et socio-économiques, il est possible d'effectuer, pour différents groupes de population, des comparaisons directes entre le canton de Fribourg et le reste de la Suisse.

La précision statistique des résultats présentés dans ce rapport mérite d'être brièvement illustrée par un exemple. La part des fumeurs et des fumeuses est estimée à 26,3% dans le canton de Fribourg (estimation basée sur un échantillon de 1003 personnes). La probabilité est de 95% que la part effective des fumeurs et des fumeuses se situe entre 23,4% et 29,5% (intervalle de confiance de 95%). Plus l'échantillon est petit (p. ex. si de nombreuses valeurs font défaut), plus l'intervalle de confiance est grand. Les analyses bivariées réalisées dans le cadre de ce rapport ne permettent généralement pas de déterminer les liens de causalité ni d'évaluer l'influence éventuelle d'autres facteurs. Des analyses multivariées n'ont été réalisées que dans le chapitre 5, consacré aux symptômes dépressifs et à l'obésité, où elles sont décrites. Mentionnons enfin la question des valeurs manquantes. Tous les groupes de population n'ont pas répondu aussi fréquemment aux questions portant sur le revenu. La part des valeurs manquantes est supérieure à la moyenne chez les femmes âgées et chez les jeunes, de sorte que les résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population. La variable revenu a néanmoins été conservée, car ces distorsions concernent tant la Suisse que le canton de Fribourg et parce que cette variable joue un rôle particulièrement important.

Explications concernant les tableaux standards

On trouvera tout au long de ce rapport des tableaux standards présentant, sur les différentes problématiques abordées (activité physique, état de santé, etc.), des chiffres pour différents groupes de population.

Dans la partie supérieure de ces tableaux, la population est ventilée, chaque fois que c'est possible, selon le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et le degré d'urbanisation. D'autres variables (p. ex. la catégorie socioprofessionnelle) ont parfois été considérées.

La partie inférieure des tableaux permet de comparer les chiffres du canton de Fribourg avec ceux de l'ensemble de la Suisse, du canton de Berne, du canton de Vaud et de l'Espace Mittelland.

Voici quelques exemples, tirés du tableau 3.5 (activité physique), qui montrent comment lire et interpréter ces tableaux. Les exemples se rapportent aux chiffres entourés d'un cartouche.

– *Exemple 1: résultats par sexe*

Dans le canton de Fribourg, 38,3% des femmes et 41,0% des hommes pratiquent régulièrement une activité physique. Dans l'ensemble de la Suisse, les proportions sont respectivement de 39,1% (femmes) et de 43,3% (hommes).

– *Exemple 2: résultats selon la formation*

La proportion de personnes inactives diminue à mesure que la formation augmente: dans le canton de Fribourg, 31,6% des personnes sans formation post-obligatoire sont inactives, contre 9,8% des personnes ayant accompli une formation au degré tertiaire. Les parenthèses indiquent que ce dernier pourcentage est basé sur un petit nombre d'observations (de 10 à 29 personnes) et que sa signification est de ce fait limitée. Exemple 3: résultats non indiqués

Les résultats basés sur moins de 10 observations ne sont pas indiqués. Ils sont remplacés dans les tableaux par un point.

– *Exemple 4: comparaisons interrégionales*

Les chiffres du canton de Fribourg sont comparés, dans la partie inférieure du tableau, avec ceux de l'ensemble de la Suisse et avec ceux d'autres cantons ou régions. Les écarts statistiquement significatifs sont marqués d'un astérisque. La proportion de personnes physiquement actives est plus élevée dans l'ensemble de la Suisse (41,1%) que dans le canton de Fribourg (39,6%), mais l'écart n'est pas statistiquement significatif. La proportion est, en revanche, significativement plus basse dans le canton de Vaud (33,2%) que dans le canton de Fribourg.

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

		Entraîné/actif		Irégulièrement/partiellement actif		Inactif	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		39,6	41,1	45,4	43,0	15,0	15,9
Sexe	Femmes	1 38,3	39,1	43,7	43,0	17,9	17,9
	Hommes	41,0	43,3	47,1	42,9	11,9	13,8
Classes d'âge	15-34 ans	48,2	47,8	41,8	42,0	(10,0)	10,2
	35-49 ans	34,8	39,2	52,0	46,7	13,1	14,1
	50-64 ans	34,1	38,6	51,5	45,6	14,5	15,8
	65 ans et plus	38,1	36,1	27,8	35,1	34,2	28,8
Formation	Scolarité obligatoire	33,5	36,5	34,9	34,1	2 31,6	29,4
	Degré secondaire II	41,9	41,6	45,5	42,9	12,7	15,5
	Degré tertiaire	38,7	42,3	51,6	47,2	(9,8)	10,5
Nationalité	Suisses	39,3	41,9	46,8	43,8	14,0	14,3
	Etrangers	41,9	37,7	37,1	39,2	(20,9)	23,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	37,0	40,2	47,2	41,6	15,8	18,2
	De 3000 à 4499 CHF	36,0	40,0	45,1	43,0	18,9	17,0
	De 4500 à 5999 CHF	46,9	41,6	40,9	45,7	(12,2)	12,7
	6000 CHF et plus	46,8	43,4	49,4	46,4	3 10,2	10,2
Degré d'urbanisation	Ville	40,2	40,8	44,2	42,8	15,6	16,4
	Campagne	39,0	42,0	46,8	43,4	14,2	14,6
Comparaison régionale	Fribourg	39,6		45,4		15,0	
	Suisse	41,1		43,0		15,9	
	Berne	44,4		41,8		13,8*	
	Vaud	33,2*		46,2		20,6*	
	Espace Mittelland	42,8		42,1		15,1	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
 n=942 (FR), n=17 907 (CH)
 . Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
 * Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

1.4 Le canton de Fribourg en comparaison régionale

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

Nous avons utilisé les dernières données disponibles, celles des années 2002 à 2007. Nous ne disposons pas de chiffres plus récents. On peut les résumer, pour le canton de Fribourg, de la manière suivante.

Forte progression démographique dans le canton de Fribourg

Les statistiques démographiques montrent que la population résidante permanente du canton de Fribourg augmente depuis 2002 à un rythme nettement supérieur à la moyenne (8,2%). Fribourg est, parmi les cantons suisses, celui où la progression démographique est la plus forte; Appenzell Rhodes-Extérieures et Bâle-Ville sont ceux où la population a le plus reculé (-0,8%). La moitié environ des Fribourgeoises et des Fribourgeois vivent dans des régions rurales. Le taux d'urbanisation du canton de Fribourg (55,5%) est inférieur à la moyenne suisse.

Tab. 1.3 Sélection de chiffres-clés du canton de Fribourg en comparaison avec la Suisse entière

Indicateur	FR	CH	Rang FR ¹	Description de l'indicateur et des sources
Population résidente en 2007				
Femmes	132 486	3 866 480	11	Population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP, 2007)
Hommes	130 755	3 727 014	11	
Total	263 241	7 593 494	11	
Évolution démographique 2002–2007 (en %)				
Femmes	8,0	3,4	1	Hausse / Baisse en % entre 2002 et 2007 de la population résidente permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS: ESPOP 2002–2007)
Hommes	8,3	4,3	1	
Total	8,2	3,8	1	
Structure par âge en 2007 (en %)				
0–14 ans	17,9	15,5	2	Population résidente à la fin de l'année par classe d'âge en % (OFS: ESPOP 2007)
15–34 ans	26,5	25,1	3	
35–49 ans	24,4	24,1	8	
50–64 ans	17,9	19,0	24	
65 ans et plus	13,4	16,4	26	
Taux de natalité en 2007 (pour 1000 habitants)				
	10,7	9,9	5	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants (OFS: ESPOP, BEVNAT 2007)
Proportion de la population en régions urbaines en 2007 (en %)				
	55,5	73,4	17	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidente, en % (OFS: ESPOP, répartition selon le recensement de la population 2000)
Proportion d'étrangers en 2007 (en %)				
	16,7	21,1	17	Proportion de la population étrangère résidente rapportée à l'ensemble de la population à fin 2007 (OFS: ESPOP 2007)
Proportion de la population de langue étrangère en 2000 (en %)				
	6,2	9,0	21	Proportion de la population indiquant parler une autre langue principale que les quatre langues nationales (OFS, recensement de la population 2000)
Niveau de formation des 25–64 ans en 2000 (en %)				
Sans formation post-obligatoire	27,7	22,9	7	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population résidente, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS: recensement de la population 2000)
Degré secondaire II	45,9	49,2	23	
Degré tertiaire	19,7	21,5	11	
Structure des ménages en 2000				
Nombre de personnes par ménage	2,5	2,2	5	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé, proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages et proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans rapportée à l'ensemble des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans (OFS: recensement de la population 2000)
Ménages d'une seule personne (en %)	30,4	36,0	23	
Familles monoparentales; ménages (en %)	11,2	13,1	16	
Taux de chômage en 2007 (en %)				
	2,7	2,8	8	Proportion des chômeurs inscrits en 2007 rapportée au nombre de personnes actives selon le recensement de la population 2000 (seco, OFS)
Taux d'activité en 2000 (en %)				
	65,3	65,3	14	Proportion de personnes actives dans la population dès 15 ans (OFS: recensement de la population 2000)

Indicateur	FR	CH	Rang FR ¹	Description de l'indicateur et des sources
Structure de l'emploi en 2005 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	10,1	5,3	5	Emplois par secteur économique en proportion de l'ensemble des emplois (OFS: Recensement des entreprises 2005)
Salariés dans le secteur secondaire	27,8	25,5	16	
Salariés dans le secteur tertiaire	62,2	69,2	12	
Revenu d'équivalence du ménage en 2006 (en CHF)	50 040	55 047	19	Revenu moyen net pondéré par taille et composition des ménages (Administration fédérale des contributions AFC 2006)
Taux d'aide sociale en 2007 (en %)	2,3	3,1	11	Proportion des bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population (OFS: Statistique de l'aide sociale 2007)
Densité de médecins (pour 1000 habitants)				
Médecins généralistes	0,4	0,6	25	Nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet privé en 2007 pour 1000 habitants (FMH: statistique médicale 2007)
Médecins spécialistes	1,1	1,5	13	Nombre de médecins spécialistes exerçant en cabinet privé en 2007 pour 1000 habitants (FMH: statistique médicale 2007)
Dentistes	0,4	0,5	23	Nombre de dentistes pour 1000 habitants en 2007: membres de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) et non-membres reconnus par les assurances sociales (Annuaire médical suisse 2007)
Densité de pharmacies (pour 1000 habitants)	0,3	0,2	8	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 1000 habitants 2007 (Annuaire médical suisse)
Densité de lits d'hospitalisation (pour 1000 habitants)				
Hôpitaux de soins généraux	3,0	3,3	12	Nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants (OFS: Statistique des hôpitaux 2007)
Cliniques spécialisées	0,8	2,1	20	
Densité de places dans les institutions médico-sociales (pour 1000 habitants dès 65 ans)	73	72	14	Nombre de places d'hébergement en service, occupées ou non, au 1 ^{er} janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS: Statistique des institutions médico-sociales 2007)
Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus en jours (médiane)	7,0 (5)	7,3 (5)	18	Moyenne et médiane. Age des patients dès 15 ans, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile, distribution tronquée au 99 ^e percentile (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Taux d'hospitalisation en 2007 (pour 1000 habitants)	145,5	134,1	3	Hospitalisations dans les hôpitaux de soins aigus (K1), cas intra-muros, cas A, pour 1000 habitants (sorties en 2007) (OFS: Statistique des hôpitaux et statistique médicale)
Taux d'hospitalisation multiple en 2007 (en %)	21,7	19,8	3	Part des personnes hospitalisées plus d'une fois rapportée au total des personnes hospitalisées. Seulement hôpitaux de soins aigus, cas A, cas intra-muros, selon le canton de domicile (OFS Statistique des hôpitaux et statistique médicale 2007)
Dépenses cantonales de santé en CHF par personne (y compris dépenses des communes)	1 068	1 085	10	Besoins financiers nets par personne en 2005, selon la classification fonctionnelle point 4 (Administration fédérale de finances AFF OFS)

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

Plus de jeunes dans le canton de Fribourg que dans le reste de la Suisse

La structure par âge de la population montre que la part des personnes de 50 à 64 ans et des personnes de plus de 64 ans est moins élevée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. La part des personnes de moins de 35 ans y est, en revanche, plus élevée. Le taux de natalité du canton de Fribourg était de 10,7% en 2007, ce qui est au-dessus de la moyenne suisse (9,9%).

Il importe de considérer également la structure des ménages, qui est un indice important pour évaluer le soutien social dont bénéficient les individus et la charge de travail qui pèse sur eux au quotidien. Il importe à cet égard de considérer en particulier les ménages d'une personne et les familles monoparentales. Les données statistiques montrent que la part des ménages d'une personne est moins élevée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. La part des familles monoparentales y est également au-dessous de la moyenne.

Faible proportion d'étrangers

La part de la population résidante étrangère varie très fortement selon les cantons (UR: 8,7%; GE: 37,4%). Avec une proportion d'étrangers de 16,7%, le canton de Fribourg occupe une position médiane parmi les cantons suisses. La part des personnes de langue étrangère y est inférieure à la moyenne suisse.

Proportion élevée de personnes travaillant dans le secteur primaire

La structure de l'emploi dans le canton de Fribourg, dont le taux d'urbanisation est bas, se caractérise par une proportion relativement élevée de personnes travaillant dans le secteur primaire (FR: 10,1%, CH: 5,3%). Le taux de chômage (2,7%) et le taux d'activité (65,3%) du canton de Fribourg se situent dans la moyenne suisse. Le revenu d'équivalence y est inférieur à la moyenne suisse.

Le niveau de formation de la population fribourgeoise est au-dessous de la moyenne nationale: la part de la population sans formation post-obligatoire y est plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse, et la proportion de personnes ayant accompli une formation au degré tertiaire y est inférieure à la moyenne.

Relativement peu d'hospitalisations

La densité des lits d'hôpitaux est moins élevée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse (FR: 3,0 lits pour mille habitants, CH: 3,3), en particulier dans le domaine des cliniques spécialisées (FR: 0,8 lits pour mille habitants, CH: 2,1). Ces chiffres ne disent rien de la demande effective de lits et de leur taux d'occupation. Le canton de Fribourg occupe le troisième rang des cantons suisses pour ce qui est du taux d'hospitalisation de la population. Le taux d'hospitalisations multiples y est nettement supérieur à la moyenne suisse. Le canton se situe en revanche dans la moyenne pour ce qui est de la densité des places dans les établissements médico-sociaux.

La densité des médecins est un peu plus faible dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. Cela vaut pour les médecins généralistes autant que pour les spécialistes et les dentistes.

2 Etat de santé

Jean-Luc Heeb (2.1 à 2.4 et 2.6)

Maik Roth (2.5 et 2.6)

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

Le présent chapitre passe en revue différents indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Ces indicateurs permettent de situer la population fribour-

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

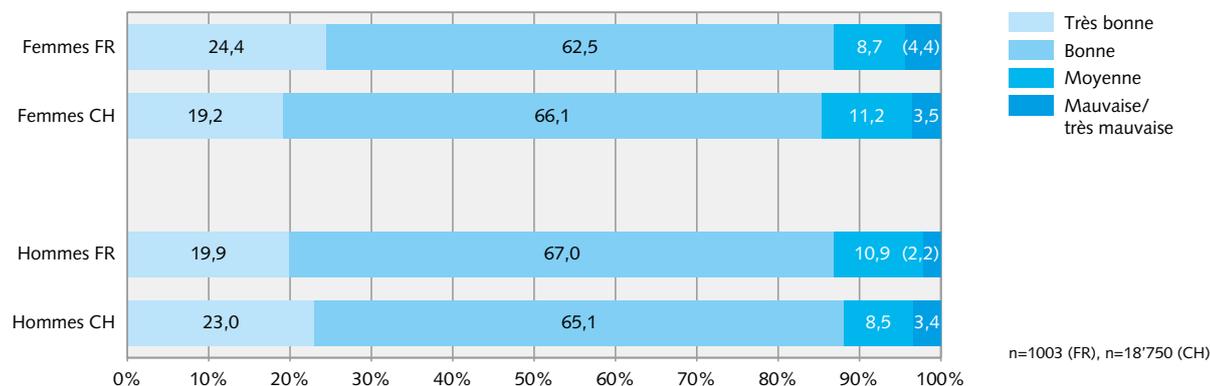
2.1 Santé subjective

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

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

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

Fig. 2.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

La majorité des répondants du canton de Fribourg estiment être en bonne ou en très bonne santé

Dans une très large mesure, les répondants du canton de Fribourg estiment être en bonne ou en très bonne santé (86,9%). Près d'une personne interrogée sur dix juge sa santé moyenne, alors que les répondants considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise sont rares (figure 2.1). Dans le canton de Fribourg, les femmes déclarent un peu plus souvent être en très bonne santé que les hommes, alors que le contraire s'observe à l'échelle de la Suisse. La santé subjective de la population fribourgeoise est comparable à celle de la population suisse. La part des personnes qui se sentent en bonne ou en très bonne santé n'a pratiquement pas changé de 2002 à 2007, ce tant dans le canton de Fribourg (resp. 86,7% et 86,9%) que dans l'ensemble de la Suisse (resp. 85,8% et 86,7%).¹⁰

La santé subjective est intimement liée à l'âge et à la formation (tableau 2.1). Les autres facteurs sociodémographiques ainsi que l'appartenance régionale jouent un rôle sensiblement plus modeste. Les personnes interrogées évaluent leur santé d'autant plus favorablement qu'elles sont jeunes. Ainsi, presque tous les répondants du canton de Fribourg de 15 à 34 ans se déclarent en bonne ou en très bonne santé contre deux tiers des répondants de 65 ans et plus. Quoique de manière un peu moins prononcée, la santé subjective varie également selon le niveau de formation. Trois quarts des

répondants qui ont suivi la seule scolarité obligatoire déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Cette proportion s'élève à environ neuf répondants sur dix chez les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

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

L'âge et la formation comptent parmi les principaux déterminants de la santé (Meyer, 2009, voir point 1.2). Lorsque l'âge augmente, les atteintes à la santé et les infirmités sont plus fréquentes, tandis qu'un faible niveau de formation va souvent de pair avec des ressources limitées pour surmonter les problèmes de santé, mais aussi, par exemple, avec des contraintes physiques au travail. Dès lors, il peut être intéressant d'examiner la santé subjective en considérant simultanément les deux déterminants que sont l'âge et la formation (figure 2.2). La combinaison de ces deux facteurs révèle un écart d'autant plus prononcé entre les classes d'âge que le niveau de formation est bas. C'est surtout chez les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire que la santé subjective se détériore à mesure que l'âge croît. Si le bien-être des répondants de 15 à 34 ans ne se différencie guère selon la formation, les personnes de 65 ans et plus en bonne ou en très bonne santé sont nettement moins nombreuses parmi celles qui ont suivi la scolarité obligatoire que parmi celles qui ont achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire.

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

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

		Bonne ou très bonne		Moyenne à très mauvaise	
		FR	CH	FR	CH
Total		86,9	86,7	13,1	13,3
Sexe	Femmes	86,9	85,4	13,1	14,6
	Hommes	86,9	88,2	13,1	11,8
Classes d'âge	15–34 ans	94,5	94,7	(5,5)	5,3
	35–49 ans	88,4	90,9	11,6	9,1
	50–64 ans	85,7	82,7	14,3	17,3
	65 ans et plus	66,6	71,8	33,4	28,2
Formation	Scolarité obligatoire	73,8	71,8	26,2	28,2
	Degré secondaire II	89,7	87,8	10,3	12,2
	Degré tertiaire	90,9	92,6	(9,1)	7,4
Nationalité	Suisses	87,6	87,3	12,4	12,7
	Etrangers	82,8	84,7	(17,2)	15,3
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	88,4	84,8	11,6	15,2
	De 3000 à 4499 CHF	84,5	86,4	15,5	13,6
	De 4500 à 5999 CHF	85,6	89,2	(14,4)	10,8
	6000 CHF et plus	93,0	92,1	.	7,9
Degré d'urbanisation	Ville	86,1	86,5	13,9	13,5
	Campagne	87,8	87,3	12,2	12,7
Comparaison régionale	Fribourg	86,9			13,1
	Suisse	86,7			13,3
	Berne	86,6			13,4
	Vaud	85,7			14,3
	Espace Mittelland	86,3			13,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1003 (FR), n=18'750 (CH)

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

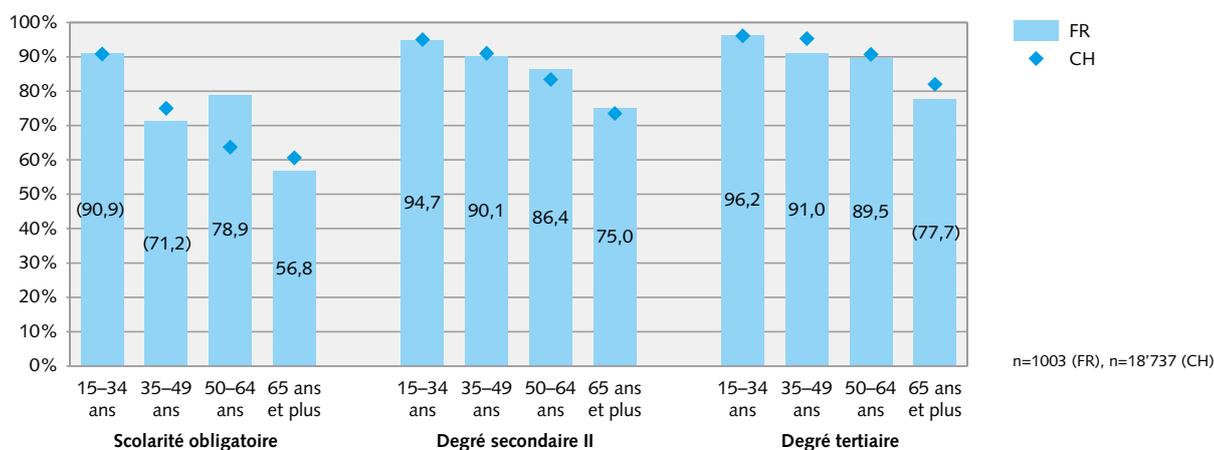
* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)*La santé subjective reflète la santé physique et psychique*

Quel rapport existe-t-il entre la santé subjective et les indicateurs de la santé physique, psychique et sociale? Des études étrangères ont mis en évidence des corrélations entre la santé subjective d'une part, les atteintes à la santé physique et psychique d'autre part (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). On observe des liens semblables dans la population du canton de Fribourg et dans la population suisse: les problèmes de santé de longue durée (voir point 2.2.1), les troubles physiques (voir point 2.2.2) et les problèmes psychiques (voir point 2.3.1) vont de pair avec une moindre santé subjective (figure 2.3). En comparaison avec la santé psychique et surtout physique, les variations de la santé subjective selon la santé sociale, mesurée par le sentiment de solitude (voir point 2.4.1), sont peu marquées.

Les problèmes de santé de longue durée et les troubles physiques importants ont un effet particulièrement défavorable sur la santé subjective. Autant dans le canton de Fribourg qu'à l'échelle de la Suisse, environ 60% des personnes interrogées évoquant un problème de santé de longue durée s'estiment en bonne ou en très bonne santé contre plus de 95% en l'absence d'un tel problème. L'écart est également marqué entre les répondants signalant des troubles physiques importants et ceux qui n'en ont que peu ou pas. Cependant, la proportion de personnes en bonne ou en très bonne santé est un peu plus faible en cas de problème de santé de longue durée que de troubles physiques importants. Le lien entre la santé subjective et les problèmes psychiques est un peu moins prononcé: environ trois quarts des personnes qui déclarent des problèmes psychiques moyens ou importants s'estiment en bonne ou en très bonne santé contre neuf sur dix chez les personnes ayant de faibles problèmes psychiques.

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

Fig. 2.2



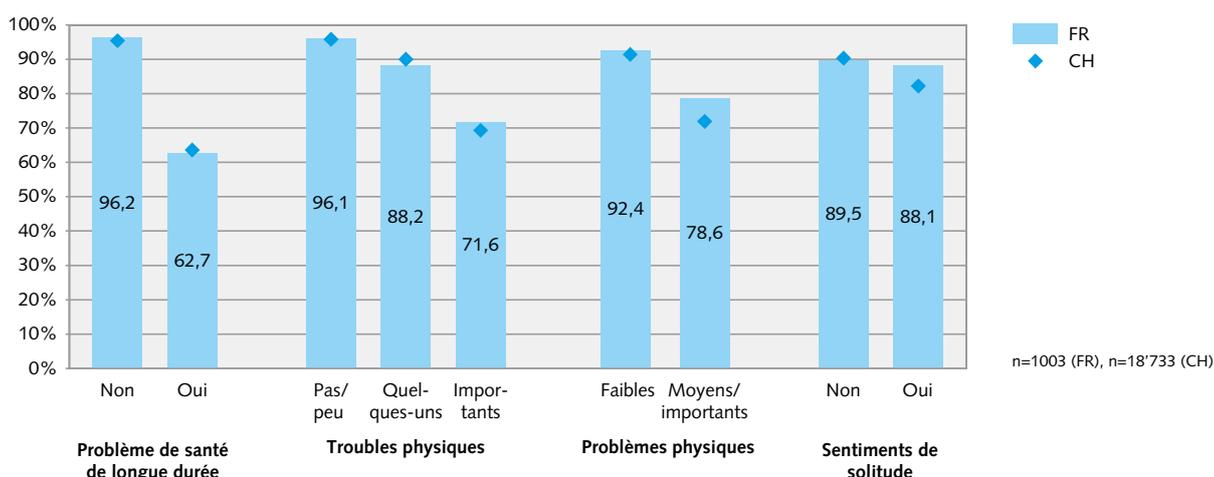
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 2.3



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le cumul d'atteintes à la santé physique et à la santé psychique influe encore plus nettement sur la santé subjective. Ainsi, à l'échelle de la Suisse, 45,9% des répondants qui présentent simultanément un problème de santé de longue durée et des problèmes psychiques moyens ou importants se considèrent en bonne ou en très bonne santé. Ce taux est de 62,4% chez les personnes déclarant à la fois des troubles physiques importants et des problèmes psychiques moyens ou importants.

2.2 Santé physique

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

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

2.2.1 Problèmes de santé de longue durée

Un peu plus d'un quart des personnes interrogées dans le canton de Fribourg déclarent un problème de santé de longue durée tel un handicap physique ou une maladie chronique au moment de l'enquête¹¹ (tableau 2.2). Les problèmes de santé de longue durée sont à peu près aussi fréquents dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse (resp. 27,8% et 27,3%).

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

Les problèmes de santé de longue durée augmentent continûment selon l'âge. Ils sont plus de deux fois plus fréquents chez les femmes fribourgeoises de 65 et plus que chez celles qui sont âgées de 15 à 34 ans (figure 2.4). Dès 65 ans, les hommes fribourgeois évoquent presque quatre fois plus souvent de tels problèmes qu'entre 15 et 34 ans. Cette différence semble plus marquée dans le canton de Fribourg qu'à l'échelle de la Suisse.

Les problèmes de santé de longue durée sont un peu plus fréquents chez les répondants ayant suivi la seule scolarité obligatoire que chez ceux qui ont achevé une

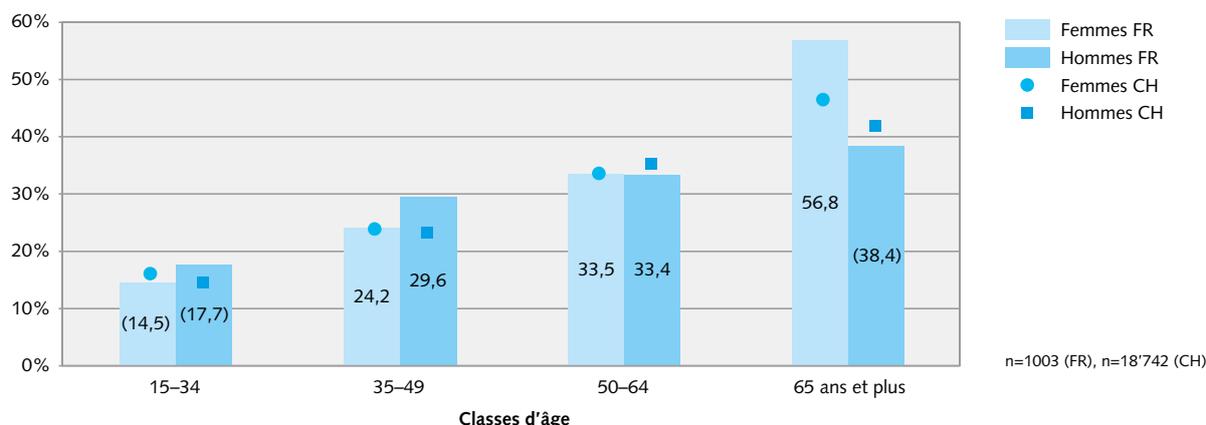
formation de degré secondaire II ou tertiaire (tableau 2.2). Ils se rencontrent également plus souvent – du moins au plan suisse – chez les citoyens suisses que chez les étrangers. Le canton de Fribourg se situe entre les cantons de Vaud et de Berne en ce qui concerne la fréquence des problèmes de santé de longue durée.

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

Les problèmes de santé de longue durée peuvent considérablement diminuer la santé subjective (voir point 2.1). Cependant, les ressources personnelles et sociales sont susceptibles de contribuer à surmonter les conséquences de problèmes de santé de longue durée. A titre d'exemple de telles ressources, on peut citer le sentiment de maîtrise de la vie, c'est-à-dire la conviction de pouvoir influencer le cours de sa propre vie (voir point 2.3.2), et le sentiment de cohérence, qui porte sur la compréhension des événements de la vie, leur gestion et l'attribution d'un sens à ces derniers (voir point 2.3.3). La santé subjective des personnes évoquant un problème de santé de longue durée est d'autant meilleure qu'elles font état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie ou d'un sentiment élevé de cohérence (figure 2.5). Tandis que seuls 60,1% des répondants du canton de Fribourg ayant un faible sentiment de maîtrise de la vie se sentent en bonne ou en très bonne santé, cette part s'élève à 74,6% lorsque le sentiment de maîtrise de la vie est élevé. De même, 62,2% des répondants déclarant un

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

Fig. 2.4



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

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

		Problème de santé de longue durée		Troubles physiques importants	
		FR	CH	FR	CH
Total		27,8	27,3	22,6	24,2
Sexe	Femmes	28,4	28,2	26,6	30,8
	Hommes	27,1	26,3	18,4	17,3
Classes d'âge	15–34 ans	16,2	15,4	19,8	22,3
	35–49 ans	26,8	23,5	24,3	23,3
	50–64 ans	33,5	34,5	20,3	23,3
	65 ans et plus	49,5	44,5	28,8	29,4
Formation	Scolarité obligatoire	33,3	33,4	28,8	32,3
	Degré secondaire II	25,1	26,5	21,5	24,0
	Degré tertiaire	28,8	25,9	20,6	20,2
Nationalité	Suisses	28,2	28,6	22,2	24,4
	Etrangers	(25,6)	22,1	(25,4)	23,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	26,9	26,1	23,0	26,3
	De 3000 à 4499 CHF	30,2	29,6	21,8	24,1
	De 4500 à 5999 CHF	29,6	28,3	23,8	23,1
	6000 CHF et plus	32,5	26,1	(23,7)	19,5
Degré d'urbanisation	Ville	27,7	27,6	23,4	24,7
	Campagne	27,8	26,3	21,7	22,6
Comparaison régionale	Fribourg		27,8		22,6
	Suisse		27,3		24,2
	Berne		30,4		23,1
	Vaud		25,6		26,6
	Espace Mittelland		30,5		24,6

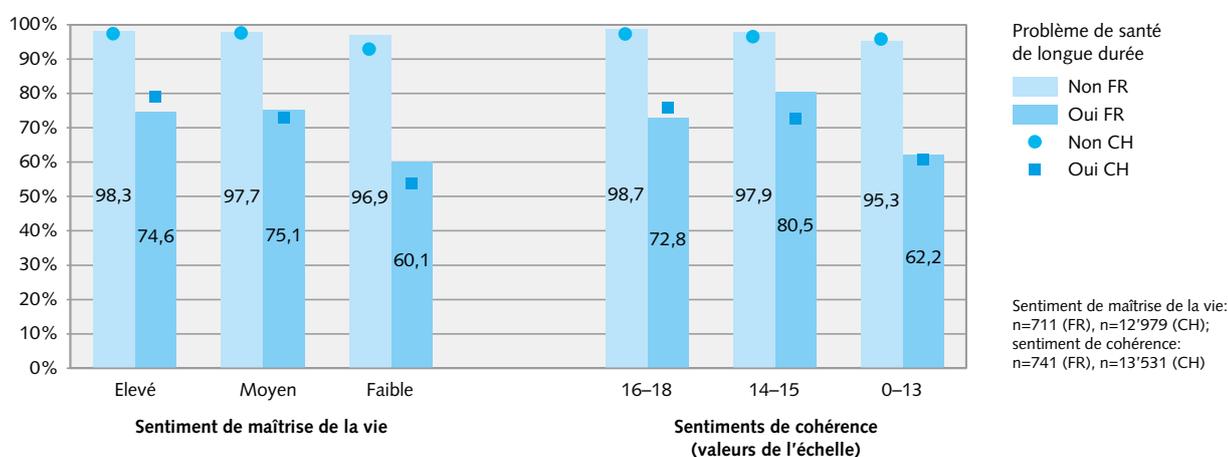
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problème de santé de longue durée: n=1003 (FR), n=18'742 (CH); troubles physiques: n=931 (FR), n=17'421 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, avec ou sans problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise de la vie et les sentiments de solitude, canton de Fribourg et Suisse, 2007 **Fig. 2.5**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

faible sentiment de cohérence (scores compris entre 0 et 13) ont une bonne ou très bonne santé subjective contre 72,8% en cas de sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 16 et 18). Les ressources personnelles et sociales semblent ainsi contribuer à réduire les différences en termes de santé subjective entre les personnes connaissant un problème de santé de longue durée et celles qui n'en présentent pas.

2.2.2 Troubles physiques

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

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

Dans le canton de Fribourg, les troubles physiques les plus répandus sont les maux de dos et de reins (42,2%), suivis d'un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude (39,8%), des difficultés d'endormissement et insomnies (37,7%) puis des maux de têtes et autres douleurs du visage (35,6%). Les maux de ventre et ballonnements (20,2%), la diarrhée et la constipation (16,8%) et, surtout, les douleurs dans la poitrine (9,3%) et les irrégularités cardiaques (7,7%) sont plus rarement cités. La plupart des personnes interrogées n'évoquent que de légers troubles physiques (réponse «un peu»). De forts troubles (réponse «beaucoup») s'observent surtout pour les maux de dos et de reins, qui affectent près d'une personne interrogée sur dix dans le canton de Fribourg. Par ailleurs, entre 5% et 8% des répondants du canton de Fribourg se plaignent de forts troubles en rapport avec un sentiment de faiblesse généralisée et de lassitude, des maux de tête et autres douleurs du visage ou encore des difficultés d'endormissement et insomnies.

Les huit indicateurs ont été réunis pour examiner les troubles physiques dans leur ensemble en distinguant les catégories suivantes: troubles importants, quelques troubles et peu ou pas de troubles¹². Dans le canton de Fribourg, six personnes interrogées sur dix présentent

des troubles importants (22,6%) ou quelques troubles (38,0%). Leur fréquence est semblable dans l'ensemble de la Suisse¹³. Elle n'a que peu changé entre 2002 et 2007, ce tant dans le canton de Fribourg (resp. 61,8% et 60,6%) qu'à l'échelle du pays (resp. 58,8% et 59,7%). Le léger recul observé dans le canton de Fribourg est dû à la fréquence des troubles physiques importants (resp. 24,1% et 22,6%).

Les troubles physiques s'accompagnent souvent de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, les personnes interrogées dans le canton de Fribourg déclarant un problème de santé de longue durée sont deux fois plus nombreuses à se plaindre de troubles physiques importants que celles qui ne connaissent pas de tel problème (37,7% vs 17,1%). Inversement, les personnes qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques se rencontrent plus fréquemment dans le groupe de personnes ne déclarant pas de problème de santé de longue durée que dans le groupe de personnes ayant de tels problèmes (44,7% vs 24,9%).

Les troubles physiques sont fréquents chez les femmes

Contrairement aux problèmes de santé de longue durée, la fréquence des troubles physiques varie selon le sexe et, de manière moindre, selon l'âge (figure 2.7). Dans chaque classe d'âge, les femmes fribourgeoises signalent plus souvent des troubles physiques que les hommes fribourgeois. Les femmes et les hommes se distinguent plus particulièrement quant aux troubles physiques importants. En effet, de tels troubles s'observent environ une fois et demie plus souvent chez les femmes que chez les hommes (26,6% vs 18,4%). Indépendamment de la classe d'âge, quelque deux à trois femmes fribourgeoises sur dix mentionnent des troubles physiques importants. La présence de troubles physiques – qu'ils soient importants ou qu'il s'agisse de quelques troubles – ne dépend que dans une faible mesure de l'âge. Cependant, les troubles physiques importants sont les plus fréquents tant chez les femmes que chez les hommes de 65 ans et plus, la part des personnes qui signalent quelques troubles physiques étant moins importante dans cette classe d'âge.

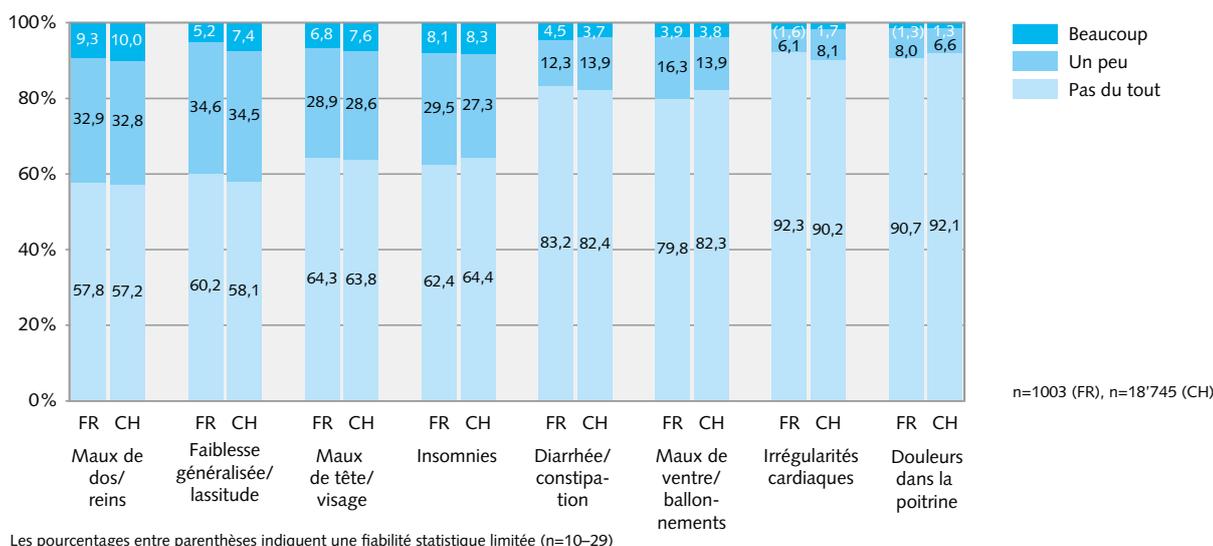
La fréquence des troubles physiques importants varie selon le niveau de formation (tableau 2.2). Environ un tiers des personnes interrogées dans le canton de Fribourg ayant suivi la seule scolarité obligatoire présentent de tels troubles. Cette part est d'un quart chez les répondants qui ont achevé une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

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

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

Troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007

Fig. 2.6

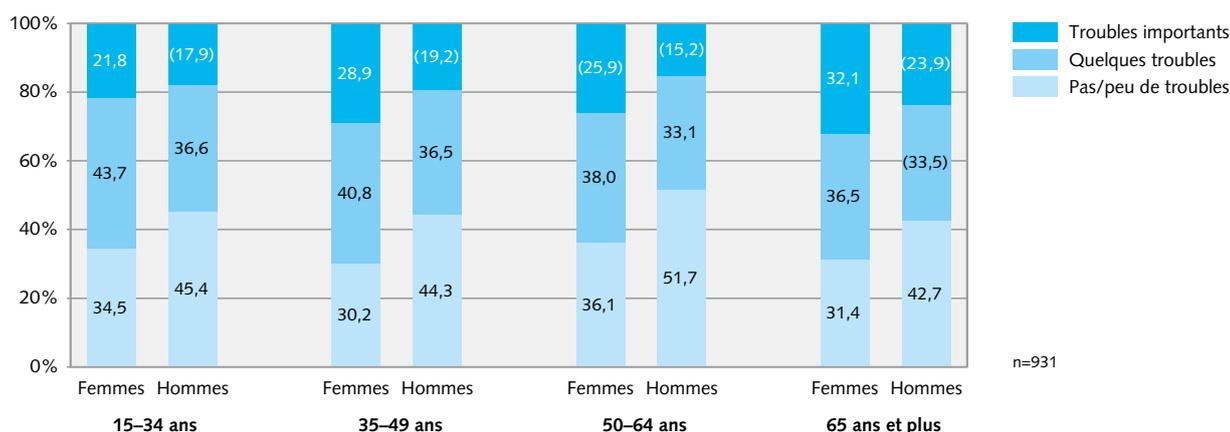


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 2.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.2.3 Limitation passagère dans les activités habituelles

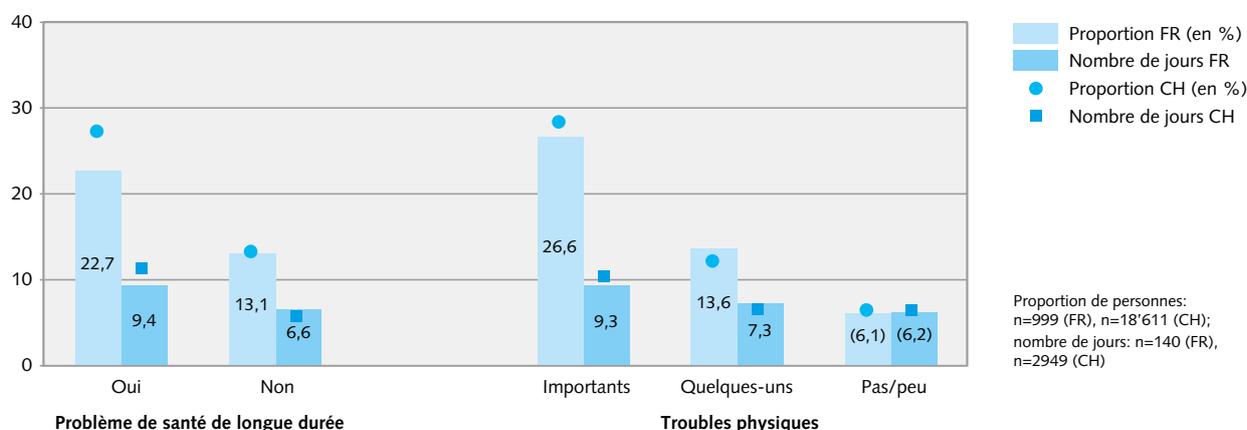
L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles peut avoir des conséquences défavorables au plan à la fois personnel, familial et économique. Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 15,7% des personnes interrogées dans le canton de Fribourg – 17,1% à l'échelle de la Suisse – n'ont pas pu exercer leurs activités comme elles en ont l'habitude pour des raisons de santé¹⁴. Durant ce même laps de temps, les répondants du canton de Fribourg se trouvant dans l'incapacité de

poursuivre normalement leurs activités n'avaient pas pu vaquer comme de coutume à leurs occupations pendant 7,7 jours en moyenne. Dans l'ensemble de la Suisse, on observe une durée voisine de 8,1 jours. La part des personnes se trouvant dans l'incapacité d'effectuer leurs activités comme d'habitude est plus faible dans le canton de Fribourg en 2002 (12,1%), tandis que la durée moyenne des limitations passagères dans les activités habituelles semble plus longue (9,7 jours). Dans l'ensemble de la Suisse, les limitations passagères dans les activités habituelles étaient presque aussi fréquentes en 2002 (15,2%) et leur durée semblable (8,2 jours). L'incapacité d'accomplir ses activités habituelles est avant tout due à des maladies (FR: 70,4%; CH: 72,9%). Dans le can-

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

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

Fig. 2.8



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

ton de Fribourg, les accidents en sont à l'origine dans un peu plus d'un cas sur cinq; cette part se révèle plus importante qu'à l'échelle du pays (resp. 22,4% et 14,4%).

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

Les limitations passagères dans les activités habituelles se manifestent surtout en cas de problème de santé de longue durée et de troubles physiques (figure 2.8). Environ une personne sur quatre déclarant un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants n'a pas pu se consacrer comme d'habitude à ses activités habituelles au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Les personnes interrogées n'ayant pas de problème de santé de longue durée ou présentant quelques troubles physiques déclarent environ deux fois moins souvent être limitées dans leurs activités habituelles. Quant aux répondants n'ayant que peu ou pas de troubles physiques, moins d'un sur dix est concerné. La durée de l'incapacité est, quant à elle, avant tout liée à la présence d'un problème de santé de longue durée. Dans l'ensemble de la Suisse, cette durée est en moyenne deux fois plus longue chez les personnes qui ont un tel problème que chez les autres répondants.

2.2.4 Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne

Lorsque l'âge avance, les problèmes de santé sont plus fréquents, entraînant des limitations fonctionnelles et restreignant l'autonomie dans la vie de tous les jours. Il en résulte une augmentation du besoin d'aide et de

soins. La présente section traite de l'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Il y sera question de limitations fonctionnelles dans les activités de base, comme se nourrir ou s'habiller, et dans les activités instrumentales, comme préparer les repas ou faire les courses¹⁵.

Autant dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse, une personne interrogée sur sept déclare rencontrer des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (14,4% dans les deux cas)¹⁶. Les activités instrumentales occasionnent environ trois à quatre fois plus souvent des difficultés que les activités de base (FR: 13,5% vs 4,1%; CH: 14,0% vs 3,4%). Les difficultés à effectuer les activités de base vont en général de pair avec des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités instrumentales. Pour chaque activité de base, jusqu'à 3% des personnes interrogées signalent des difficultés. Cette

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

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

proportion s'élève jusqu'à 5% environ pour les différentes activités instrumentales, à peu près une personne sur dix éprouvant des difficultés à accomplir occasionnellement de gros travaux ménagers.

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

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

Près de la moitié des personnes interrogées dans le canton de Fribourg de 65 ans et plus éprouvent des difficultés à accomplir des activités instrumentales (figure 2.10). Dans cette classe d'âge, les activités de base posent également des difficultés à une personne sur six. Ces proportions sont moindres à l'échelle de la Suisse, s'établissant à un tiers pour les activités instrumentales et à un dixième pour les activités de base. En même temps, l'autonomie dans la vie quotidienne est essentiellement mise à mal par les atteintes à la santé physique: en com-

paraison avec la population totale, les personnes déclarant des troubles physiques importants ou, plus encore, un problème de santé de longue durée rencontrent jusqu'à deux fois et demie plus souvent des difficultés à effectuer des activités de base et instrumentales.

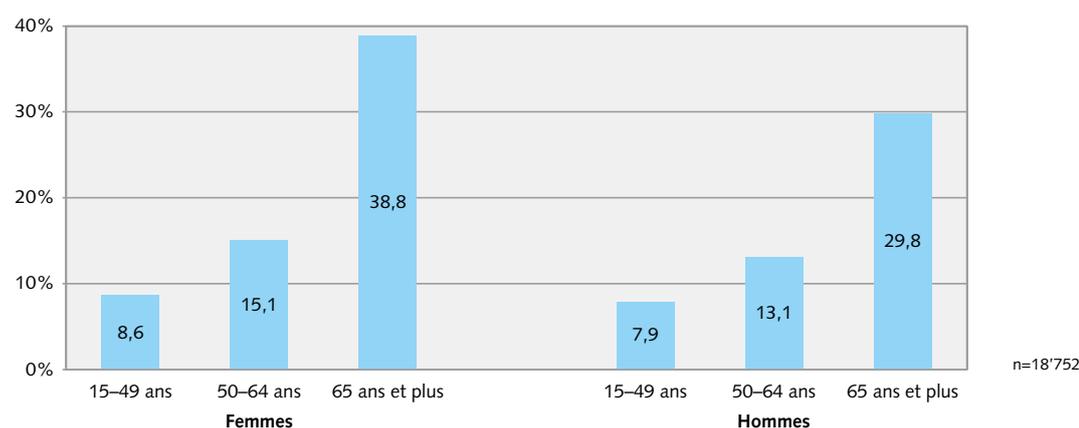
Environ deux tiers des répondants du canton de Fribourg de 65 ans et plus qui ont un problème de santé de longue durée ou des troubles physiques importants évoquent des difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales¹⁷. Toujours dans le groupe des 65 ans et plus, cette part tombe à un quart environ chez les personnes qui ne signalent pas de problème de santé de longue durée et chez celles qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques¹⁸.

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

En lien avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, il sera encore brièvement question des problèmes d'ouïe, de vue et de locomotion. Les personnes âgées sont les premières touchées par ces problèmes. Parmi les répondants du canton de Fribourg de 65 ans et plus, près d'une personne sur cinq déclare ne pas pouvoir suivre, ou alors seulement avec de grandes difficultés, une conversation à laquelle participent deux autres

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

Fig. 2.9



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

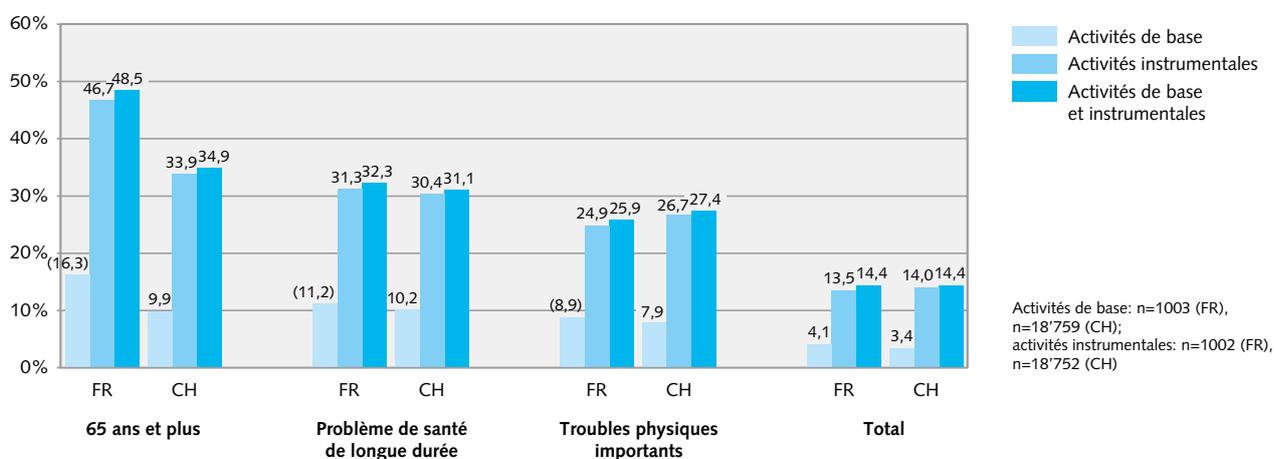
© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁷ Problème de santé de longue durée: FR 70,9%, CH 49,7%; troubles physiques importants: resp. 59,2% et 53,7%. Le pourcentage de 59,2% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

¹⁸ Aucun problème de santé de longue durée: FR 26,2%, CH 23,3%; peu ou pas de troubles physiques: resp. 26,6% et 18,4%. Les pourcentages de 26,2% et de 26,6% reposent sur moins de 30 cas et ont une fiabilité statistique limitée.

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

Fig. 2.10



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

personnes (FR: 19,1%¹⁹; CH: 13,2%). Une personne âgée sur six n'a pas une vue suffisante pour lire un livre ou un journal (resp. 16,4% et 10,4%). Une part similaire de répondants du canton de Fribourg de 65 ans et plus ne parviennent pas à parcourir à pied une distance de 200 mètres sans s'arrêter et sans rencontrer de difficultés (resp. 14,3% et 9,6%)²⁰. Dans l'ensemble de la Suisse, environ une personne sur cinq de 65 ans et plus évoque l'un des trois problèmes cités, tandis qu'une sur vingt signale plusieurs problèmes à la fois.

Une forte association se dessine entre les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne et les problèmes d'ouïe, de vue ou de locomotion. Une personne sur dix qui ne déclare aucun problème d'ouïe, de vue et de locomotion fait état de difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie (FR et CH: 10,1%). Lorsqu'il existe un problème de ce type, ce sont environ la moitié des répondants fribourgeois qui évoquent des difficultés (resp. 51,9% et 47,0%); en présence de deux ou trois problèmes, il s'agit de plus de quatre personnes sur cinq (resp. 83,1%²¹ et 83,0%).

2.2.5 Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont non seulement la principale cause de mortalité, mais aussi l'une des plus fréquentes causes d'hospitalisation dans la population

¹⁹ Ce pourcentage, de même que les deux pourcentages suivants concernant les problèmes de vue et de locomotion dans le canton de Fribourg, reposent sur moins de 30 cas et ont une fiabilité statistique limitée.

²⁰ Chez les Fribourgeois de 15 ans et plus, ces pourcentages s'élèvent resp. à 4,7%, 4,4% et 2,7% (CH: 5,0%, 4,3% et 2,8%). Le pourcentage de 2,7% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

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

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

L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie – soit un taux élevé de cholestérol –, le surpoids et l'obésité de même que le tabagisme comptent parmi les principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires. Pour la prévention, l'importance de ces facteurs est à voir dans le fait qu'il s'agit des quatre principaux facteurs de risque associés à la mortalité en Suisse. De plus, ils représentent, avec la consommation d'alcool, les cinq principaux facteurs de risque en lien avec la charge

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

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

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

		Hypertension artérielle		Hypercholestérolémie		Surpoids/obésité ¹		Tabagisme	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		14,0	16,5	10,1	10,5	39,4	38,9	26,3	27,9
Sexe	Femmes	13,8	15,6	8,3	8,8	27,6	29,8	24,8	23,6
	Hommes	14,1	17,4	11,9	12,4	52,9	48,5	28,0	32,3
Classes d'âge	15–34 ans	.	2,5	.	1,1	24,3	23,3	32,4	35,1
	35–49 ans	(9,7)	7,6	(8,4)	6,3	38,4	38,0	30,1	30,4
	50–64 ans	20,9	22,1	15,5	15,7	50,2	48,7	20,2	27,0
	65 ans et plus	43,7	46,3	27,6	24,9	53,2	50,6	(12,4)	12,6
Formation	Scolarité obligatoire	19,0	24,6	(15,0)	13,0	50,9	53,0	20,4	23,2
	Degré secondaire II	12,3	16,0	9,1	9,6	37,2	37,5	28,3	30,0
	Degré tertiaire	14,5	13,8	(9,1)	11,5	37,3	35,5	26,5	25,3
Nationalité	Suisses	14,8	17,6	10,8	11,0	39,4	38,2	25,9	26,9
	Etrangers	.	11,6	.	8,3	39,8	41,9	28,6	31,6
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	13,9	14,3	(8,3)	8,2	38,0	39,3	25,5	28,1
	De 3000 à 4499 CHF	12,1	18,5	13,3	11,9	41,6	40,6	27,3	27,4
	De 4500 à 5999 CHF	20,8	18,2	(8,5)	12,0	44,6	38,2	31,3	29,6
	6000 CHF et plus	(14,7)	16,2	(13,0)	12,1	31,8	35,7	26,9	29,7
Degré d'urbanisation	Ville	15,1	16,8	11,0	10,8	38,2	37,7	26,3	28,4
	Campagne	12,5	15,7	8,9	9,7	41,0	42,5	26,4	26,5
Comparaison régionale	Fribourg	14,0		10,1		39,4		26,3	
	Suisse	16,5*		10,5		38,9		27,9	
	Berne	18,6*		11,0		42,9		26,4	
	Vaud	17,7*		14,6*		37,6		26,4	
	Espace Mittelland	18,0*		10,2		42,5		26,3	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Hypertension artérielle: n=888 (FR), n=16'966 (CH); hypercholestérolémie: n=772 (FR), n=14'730 (CH); surpoids/obésité: n=947 (FR), n=17'879 (CH); tabagisme: n=1003 (FR), n=18'754 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

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

totale de morbidité. Plus de la moitié des cas de décès et près d'un tiers de la charge totale de morbidité sont attribués à l'hypertension artérielle (19,2% des cas de décès et 7,3% de la charge totale de morbidité), à un taux élevé de cholestérol (resp. 12,0% et 5,1%), au surpoids et à l'obésité (resp. 8,6% et 6,0%) et au tabagisme (resp. 15,3% et 11,2%; OCDE, 2006).

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

Le surpoids et l'obésité constituent le facteur de risque le plus fréquent, suivis du tabagisme (tableau 2.3). Dans le canton de Fribourg, un bon tiers des répondants sont en surpoids ou obèses et un quart fume. Près d'un répondant sur six est concerné par l'hypertension artérielle et une personne sur dix fait état d'un taux élevé de cholestérol²⁴.

L'hypertension artérielle est un peu moins souvent évoquée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. La fréquence des trois autres facteurs de risque se situe dans la moyenne nationale. Les facteurs de risque sont souvent concomitants. Ainsi, 36,0% des personnes interrogées dans le canton de Fribourg (CH: 35,3%) ne présentent aucun des quatre facteurs de risque, 39,8% (39,7%) un facteur et 24,2% (25,1%) plusieurs facteurs. A cet égard, il convient de signaler le rapport entre le surpoids et l'obésité d'une

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

part, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie d'autre part. En effet, dans le canton de Fribourg, les répondants en surpoids ou obèses font plus de trois fois plus souvent état de d'hypertension artérielle (25,6%; CH: 28,3%) que ceux qui ont un poids normal ou se trouvant en sous-poids (resp. 7,3% et 10,1%). En cas de surpoids ou d'obésité, un taux élevé de cholestérol (resp. 16,3% et 16,6%) est deux fois plus fréquent qu'en cas de poids normal ou de sous-poids (resp. 7,2% et 7,3%).

La distribution des différents facteurs de risque dépend en grande partie du sexe et de l'âge (tableau 2.3). D'une part, les femmes présentent plus rarement les facteurs de risque en question, en particulier le surpoids et l'obésité. D'autre part, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie de même que le surpoids et l'obésité sont d'autant plus fréquents que l'âge augmente. Les personnes jeunes ne font que rarement état d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie, tandis que chez les 65 ans et plus, l'hypertension artérielle concerne plus de quatre personnes interrogées sur dix dans le canton de Fribourg, un quart ayant un taux de cholestérol élevé. Le surpoids et l'obésité s'observent chez la moitié des répondants âgés de 65 ans et plus, soit deux fois plus souvent que chez les 15-34 ans. Le tabagisme est le seul facteur de risque qui est moins fréquent chez les personnes âgées que chez les jeunes répondants.

Enfin, on relèvera le lien que le surpoids et l'obésité entretiennent avec le niveau de formation, les personnes qui ont suivi la seule scolarité obligatoire paraissant parti-

culièrement exposées (voir aussi point 3.2). De même, l'hypertension artérielle est moins souvent évoquée par les répondants disposant d'une formation post-obligatoire. Par ailleurs, les répondants qui ont achevé une formation de degré secondaire II sont ceux qui fument le plus (voir aussi point 3.3).

2.2.6 Accidents

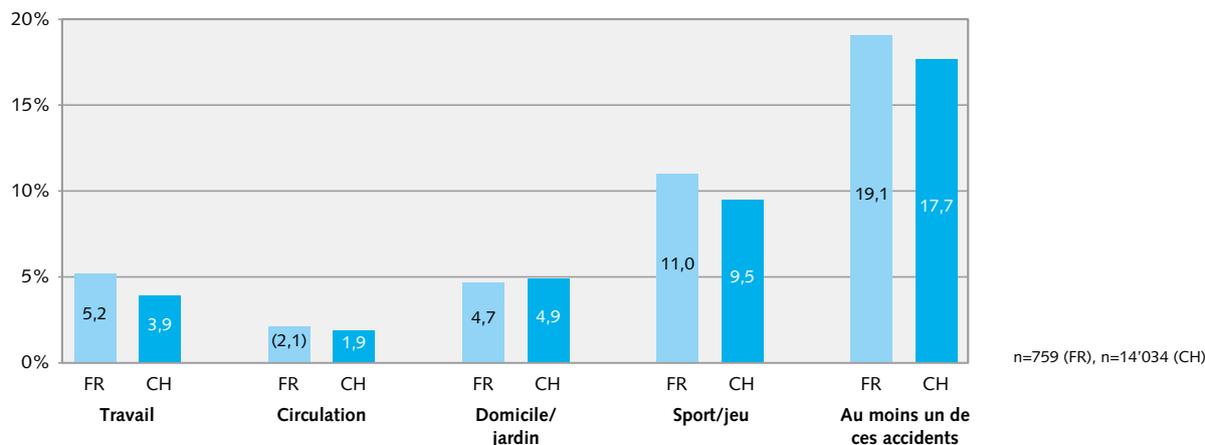
La santé physique est souvent mise à mal par un accident. Actuellement, le nombre d'accidents non professionnels – en recul – est estimé à environ un million par an en Suisse (voir Niemann et al., 2008). Environ 1800 de ces accidents ont une issue fatale. La proportion d'accidents mortels est presque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

Chaque année, près d'une personne sur cinq est victime d'un accident

Dans le canton de Fribourg, plus d'une personne interrogée sur cinq a eu un accident au cours des douze mois précédant l'enquête²⁵ (figure 2.11). Plus de la moitié des personnes accidentées se sont blessées en pratiquant un sport ou un jeu, un quart au travail et un autre quart au domicile ou au jardin. Une personne accidentée

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

Fig. 2.11



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

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

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Accident: n=759 (FR), n=14'034 (CH); chute: n=261 (FR), n=6108 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

² Personnes de 60 ans et plus

sur dix évoque un accident de la circulation. En 2007, la fréquence des accidents dans le canton de Fribourg est proche de celle de l'ensemble de la Suisse (resp. 19,1% et 17,7%). Elle était un peu plus faible, surtout dans le canton de Fribourg, en 2002 (17,3% et 17,2%).

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

Cette part s'élève à 36,7% en cas d'accident au domicile ou au jardin et à 34,8% en cas d'accident de sport ou de jeu²⁶.

Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident

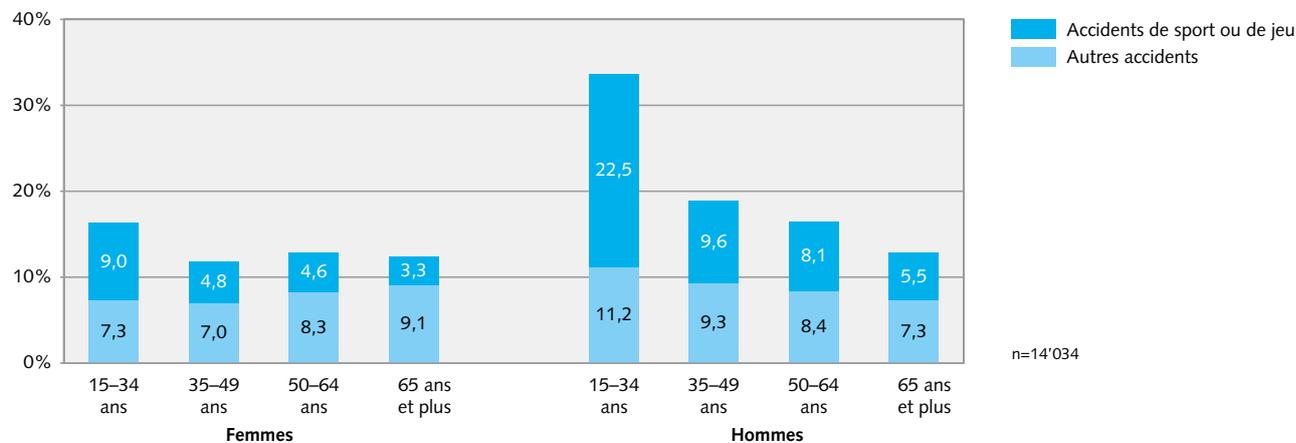
Le risque d'accident dépend fortement du sexe (figure 2.12). Chez les femmes, la fréquence des accidents est un peu plus élevée chez les 15–34 ans que dans les trois autres classes d'âge; chez les hommes, cette fréquence diminue continûment à mesure que l'âge augmente. Les hommes jeunes, âgés de 15 à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

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

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

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

Fig. 2.12



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

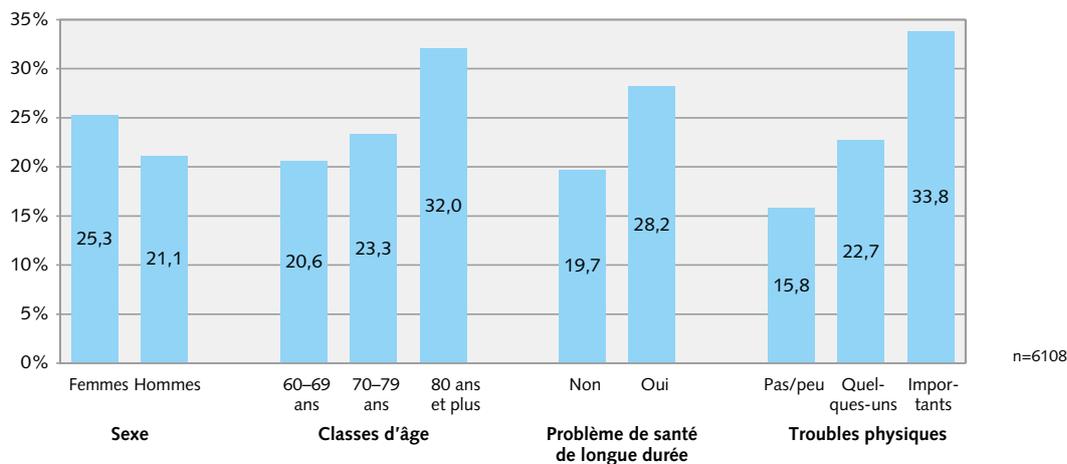
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes âgées de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé

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

Fig. 2.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

2.2.7 Chutes

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

Chaque année, un cinquième des répondants du canton de Fribourg de 60 ans et plus font une chute

Dans le canton de Fribourg, une personne interrogée sur cinq de 60 ans et plus a au moins une fois été victime d'une chute au cours des douze mois précédant l'enquête (20,9%, tableau 2.4). Cette part est proche de celle de l'ensemble de la Suisse (23,4%). La fréquence des chutes semble avoir quelque peu diminué dans le canton de Fribourg entre 2002 et 2007 (22,3% vs 20,9%), tandis qu'elle a progressé à l'échelle du pays (de 20,1% à 23,4%). En Suisse, parmi les personnes qui ont fait une chute, environ deux tiers sont tombées une seule fois, un sixième deux fois et un autre sixième trois fois ou plus.

Contrairement aux accidents, les femmes présentent un risque de chute sensiblement plus élevé que les hommes (figure 2.13). La fréquence des chutes augmente selon l'âge; à l'échelle de la Suisse, une personne âgée de 80 ans et plus est tombée au cours des douze mois précédant l'enquête contre une sur cinq chez les 60-69 ans. Le risque de chute est également étroitement lié à la santé physique: tant les problèmes de santé de longue durée que les troubles physiques importants s'accompagnent d'un risque accru de chute. Ce lien est particulièrement marqué en cas de troubles physiques. Au plan suisse, et ce quelle que soit la classe d'âge, les personnes interrogées qui déclarent des troubles physiques importants tombent deux fois plus souvent que les personnes ne connaissant que peu ou pas de troubles physiques. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont particulièrement exposées: en présence de troubles physiques importants, la fréquence des chutes atteint 44,2%.

2.3 Santé psychique

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

Au sens étroit du terme, les maladies psychiques désignent des affections d'une certaine gravité, d'une durée

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

généralement longue et aux conséquences souvent lourdes, déterminées selon des critères diagnostiques (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Par opposition, les atteintes moins sévères, qui ne font pas l'objet d'un diagnostic, sont considérées ici comme des troubles psychiques. L'étude de tels troubles permet notamment d'évaluer l'état de santé psychique sur un continuum santé-maladie²⁸. En effet, des problèmes plus ou moins marqués sont révélateurs de différences en matière de santé psychique. En ce sens, la santé psychique est souvent interprétée de diverses façons, par exemple en tant que sentiment d'auto-efficacité, d'autonomie ou de compétence (WHO, 2001). Dès lors, la présente section examine d'abord les problèmes psychiques (point 2.3.1), puis la relation entre ces derniers et les ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie (point 2.3.2) et le sentiment de cohérence (point 2.3.3). Enfin, les symptômes dépressifs, susceptibles d'être liés à des atteintes marquées à la santé psychique, seront examinés en particulier (point 2.3.4)²⁹.

2.3.1 Problèmes psychiques

Près d'un quart des jeunes répondants du canton de Fribourg font état de problèmes psychiques

Dans le canton de Fribourg, près d'une personne interrogée sur cinq déclare des problèmes psychiques moyens ou importants³⁰ (tableau 2.5). Cette part correspond plus ou moins à la moyenne suisse. Les problèmes psychiques moyens ou importants s'observent nettement moins souvent dans le canton de Berne et l'Espace Mittelland, où environ un répondant sur sept est concerné.

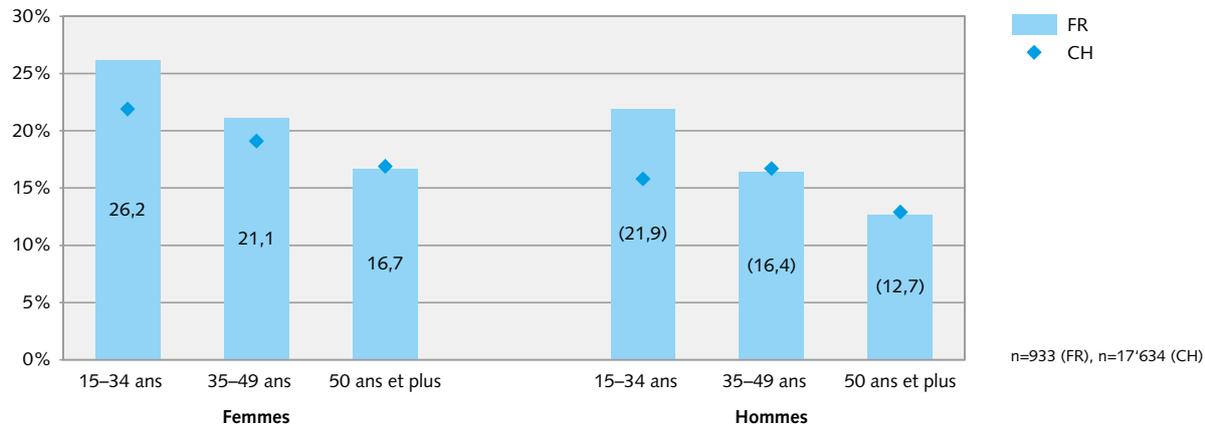
A l'échelle de la Suisse, les femmes évoquent plus souvent des troubles psychiques moyens ou importants

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

²⁹ Les comparaisons temporelles ne sont possibles que de manière limitée, car seuls les symptômes dépressifs et le sentiment de maîtrise de la vie sont recensés à la fois dans l'ESS 2002 et l'ESS 2007. Les problèmes psychiques et le sentiment de cohérence remplacent les indicateurs de l'équilibre psychique et du bien-être psychique qui étaient utilisés auparavant (voir OFS, 2003, 2008a).

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

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

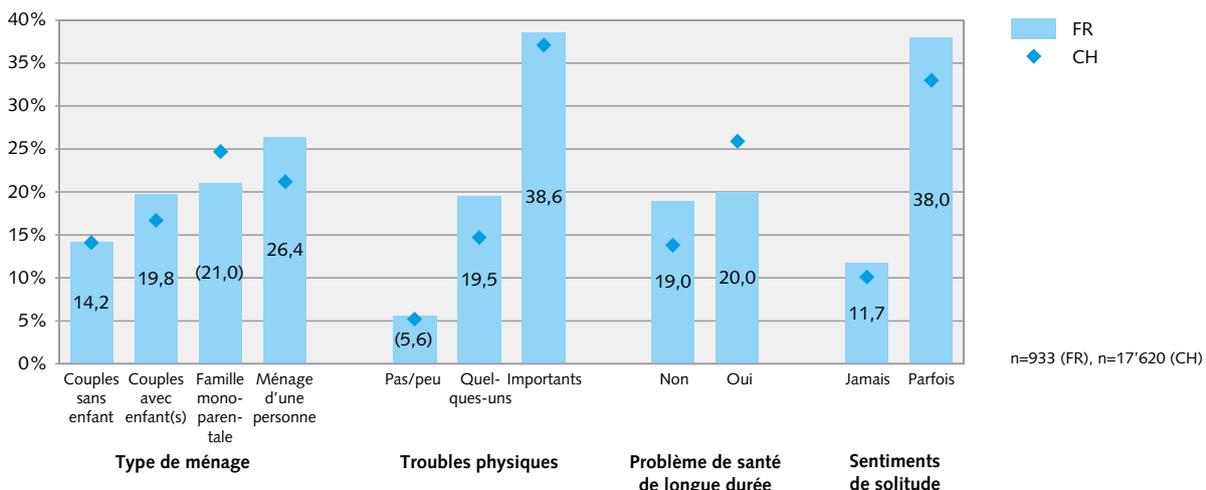


Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le type de ménage et différents indicateurs de santé canton de Fribourg et Suisse, 2007 **Fig. 2.15**



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

que les hommes, et ce quelle que soit la classe d'âge³¹ (figure 2.14). Ce constat semble également s'appliquer au canton de Fribourg. Chez les femmes, la fréquence des problèmes psychiques moyens ou importants est la plus élevée entre 15 et 34 ans; elle diminue lorsque l'âge augmente. Il en va de même chez les hommes fribourgeois. Dans l'ensemble de la Suisse, en revanche, les hommes de 15 à 34 ans rencontrent des troubles psychiques moyens ou importants dans une proportion semblable à celle des 35-49 ans; dès 50 ans, la fréquence de ces troubles est plus faible.

³¹ Ce constat et ceux qui suivent, concernant les hommes fribourgeois, reposent sur moins de 30 cas et ont une fiabilité statistique limitée.

Les problèmes psychiques moyens ou importants touchent plus souvent les étrangers que les citoyens suisses (tableau 2.5). Par ailleurs, la fréquence de ces troubles diminue lorsque le niveau de formation croît. Ainsi, dans le canton de Fribourg, trois répondants sur dix ayant suivi la seule scolarité obligatoire signalent des problèmes psychiques moyens ou importants, soit une proportion environ deux fois plus élevée que chez les personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire.

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

Plus qu'au sexe, à l'âge ou aux différences régionales, les problèmes psychiques sont liés au type de ménage, à la santé physique et à la santé sociale (figure 2.15). Les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants mentionnent une fois et demie à deux fois plus souvent des problèmes psychiques moyens ou importants que les répondants en couple et sans enfants. C'est le cas d'environ un cinquième à un quart des répondants qui élèvent seuls leurs enfants, ce qui peut traduire la difficulté à élever des enfants sans l'appui et le soutien d'un partenaire. L'importance des contacts sociaux en tant que ressource favorable à la santé psychique apparaît encore plus clairement en lien avec le sentiment de solitude. Ainsi, une personne interrogée sur huit qui ne se

sent jamais seule fait état de problèmes psychiques moyens ou importants, tandis que cette proportion atteint un tiers chez les personnes qui éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents.

Les problèmes psychiques s'accroissent en cas d'atteintes à la santé physique. Ce lien est particulièrement marqué pour les troubles physiques. Près de quatre personnes sur dix déclarant des troubles physiques importants présentent des problèmes psychiques moyens ou importants contre une personne sur vingt n'ayant que peu ou pas de troubles physiques. Par ailleurs, à l'échelle de la Suisse, la part de personnes évoquant des problèmes psychiques moyens ou importants est environ deux fois plus élevée chez les personnes qui ont un problème de santé de longue durée que chez les personnes qui n'en mentionnent pas. On ne remarque pas de diffé-

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

		Problèmes psychiques moyens ou importants		Sentiment élevé de maîtrise de la vie		Sentiment élevé de cohérence ¹	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		19,2	17,0	35,4	39,5	61,9	61,4
Sexe	Femmes	21,3	19,0	34,2	37,3	64,8	61,5
	Hommes	17,2	14,9	36,7	41,8	58,8	61,3
Classes d'âge	15–34 ans	24,0	18,9	34,8	35,5	53,6	47,4
	35–49 ans	18,8	17,9	36,1	37,6	63,6	61,0
	50–64 ans	14,4	16,3	27,8	40,3	61,8	69,1
	65 ans et plus	(15,4)	13,3	51,4	50,7	84,2	78,0
Formation	Scolarité obligatoire	30,2	23,8	(27,0)	37,3	58,5	52,4
	Degré secondaire II	18,7	16,7	35,4	39,4	58,3	60,5
	Degré tertiaire	14,1	14,7	39,1	40,5	70,9	67,1
Nationalité	Suisses	18,1	15,8	35,5	40,1	63,5	63,8
	Etrangers	(26,7)	22,3	(34,8)	37,2	52,6	52,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	21,7	19,6	37,3	36,7	62,1	56,8
	De 3000 à 4499 CHF	17,7	17,2	34,1	40,4	58,4	63,6
	De 4500 à 5999 CHF	(13,6)	14,2	34,7	39,8	65,7	64,6
	6000 CHF et plus	(16,9)	12,7	38,6	44,3	66,6	67,5
Degré d'urbanisation	Ville	19,4	17,5	35,1	39,5	64,9	61,3
	Campagne	19,1	15,8	35,8	39,5	58,1	61,7
Comparaison régionale	Fribourg	19,2		35,4		61,9	
	Suisse	17,0		39,5		61,4	
	Berne	14,3*		41,2*		62,5	
	Vaud	21,6		35,0		59,5	
	Espace Mittelland	15,0*		41,6*		61,7	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Problèmes psychiques: n=933 (FR), n=17'634 (CH); sentiment de maîtrise de la vie: n=711 (FR), n=12'992 (CH); sentiment de cohérence: n=741 (FR), n=13'548 (CH)

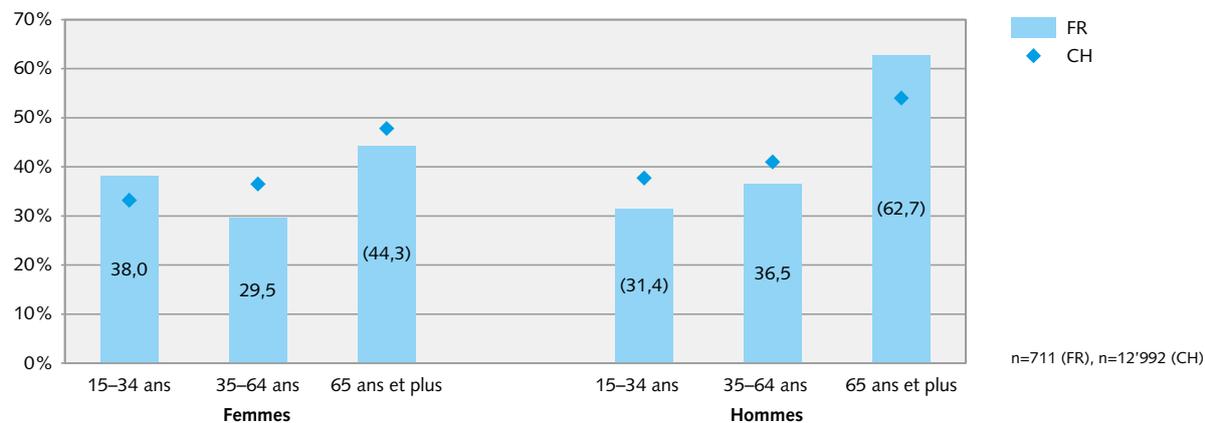
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

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

Fig. 2.16



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

rence comparable dans le canton de Fribourg. L'écart moins prononcé pour les problèmes de santé de longue durée que pour les troubles physiques pourrait, du moins en partie, s'expliquer par des maladies chroniques relativement bien tolérées telles le diabète ou en raison de stratégies d'adaptation, mises en place au fil du temps, qui atténuent les effets des atteintes. Au contraire, des troubles physiques douloureux, survenant brusquement ou de manière inattendue, pourraient davantage affecter la santé psychique.

2.3.2 Sentiment de maîtrise de la vie

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

La moitié des personnes de 65 ans et plus ont un sentiment élevé de maîtrise de la vie

La plupart des répondants du canton de Fribourg ont un sentiment élevé (35,4%) ou moyen (42,3%) de maîtrise de la vie³². Dans l'ensemble de la Suisse, un sentiment élevé de maîtrise de la vie semble s'observer plus souvent, tandis qu'un sentiment moyen est à peu près aussi fréquent (resp. 39,5% et 40,1%). En particulier, le sentiment de maîtrise de la vie est moindre dans le canton de Fribourg que dans le canton de Berne et l'Espace Mittelland (tableau 2.5). Les hommes évoquent plus souvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie que les femmes. De même, un tel sentiment est plus fréquent chez les 65 ans et plus que chez les répondants moins âgés. Les écarts dus à la formation paraissent moins marqués, du moins à l'échelle de la Suisse. Entre 2002 et 2007, la part des personnes interrogées faisant état d'un sentiment élevé de maîtrise de la vie n'a guère varié, et cela tant dans le canton de Fribourg (resp. 36,0% et 35,4%), que dans l'ensemble de la Suisse (resp. 39,0% et 39,5%).

Le sentiment de maîtrise de la vie s'améliore selon l'âge surtout chez les hommes (figure 2.16). Chez les hommes fribourgeois de 15 à 34 ans, environ trois répondants sur dix estiment avoir un sentiment élevé de maîtrise de la vie; cette proportion s'élève à six personnes

³² Le sentiment de maîtrise de la vie repose sur l'évaluation, par les répondants, de quatre affirmations sur la maîtrise de leur propre vie (ne pas arriver à surmonter certains problèmes, avoir l'impression d'être ballotté dans tous les sens, avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, se sentir submergé par les problèmes) sur une échelle qui va de 1 («tout à fait d'accord») à 4 («pas du tout d'accord»). Selon le score total, le sentiment de maîtrise de la vie est qualifié de faible (4 à 11 points), de moyen (12 à 14) ou d'élevé (15 ou 16; OFS, 2008a).

sur dix chez les 65 ans et plus. Chez les femmes, une telle amélioration se dessine avec moins de netteté dans le canton de Fribourg qu'à l'échelle de la Suisse. En effet, bien qu'un sentiment élevé de maîtrise de la vie se rencontre le plus souvent chez les femmes fribourgeoises de 65 ans et plus, celui-ci est moins fréquent dans la classe d'âge intermédiaire que dans la classe la plus jeune.

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

2.3.3 Sentiment de cohérence

Dans l'approche salutogénétique, le sentiment de cohérence représente une ressource centrale permettant à l'individu de conserver et de renforcer sa santé (Antonovsky, 1997). Un sentiment marqué de cohérence permet de faire plus facilement face aux facteurs de stress qui viennent perturber l'équilibre de santé momentanément. Le sentiment de cohérence comprend trois dimensions, qui émanent de facteurs protégeant ou favorisant la santé³³, à savoir le sentiment de comprendre les événements de la vie (reconnaître et ordonner les sollicitations), celui de les gérer (agir face aux sollicitations grâce aux ressources disponibles) et enfin celui de leur attribuer un sens (il est souhaitable de faire face aux sollicitations).

Sur une échelle de 0 (sentiment de cohérence le plus faible) à 18 (sentiment de cohérence le plus élevé)³⁴, le score moyen des répondants du canton de Fribourg est de 14,0 (CH: 13,9). Un peu plus de six personnes interrogées sur dix se caractérisent par un sentiment élevé de

cohérence (scores compris entre 14 et 18; tableau 2.5). Dans le canton de Fribourg, les femmes indiquent plus souvent disposer d'un sentiment élevé de cohérence que les hommes. Par rapport à la population suisse, les femmes fribourgeoises mentionnent un peu plus souvent un sentiment élevé de cohérence, tandis que les hommes fribourgeois évoquent un peu moins souvent un tel sentiment.

Le sentiment de cohérence varie selon l'âge, le niveau de formation et la nationalité

Le lien avec l'âge, le revenu et la nationalité est particulièrement marqué: environ la moitié des 15-34 ans, des personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire et des étrangers présentent un sentiment élevé de cohérence. C'est le cas d'à peu près huit personnes sur dix chez les 65 ans et plus, d'environ sept personnes sur dix chez les répondants ayant achevé une formation de degré tertiaire et de près de deux tiers des citoyens suisses. Par ailleurs, les variations du sentiment de cohérence selon la formation sont plus prononcées chez les étrangers que chez les citoyens suisses. Ainsi, quatre répondants étrangers sur dix ayant suivi la seule scolarité obligatoire ont un sentiment élevé de cohérence contre plus de six sur dix chez ceux qui ont achevé une formation de degré tertiaire (CH: 38,3% vs 64,6%).

Le sentiment de cohérence croît graduellement selon l'âge autant chez les femmes que chez les hommes, et ce dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse (figure 2.17). Chez les femmes fribourgeoises, l'augmentation concerne principalement la dimension de la compréhension des événements de la vie, alors qu'une progression semblable selon les trois dimensions s'observe chez les hommes.

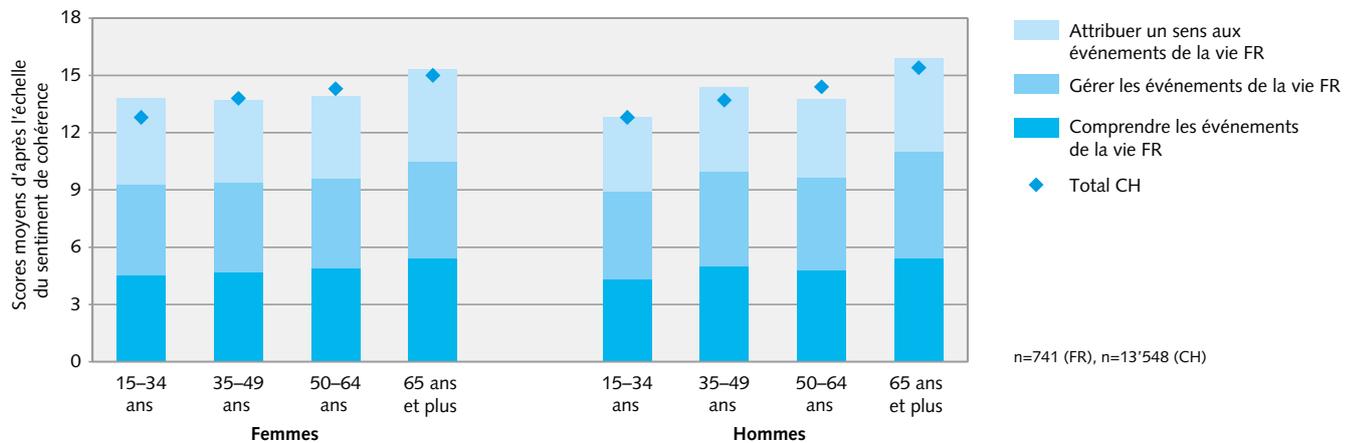
La fréquence des problèmes psychiques est intimement liée aux ressources disponibles pour influencer le cours de sa vie et faire face aux facteurs de stress (figure 2.18). Un sentiment élevé de maîtrise de la vie et un sentiment élevé de cohérence (scores compris entre 16 et 18) semblent largement prévenir les problèmes psychiques moyens ou importants tant dans le canton de Fribourg qu'à l'échelle de la Suisse: seule une personne interrogée sur vingt environ est concernée par de tels problèmes. Lorsque ces ressources font défaut, la proportion est clairement plus élevée: près de quatre répondants sur dix disposant d'un faible sentiment de maîtrise de la vie et trois personnes sur dix ayant un faible sentiment de cohérence (scores compris entre 0 et 13) évoquent des problèmes psychiques moyens ou importants.

³³ Antonovsky (1997) parle de ressources de résistance générales (general resistance resources en anglais) pour désigner les facteurs qui protègent ou renforcent la santé. Le revenu, la formation, le soutien social ou la confiance en soi en font par exemple partie.

³⁴ Les personnes interrogées étaient invitées à répondre à une question pour chaque dimension du sentiment de cohérence, soit «Vos sentiments et vos pensées sont-ils souvent confus?» (sous-échelle allant de «très souvent», codé 0, à «très rarement ou jamais», codé 6; comprendre les événements de la vie), «Avez-vous quelques fois le sentiment de vous trouver dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir que faire?» (même sous-échelle; gérer les événements) et «Les choses que vous faites quotidiennement sont-elles pour vous une source de joie profonde et de contentement ou de souffrance et d'ennui?»; (sous-échelle allant de «de souffrance et d'ennui», codé 0, à «de joie profonde et de contentement», codé 6; attribuer un sens aux événements). L'échelle du sentiment de cohérence correspond à la somme des trois sous-échelles. Toutefois, davantage d'items servent habituellement à mesurer le sentiment de cohérence (ainsi, le questionnaire original comprend 29 items dans sa version longue et 13 items dans sa version courte, Antonovsky, 1987; pour un questionnaire comportant trois items, voir Lundberg & Nystrom Peck, 1995, et pour une comparaison des trois échelles, voir Olsson et al., 2009). Les seuils de l'échelle à trois items ne sont pas suffisamment établis dans la littérature spécialisée. Pour cette raison, les indications portent parfois également sur les scores moyens.

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

Fig. 2.17



n=741 (FR), n=13'548 (CH)

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

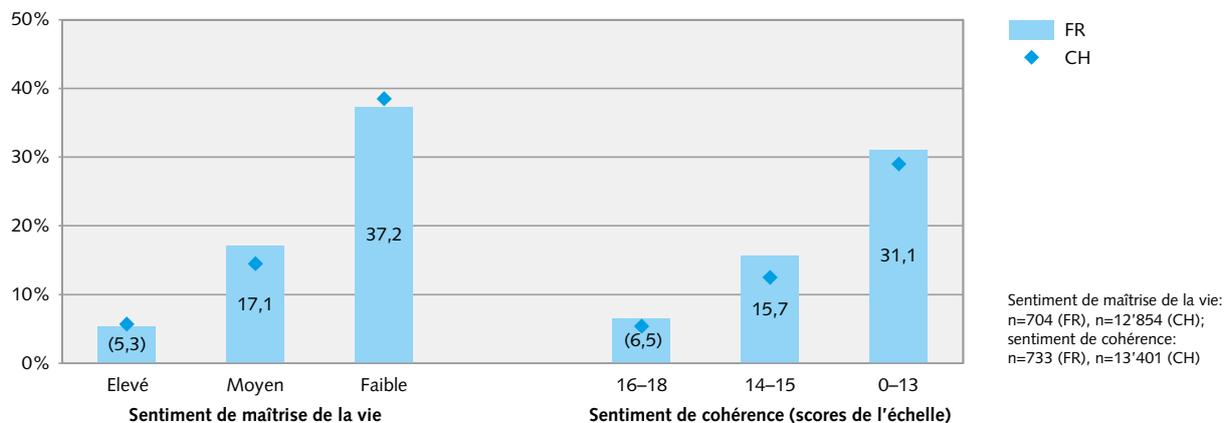
Scores des sous-échelles de la compréhension, de la gestion et de l'attribution de sens

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 2.18



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

Les scores sur l'échelle du sentiment de cohérence vont de 0 (score le plus bas) à 18 (score le plus élevé).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.3.4 Symptômes dépressifs

La dépression fait partie des maladies psychiques les plus répandues, l'anxiété et la dépendance étant des comorbidités fréquentes (WHO, 2001; voir point 5.1). Elle peut nécessiter un traitement de longue durée et précède la plupart des suicides (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Tant l'Enquête suisse sur la santé de 2002 que celle de 2007 comportent des questions sur les symptômes dépressifs³⁵.

Une personne sur six présente des symptômes dépressifs dans le canton de Fribourg

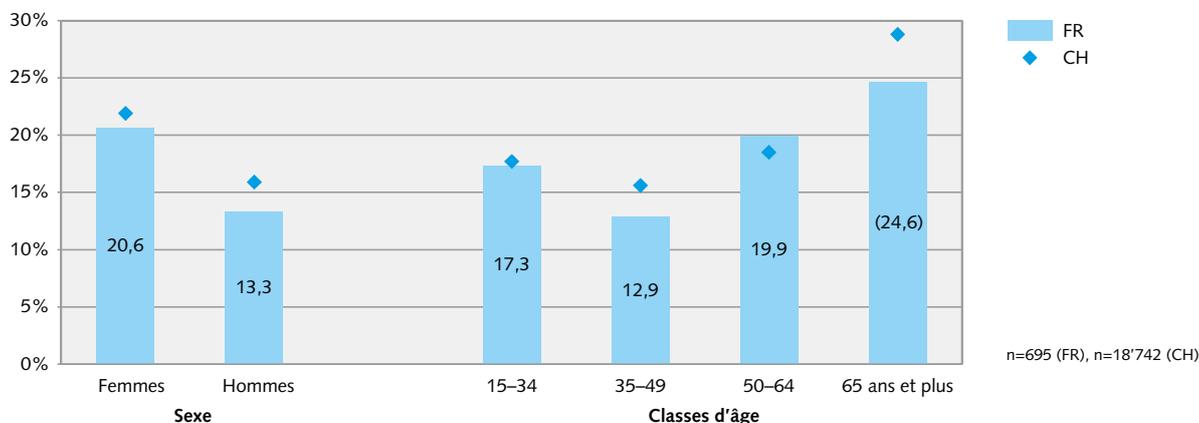
Dans le canton de Fribourg, 17,0% des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs. Cette part est proche de la moyenne suisse (18,9%). Il s'agit le plus souvent de symptômes faibles (FR: 13,1%; CH: 15,8%) et, plus rarement, de symptômes moyens ou sévères (resp. 3,9%³⁶ et 3,1%)³⁷. Par rapport à 2007, la fréquence des symptômes dépressifs est à peu près pareille à celle en 2002 (FR: 14,8%; CH: 17,8%).

Les personnes de 65 ans et plus déclarent le plus souvent des symptômes dépressifs: c'est le cas d'un quart des personnes interrogées dans le canton de Fribourg et de trois répondants sur dix à l'échelle de la Suisse (figure 2.19). A partir de 35 ans, la fréquence des symptômes dépressifs augmente selon l'âge. Les répondants âgés de 15 à 34 ans signalent presque aussi souvent de tels symptômes que les 50-64 ans. Tant dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse, les femmes évoquent environ une fois et demie plus souvent des symptômes dépressifs que les hommes.

Les symptômes dépressifs s'observent plus fréquemment en présence de problèmes psychiques moyens ou importants qu'en cas de faibles problèmes psychiques (FR: 38,5% vs 12,1%; CH: 43,3% vs 14,1%). En outre, lorsque les ressources personnelles sont modestes, les symptômes dépressifs sont plus fréquents³⁸.

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

Fig. 2.19



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁵ Les réponses portent sur la fréquence de dix symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête: tristesse, abattement ou sentiment de déprime; manque d'intérêt; fatigue ou épuisement; perte d'appétit ou de poids; troubles du sommeil; lenteur de déplacement ou d'élocution; baisse de la libido; perte de confiance en soi ou auto-reproches; difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort ou de suicide. Les symptômes dépressifs peuvent être classés en quatre catégories: aucun symptôme, symptômes faibles, symptômes moyens et symptômes sévères (Wittchen et al., 2000). Les symptômes, déclarés par les répondants, sont susceptibles de signaler une humeur dépressive, mais ne constituent pas un diagnostic.

³⁶ Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

³⁷ La fréquence des symptômes les plus graves est vraisemblablement sous-estimée, car l'enquête porte sur des personnes vivant en ménage privé. Or, il s'ensuit généralement une hospitalisation lorsque les symptômes sont graves.

³⁸ Sentiment de maîtrise de la vie faible ou moyen resp. élevé: FR: 22,0% et 6,6%; CH: 24,7% et 9,0%; sentiment de cohérence faible resp. élevé: FR: 32,7% et 7,7%; CH: 30,2% et 11,2%. Le pourcentage de 6,6% repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

2.4 Santé sociale

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

2.4.1 Sentiments de solitude

Dans le canton de Fribourg, environ sept personnes interrogées sur dix – soit autant que dans l'ensemble de la Suisse – ne se sentent jamais seules (resp. 71,2% et 69,7%). Le plus souvent, les autres répondants déclarent éprouver parfois des sentiments de solitude (resp. 25,5%

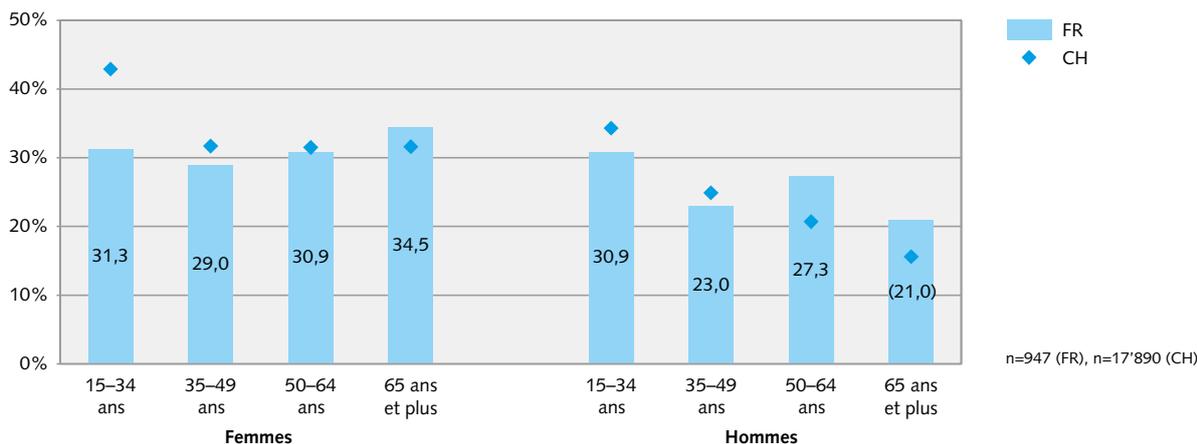
et 27,1%). Seule une minorité évoque des sentiments de solitude assez ou très fréquents. En 2007, la part des personnes qui ne se sentent jamais seules est semblable à celle de 2002 (FR: 69,1%; CH: 70,2%).

Dans le canton de Fribourg, les jeunes femmes se sentent moins souvent seules qu'en Suisse

La fréquence des sentiments de solitude varie à la fois selon l'âge et le sexe³⁹ (figure 2.20). Dans l'ensemble de la Suisse et, en partie également, dans le canton de Fribourg, les sentiments de solitude se font plus rares chez les hommes à mesure que l'âge augmente. Les jeunes hommes fribourgeois signalent une fois et demie plus souvent des sentiments de solitude que leurs aînés, cependant que les variations selon l'âge semblent moins marquées dans le canton de Fribourg. Ce constat apparaît encore plus clairement chez les femmes. Tandis qu'à l'échelle de la Suisse, les femmes de 15 à 34 ans évoquent nettement plus souvent des sentiments de solitude que dans les classes d'âge supérieures, environ trois femmes fribourgeoises sur dix, indépendamment de la classe d'âge, éprouvent de tels sentiments. Les hommes font moins souvent état de sentiments de solitude que les femmes, ce dans le canton de Fribourg avant tout à partir de 65 ans. Par ailleurs, de tels sentiments sont

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

Fig. 2.20



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

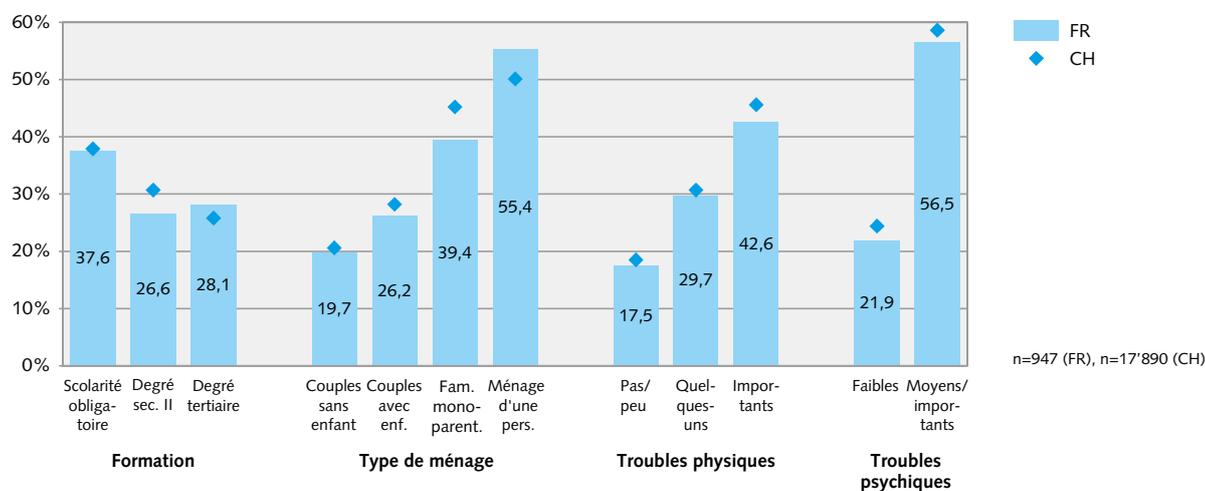
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³⁹ Les personnes interrogées qui éprouvent parfois, assez souvent ou très souvent des sentiments de solitude ont été regroupées.

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

Fig. 2.21



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

particulièrement fréquents chez les personnes qui vivent seules (figure 2.21). Ce constat peut rendre compte, du moins en partie, de la différence que l'on observe entre les sexes à la vieillesse, car les femmes âgées vivent plus souvent seules que les hommes⁴⁰.

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

Les sentiments de solitude se manifestent également plus fréquemment chez les personnes qui élèvent seules leurs enfants que chez les répondants vivant en couple⁴¹ (figure 2.21). Par ailleurs, plus le niveau de formation est bas, plus les sentiments de solitude sont fréquents: les personnes ayant suivi la seule scolarité obligatoire se sentent presque une fois et demie plus souvent seules que celles qui ont achevé une formation de degré tertiaire. De même, les sentiments de solitude vont souvent de pair avec des atteintes à la santé physique et psychique. Les personnes déclarant des troubles physiques importants se sentent deux fois et demie plus souvent seules que les répondants qui n'ont que peu ou pas de troubles physiques. Un écart semblable s'observe pour

les problèmes psychiques, plus de la moitié des répondants évoquant des sentiments de solitude lorsque ces problèmes sont moyens ou importants.

2.4.2 Personne de confiance

Dans le canton de Fribourg, la plupart des répondants comptent parmi leurs proches au moins une personne de confiance avec laquelle ils peuvent parler de leurs problèmes personnels (94,8%; CH 94,9%). Plus de deux tiers des personnes interrogées évoquent même plusieurs personnes de confiance (resp. 68,7% et 71,3%).

Une personne sur cinq manque parfois de soutien social

Cependant, une personne interrogée sur cinq a le sentiment de manquer parfois d'une telle personne de confiance (FR: 19,2%; CH: 20,2%). Les répondants privés de personne de confiance déclarent deux à trois fois plus souvent manquer parfois de soutien social que ceux qui mentionnent au moins une personne de confiance (FR: 47,2%⁴² vs 17,6%; CH: 41,6% vs 19,0%). En 2007, la proportion de répondants mentionnant au moins une personne de confiance était presque la même qu'en 2002 (FR: 93,2%; CH: 95,3%).

Si les femmes ont plus souvent au moins une personne de confiance que les hommes, elles mentionnent en revanche plus fréquemment manquer parfois de sou-

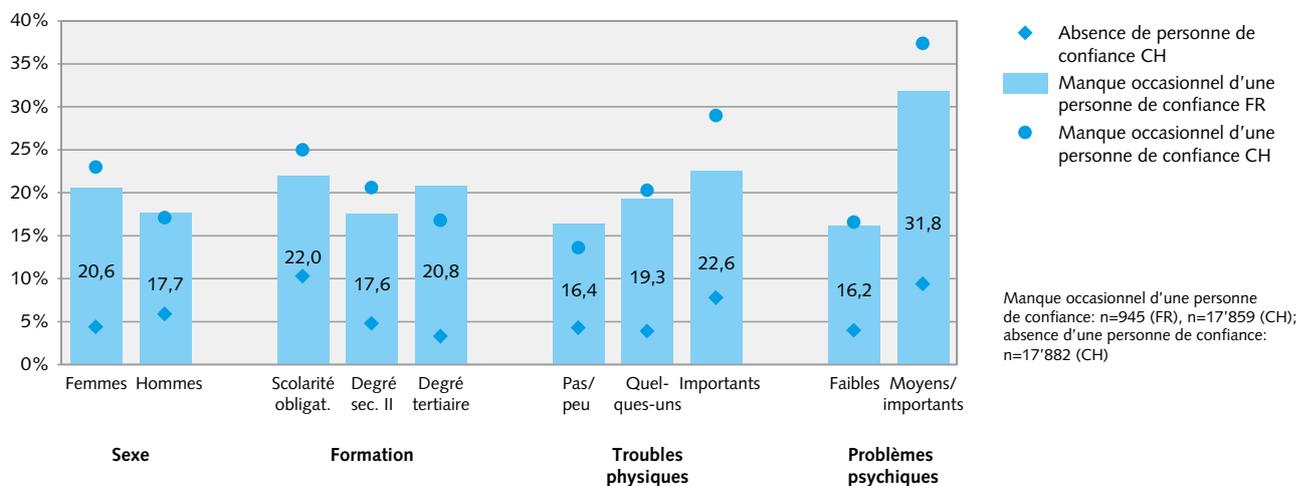
⁴⁰ Dans le canton de Fribourg, plus de la moitié des personnes interrogées qui vivent seules signalent des sentiments de solitude, les femmes plus souvent que les hommes (61,5% vs 46,5%; CH: 50,1% dans les deux cas).

⁴¹ Contrairement à l'ensemble de la Suisse, les femmes et les hommes fribourgeois vivant en couple déclarent des sentiments de solitude dans une proportion similaire (FR: resp. 24,9% et 23,3%; CH: resp. 29,8% et 20,3%).

⁴² Ce pourcentage repose sur moins de 30 cas et a une fiabilité statistique limitée.

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

Fig. 2.22



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

tien social (figure 2.22). A cet égard, un niveau élevé de formation peut constituer un avantage: du moins à l'échelle du pays, les répondants ayant achevé une formation de degré secondaire II ou tertiaire évoquent moins souvent l'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance que les répondants qui ont suivi la seule scolarité obligatoire.

Des liens étroits existent également avec les indicateurs de la santé physique et psychique. L'absence et le manque occasionnel d'une personne de confiance sont plus fréquents chez les répondants signalant des troubles physiques importants que chez ceux qui n'en ont que peu ou pas. L'écart est encore plus marqué en ce qui concerne les problèmes psychiques. Environ un tiers des personnes interrogées déclarant des problèmes psychiques moyens ou importants manquent parfois de soutien social, alors que cette proportion est d'un sixième chez les répondants ayant de faibles problèmes psychiques. En cas de troubles psychiques moyens ou importants, un répondant sur dix indique ne pas avoir de personne de confiance parmi ses proches.

2.5 Mortalité et causes de décès

La répartition et l'évolution des causes de décès fournissent des indications importantes sur la fréquence des maladies et sur l'état de santé de la population. Du point de vue de la prévention, il est particulièrement intéressant d'analyser les causes des décès pour lesquels les

principaux facteurs de risque sont connus (voir chapitre 3). Il convient de préciser que certaines maladies – le cancer, notamment –, ont un long temps de latence jusqu'à leur diagnostic, si bien que les évolutions actuelles, en termes de mortalité, sont en fait le reflet de causes plus anciennes (Meslé, 2004). D'autres comportements, en revanche, occasionnent une mort immédiate (p. ex. accident, suicide). Outre les causes de décès, la mortalité générale est un indicateur descriptif important de l'état de santé.

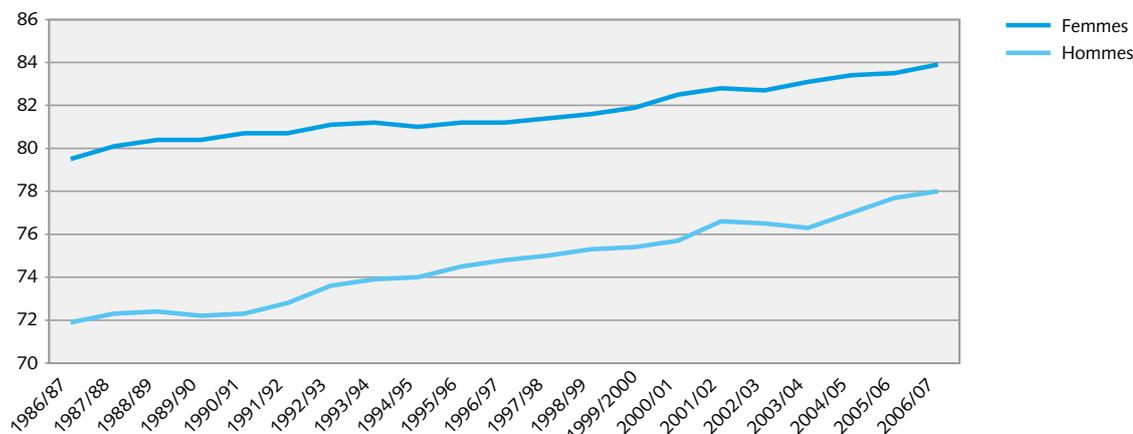
Dans les paragraphes suivants, il sera d'abord question de l'évolution de la mortalité générale dans le canton de Fribourg, puis d'une comparaison avec d'autres cantons. Les principales causes de décès seront ensuite décrites et enfin l'indicateur des années potentielles de vie perdue donnera quelques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

2.5.1 La mortalité générale dans le canton de Fribourg

Dans le canton de Fribourg, l'espérance de vie à la naissance pour la période 2006/2007 était de 78,0 ans pour les hommes (CH: 79,2) et de 83,9 ans pour les femmes (CH: 84,1) (OFS, 2008e). Comme pour l'ensemble de la Suisse l'espérance de vie a augmenté régulièrement chaque année et bien que située au-dessous de la moyenne suisse, l'espérance de vie a progressé plus vite dans le canton de Fribourg qu'en moyenne nationale entre 1986/87 et 2006/2007 (figure 2.23). Elle était de 71,9 ans pour les hommes (CH: 73,8) et 79,5 ans pour

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

Fig. 2.23



Source: OFS, ESPOP 1986–2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

les femmes (CH: 80,5) en 1986/87. L'espérance de vie des personnes âgées a aussi augmenté de façon importante. En 2006/2007 elle s'élevait à 21,7 ans pour les femmes et à 17,8 ans pour les hommes de 65 ans domiciliés dans le canton de Fribourg. Ces vingt dernières années, l'espérance de vie à 65 ans a progressé de 2,8 années pour les femmes et 3,1 années pour les hommes.

Par ailleurs, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes tend à se réduire, il était de 4,2 années en 1986/87 contre 3,9 années en 2006/2007.

Statistique des causes de décès

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

Source: www.bfs.admin.ch (Consulté le 15 janvier 2010)

En 2006, 894 femmes et 962 hommes ont perdu la vie dans le canton de Fribourg soit un total de 1856 décès. Ce sont 69 cas de décès de plus qu'en 1986. Le canton de Fribourg connaît une situation particulière en raison d'une augmentation importante du nombre d'habitants. C'est aussi pour cette raison que la part de personnes âgées de 80 ans et plus dans la population,

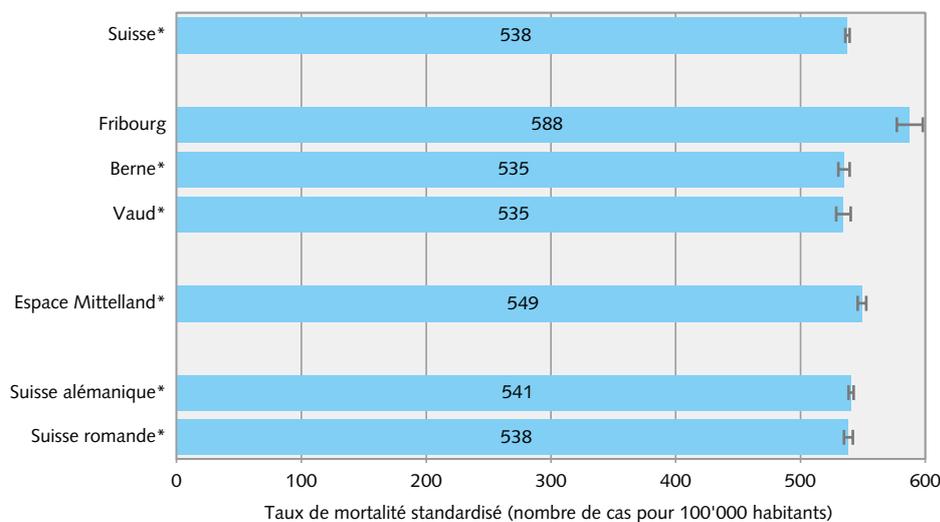
contrairement aux autres cantons, diminue. Elle est passée de 2,8% en 1987 à 1,7% en 2007. De manière générale, on observe un recul du nombre de décès des personnes âgées de moins de 80 ans et une hausse des décès des personnes âgées de plus de 80 ans. En 2001, le nombre de décès des personnes âgées de 80 ans et plus dépasse pour la première fois le nombre de décès des personnes plus jeunes (moins de 80 ans).

2.5.2 Comparaison régionale

Le taux de mortalité standardisé par âge (figure 2.24) permet ici de comparer le canton de Fribourg à différents cantons, différentes régions et à l'ensemble de la Suisse en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population. L'intervalle de confiance pour les taux standardisés permet de comparer chacune des régions au canton de Fribourg. Il varie en fonction de la population du canton et de son taux de mortalité. Les cantons et régions marqués d'un astérisque diffèrent de manière significative de la moyenne observée dans le canton de Fribourg. Le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Fribourg est en moyenne de 588 décès pour 100'000 habitants par année pour la période 2000/2006. Ce taux est significativement plus élevé qu'en moyenne suisse (538 décès pour 100'000 habitants) et des autres régions et cantons de comparaison. Le chapitre suivant permet de comprendre plus en détail au travers des causes de décès, les différences observées entre le canton de Fribourg et le reste de la Suisse.

Comparaison régionale des taux standardisés, données agrégées 2002–2006 (avec intervalle de confiance à 95%)

Fig. 2.24



* Régions ou cantons dont le taux de mortalité diffère de façon significative du canton de Fribourg

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.5.3 Principales causes de décès

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

Si l'on compare le taux brut de mortalité pour 100'000 habitants de 1980/86 avec celui de 2000/06, on constate qu'il a reculé pour toutes les classes d'âge de façon importante dans le canton de Fribourg, comme pour le reste de la Suisse. Le recul est particulièrement marqué pour les hommes de 15-34 ans, le taux brut de mortalité passant, entre 1980/86 et 2000/06, de 147 à 76, soit un recul de 48%. Cette tendance se confirme pour l'ensemble de la Suisse. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, un recul, pour la même période, de 10,1% est observé pour les femmes (CH: -11,8%) et de 3,8% pour les hommes (CH: +2,1%). Le tableau 2.6 montre que le taux brut de mortalité du canton de Fribourg toutes causes de décès confondues est plus élevé que dans l'ensemble de la Suisse pour toutes les classes d'âge inférieures à 80 ans. De manière générale, les décès observés dans le canton de Fribourg interviennent plus tôt qu'en moyenne suisse.

La dernière colonne du tableau 2.6 présente les principales causes de décès selon la classe d'âge pour les hommes et les femmes. Les causes de décès varient d'un groupe d'âge à l'autre. Les causes externes (accidents, morts violentes, suicides) occupent la première place pour les jeunes âgés de 15 à 34 ans. Parmi ces causes

externes, ce sont les accidents de la circulation pour les hommes et les suicides pour les femmes qui occupent la première place. Pour les hommes âgés de 35 à 49 ans, le suicide et les maladies cardio-vasculaires sont les principales causes de décès. Les cancers sont la première cause de décès des femmes de 35 à 79 ans et des hommes de 50 à 79 ans. Il s'agit principalement du cancer du sein pour les femmes et du cancer du poumon, des bronches et de la trachée pour les hommes de ces tranches d'âges. Pour les personnes âgées de 80 ans et plus, les décès sont dus principalement aux maladies cardio-vasculaires. Plus spécifiquement, les cardiopathies ischémiques sont la première cause de décès et représentent 25% des cas de décès pour les femmes, respectivement 18% pour les hommes, âgés de 80 ans et plus.

Le tableau 2.7 présente le nombre de cas moyen selon la cause de décès et compare le canton de Fribourg à la moyenne suisse à l'aide de l'indicateur SMR. L'indice standardisé de mortalité (SMR) mesure la différence de mortalité entre deux régions en tenant compte de la structure d'âge de ces dernières. Un SMR de 100 signifie qu'il n'y a aucune différence entre les deux régions observées pour la cause de décès étudiée. Une valeur de 110 dans un canton indique un taux de mortalité supérieur de 10% par rapport à la moyenne suisse. En revanche, un résultat de 90 reflète un taux de mortalité inférieur de 10% à la moyenne nationale dans le canton considéré (Bisig & Beer, 1996). Un test statistique permet de déterminer si les différences observées sont significatives ou non.

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

Classes d'âge	Sexe	Nombre de cas moyen par année	Taux brut de mortalité par année ¹		Causes de décès les plus fréquentes (en % de tous les cas)
			FR	FR CH	
0–14 ans	Garçons et Filles	20	42,6	31,8	Causes de décès périnatales (26%) Malformations congénitales (28%)
15–34 ans	Hommes	27	76,2	68,5	Accidents, suicides et autres morts violentes (67%)
	Femmes	11	31,4	28,8	Accidents, suicides et autres morts violentes (50%)
35–49 ans	Hommes	57	208,3	183,0	Accidents, suicides et autres morts violentes (31%)
	Femmes	28	109,1	105,3	Cancers (48%)
50–64 ans	Hommes	162	930,8	773,6	Cancers (42%)
	Femmes	75	431,5	410,2	Cancers (53%)
65–79 ans	Hommes	336	4 215,9	3 650,4	Cancers (39%)
	Femmes	201	1 822,6	1 782,4	Cancers (38%)
80 ans et plus	Hommes	388	14 844,6	15 606,0	Système cardio-vasculaire (41%)
	Femmes	582	14 016,6	14 774,4	Système cardio-vasculaire (49%)

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

¹ Nombre de cas pour 100'000 habitants par année

Dans le canton de Fribourg, 1889 décès par an ont été observés en moyenne entre 2000 et 2006, soit 906 femmes (48%) et 983 hommes (52%). Le nombre de décès observés est significativement plus élevé que celui observé pour l'ensemble de la Suisse.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès dans le canton de Fribourg avec respectivement 32% des décès pour les hommes et 40% des décès pour les femmes. Les maladies cardio-vasculaires sont significativement plus fréquentes qu'en moyenne suisse pour les hommes (SMR=105), mais aucune différence avec la moyenne suisse n'est observée pour les femmes. Les maladies coronariennes (233 cas par année) sont toutefois significativement moins fréquentes dans le canton de Fribourg. Les décès par démence sont à peine plus élevés qu'en moyenne suisse pour les femmes. La démence est une cause de décès fortement liée au vieillissement et frappe principalement en fin de vie.

Les cancers sont la seconde cause de décès la plus observée. Pour les femmes, le nombre de cancers n'est pas différent entre le canton de Fribourg et la Suisse. Il l'est toutefois de manière significative pour chez les hommes. Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches est significativement plus fréquent chez les hommes dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse avec 73 cas par année. La tendance à l'augmentation du nombre de décès dû au cancer du poumon observée au niveau suisse (OFS, 2009b) se confirme

aussi pour le canton de Fribourg. Les cancers du gros intestin sont significativement plus élevés pour les femmes avec 20 cas en moyenne par année et aucune différence par rapport à la moyenne suisse n'est observée pour les hommes.

Avec une moyenne de 36 cas par année, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent pour les femmes. La différence observée entre la Suisse et le canton de Fribourg n'est toutefois pas significative et aucune différence n'est observée entre le canton de Fribourg et la Suisse romande ou alémanique. Le canton de Fribourg a introduit un programme de dépistage du cancer du sein en 2004⁴³. Les résultats de l'ESS 2007 montrent aussi que le taux de dépistage du cancer du sein est plus élevé à Fribourg qu'en Suisse et comparable à celui observé en Suisse romande (voir chapitre 6.2.2). Le cancer des ovaires est en revanche significativement plus fréquent dans le canton de Fribourg avec en moyenne 15 décès par année. Le cancer de la prostate est le second cancer le plus fréquent pour les hommes et provoque en moyenne 40 décès par année dans le canton, le nombre de cas n'est pas significativement différent de la moyenne suisse.

⁴³ Ces programmes s'adressent aux femmes de 50 à 70 ans, domiciliées et assurées dans l'un des cantons doté d'un programme de dépistage (GE, VS, VD, FR, JU et JU bernois, NE, en projet: SG) et ne présentant aucun problème connu aux seins. Tous les deux ans, elles sont automatiquement invitées à un contrôle par le centre de dépistage. L'examen consiste en une radiographie des seins. Si celle-ci dévoile un problème, elle sera complétée ultérieurement par d'autres examens, facturés en sus (www.depistage-sein.ch).

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

Cause de décès	Femmes				Hommes			
	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif	Moyenne annuelle	Part	SMR ¹ (CH=100)	significatif
	N	in %			N	in %		
Maladies infectieuses	7	1	-	-	10	1	-	-
Cancers	202	22	104	n.s.	294	30	118	***
Estomac	5	1	-	-	14	1	-	-
Gros intestin	20	2	130	***	20	2	111	n.s.
Pancréas	14	2	-	-	13	1	-	-
Poumon, trachée, bronches	23	3	100	n.s.	73	7	124	***
Sein	36	4	95	n.s.	-	-	-	-
Col de l'utérus	2	0	-	-	-	-	-	-
Ovaires	15	2	125	*	-	-	-	-
Prostate	-	-	-	-	40	4	109	n.s.
Autres cancers	87	10	105	n.s.	135	14	118	***
Diabète	24	3	98	n.s.	18	2	95	n.s.
Démence	68	8	112	*	29	3	107	n.s.
Système cardio-vasculaire	360	40	102	n.s.	312	32	105	*
Maladies coronariennes	107	12	81	***	126	13	90	***
Embolie pulmonaire	8	1	-	-	4	0	-	-
Maladies cérébro-vasculaires	73	8	103	n.s.	52	5	108	n.s.
Autres maladies du système cardio-vasculaire	172	19	119	***	130	13	123	***
Maladies de l'appareil respiratoire	66	7	128	***	87	9	143	***
Grippe	4	0	-	-	1	0	-	-
Pneumonie	33	4	140	***	30	3	159	***
Bronchite	16	2	95	n.s.	40	4	134	***
Asthme	3	0	-	-	2	0	-	-
Autres maladies de l'appareil respiratoire	12	1	-	-	14	1	-	-
Alcool²	5	1	-	-	23	2	148	***
Organes urinaires	6	1	-	-	5	0	-	-
Causes de décès périnatales	2	0	-	-	3	0	-	-
Malformations congénitales	4	0	-	-	5	1	-	-
Accidents, suicides et autres morts violentes	38	4	92	n.s.	82	8	117	***
Accidents de la circulation	5	1	-	-	16	2	143	***
Suicide	10	1	-	-	32	3	109	n.s.
Autres morts violentes	23	3	93	n.s.	34	3	115	*
Autres causes de décès	123	14	104	n.s.	115	12	112	***
Total	906	100	104	***	983	100	113	***

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

¹ Indice standardisé de mortalité (SMR), CH=100, Chi2: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05. Le SMR n'est pas calculé si le nombre de cas est inférieur à 100 entre 2000 et 2006.² Alcool: Code ICD-10 K703 et F10

Les maladies de l'appareil respiratoire et en particulier les pneumonies sont significativement plus observées dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse. Les décès liés à la consommation d'alcool (cirrhose du foie et troubles dus à l'alcool) sont nettement plus fréquents pour les hommes du canton de Fribourg avec 23 décès par année.

Le taux de mortalité par morts violentes (suicides, accidents, etc.) n'est pas significativement différent de la moyenne suisse pour les femmes tandis qu'il est plus élevé pour les hommes. Avec en moyenne 16 décès par année, les accidents de la circulation sont plus fréquemment observés dans le canton qu'en moyenne suisse. La fréquence des suicides n'est en revanche pas significativement différente de la moyenne suisse.

2.5.4 Années potentielles de vie perdues

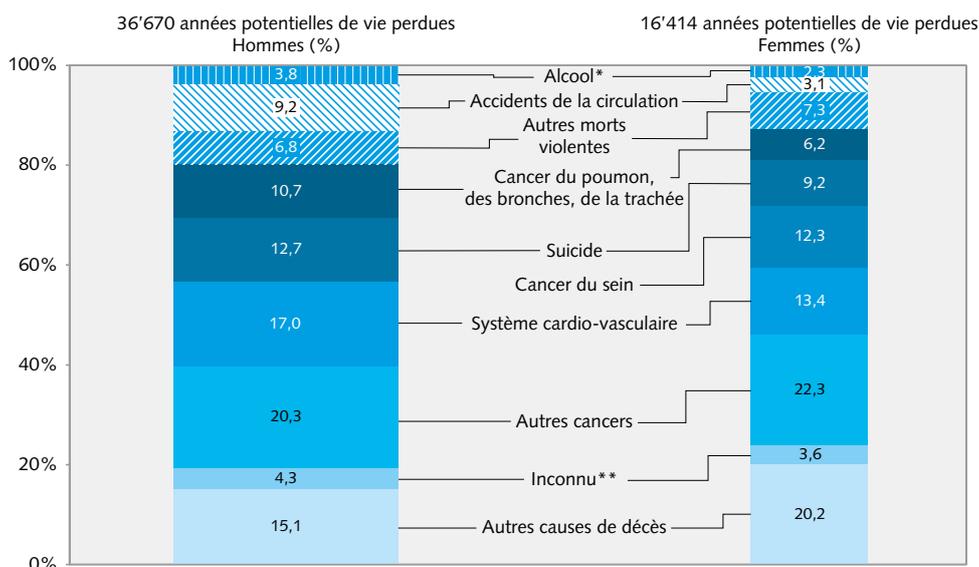
La médecine préventive a, entre autres, pour objectif l'étude des causes de mortalité prématurée ou évitable, mesurée en fonction du nombre d'*années potentielles de vie perdues* (APVP). Cet indicateur permet d'identifier les principales causes des décès compromettant notablement l'espérance de vie de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

Cet indicateur additionne les années que les personnes décédées avant 70 ans auraient dû vivre pour atteindre cet âge. Ainsi les causes de décès qui interviennent tôt dans la vie (accidents de la route, suicides, etc.) ont-elles un poids plus élevé. La figure 2.25 présente la distribution en pour cent des APVP selon les causes de décès sur la période 2000–2006. Le canton de Fribourg compte en moyenne 7583 APVP par année pour la période 2000–2006, dont 2345 (31%) pour les femmes et 5239 (69%) pour les hommes.

Environ 42% des années potentielles de vie perdues par les femmes sont à imputer aux cancers, soit en moyenne 984 années potentielles de vie perdues par année. Le cancer du sein représente une part importante avec 12% d'APVP. Pour les hommes, les cancers représentent environ 27% des APVP, mais tout de même 1424 APVP par année. Le cancer du poumon, des bronches et de la trachée représente à lui seul 11% des APVP des hommes. Les accidents, morts violentes et suicides reflètent une différence de comportement importante entre hommes et femmes, ils représentent 28,7 des APVP des hommes, soit 1707 APVP par année et 19,6% pour les femmes, soit 435 APVP par année. Notons finalement une part non négligeable de 4% d'APVP liée à la consommation d'alcool chez les hommes.

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

Fig. 2.25



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

* Alcool: Code ICD-10 F10 et K703

** Inconnu: Code ICD-10 R99

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.6 Résumé

Etat de santé

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

Un peu plus d'une personne sur quatre mentionne un problème de santé de longue durée tel un handicap ou une maladie chronique. Dans une proportion presque aussi élevée, les répondants se plaignent de troubles physiques importants – principalement de maux de dos, de faiblesse ou de lassitude, d'insomnies et de maux de tête. Les femmes font une fois et demie plus souvent état de problèmes physiques importants que les hommes. Cependant, les atteintes à la santé physique ne se traduisent pas nécessairement par une mauvaise santé subjective. Ainsi, le lien entre la santé subjective et les ressources personnelles – en l'occurrence le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence – est particulièrement marqué en présence d'atteintes à la santé physique.

Dans le canton de Fribourg, une personne sur cinq est victime d'un accident chaque année, une part similaire de répondants de 60 ans et plus faisant une chute. Les hommes jeunes sont particulièrement exposés au risque d'accident – avant tout lors de la pratique d'un sport ou d'un jeu –, alors que ce sont les 80 ans et plus qui tombent le plus souvent. Dès 65 ans, près de la moitié des répondants du canton de Fribourg rencontrent des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne contre un peu plus d'un tiers des répondants à l'échelle de la Suisse. Dans le canton de Fribourg, deux tiers des personnes interrogées présentent au moins l'un des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires que sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids ou l'obésité et le tabagisme, un quart même plusieurs.

Les hommes déclarent une meilleure santé psychique que les femmes. Abstraction faite des symptômes dépressifs, il en va de même pour les répondants âgés par rapport aux personnes plus jeunes. En comparaison avec l'ensemble de la Suisse, les personnes interrogées dans le canton de Fribourg semblent évoquer un peu plus souvent des problèmes psychiques et un peu moins

fréquemment un sentiment élevé de maîtrise de la vie. Par contre, le sentiment de cohérence est comparable dans le canton de Fribourg et à l'échelle de la Suisse et la part des personnes mentionnant des symptômes dépressifs est à peu près la même. Les problèmes psychiques sont intimement associés aux ressources personnelles représentées par le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence. Dans le canton de Fribourg, plus de trois personnes sur dix présentant un faible sentiment de maîtrise de la vie ou un faible sentiment de cohérence font état de troubles psychiques moyens ou importants.

Environ trois personnes interrogées sur dix éprouvent des sentiments de solitude occasionnels ou fréquents, tandis que deux sur dix déclarent manquer parfois d'une personne de confiance parmi leurs proches. Les sentiments de solitude se rencontrent particulièrement souvent chez les personnes qui vivent seules ou qui élèvent seules leurs enfants et chez celles qui présentent des troubles physiques ou des problèmes psychiques. Dans le canton de Fribourg, les jeunes femmes indiquent moins souvent se sentir seules que dans l'ensemble de la Suisse.

Mortalité et causes de décès

Au cours des 20 dernières années, le canton de Fribourg a connu une forte croissance de son espérance de vie, la mortalité étant en net recul et l'espérance de vie des personnes âgées (>65 ans) progressant. Elle reste toutefois au-dessous de la moyenne suisse, en particulier pour les hommes. En comparaison nationale et pour les deux sexes, le taux de mortalité standardisé par âge du canton de Fribourg en 2000/2006 est significativement plus élevé.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès dans le canton de Fribourg (36% des décès) suivies par les cancers (26%). Ces deux causes sont responsables d'environ 60% des décès dans le canton et sont significativement plus fréquentes pour les hommes en comparaison nationale. Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches est responsable de 7% des décès masculins du canton et d'environ 11% d'APVP. Il faut noter que les maladies de l'appareil respiratoire, les accidents de la circulation et les décès liés à l'alcool sont plus fréquemment observés chez les hommes du canton de Fribourg qu'en moyenne suisse.

La médecine préventive s'intéresse particulièrement aux causes de décès qui touchent une part importante de la population, qui sont à l'origine d'un nombre élevé d'années potentielles de vie perdues (APVP) et dont les

facteurs peuvent être modifiés. Il s'agit notamment des tumeurs malignes ou cancers qui, dans le canton de Fribourg, sont à l'origine d'environ 32% des APVP avant 70 ans. Pour les femmes, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent et représente 12% d'APVP. Les accidents, les morts violentes et les suicides sont la seconde plus importante cause d'APVP: ils sont à l'origine de 28% d'APVP. Bien qu'aucune différence ne soit observée avec la moyenne suisse, les suicides sont la première cause de décès des hommes de 15 à 49 ans et des femmes de 15 à 34 ans et représentent 13% d'APVP pour les hommes, respectivement 9% pour les femmes. Le taux de mortalité par accidents de la circulation des hommes est significativement plus élevé dans le canton qu'en moyenne suisse. Ces derniers sont à l'origine d'environ 9% d'APVP.

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

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

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (3.2)

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

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

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

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

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

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

3.1 Attention portée à la santé

L'importance que les individus donnent à la santé compte probablement beaucoup dans leur manière de se comporter à l'égard de la santé. Les individus qui portent beaucoup d'attention à leur santé ont en général des comportements et des attitudes favorables à la santé. A l'inverse, les personnes peu concernées par la santé sont probablement moins motivées à changer des comportements néfastes à la santé. Les participants à l'Enquête suisse sur la santé ont été interrogés⁴⁴ sur l'importance qu'ils accordent à la santé. Toutes les personnes interrogées (pas seulement les malades) ont été invitées à choisir entre trois réponses possibles. Dans le canton de Fribourg, 13,1% ont déclaré «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé», la majorité des répondants (67,7%) estiment pour leur part que la proposition «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» correspond le mieux à leur rapport à la santé, et 19,2% pensent que «Des considérations relatives à leur santé déterminent dans une large mesure leur manière de vivre» (tableau 3.1). De 2002 à 2007, la part

des personnes qui ne se préoccupent pas de leur santé a diminué de près de 5 points: les chiffres correspondants pour 2002 étant de 17,9%, 62,3% et 19,8%.

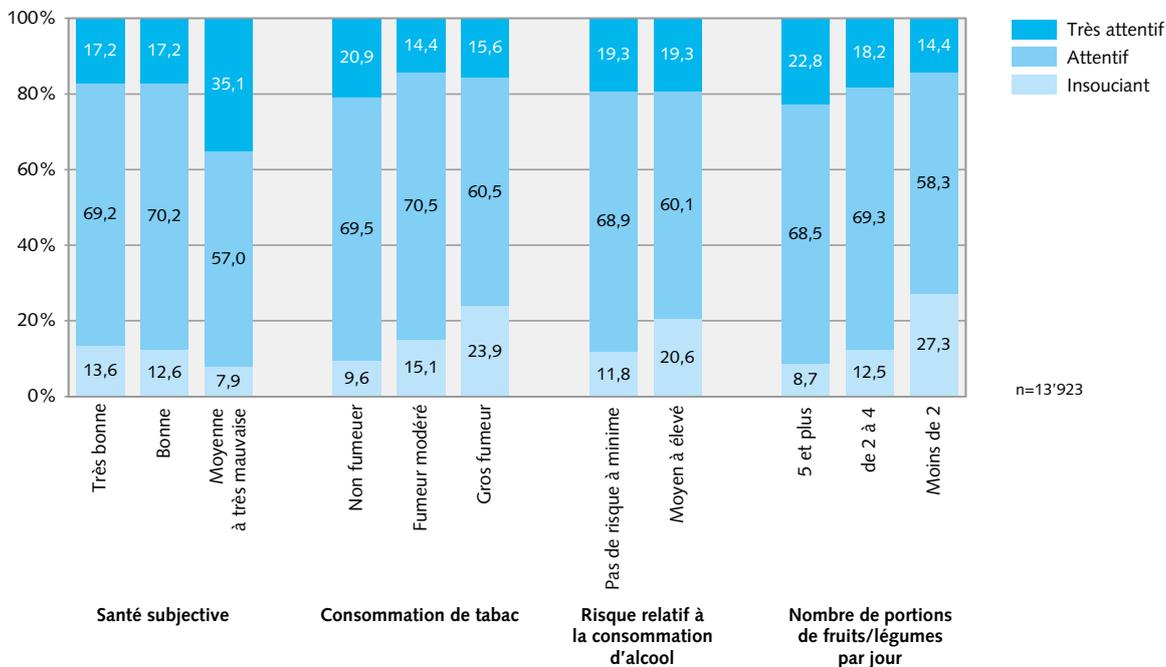
Les jeunes se préoccupent moins de leur santé

La part des personnes qui ne se soucient pas de leur santé diminue à mesure que le niveau de formation augmente. Mais, en même temps, la part des personnes qui déclarent que leur style de vie est fortement influencé par des considérations relatives à la santé est plus élevée chez les personnes sans formation post-obligatoire que chez celles qui ont accompli une formation supérieure (tableau 3.1: colonne «Grande attention»). Cela vaut pour l'ensemble de la Suisse et tendanciellement aussi pour le canton de Fribourg. Le tableau 3.1 montre également que l'attitude à l'égard de la santé varie selon l'âge: les jeunes se soucient moins de leur santé que les personnes plus âgées.

La figure 3.1 montre que, pour l'ensemble de la Suisse, la part des personnes qui ne se soucient pas de leur santé est nettement plus faible parmi les personnes dont la santé subjective est moyenne à (très) mauvaise que parmi celles dont la santé subjective est très bonne.

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

Fig. 3.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴⁴ Dans le cadre du questionnaire écrit.

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

		Insouciance		Attention		Grande attention	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		13,1	12,3	67,7	68,4	19,2	19,4
Sexe	Femmes	11,4	9,3	67,4	68,8	21,2	22,0
	Hommes	14,9	15,4	68,1	68,0	17,0	16,6
Classes d'âge	15–34 ans	16,6	17,9	70,0	69,4	(13,4)	12,8
	35–49 ans	14,4	11,3	67,5	71,8	18,2	16,9
	50–64 ans	(8,2)	9,2	71,2	69,8	20,6	21,0
	65 ans et plus	.	7,8	54,4	59,3	38,1	32,9
Formation	Scolarité obligatoire	(14,7)	15,6	56,4	54,3	(28,9)	30,1
	Degré secondaire II	16,1	13,2	66,6	67,6	17,3	19,2
	Degré tertiaire	(5,6)	8,6	76,1	76,2	18,3	15,2
Nationalité	Suisses	12,1	11,7	68,7	69,5	19,2	18,7
	Etrangers	(18,3)	14,4	62,7	64,0	(19,0)	21,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	11,8	12,8	70,2	66,0	18,0	21,2
	De 3000 à 4499 CHF	(16,5)	12,4	61,9	66,5	21,6	21,1
	De 4500 à 5999 CHF	.	10,6	68,8	72,1	25,0	17,3
	6000 CHF et plus	(11,8)	10,9	73,4	75,0	(14,7)	14,1
Degré d'urbanisation	Ville	12,8	11,6	65,5	69,0	21,7	19,3
	Campagne	13,4	13,9	70,3	66,7	16,3	19,4
Comparaison régionale	Fribourg		13,1		67,7		19,2
	Suisse		12,3		68,4		19,4
	Berne		9,6		71,3		19,0
	Vaud		21,5*		59,5*		19,0
	Espace Mittelland		11,6		68,9		19,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=750 (FR), n=13'923 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

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

Plus du tiers (35,1%) des personnes dont la santé subjective est moyenne à (très) mauvaise déclarent que leur mode de vie est déterminé dans une large mesure par des considérations relatives à leur santé.

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

Les personnes qui adoptent des comportements préjudiciables à leur santé sont plus nombreuses à ne pas se préoccuper de leur santé (figure 3.1): au niveau suisse, 23,9% des gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour) disent ne pas se soucier de leur santé alors que cette proportion s'abaisse à 15,1% chez les fumeurs modérés (jusqu'à 9 cigarettes) et à 9,6% chez les non-fumeurs. De même, 20,6% des personnes présentant une consommation d'alcool élevée ne se soucient pas de leur

santé, contre 11,8% des personnes qui ne présentent pas de risque par rapport à leur consommation d'alcool. 27,3% des personnes qui consomment moins de deux portions de fruits et/ou légumes⁴⁵ par jour disent ne pas se soucier de leur santé. Par comparaison, cette proportion est de 8,7% chez celles qui disent manger cinq portions de fruits et/ou légumes par jour.

3.1.1 Compétence en matière de santé

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

⁴⁵ Une portion de fruits et/ou légumes correspond à la grosseur du poing (environ 120 g).

santé. «La compétence en matière de santé autorise les personnes à l'autodétermination et à la prise en charge d'une liberté de choix et d'organisation concernant leur santé. Elle améliore la capacité à trouver des informations sur la santé, à comprendre et à assumer leur responsabilité pour leur propre santé» (Kickbusch, 2006: p. 69). Les recherches actuelles ont mis en évidence un décalage entre les exigences du système de santé et les compétences moyennes de santé de ses utilisateurs (National Center for Education Statistics, 2006).

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

Connaissances relativement bonnes dans le domaine des comportements de santé, moins bonnes dans le domaine des votations sur des questions de santé

Les répondants du canton de Fribourg se sentent les plus sûrs au niveau de leurs connaissances sur les comportements en matière de santé (71,3% s'estiment sûrs ou

très sûrs) (figure 3.2). Ils sont légèrement moins sûrs concernant leurs habitudes de consommation (64,1% s'estiment sûrs ou très sûrs). La proportion est de 45,5% en ce qui concerne le système de santé et les assurances et de 43,0% dans le domaine des votations ayant trait à la santé. Toutes ces proportions sont inférieures à celles observées dans l'ensemble de la Suisse: 75,4%, 68,0%, 50,3%⁴⁶ et 48,9%. La comparaison interrégionale montre par ailleurs que les compétences auto-évaluées en matière de santé sont comparables dans les cantons de Fribourg, de Berne, de Vaud et dans l'Espace Mittelland.

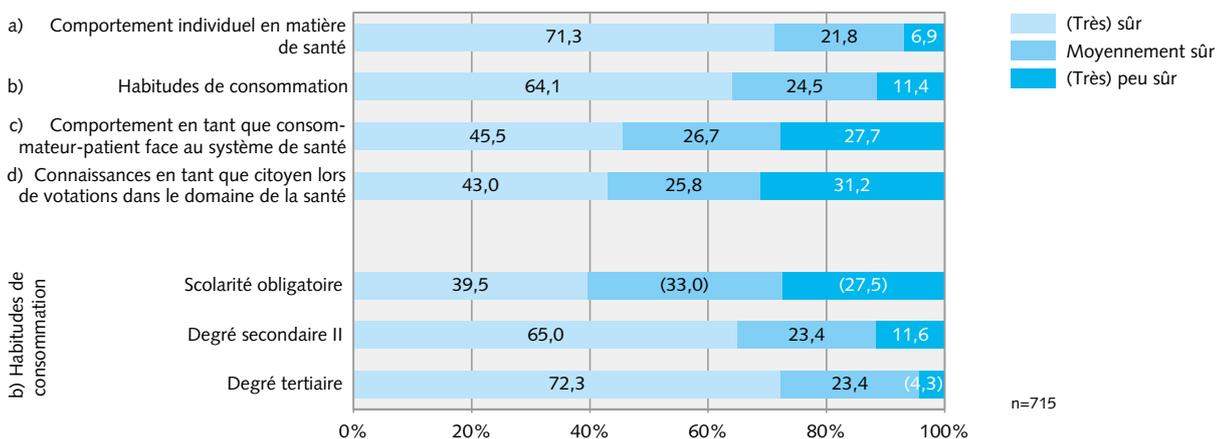
Les personnes qui ont accompli une formation supérieure se sentent plus sûres de leurs connaissances en matière de santé que les personnes moins bien formées

Dans le domaine de la consommation et des comportements de santé, les personnes formées au niveau tertiaire se sentent plus sûres de leurs connaissances que les personnes dont la formation est moins poussée. Dans le domaine de la consommation, on observe en outre une différence selon le sexe: les femmes (69,4%) sont ici plus sûres de leurs connaissances que les hommes (58,3%).

Le sentiment d'avoir des connaissances dans le domaine de la consommation et des comportements de santé ne varie pas selon les classes d'âge. Le sentiment

Connaissances auto-évaluées en matière de santé canton de Fribourg, 2007

Fig. 3.2



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

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

a) Comportement individuel en matière de santé (p.ex. alimentation, exercice physique)

b) Habitudes de consommation (p.ex. achat d'aliments bons pour la santé, de compléments alimentaires, médicaments en vente libre)

c) Comportement en tant que consommateur et patient face au système de santé et aux assurances (p.ex. choix de l'assurance-maladie, communication avec le médecin)

d) Connaissances en tant que citoyen(ne) lors de votations concernant le domaine de la santé

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁴⁶ L'écart entre ce pourcentage et celui de canton de Fribourg n'est pas significatif.

d'avoir des connaissances augmente en revanche avec l'âge dans le domaine du système de santé et des assurances et dans le domaine des votations en rapport avec la santé: 28,8% des personnes de moins de 35 ans, contre 67,5% de personnes de 65 ans et plus, se sentent sûres ou très sûres de leurs connaissances dans le domaine du système de santé et des assurances. Les proportions sont similaires dans le domaine des votations en rapport avec la santé (32,4% vs 66,8%).

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

La question du poids corporel est souvent associée à celles de l'alimentation et du mouvement. Une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante jouent en effet un rôle important dans la lutte contre les problèmes de poids. Ces trois notions sont associées également dans les programmes actuels de promotion de la santé – par exemple, au niveau suisse, le «Programme national alimentation et santé physique 2008-2012» (OFSP, 2008a)⁴⁷.

Compte tenu de l'étroite corrélation entre ces trois notions, le présent chapitre s'intéresse au nombre croissant des personnes en surcharge pondérale. Le point suivant présente l'étendue des problèmes de poids dans le canton de Fribourg; les deux points qui viennent ensuite sont consacrés aux habitudes alimentaires et à l'activité physique. Les résultats ainsi présentés sont repris et comparés dans le chapitre 5.

3.2.1 Surcharge pondérale

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

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

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2000)⁴⁸ a défini les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus:

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

Les valeurs limites sont différentes pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. On a renoncé, dans le cadre de ce rapport, à effectuer la conversion. Les résultats qui suivent ne concernent donc que la population de 18 ans et plus.

Le tableau 3.2 et les figures 3.3 et 3.4 montrent, malgré les réserves formulées plus haut sur l'IMC auto-déclaré, qu'une part importante de la population du canton de Fribourg et de la Suisse présente un excès de poids. Dans le canton de Fribourg, près d'un tiers (30,9%) des personnes de 18 ans et plus sont en surcharge pondérale et 8,5% souffrent d'obésité. Près de deux cinquièmes de la population fribourgeoise (39,4%) sont donc en surpoids (surcharge pondérale ou obésité), soit à peu près la même proportion qu'au niveau suisse (38,9%).

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

Comme le montre la figure 3.3, on ne peut pas parler actuellement d'une augmentation marquée, épidémique, des cas de surcharge pondérale. Dans le canton de Fribourg et dans l'ensemble de la Suisse, la part des personnes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité est restée relativement stable de 2002 à 2007.

⁴⁷ On trouvera des informations sur les programmes en préparation dans le canton de Fribourg sous: www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/kantone.php (consulté le 21 septembre 2009)

⁴⁸ Voir aussi: www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (état avril 2009) pour les valeurs actuelles.

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

		Insuffisance pondérale		Poids normal		Surcharge pondérale		Obésité	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		4,9	3,3	55,6	57,8	30,9	30,4	8,5	8,5
Sexe	Femmes	8,6	5,6	63,8	64,6	19,6	21,7	8,0	8,1
	Hommes	.	0,8	46,3	50,7	43,8	39,5	9,1	9,0
Classes d'âge	18–34 ans ¹	(7,6)	5,3	68,1	71,4	18,5	19,0	(5,8)	4,3
	35–49 ans	(3,2)	2,8	58,3	59,3	30,0	30,0	(8,5)	8,0
	50–64 ans	(5,1)	2,3	44,6	49,0	38,9	36,5	(11,4)	12,1
	65 ans et plus	.	2,3	43,3	47,2	43,7	39,6	(9,4)	11,0
Formation	Scolarité obligatoire	.	2,2	46,4	44,9	31,1	37,6	19,8	15,4
	Degré secondaire II	(5,0)	3,7	57,7	58,8	30,4	29,0	6,8	8,5
	Degré tertiaire	(6,1)	2,8	56,6	61,8	32,0	30,3	(5,3)	5,2
Nationalité	Suisses	4,9	3,4	55,7	58,6	31,6	30,0	7,8	8,2
	Etrangers	.	2,8	55,1	55,3	(26,9)	32,0	(12,8)	9,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	(5,7)	3,5	56,3	57,2	27,6	29,8	10,5	9,5
	De 3000 à 4499 CHF	(4,4)	3,0	54,0	56,3	32,9	31,6	(8,8)	9,1
	De 4500 à 5999 CHF	(6,9)	3,1	48,5	58,8	40,0	30,7	.	7,5
	6000 CHF et plus	.	3,1	66,0	61,2	27,2	29,8	.	5,8
Degré d'urbanisation	Ville	(5,7)	3,4	56,2	58,9	30,1	29,4	8,1	8,2
	Campagne	(4,0)	2,8	55,0	54,7	31,8	33,1	9,1	9,4
Comparaison régionale	Fribourg	4,9		55,6		30,9		8,5	
	Suisse	3,3*		57,8		30,4		8,5	
	Berne	2,5*		54,7		33,1		9,8	
	Vaud	3,6		58,7		29,2		8,5	
	Espace Mittelland	3,0*		55,1		32,5		9,4	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=947 (FR), n=17'879 (CH)

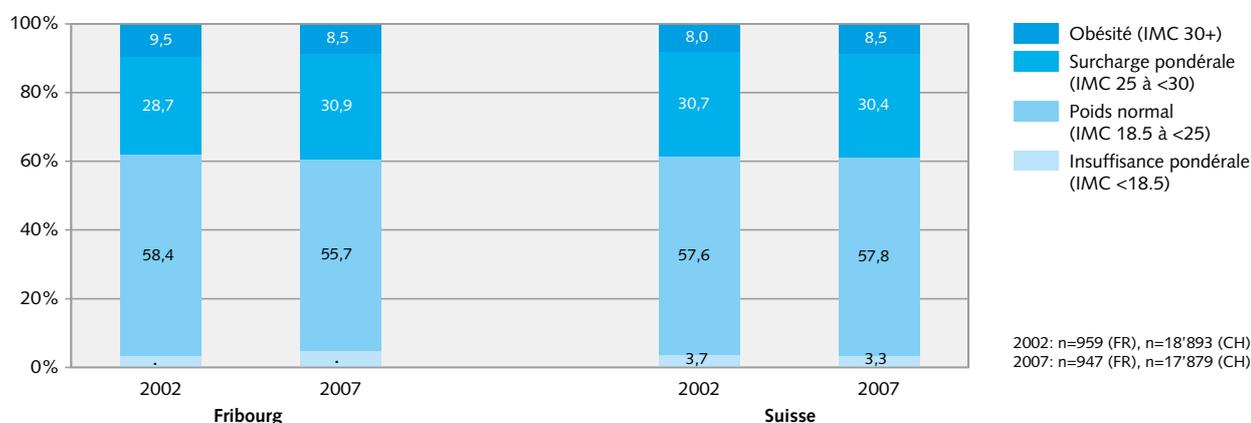
. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10–29)

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

¹ Seules sont présentées les données pour la population de 18 ans et plus, car les valeurs limites de l'OMS ne sont valables que pour ce segment de la population.

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

Fig. 3.3



2002: n=959 (FR), n=18'893 (CH);
2007: n=947 (FR), n=17'879 (CH)

. Entre 0 et 9 réponses seulement

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

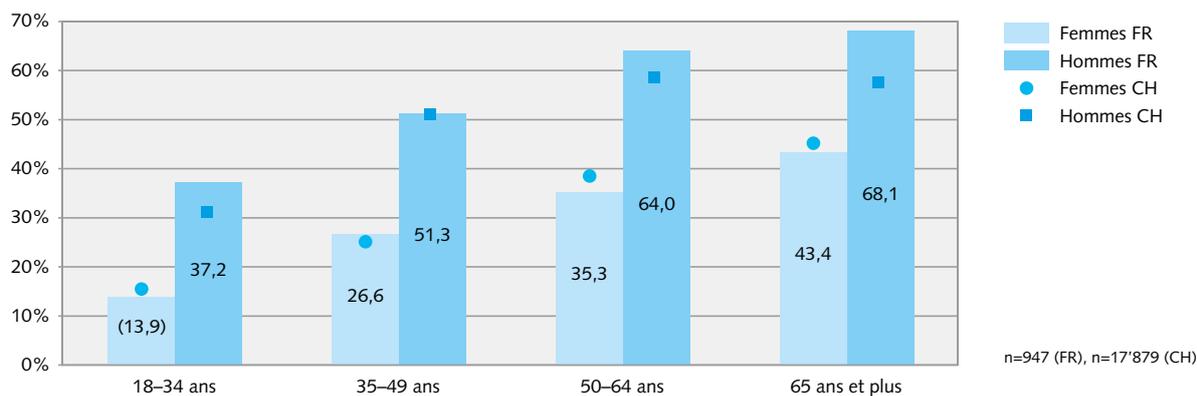
L'IMC varie considérablement selon le sexe, l'âge, la formation et la situation socio-économique. La figure 3.4 montre que le surpoids touche, suivant les classes d'âge, presque jusqu'à trois fois plus d'hommes que de femmes. Les valeurs extrêmes s'observent chez les femmes de 18 à 34 ans (13,9% de personnes en surpoids) et chez les hommes de 65 ans et plus (68,1%). Comparés aux différences liées à l'âge et au sexe, les écarts liés à la formation, à la nationalité, au revenu et au degré d'urbanisation sont relativement faibles (tableau 3.2). Les différences entre cantons et régions sont peu marquées.

Le poids corporel: une source d'insatisfaction répandue

Les personnes présentant une surcharge pondérale sont, sans surprise, plus souvent insatisfaites de leur poids corporel que celles ayant un poids normal. Dans le canton de Fribourg, plus de la moitié (52,0%) des personnes atteintes de surcharge pondérale ou d'obésité sont insatisfaites de leur poids corporel. La proportion est d'environ une personne sur six (14,8%) parmi les personnes qui ont un poids normal ou inférieur à la normale. La figure 3.5 fait apparaître ici encore une différence considérable entre les sexes. Chez les femmes, plus de deux tiers (70,6%) des personnes en surpoids sont insatisfaites de leur poids corporel, contre un peu moins d'un cinquième (18,6%) chez les personnes dont le poids est

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

Fig. 3.4



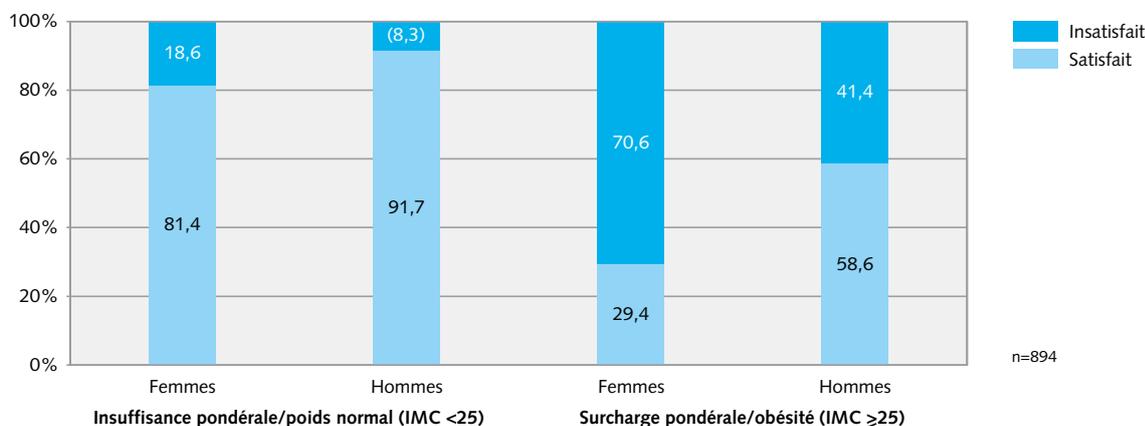
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 3.5



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

normal ou inférieur à la normale. Chez les hommes, les proportions sont respectivement de 8,3% et de 41,4%. Les hommes s'accommodent donc nettement mieux d'un excès de poids que les femmes.

Une différence entre les sexes apparaît également lorsqu'on demande aux gens s'ils ont suivi un régime alimentaire spécial au cours des 12 derniers mois: 11,0% des femmes interrogées dans le canton de Fribourg répondent par oui, contre seulement 6,6% des hommes. Il est intéressant d'observer qu'il n'y a en revanche presque pas de différence, dans les réponses données à cette question, entre les personnes en surpoids et les personnes dont le poids est normal.

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

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

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

Deux cinquièmes des répondants fribourgeois disent ne pas faire attention à leur alimentation

Dans le tableau 3.3, les deux premières colonnes indiquent la part des personnes interrogées qui disent «faire attention à quelque chose» dans leur alimentation. La

proportion est nettement moins élevée dans le canton de Fribourg – un peu moins de 60% de la population – que dans le reste de la Suisse. La partie inférieure du tableau montre les différences entre les régions: le pourcentage est plus élevé dans le canton de Fribourg que dans le canton de Vaud, où un peu plus de la moitié de la population seulement (54,6%) dit faire attention à son alimentation, mais nettement inférieur à celui du canton de Berne (74,2%).

L'attention portée à l'alimentation varie en outre dans le canton de Fribourg selon le sexe (femmes 64,1%, hommes 55,6%), selon la nationalité (Suisse 60,6%, étrangers 55,9%), selon l'âge et selon le niveau de formation. Dans le canton de Fribourg, la part des personnes qui font attention à leur alimentation a augmenté de manière significative depuis 2002 (54,4%). Une augmentation légère mais significative s'observe également dans l'ensemble de la Suisse (de 69,1% à 70,5%).

Consommation relativement faible de légumes, relativement fréquente de viande

Des différences selon les groupes de population apparaissent également dans les comportements alimentaires. La partie droite du tableau 3.3 montre quel pourcentage de la population observe la recommandation selon laquelle il convient de manger cinq portions de fruits et légumes par jour. La consigne «5 par jour» est observée par un bon tiers de la population fribourgeoise et par un peu moins de 30% de la population suisse. Les femmes (45,4%) suivent cette consigne près de deux fois plus fréquemment que les hommes (24,0%), et les jeunes la suivent plus fréquemment que les personnes plus âgées. Il n'y a pas de différences claires pour les autres critères considérés. Les différences selon le revenu, en particulier, sont minimales, malgré l'idée assez répandue selon laquelle une alimentation saine coûte particulièrement cher⁴⁹. A noter encore une différence entre le canton de Fribourg (34,9%) et l'Espace Mittelland (29,1%), où la consigne «5 par jour» est moins suivie, malgré une plus grande attention portée à l'alimentation.

Si les Fribourgeoises et les Fribourgeois sont nettement au-dessus de la moyenne suisse pour la consommation de fruits et légumes (tableau 3.4) ils sont aussi

⁴⁹ La population estime que le prix est le principal facteur l'empêchant d'opter pour des aliments sains. Dans l'ESS 2007, 52% des personnes interrogées mentionnent le coût élevé des aliments sains, alors que 48% préfèrent s'adonner aux plaisirs de la table, 45% se réfèrent aux habitudes et contraintes quotidiennes, 35% mettent l'accent sur le grand investissement en temps induit par les achats et seuls 10% dénoncent une offre lacunaire dans le commerce (plusieurs réponses possibles; résultats concernant toute la Suisse, n=13'181).

nettement plus nombreux à consommer de la viande six à sept fois par semaine (30,8%, Suisse: 25,6%). La part des personnes qui consomment régulièrement du poisson, en revanche, est moins élevée dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. On n'observe pas de différence importante en ce qui concerne la consommation de lait et de produits laitiers (voir tableau 3.4).

Consommation de liquide inférieure à la moyenne dans le canton de Fribourg

Une alimentation saine passe non seulement par une alimentation équilibrée, mais aussi par une consommation suffisante de liquide non alcoolisé. Dans ce contexte, l'OFSP et la Société suisse de nutrition (SSN) recommandent à la population de consommer chaque jour entre un et deux litres de boissons non alcoolisées (OFSP, 2007c; SSN, 2006). La figure 3.6 montre qu'une grande majorité de la population fribourgeoise suit cette recommandation. Plus de la moitié de la population (53,1%) la suit même précisément, avec une consommation d'un à deux litres de liquide par jour; un peu plus d'un sixième

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

		Attention portée à l'alimentation ¹		Habitudes alimentaires (recommandation «5 par jour») ²	
		FR	CH	FR	CH
Total		59,9	70,5	34,9	29,3
Sexe	Femmes	64,1	77,3	45,4	37,8
	Hommes	55,6	63,4	24,0	20,2
Classes d'âge	15–34 ans	54,0	60,9	40,2	29,1
	35–49 ans	63,0	72,8	32,1	29,5
	50–64 ans	72,6	77,0	34,2	31,4
	65 ans et plus	56,7	75,2	28,9	26,5
Formation	Scolarité obligatoire	54,2	63,3	28,5	24,6
	Degré secondaire II	57,8	69,1	35,6	28,7
	Degré tertiaire	69,2	78,0	37,4	32,9
Nationalité	Suisses	60,6	72,8	36,9	29,8
	Etrangers	55,9	61,8	(23,2)	27,0
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	53,3	66,6	35,8	29,0
	De 3000 à 4499 CHF	67,6	71,6	32,7	28,8
	De 4500 à 5999 CHF	66,9	74,7	41,1	30,5
	6000 CHF et plus	71,5	76,6	30,9	29,3
Degré d'urbanisation	Ville	58,7	71,0	35,3	29,8
	Campagne	61,4	69,3	34,5	27,8
Comparaison régionale	Fribourg		59,9		34,9
	Suisse		70,5*		29,3*
	Berne		74,2*		26,1*
	Vaud		54,6*		34,9
	Espace Mittelland		69,8*		29,1*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Attention portée à l'alimentation: n=1003 (FR), n=18'742 (CH); habitudes alimentaires: n=944 (FR), n=17'903 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

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

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

	6-7 fois par semaine		4-5 fois par semaine		1-3 fois par semaine		Rarement, jamais	
	FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Viande	30,8*	25,6	33,5*	28,5	33,3*	41,4	(2,3)*	4,5
Poisson	.	0,4	(1,1)	1,3	66,9*	61,7	31,7*	36,6
Lait et produits laitiers	69,9	68,1	8,9	8,0	16,3	16,4	4,9*	7,5

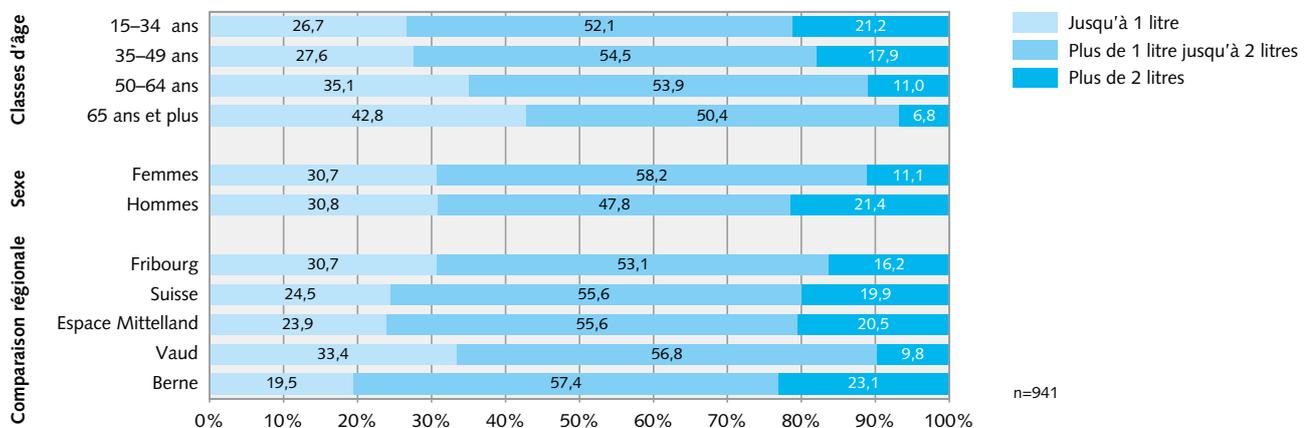
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Viande/saucisses: n=1000 (FR), n=18'702 (CH); poisson: n=1002 (FR), n=18'722 (CH); lait/produits laitiers: n=1003 (FR), n=18'717 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Fribourg, 2007

Fig. 3.6

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

de la population (16,2%) boit plus de deux litres par jour⁵⁰. Une personne sur trois (30,7%) n'atteint pas la quantité recommandée; cette proportion est bien au-dessus de la moyenne suisse (24,5%).

La même figure montre que, dans le canton de Fribourg, la recommandation est nettement moins suivie par les personnes âgées (65 ans et plus). Il en va de même à l'échelle suisse. Comme la part des personnes qui boivent moins d'un litre par jour est relativement élevée dans le canton de Fribourg, la consommation quotidienne moyenne de liquide y est, avec tout juste 1,7 litre, au-dessous de la moyenne suisse (1,8 litre).

⁵⁰ Les avantages et les inconvénients d'une forte consommation de liquide font l'objet de discussions controversées parmi les spécialistes (voir NZZ du 16 août 2008). Il y a quelques années seulement, il était recommandé de «boire autant que possible même si l'on n'avait pas soif». Cette recommandation n'est plus d'actualité, comme le montre entre autres celle de l'OFSP (2007c).

3.2.3 Activité physique

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

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

(OFSP, 2006; OFSP et al., 2007)⁵¹. Dans le cas particulier de l'activité physique, il est même souhaitable d'aller au-delà des recommandations minimales. Les personnes qui le font en retirent un bénéfice accru pour leur bien-être et leur santé. Ce n'est qu'à partir d'un très haut niveau d'activité physique que certains risques (épuisement, carences, etc.) viennent contrebalancer les effets favorables de cette activité.

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

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

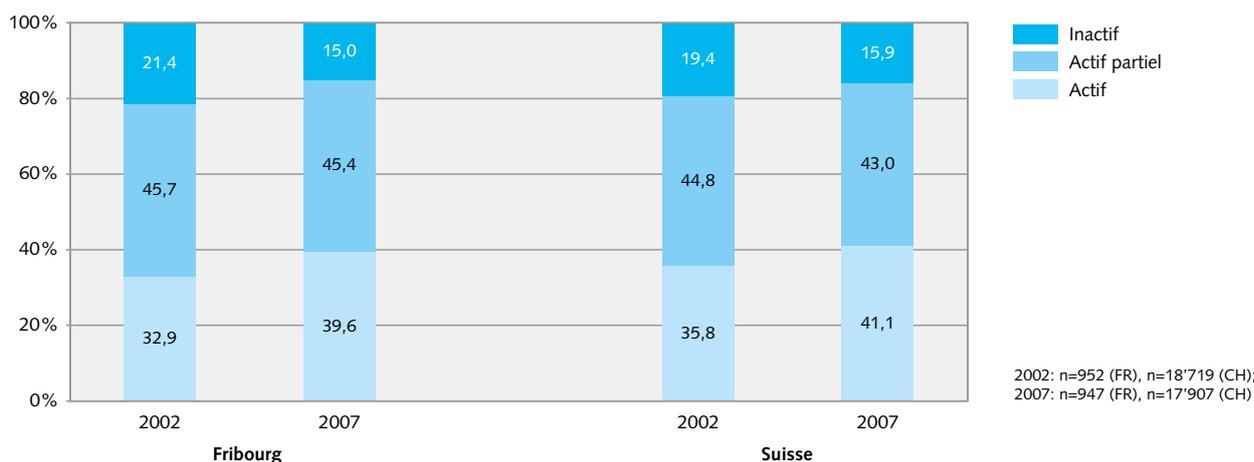
Nette augmentation de l'activité physique

La figure 3.7 montre que la part des personnes physiquement actives a nettement augmenté dans la population du canton de Fribourg, comme dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Fribourg, la proportion est passée de 32,9% en 2002 à 39,6% en 2007, tandis que la part des personnes physiquement inactives a diminué de 6,4 points, passant à 15,0%. L'évolution, à cet égard, est aussi favorable dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse.

Ce résultat est d'autant plus étonnant que la part des personnes inactives physiquement s'était encore fortement accrue dans les années 1990 (voir OFS, 2006), rejoint toutefois les conclusions d'une étude récente sur le comportement sportif de la population suisse (Lamprecht et al., 2008), et concorde avec un autre résultat de l'ESS qui montre que les activités physiques liées aux déplacements quotidiens ont augmenté: alors qu'en 2002, 50,5% de la population suisse se déplaçaient encore peu à pied ou à vélo, ce n'était plus le cas que de 42,5% de la population en 2007. On peut aussi en déduire que les nombreuses initiatives lancées ces dernières années pour accroître le niveau d'activité physique de la population commencent à porter leurs fruits⁵².

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

Fig. 3.7



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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵¹ Les documents mentionnés font référence par le terme d'«intensité moyenne» à toute activité physique lors de laquelle la personne est au moins légèrement essoufflée sans pour autant forcément transpirer: la marche ou le vélo pratiqués rapidement, le pelletage de la neige ou différents travaux de jardinage, ainsi que d'autres activités de loisirs, quotidiennes ou sportives (OFSP, 2006; OFSP et al., 2007).

⁵² Parmi ces initiatives, citons l'ouverture de places de jeux plus sportives pour les activités extra-scolaires, le remboursement partiel des abonnements de fitness par les assurances-maladie, l'amélioration continue des réseaux de cyclotourisme et de randonnée, l'offre variée des sociétés sportives et d'autres prestataires pour toutes les classes d'âge.

Malgré cette évolution favorable, il faut souligner que nettement plus de la moitié de la population interrogée dans le canton de Fribourg et en Suisse n'atteint pas un niveau d'activité physique suffisant pour en retirer un effet bénéfique sur la santé. Le tableau 3.5 fait apparaître des différences selon divers critères sociodémographiques et selon les régions. Dans le canton de Fribourg, la part des personnes physiquement actives reste plus faible chez les femmes (38,3%) que chez les hommes (41,0%). Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont

plus souvent inactives et plus rarement actives que les personnes plus jeunes. On peut toutefois observer, dans une perspective à plus long terme, que les différences selon l'âge, selon les générations et selon le sexe sont nettement moins marquées aujourd'hui que dans les années 1980 et 1990 (voir Lamprecht & Stamm, 2002; OFS, 2006). Dans le canton de Fribourg, il y a même actuellement moins de femmes inactives parmi les jeunes (15 à 35 ans) que parmi les hommes de cette classe d'âge.

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

		Entraîné/actif		Irrégulièrement/ partiellement actif		Inactif	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		39,6	41,1	45,4	43,0	15,0	15,9
Sexe	Femmes	38,3	39,1	43,7	43,0	17,9	17,9
	Hommes	41,0	43,3	47,1	42,9	11,9	13,8
Classes d'âge	15–34 ans	48,2	47,8	41,8	42,0	(10,0)	10,2
	35–49 ans	34,8	39,2	52,0	46,7	13,1	14,1
	50–64 ans	34,1	38,6	51,5	45,6	14,5	15,8
	65 ans et plus	38,1	36,1	27,8	35,1	34,2	28,8
Formation	Scolarité obligatoire	33,5	36,5	34,9	34,1	31,6	29,4
	Degré secondaire II	41,9	41,6	45,5	42,9	12,7	15,5
	Degré tertiaire	38,7	42,3	51,6	47,2	(9,8)	10,5
Nationalité	Suisses	39,3	41,9	46,8	43,8	14,0	14,3
	Etrangers	41,9	37,7	37,1	39,2	(20,9)	23,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	37,0	40,2	47,2	41,6	15,8	18,2
	De 3000 à 4499 CHF	36,0	40,0	45,1	43,0	18,9	17,0
	De 4500 à 5999 CHF	46,9	41,6	40,9	45,7	(12,2)	12,7
	6000 CHF et plus	46,8	43,4	49,4	46,4	.	10,2
Degré d'urbanisation	Ville	40,2	40,8	44,2	42,8	15,6	16,4
	Campagne	39,0	42,0	46,8	43,4	14,2	14,6
Comparaison régionale	Fribourg	39,6		45,4		15,0	
	Suisse	41,1		43,0		15,9	
	Berne	44,4		41,8		13,8*	
	Vaud	33,2*		46,2		20,6*	
	Espace Mittelland	42,8		42,1		15,1	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=947 (FR), n=17'907 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Différences importantes selon le niveau de formation et selon les régions

Les différences selon le niveau de formation sont parfois marquées, aussi bien dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton de Fribourg, les personnes sans formation post-obligatoire sont, dans une proportion supérieure à la moyenne, physiquement inactives (31,6%). La part des personnes qui pratiquent une activité physique régulière ou irrégulière est la plus élevée parmi les personnes ayant accompli une formation de niveau universitaire (90,2%)⁵³.

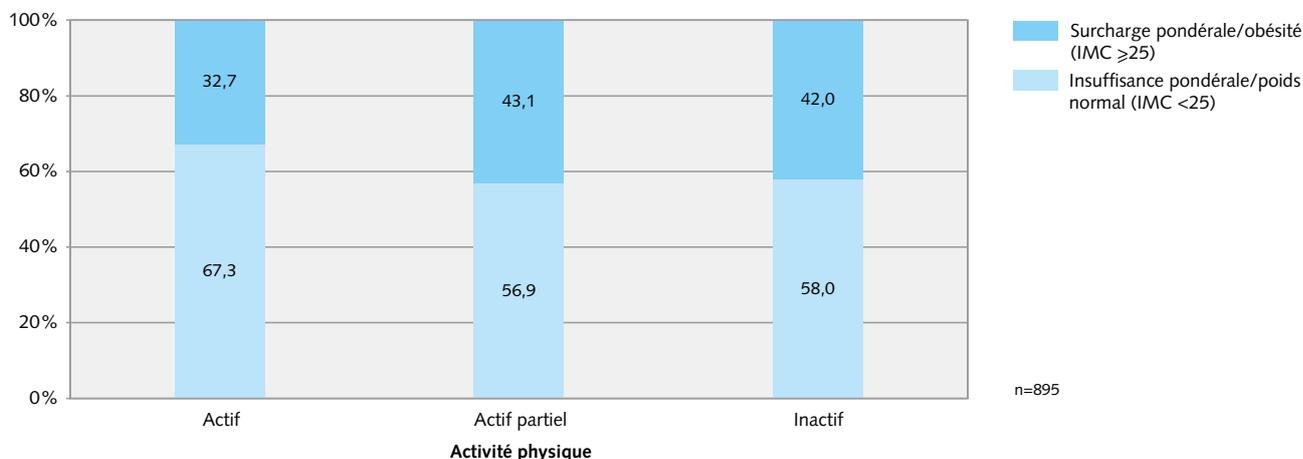
On observe enfin des différences entre les régions et entre les cantons. Le niveau d'activité physique de la population fribourgeoise diffère de celui de la population du canton de Berne et du canton de Vaud, mais il est comparable à celui de l'Espace Mittelland. Dans le canton de Fribourg, 39,6% de la population sont physiquement actifs, contre 44,4% dans le canton de Berne (différence non significative) et moins d'un tiers (33,2%) dans le canton de Vaud. La part des personnes physiquement inactives est nettement plus élevée dans le canton de Vaud (20,6%) que dans le canton de Fribourg (15,0%).

La figure 3.8 montre que les personnes physiquement inactives présentent plus souvent une surcharge pondérale (42,0%) que celles qui sont actives (32,7%). Selon une analyse complémentaire qui n'est pas présentée ici, cette relation se vérifie quels que soient l'âge et le sexe⁵⁴. Aucun lien de cause à effet ne peut bien entendu être tiré des chiffres présentés ici. En d'autres termes, ceux-ci ne permettent pas de déterminer si l'activité physique contribue véritablement à un poids corporel sain ou si, à l'inverse, la surcharge pondérale constitue un facteur décourageant en matière d'activité physique.

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

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

Fig. 3.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁵³ Les données de l'ESS ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle les personnes les mieux qualifiées compensent le peu de mouvement que leur permet leur travail par des activités physiques. A niveau égal d'activité physique au travail, les personnes les plus qualifiées sont en moyenne plus actives que celles dont le niveau de formation est plus bas. La part des personnes actives physiquement dans la population déclarant ne jamais bouger au travail au point de transpirer est de 31% chez les personnes diplômées du degré secondaire I et de 39% chez celles diplômées du degré tertiaire. Etonnamment, la part des personnes actives physiquement est même plus élevée chez celles exerçant une activité professionnelle très physique: 45% (degré secondaire I) ou 58% (degré tertiaire) des personnes qui transpirent au moins trois fois par semaine lors de leur activité professionnelle sont actives physiquement pendant leurs loisirs. L'effet de la formation se fait également sentir chez les personnes sans activité professionnelle (données pour l'ensemble de la Suisse).

⁵⁴ Compte tenu du peu de cas observés, cette analyse complémentaire n'a été réalisée qu'au niveau de l'ensemble de la Suisse. Il en ressort, par exemple, que parmi les moins de 35 ans inactifs physiquement, 31% des hommes et 21% des femmes sont en surcharge pondérale, contre 23% des hommes et 11% des femmes du même âge qui pratiquent une activité physique. Ce rapport est moins marqué parmi les 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, la proportion correspondante est de 46% chez les femmes et de 62% chez les hommes, parmi les personnes physiquement inactives, alors qu'elle atteint 41% chez les femmes et 56% chez les hommes pratiquant une activité physique. Ces liens sont présentés plus en détail au chapitre 5.

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

3.3 Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes peuvent modifier l'état de conscience, l'humeur et les pensées. La consommation de substances psychoactives, que ce soit pour trouver du plaisir ou ne pas ressentir de douleur, peut nuire à la santé et engendrer des dépendances (WHO, 2004a). Dans cette partie de ce chapitre, quatre substances sont considérées: le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes. Elles sont présentées en fonction du sexe car les différences de genre sont importantes.

3.3.1 Consommation de tabac

Originaire d'Amérique, importé par Christophe Colomb, le tabac fut d'abord utilisé comme médicament contre les migraines. Il envahit l'Europe surtout après la deuxième guerre mondiale. En Suisse, les fabricants de ciga-

rettes réalisent un chiffre d'affaires d'environ trois milliards de francs. Plus de la moitié de l'impôt sur le tabac est versée aux caisses de l'AVS et de l'AI.

Selon les statistiques relatives à la vente de cigarettes, la consommation de tabac par habitant en Suisse n'a cessé d'augmenter entre les années 50 et le milieu des années 70. Depuis, la consommation de tabac par habitant est en baisse continue et atteint environ 12 millions de cigarettes par année⁵⁵. En 2008, ces chiffres étaient pour la première fois à nouveau légèrement en hausse (ISPA, 2009).

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

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

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

	2002	2007		2002	2007
Non fumeur	67,0	73,7	Jamais fumé	48,8	50,5
			Ex-fumeur	18,1	23,2
Fumeur	33,0	26,3	Fumeur modéré ¹	14,3	12,8
			Gros fumeur ²	18,7	13,5

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

2002: n=1004; 2007: n=1003

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

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

⁵⁵ www.swiss-cigarette.ch/fr/tabac/statistiques.html (consulté le 20 janvier 2010)

La part des fumeurs et des fumeuses a baissé de 2002 à 2007

En 2007, dans le canton de Fribourg, plus d'un quart de la population fume (26,3%, tableau 3.6), proportion comparable à celle de l'ensemble de la Suisse (27,9%). Un peu plus de la moitié des fumeurs fument beaucoup (10 cigarettes par jour ou plus) alors que l'autre moitié appartient à la catégorie des fumeurs modérés (jusqu'à 9 cigarettes par jour). Entre 2002 et 2007, la proportion de fumeurs a diminué en Suisse (passant de 30,5% à 27,9%) et dans le canton de Fribourg (passant de 33,0% à 26,3%). C'est surtout la part des gros fumeurs qui a diminué, passant de 18,7% à 13,5% (CH: de 16,5% à 13,6%).

Consommation de tabac plus élevée chez les hommes

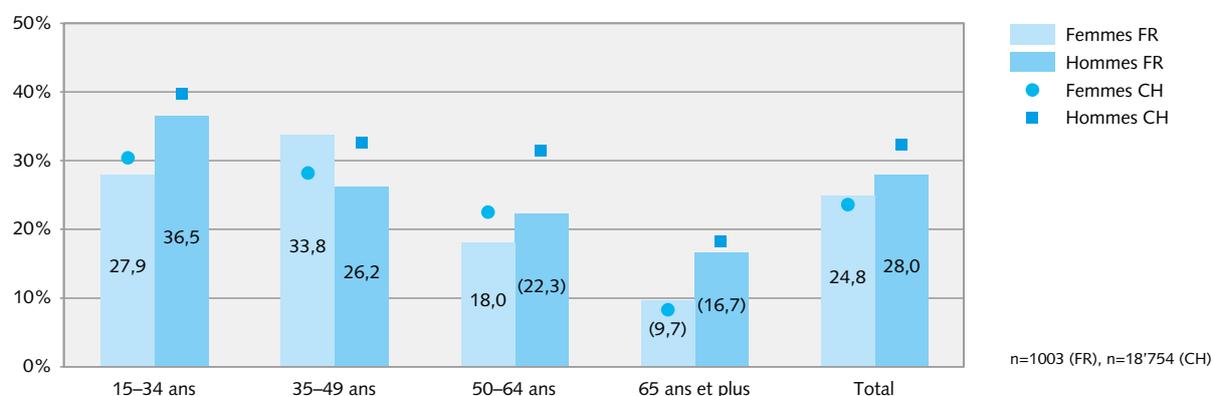
Les hommes fument plus fréquemment que les femmes. C'est le cas au niveau de l'ensemble de la Suisse, cette tendance étant plus faible dans le canton de Fribourg (CH: 32,2% vs 23,6%; FR: 28,0% vs 24,8%). Un écart entre les sexes s'observe, au niveau de la Suisse, dans toutes les classes d'âge. Dans le canton de Fribourg, cependant, la classe des 35-49 ans présente une proportion plus élevée de fumeuses (33,8%) que de fumeurs (26,2%) (figure 3.9, n.s.). C'est la classe d'âge où la part des fumeuses est la plus élevée. La proportion de fumeurs et de fumeuses diminue avec l'âge: dans le canton de Fribourg elle est de 32,4% chez les personnes de 15 à 34 ans et de 12,4% chez les personnes de 65 ans et plus.

Au niveau suisse, parmi les hommes de 65 ans et plus, presque la moitié sont des anciens fumeurs (47,4%), cette proportion n'étant que d'un cinquième pour les femmes du même âge (20,4%). Par contre, chez les 35 à 49 ans la proportion d'ex-fumeurs est équivalente pour les deux sexes (19,1% (F) et 21,8% (H)) et comparable chez les personnes âgées de 50 à 64 ans (26,6% (F) et 33,6% (H)) (données non présentées). Depuis les années 1950, les femmes ont été de plus en plus nombreuses à fumer ce qui a eu notamment une incidence négative sur la mortalité par cancers du poumon. En 1970 une femme pour 11 hommes décédait d'un cancer du poumon, ce ratio est actuellement d'environ un sur deux parmi les plus jeunes générations (OFS, 2009b).

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

Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe
canton de Fribourg et Suisse, 2007

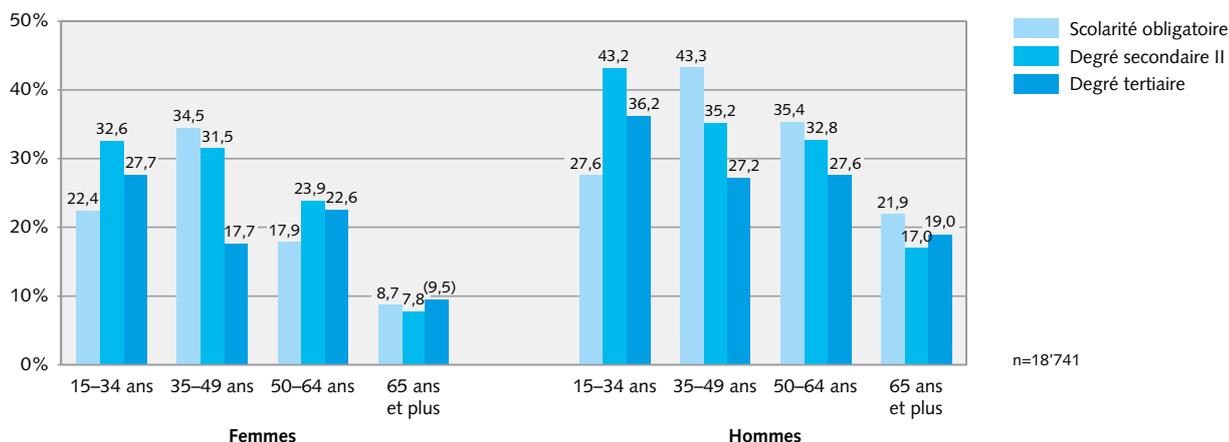
Fig. 3.9



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

		Non fumeurs		Fumeurs	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Total		75,2	72,0	24,8	28,0
Classes d'âge	15-34 ans	72,1	63,5	27,9	36,5
	35-49 ans	66,2	73,8	33,8	26,2
	50-64 ans	82,0	77,7	18,0	(22,3)
	65 ans et plus	90,3	83,3	(9,7)	(16,7)
Formation	Scolarité obligatoire	79,3	79,9	(20,7)	(20,1)
	Degré secondaire II	74,6	68,5	25,4	31,5
	Degré tertiaire	72,2	74,4	27,8	25,6
Nationalité	Suisses	75,9	72,1	24,1	27,9
	Etrangers	71,2	71,7	(28,8)	(28,3)
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	76,9	71,3	23,1	28,7
	De 3000 à 4499 CHF	72,9	72,6	27,1	27,4
	De 4500 à 5999 CHF	71,8	65,7	(28,2)	(34,3)
	6000 CHF et plus	76,1	71,5	(23,9)	(28,5)
Degré d'urbanisation	Ville	75,8	71,3	24,2	28,7
	Campagne	74,5	72,8	25,5	27,2
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	71,0	73,6	32,5	34,0
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(74,7)	81,4	.	(18,6)
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	80,6	72,4	19,4	(27,6)
	Cadres moyens et supérieurs	71,0	73,6	29,0	26,4
Comparaison régionale	Fribourg	75,2	72,0	24,8	28,0
	Suisse	76,4	67,7	23,6	32,3
	Berne	78,9	68,0	21,1	32,0
	Vaud	78,6	68,7	21,4	31,3
	Espace Mittelland	77,5	69,0	22,5	31,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

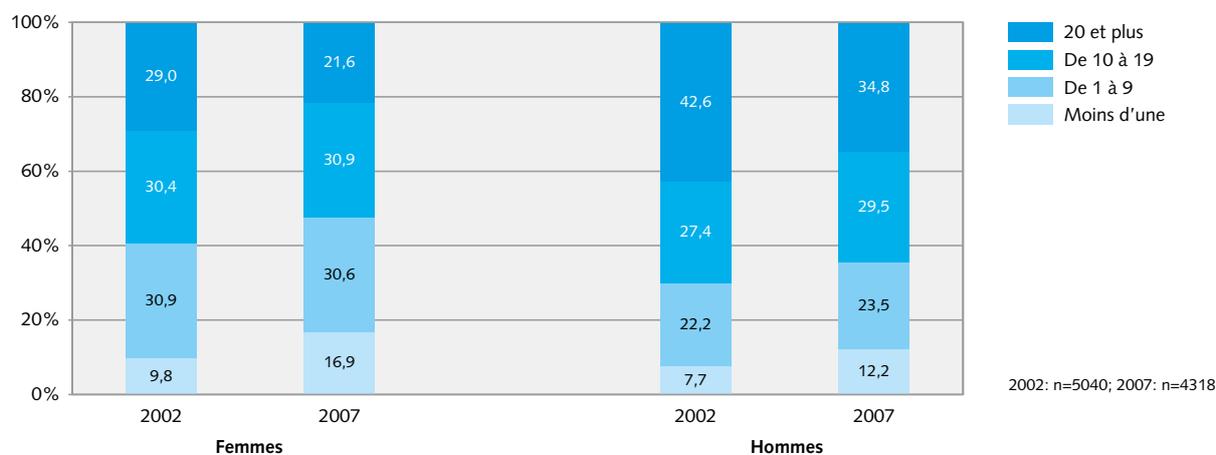
n=1003

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

Fig. 3.11



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

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Augmentation des fumeurs modérés

Non seulement les hommes sont plus nombreux à fumer, mais ils sont plus nombreux à être de très gros consommateurs (20 cigarettes et plus) que les femmes (figure 3.11). En 2007 en Suisse, un tiers des hommes fument 20 cigarettes et plus par jour, ce qui n'est le cas que d'un cinquième des femmes. Par ailleurs, un peu moins de la moitié (47,5%) des femmes fument moins de 10 cigarettes par jour, ce qui n'est le cas que d'un tiers environ des hommes (35,7%).

La proportion de fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour)⁵⁶ a augmenté de 2002 à 2007 tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion de très gros fumeurs (20 cigarettes par jour ou plus) a diminué.

3.3.2 Fumée passive

On appelle fumée passive l'inhalation de la fumée du tabac d'autres personnes. La fumée passive se compose de la fumée qui s'échappe de l'extrémité incandescente

de la cigarette et de la fumée exhalée par les fumeurs. La fumée de tabac contient plus de 4000 substances chimiques identifiées à ce jour, dont 40 sont cancérigènes. Le Centre international de recherche sur le cancer a formellement déclaré la fumée passive comme cancérigène en 2002 (International Agency for Research on Cancer, 2004). Chez les non-fumeurs exposés, la fumée passive peut aussi provoquer cancer des poumons, maladies cardio-vasculaires, asthme et infections des voies respiratoires. Dans l'Enquête suisse sur la santé, les répondants ont indiqué la durée quotidienne de leur exposition à la fumée du tabac d'autres personnes (en minutes et en heures). Les résultats prennent en compte les non-fumeurs exposés à la fumée une heure et plus par jour.

Les données présentées ici datent de 2007. Entretemps, des lois pour lutter contre le tabagisme passif ont été adoptées par certains cantons et sur le plan fédéral. Le Conseil fédéral a adopté en octobre 2009 une loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Ainsi, depuis le 1^{er} mai 2010, tous les espaces fermés servant de lieu de travail à plusieurs personnes sont non-fumeurs. A partir de cette date, la fumée est également bannie de tous les espaces fermés accessibles au public (centres commerciaux, cinémas, restaurants, etc.) Ces établissements pourront s'équiper de fumeurs munis d'un système d'aération suffisant. Cette loi laisse la possibilité aux cantons d'édicter des dispositions plus strictes pour la protection de la santé. Le canton de Fribourg a

⁵⁶ Personnes qui disent fumer, mais ne fument pas tous les jours et moins d'une cigarette en moyenne par jour.

adopté, comme 14 autres cantons (AR, BE, BL, BS, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH), une législation contre le tabagisme passif plus stricte que la loi fédérale⁵⁷.

Les jeunes sont plus exposés à la fumée passive

Dans le canton de Fribourg, 20,8% de la population dit être exposée au moins une heure par jour à la fumée du tabac. Cette proportion est plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse (15,6%). Au niveau suisse, les hommes (18,9%) sont plus exposés à la fumée que les

femmes (12,9%, tableau 3.8). Cette différence entre les sexes s'observe aussi dans le canton de Fribourg (23,5% vs 18,3%), mais elle n'est pas statistiquement significative.

Dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse, les jeunes sont plus souvent exposés à la fumée passive que les personnes plus âgées: la proportion est de 35,0% chez les personnes de moins de 35 ans et de 15,8% chez les personnes de 35 à 49 ans (CH: 27,8% vs 14,9%).

En Suisse, les personnes les plus exposées à la fumée passive sont, chez les femmes, celles qui ont une forma-

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

		Femmes	Hommes	Total
Comparaison régionale	Fribourg	18,3	23,5	20,8
	Suisse	12,9*	18,9	15,6*
	Berne	13,4	15,8*	14,5*
	Vaud	18,0	22,0	19,6
	Espace Mittelland	14,4	19,5	16,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=12'741 (CH)

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Question ESS: Pendant combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes? Heures/minutes par jour. Groupe sélectionné: ceux qui sont exposés 60 minutes et plus par jour.

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

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=7610 (questionnaire écrit)

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

⁵⁷ Voir à ce sujet le communiqué de presse de l'OFSP du 28 octobre 2009 «Le Conseil fédéral met en vigueur la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif», www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=fr&msg-id=29742 (consulté le 5 janvier 2010)

tion de niveau secondaire et, chez les hommes, ceux qui ont terminé l'école obligatoire ou une formation de niveau secondaire II (données non présentées).

Dans l'ensemble de la Suisse, les hommes sont plus exposés à la fumée passive au travail que les femmes (tableau 3.9). Sur une échelle en sept catégories, les personnes professionnellement actives devaient indiquer dans quelle mesure elles étaient exposées à la fumée de tabac d'autres fumeurs. Sont considérées comme exposées à la fumée passive les personnes qui ont sélectionné les réponses suivantes: tout le temps, presque tout le temps, environ les trois quarts du temps, environ la moitié du temps, environ le quart du temps. Au travail également, ce sont les personnes jeunes et celles dont le niveau de formation est bas qui sont les plus exposées à la fumée passive.

3.3.3 Consommation d'alcool

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

producteur de vin. Ainsi est-il aussi fréquemment difficile d'échapper à la pression sociale qui encourage la consommation (Fouquet & de Borde, 1990).

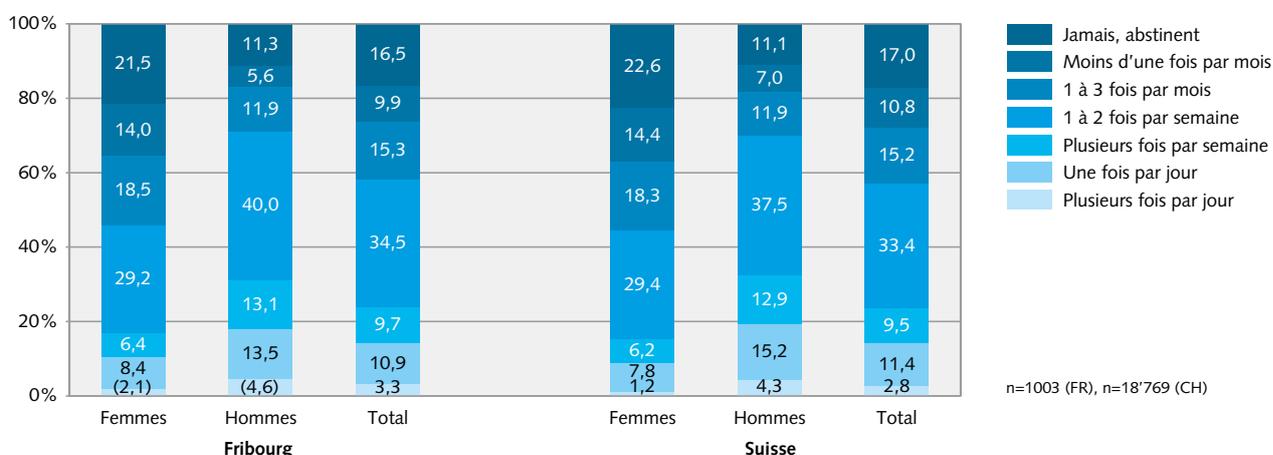
En Suisse, la consommation d'alcool induit une part importante de la charge de maladie. Une consommation élevée provoque de nombreuses maladies et peut conduire à la dépendance. Les risques liés à une consommation régulière et importante d'alcool sont: dommages à de nombreux organes (foie, pancréas, estomac, etc.), augmentation de la tension artérielle, infarctus, lésions cérébrales pouvant aller de simples problèmes de concentration jusqu'à des démences graves, problèmes psychiques comme p. ex. dépressions, psychoses, problèmes au travail, en famille ou avec les amis.

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

Une étude menée au niveau suisse estime que pour l'année 1998, le coût social total des dépenses liées à l'abus d'alcool est égal à 6,5 milliards de francs (Jeanrenaud et al., 2003). Cette étude montre que 350'000 personnes sont dépendantes de l'alcool, et que 2100

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

Fig. 3.12



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

personnes sont décédées des suites d'une consommation excessive d'alcool. Les maladies de l'appareil digestif sont à l'origine de 40% de ces décès, les accidents de la route, les chutes et les suicides étant les autres causes importantes. Les coûts directs (traitement des maladies imputables à l'abus d'alcool et accidents de la route) sont estimés à 700 millions de francs, les coûts indirects (décès, invalidité, chômage) à 1,5 milliards de francs et les coûts humains (perte de qualité de vie, effets psychosociaux et comportementaux) à 4,3 milliards de francs. Pour l'année 1998, 2800 personnes touchaient une rente d'invalidité pour motif d'alcoolisme avec un degré d'invalidité moyen supérieur à 90%.

L'Enquête suisse sur la santé aborde la consommation d'alcool sous trois aspects. Les personnes ont été interrogées sur la fréquence de leur consommation, le type de boisson alcoolisée consommée (bière, vin, cidre, spiritueux, alcopops) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Une consommation quotidienne moyenne de 20 g d'alcool pur chez les femmes et 40 g chez les hommes est considérée comme moyennement risquée pour la santé⁵⁸. A partir de 40 g d'alcool par jour chez les femmes et de 60 g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003).

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

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

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

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

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

⁵⁸ Un verre d'une boisson alcoolisée (3 dl de bière, 1 dl de vin, 25 cl d'eau-de-vie, p. ex.) contient 10 à 12 g d'alcool pur.

Dans le canton de Fribourg, 14,2% de la population boivent de l'alcool tous les jours, 44,2% une ou plusieurs fois par semaine, 41,7% plus rarement ou jamais. Ce chiffre se situe dans la moyenne suisse. On observe une nette différence entre les sexes (figure 3.12): dans le canton de Fribourg, 35,5% des femmes et 16,9% des hommes ne boivent jamais d'alcool (abstinents) ou en boivent rarement (moins d'une fois par mois). La part des personnes qui boivent tous les jours est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (18,1% vs 10,5%). La ventilation par sexe ne fait pas apparaître de différence significative entre le canton de Fribourg et l'ensemble de la Suisse.

Dans le canton de Fribourg, 4,6% des personnes interrogées ont une consommation d'alcool qui présente un risque moyen à élevé pour la santé (CH: 5,1%). Au niveau suisse, les proportions sont de 4,6% chez les femmes et de 5,7% chez les hommes. Dans le canton de Fribourg, on n'observe pas de différence entre les sexes, mais les chiffres s'appuient sur un nombre d'observations inférieur à 30 et n'ont de ce fait qu'une validité limitée. La consommation avec risque moyen à élevé augmente avec l'âge. A noter également que les personnes appartenant aux catégories de revenus les plus élevés ont plus fréquemment que les autres une consommation d'alcool avec risque moyen à élevé. Cela vaut pour l'ensemble de la Suisse et tendanciellement aussi pour le canton de Fribourg.

La figure 3.13 montre que le groupe des personnes qui ont une consommation d'alcool avec risque moyen à élevé est aussi celui où la part des fumeurs – et en particulier des gros fumeurs – est la plus élevée.

3.3.4 Consommation de cannabis

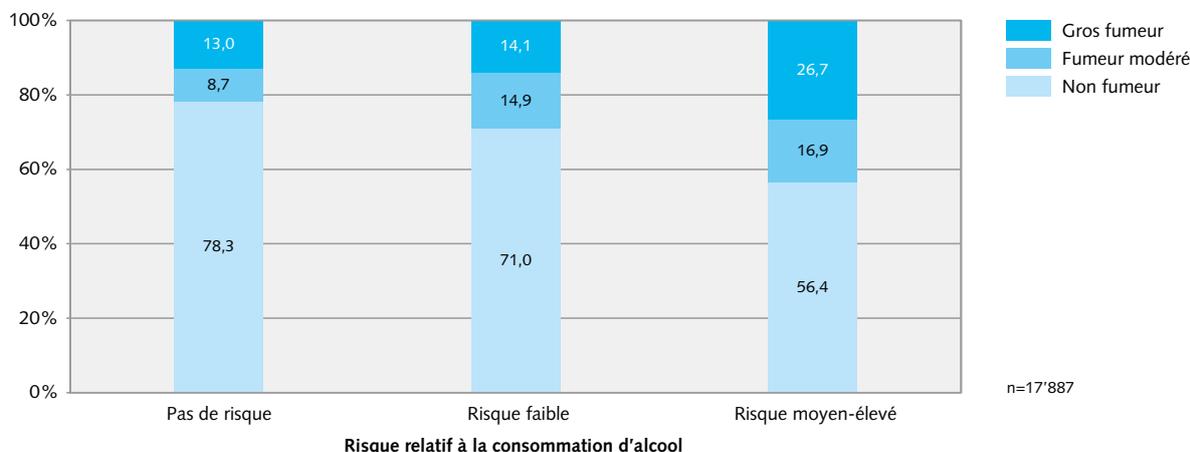
Les produits dérivés du cannabis sont les drogues illégales les plus consommées en Suisse. La première consommation survient, dans la majorité des cas, à l'adolescence. Il est maintenant prouvé que la consommation régulière de cannabis a des effets négatifs, tant sur la santé physique que psychique (Hall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

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 montre qu'au niveau du canton de Fribourg, 25,3% des personnes de 15 à 34 ans ont consommé des produits à base de cannabis (prévalence sur la vie, tableau 3.11) et que 4,8% de ces personnes consommaient du cannabis à l'époque de l'enquête. La prévalence sur la vie et la consommation au moment de l'enquête chez les personnes de 15 à 34 ans sont, dans le canton de Fribourg, nettement inférieures à la moyenne nationale, qui est de 32,8% pour la prévalence-vie et de 8,1% pour la consommation au moment de l'enquête.

De 2002 à 2007, la prévalence-vie de la consommation de cannabis est passée, au niveau suisse, de 29,2% à 32,8%. Dans le canton de Fribourg, on observe un léger recul (n.s.) de 26,4% à 25,3%. La consommation au moment de l'enquête a reculé aussi bien dans l'ensemble de la Suisse (de 8,9% à 8,1%) que dans le canton de Fribourg (de 7,1% à 4,8%). Cette évolution, toutefois, n'est pas statistiquement significative.

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

Fig. 3.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

		Prévalence sur la vie	Consommation actuelle
Sexe	Femmes	24,5	4,1
	Hommes	41,0	12,0
Nationalité	Suisses	36,0	9,4
	Etrangers	23,8	4,3
Comparaison régionale	Fribourg	25,3	(4,8)
	Suisse	32,8*	8,1*
	Berne	29,8	7,1
	Vaud	35,7*	10,0*
	Espace Mittelland	28,0	6,9

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

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Dans le canton de Fribourg, comme au niveau de la Suisse, les hommes déclarent nettement plus fréquemment que les femmes avoir déjà consommé des produits du cannabis (33,2% vs 16,8%). Les données pour l'ensemble de la Suisse font apparaître également une différence entre les sexes pour la consommation au moment de l'enquête (12,0% vs 4,1%).

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

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

Ces études ont mis en évidence des prévalences de

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

Les données des deux premières vagues (2004-2007) du Moniteur Cannabis font apparaître que les proportions d'adolescents et de jeunes adultes ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie ou qui en consomment actuellement sont globalement restées les mêmes pendant ce laps de temps. Alors qu'en 2004 46% des adolescents et des jeunes adultes (13-29 ans) interrogés disaient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, ils étaient 44% en 2007 (n.s.). Durant la même période, la part des consommateurs actuels, c'est-à-dire des personnes qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête, a aussi légèrement diminué, passant de 13% à 11% (n.s.).

Dans le Monitoring Cannabis, la consommation problématique⁵⁹ est pour la première fois mesurée en Suisse. Le CUDIT (Adamson & Sellman, 2003) est un test qui contient dix questions et qui évalue la fréquence de la consommation de cannabis et recense divers problèmes liés à cette consommation, comme les problèmes de concentration, les difficultés à répondre à certaines exigences de la vie sociale et la perte subjective de contrôle

⁵⁹ La consommation problématique de cannabis consiste en une incapacité à contrôler sa consommation. Les usagers qui sont considérés comme «à problèmes» sont ceux dont la consommation induit une rencontre avec les systèmes public, sanitaire, social ou judiciaire.

de la consommation. En 2007, au niveau de la population suisse des 13 à 29 ans, 7,9% présentent une consommation non problématique et 3,2% une consommation problématique (les 88,9% restant ne consommant pas de cannabis). Durant la période 2004-2007, la part des personnes ayant une consommation problématique a elle aussi légèrement diminué, mais de manière non significative du point de vue statistique. L'âge de la première consommation de cannabis a en revanche clairement baissé: alors qu'en 2004, elle avait lieu en moyenne à 16,5 ans, en 2007 elle se situe à 15,8 ans (OFSP, 2008c).

3.3.5 Consommation de médicaments

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

Les médicaments n'ont pas seulement des effets bénéfiques, ils peuvent aussi être consommés de manière abusive et provoquer des effets secondaires non négligeables. Certains médicaments peuvent être utilisés à mauvais escient ou consommés sans raison médicale valable. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est parfois difficile à établir. Un certain nombre de médicaments génèrent également des dépendances. Des études montrent que l'usage inapproprié de médicaments concerne généralement les substances dites psychotropes, en particulier les somnifères (hypnotiques), les tranquillisants, les antidouleurs (analgésiques) et les stimulants (pas traités ici). L'usage régulier et prolongé de ce type de médicaments, même à petites doses, peut conduire à une (pharmaco-) dépendance (Maffli, 2005).

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

Plus de deux personnes sur cinq ont pris un médicament dans la semaine précédant l'enquête

En 2007, 44,9% des répondants du canton de Fribourg ont consommé au moins un médicament au cours des sept jours précédant l'enquête; la proportion est à peu près la même au niveau suisse (46,3%). Il n'y a pas de différence entre le canton et l'ensemble de la Suisse pour les différentes catégories de médicaments. Les chiffres sont les suivants: analgésiques 21,4% (CH: 20,1%), tranquillisants 4,3% (CH: 4,3%), somnifères 5,8% (CH: 5,2%), antidépresseurs 4,6% (CH: 3,6%).

Au niveau de la Suisse, les femmes disent plus fréquemment que les hommes avoir pris au moins un médicament au cours des sept jours précédant l'enquête (tableau 3.12). Dans le canton de Fribourg, la consommation de médicaments augmente avec l'âge. La ventilation selon l'âge ne fait apparaître aucune différence entre le canton et l'ensemble de la Suisse.

Le tableau 3.12 montre enfin que, au niveau de la Suisse, la consommation de médicaments diminue sensiblement à mesure que le niveau de formation augmente. La même tendance s'observe aussi pour le canton de Fribourg.

La consommation de médicaments augmente plus fortement chez les hommes

On observe à l'échelle de la Suisse une hausse de la consommation de médicaments. En 2002, 40,8% des personnes interrogées avaient consommé au moins un médicament dans les sept jours précédant l'enquête, proportion qui est passée à 46,3% en 2007. Pour les analgésiques, la proportion est passée de 14,5% à 20,1%. Dans le canton de Fribourg, les hausses ne sont pas significatives: de 41,3% à 44,9% (tous médicaments) et de 18,7% à 21,4% (analgésiques). Les chiffres, si on les considère de près, révèlent cependant une différence entre les sexes: si, dans le canton de Fribourg, le niveau de consommation de médicaments n'a pas significativement changé chez les femmes entre 2002 et 2007 (49,9% et 47,3%), il a progressé d'environ 10 points chez les hommes (de 32,0% à 42,2%).

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

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

		N'importe quel médicament		Analgésiques		Tranquillisants	Somnifères	Anti-dépresseurs
		FR	CH	FR	CH	CH	CH	CH
Total		44,9	46,3	21,4	20,1	4,3	5,2	3,6
Sexe	Femmes	47,3	51,3	22,8	24,4	5,3	6,8	4,5
	Hommes	42,2	41,0	19,9	15,6	3,3	3,6	2,6
Classes d'âge	15–34 ans	32,6	31,0	17,0	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 ans	40,1	37,3	22,1	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 ans	50,3	54,0	21,8	21,7	6,4	6,3	5,8
	65 ans et plus	76,8	76,6	29,9	25,0	7,9	14,9	4,7
Formation	Scolarité obligatoire	53,9	53,9	25,3	25,6	7,8	10,6	6,0
	Degré secondaire II	40,4	44,9	19,6	19,5	4,0	4,9	3,2
	Degré tertiaire	47,5	45,3	21,7	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalité	Suisses	45,9	47,8	21,5	19,8	4,2	5,3	3,4
	Etrangers	39,3	40,3	(21,1)	21,1	4,9	4,8	4,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	44,1	42,4	25,4	20,6	4,7	5,6	3,8
	De 3000 à 4499 CHF	47,0	49,1	22,1	20,7	4,1	4,9	4,0
	De 4500 à 5999 CHF	48,3	49,0	18,4	18,6	4,3	5,3	3,2
	6000 CHF et plus	50,7	48,3	(16,4)	19,3	3,4	4,2	2,9
Degré d'urbanisation	Ville	45,1	47,3	20,6	20,4	4,5	5,3	3,8
	Campagne	44,6	43,5	22,4	19,3	3,8	4,9	3,0
Comparaison régionale	Fribourg	44,9		21,4	4,3	5,8	4,6	
	Suisse	46,3		20,1	4,3	5,2	3,6	
	Berne	49,6*		19,1	3,9	4,4	3,3	
	Vaud	51,9*		24,0	6,7*	6,6	4,3	
	Espace Mittelland	48,4*		19,9	4,3	5,2	4,0	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=1001 (FR), n= 18'744 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

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

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

La majorité des médicaments psychotropes sont prescrits par le médecin

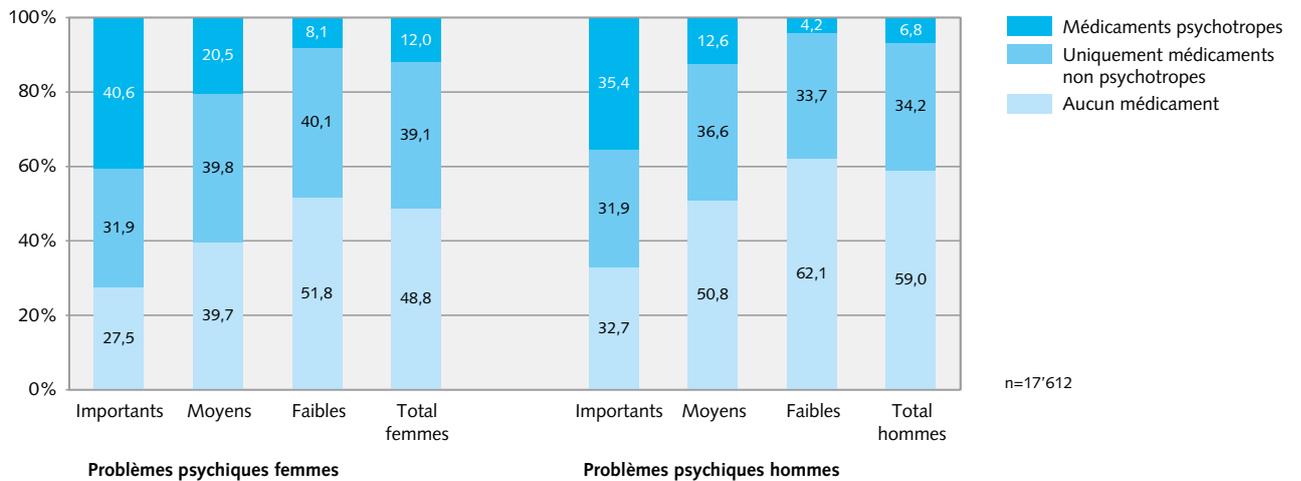
Plus des trois quarts des médicaments consommés sont prescrits par un médecin (78,1% en Suisse, 77,7% dans le canton de Fribourg). Pour les analgésiques et les somnifères, la part des personnes qui déclarent que le médicament leur a été prescrit par un médecin est de resp. 55,0% et 91,1% dans le canton de Fribourg (CH: 54,8% et 86,3%). Les antidépresseurs et les tranquillisants sont un peu plus fréquemment prescrits dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse: resp. 100% vs 97,8% et 91,9% vs 82,8%. A noter qu'il n'y a pas de différence en fonction du sexe du consommateur pour la prescription de médicaments par un médecin.

La figure 3.14 montre le lien qui existe entre les problèmes psychiques et la prise de médicaments: les personnes qui ont des problèmes psychiques importants consomment nettement plus fréquemment des médicaments psychotropes et d'autres médicaments que celles qui n'ont pas de problèmes psychiques importants. En cas de problèmes psychiques importants, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

La prise de somnifères est plus fréquente dans les classes d'âge les plus âgées: 14,9% des personnes de 65 ans et plus prennent un somnifère au moins une fois par semaine, contre seulement 1,0% des personnes de 15 à 34 ans. La figure 3.15 montre que, dans le groupe d'âge le plus jeune, moins de 10% des personnes qui ont de

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

Fig. 3.14



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

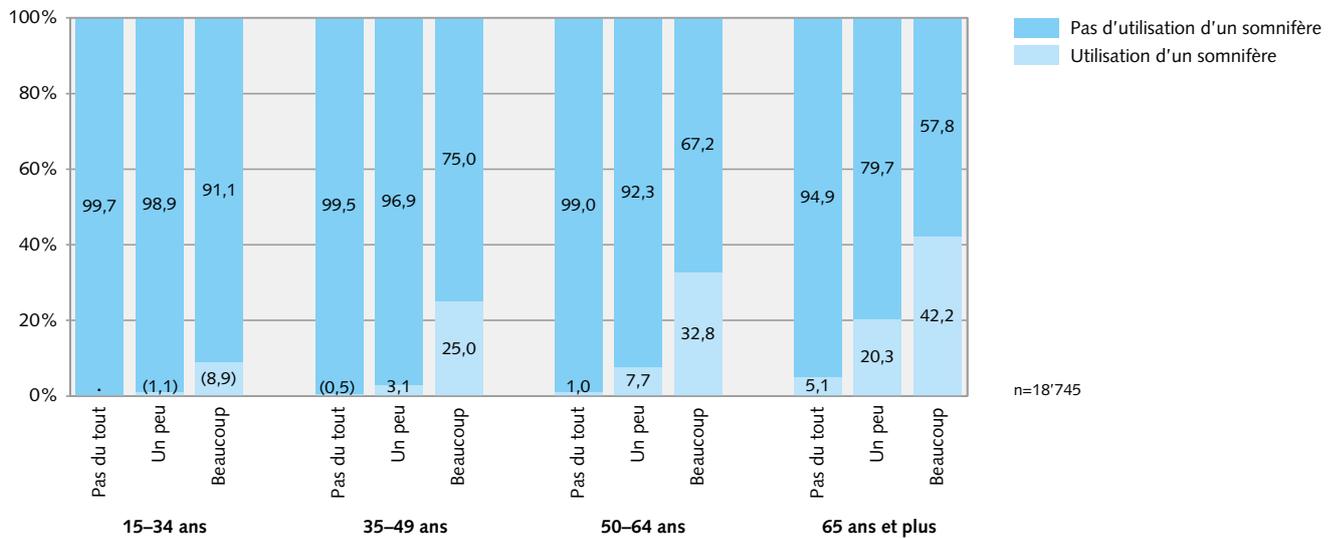
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Consommation de somnifères selon l'importance des problèmes d'insomnies et l'âge

Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)

Fig. 3.15



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

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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

gros problèmes de sommeil ou d'endormissement prennent des somnifères. La proportion est d'un quart chez les personnes de 35 à 49 ans et atteint 42,2% chez les personnes de 65 ans et plus. A noter qu'un cinquième (20,3%) des personnes de 65 ans et plus qui n'ont que de légers problèmes d'insomnies prennent des somnifères au moins une fois par semaine.

3.4 Résumé

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

Parmi les comportements de santé qui se sont améliorés depuis 2002, on peut signaler la pratique d'une activité physique: en 2007, 39,6% des habitants du canton de Fribourg pratiquent une activité physique contre 32,9% en 2002. La proportion d'inactifs dans les loisirs a aussi diminué.

Par rapport à l'ensemble de la Suisse, on trouve dans le canton de Fribourg une proportion plus faible de personnes qui se déclarent conscientes de l'importance de l'alimentation pour la santé. Près de 35% des répondants du canton de Fribourg observent cependant la

recommandation de manger cinq portions de fruits et légumes par jour, ce qui est au-dessus de la moyenne suisse. Près d'un tiers de la population fribourgeoise consomme de la viande six à sept fois par semaine, contre un quart seulement de la population suisse.

Pour ce qui est du poids corporel, les analyses montrent que 30,9% de la population fribourgeoise est atteinte de surcharge pondérale et 8,5% d'obésité. Les proportions sont relativement stables depuis 2002.

La part des fumeurs et des fumeuses a diminué dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse: en 2002, 33,0% des personnes interrogées dans le canton se déclaraient fumeurs; la proportion est tombée à 26,3% en 2007. C'est surtout la part des personnes qui fument beaucoup qui a reculé.

Dans le canton de Fribourg, la part des personnes qui consomment quotidiennement de l'alcool s'élève à 14,2% et il y a 16,5% d'abstinents. La consommation d'alcool de la population fribourgeoise se situe à peu près dans la moyenne suisse. Dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse, on observe une différence nette entre les sexes: les hommes consomment plus fréquemment de l'alcool que les femmes.

La consommation de médicaments est comparable dans le canton de Fribourg et en Suisse. Depuis 2002, elle a augmenté à l'échelle de la Suisse et la même tendance s'observe dans le canton de Fribourg. Une progression s'observe en particulier chez les hommes: la part des Fribourgeois ayant pris au moins un médicament dans la semaine précédant l'enquête est passée de 32,0% en 2002 à 42,2% en 2007.

4 Conditions de logement et situation professionnelle

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht et Doris Wiegand

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel, exerce une influence importante sur sa santé. C'est ce que montre notamment le document «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé» de l'Office fédéral de la santé publique (2005), dans lequel les domaines «emploi et monde du travail» et «habitat et mobilité» sont identifiés comme deux des sept principaux champs d'action de la politique de la santé⁶⁰. Ce chapitre traite de l'influence que le logement et le travail peuvent avoir sur la santé des individus et complète les comportements présentés dans le chapitre précédent qui sont aussi en lien avec l'environnement résidentiel et professionnel.

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

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

lisme des graisses, et ces perturbations peuvent augmenter le risque de maladie cardio-vasculaire (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

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

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

Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons aux influences environnementales potentiellement dangereuses pour la santé dans l'environnement résidentiel et professionnel. Le premier paragraphe concerne les nuisances au domicile et se base sur les données de l'Enquête suisse sur la santé. Les paragraphes suivants portent sur différents aspects du monde du travail: nuisances, tensions psychiques et charges physiques, satisfaction au travail et crainte de la perte de l'emploi. Les facteurs importants cités plus haut en lien avec les conditions de travail et de logement ne sont pas présentés ici, car ils n'ont pas été traités dans l'Enquête suisse sur la santé (sujets difficiles à aborder dans le cadre d'une enquête auprès de personnes, nombre limité de thèmes abordés dans le questionnaire).

⁶⁰ Les autres champs d'action sont les suivants: «lutte contre les maladies et prévention», «sécurité sociale et égalité des chances», «formation et empowerment», «environnement construit et milieu naturel», ainsi que «sécurité des denrées alimentaires et nutrition».

4.1 Nuisances à la maison

La figure 4.1 présente onze sources de nuisances dans l'habitat traitées dans l'enquête. Le bruit de la circulation routière représente de loin la principale source de nuisances dans le canton de Fribourg, où il est mentionné par une personne sur cinq (19,2%). Viennent ensuite le bruit causé par d'autres personnes et le bruit produit par l'agriculture, tous deux cités par une personne sur six. Les huit sources de nuisances restantes représentées sur la figure sont mentionnées par moins de 10% des personnes interrogées. Il n'est pas étonnant que le bruit de la circulation routière arrive en tête du classement des nuisances, étant donné la forte densité de l'habitat, la part élevée des maisons individuelles et le taux comparativement bas de logements occupés par leur propriétaire en Suisse.

La moitié de la population fribourgeoise interrogée ne subit aucune nuisance à la maison

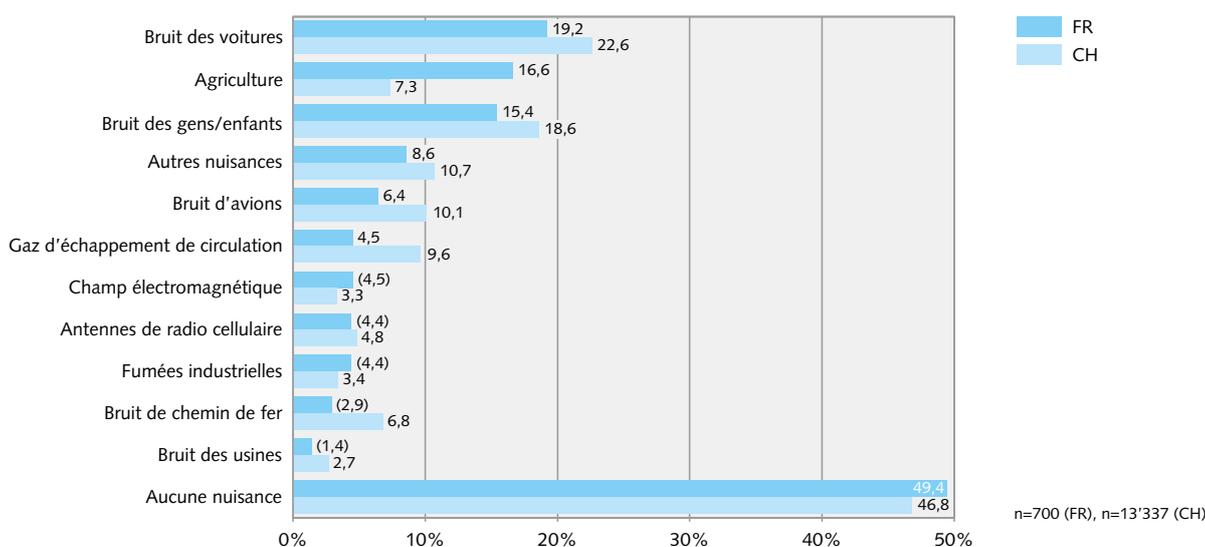
A noter toutefois qu'un peu moins de la moitié (49,4%) des personnes interrogées dans le canton de Fribourg ne citent aucune des onze sources de nuisances. La part des personnes qui ne sont affectées par aucune nuisance est ainsi comparable dans le canton de Fribourg à la moyenne suisse qui est d'environ 47%. Par rapport à la population d'autres cantons et régions (tableau 4.1), celle du canton de Fribourg cite plus rarement deux nui-

sances ou plus dans l'habitat. Le classement par ordre d'importance des différentes sources de nuisances est très semblable dans le canton de Fribourg et dans le reste de la Suisse, malgré les différences enregistrées quant au nombre de nuisances citées. La seule différence notable concerne le bruit de l'agriculture: un sixième de la population fribourgeoise y est exposée (16,6%), contre seulement 7,3% de l'ensemble de la population suisse. Cette différence est plausible car le canton de Fribourg présente une structure agricole d'une densité supérieure à la moyenne (voir 1.4).

Tous les groupes de population ne sont pas concernés dans la même mesure par le bruit et les autres nuisances. Un coup d'œil au tableau 4.1, sur lequel sont représentées les nuisances de la figure 4.1, permet de l'observer. Les personnes ayant un haut niveau d'éducation et qui gagnent bien leur vie mentionnent plus rarement des nuisances dans l'habitat que les personnes qui ont un niveau d'éducation bas ou moyen et/ou un faible revenu. Ce résultat pourrait mettre en évidence un effet de stratification selon lequel les habitations confortables situées dans un environnement «sans nuisances» sont plus chères que les autres. La différence considérable entre les populations rurale et urbaine est également plausible: cette dernière est confrontée à des nuisances qui sont sensiblement plus fréquentes.

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

Fig. 4.1



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

		Aucune nuisance		1 nuisance		2 nuisances ou plus	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		49,1	46,8	28,6	26,2	22,2	27,0
Sexe	Femmes	49,4	45,4	24,5	27,2	26,0	27,4
	Hommes	48,9	48,2	32,8	25,2	18,4	26,6
Classes d'âge	15–34 ans	53,1	47,6	24,6	26,6	22,3	25,8
	35–49 ans	47,0	47,7	32,1	25,3	20,9	27,0
	50–64 ans	48,4	45,7	31,9	27,0	19,7	27,3
	65 ans et plus	43,7	45,3	26,3	26,0	(30,1)	28,6
Formation	Scolarité obligatoire	32,6	43,0	34,2	26,0	(33,2)	31,0
	Degré secondaire II	51,8	47,5	25,7	26,3	22,5	26,2
	Degré tertiaire	51,2	46,7	32,3	26,1	16,6	27,2
Nationalité	Suisses	48,7	48,1	29,8	26,0	21,4	25,9
	Etrangers	(51,5)	41,5	(21,8)	27,1	(26,7)	31,4
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	48,6	46,4	26,1	25,2	25,2	28,4
	De 3000 à 4499 CHF	49,6	45,2	32,5	26,9	17,9	27,9
	De 4500 à 5999 CHF	52,6	48,1	(22,3)	24,6	25,2	27,3
	6000 CHF et plus	54,8	49,5	(26,4)	27,3	(18,8)	23,2
Degré d'urbanisation	Ville	48,0	44,1	27,0	26,8	25,1	29,1
	Campagne	50,5	54,0	30,6	24,8	18,8	21,2
Comparaison régionale	Fribourg		49,1		28,6		22,2*
	Suisse		46,8		26,2		27,0
	Berne		51,6		24,8		23,6
	Vaud		45,1		30,2		24,7
	Espace Mittelland		50,7		25,1		24,2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=700 (FR), n=13'337 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Par contre, la différence entre les hommes et les femmes – ces dernières souffrant plus fréquemment de nuisances – est plus difficile à expliquer. La cause de cette différence pourrait être due au fait qu'une partie des personnes de sexe féminin interrogées sont des femmes au foyer qui passent relativement beaucoup de temps à la maison et ont ainsi une plus grande probabilité d'être confrontées à des nuisances et de les percevoir. On observe également que la proportion de personnes qui souffrent de deux nuisances ou plus augmente avec l'âge. Une analyse complémentaire multivariée réalisée pour l'ensemble de la Suisse indique que la sensibilité aux nuisances augmente avec l'âge, ce qui a pu jouer un rôle ici ⁶¹.

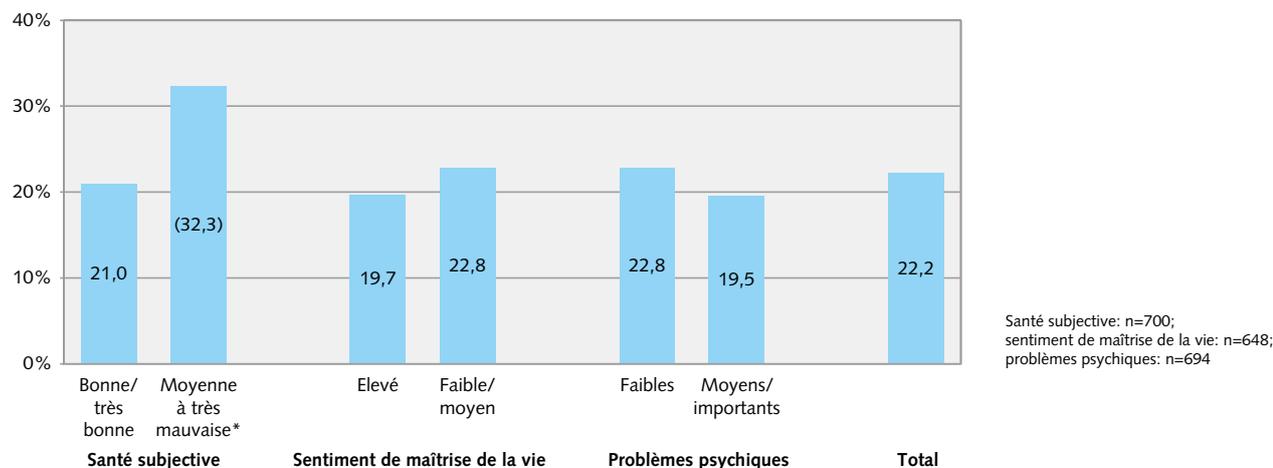
⁶¹ Dans une analyse de classification multiple, les effets de l'âge restent aussi bien perceptibles que le revenu et le lieu de domicile (ville-campagne).

Lien entre les nuisances et l'état de santé

La figure 4.2 montre le rapport entre le nombre de nuisances perçues et différents aspects de la santé physique et psychique. Les personnes qui jugent leur état de santé moyen à très mauvais, et celles dont le sentiment de maîtriser leur vie est faible à moyen⁶² mentionnent plus souvent que les autres au moins deux sources de nuisances dans leur logement. Il est impossible de déterminer, avec les données de l'ESS, s'il existe un lien de causalité entre les nuisances et la santé et si oui, dans quel sens il s'exerce. Il est concevable que des nuisances dans l'habitat rendent «malade», tout comme il est concevable qu'un mauvais état de santé général et des problèmes psychiques induisent une sensibilité accrue aux nuisances. Enfin, on ne peut pas exclure que les résultats puissent être dus à d'autres effets, les «conditions de vie des classes défavorisées» influençant à la fois les conditions de logement et l'état de santé physique et psychique.

⁶² Pour la définition des variables utilisées, voir chapitre 2.3.

Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg, 2007 **Fig. 4.2**



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
Pour la définition des variables, voir 2.1 (santé subjective), 2.3.2 (sentiment de maîtrise de la vie) et 2.3.1 (problèmes psychiques)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.2 Nuisances au travail⁶³

4.2.1 Nuisances

Les nuisances sur le lieu de travail font également partie du champ d'investigation de l'Enquête suisse sur la santé⁶⁴. Les personnes actives occupées ont été interrogées sur un total de dix sources de nuisances possibles. Le résultat est semblable à celui obtenu pour l'habitat. Dans le canton de Fribourg comme dans l'ensemble de la Suisse, la moitié environ des personnes interrogées ne font état d'aucune source de nuisances; environ le tiers de la population en cite une ou deux et le reste mentionne plus de deux sources de nuisances (tableau 4.2).

Le bruit, la principale source de nuisances au travail

La figure 4.3 montre que, dans le canton de Fribourg, les personnes actives occupées souffrent le plus souvent du bruit, de températures élevées ou basses, de la fumée du tabac et de vibrations. Un sixième à un cinquième des personnes interrogées se plaignent de ces nuisances. En

⁶³ A noter, en ce qui concerne la situation professionnelle, qu'une partie des personnes interrogées travaille en dehors de son canton de domicile (Fribourg).

⁶⁴ La plupart des questions sur l'activité professionnelle exercée effectivement sont posées dans le questionnaire écrit. Etant donné que l'échantillon de l'enquête écrite est plus petit que celui des interviews téléphoniques, et que seulement la moitié environ de la population suisse est active occupée, le nombre de cas correspondants est comparativement faible. Pour le canton de Fribourg, cela signifie que quelque 450 personnes ont répondu à ces questions et que les analyses effectuées d'après les différentes caractéristiques des personnes interrogées atteignent leurs limites très rapidement.

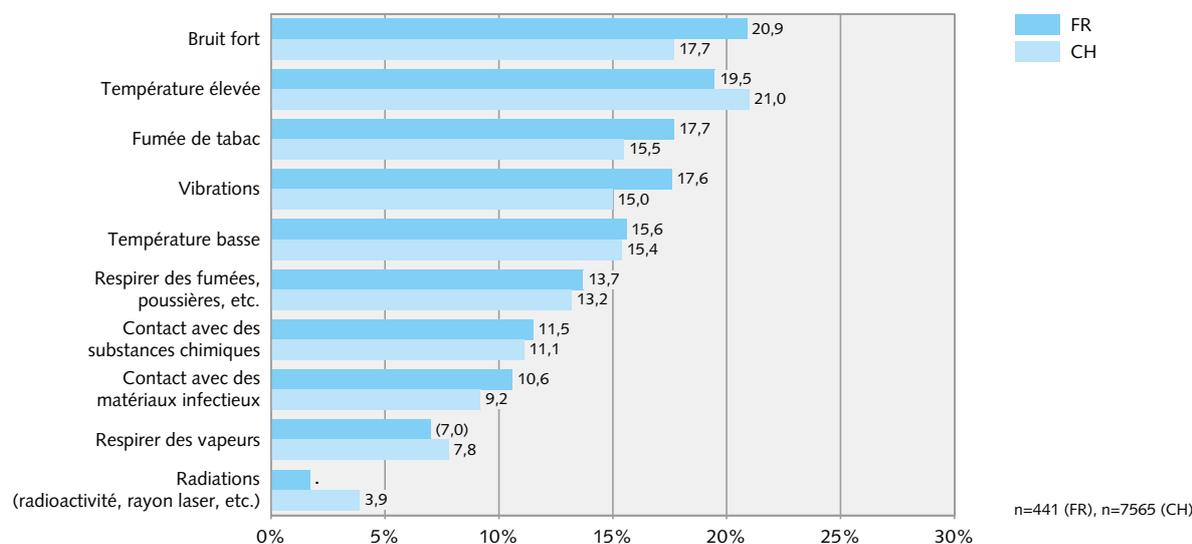
revanche, les radiations et l'inhalation de vapeurs ne posent quasiment pas problème, du fait notamment que seule une minorité des personnes actives occupées travaillent dans un tel environnement.

Les écarts entre les résultats obtenus pour le canton de Fribourg et pour l'ensemble de la Suisse sont insignifiants pour la plupart des nuisances considérées. Cependant, les personnes interrogées se plaignent moins souvent de vibrations et de la fumée du tabac à l'échelle suisse que dans le canton de Fribourg. Cette différence pourrait être liée au fait que le canton de Fribourg compte une part un peu supérieure à la moyenne de fumeurs et de personnes exposées à la fumée passive (point 3.3.2) ainsi qu'une proportion comparativement élevée de places de travail dans l'industrie et l'agriculture (voir point 1.4).

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

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

Fig. 4.3



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

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

plus bas que dans le secteur des services⁶⁵. Comme le montre le point 4.2.2, ces tendances s'inversent si l'on s'intéresse aux tensions psychiques au travail.

4.2.2 Charges physiques et tensions psychiques au travail

Le bruit, les odeurs et la fumée ne sont pas les seules nuisances auxquelles on peut se trouver confronté à sa place de travail. Beaucoup de personnes se plaignent de subir des charges physiques considérables en raison d'un travail qui les oblige à porter des objets lourds ou à manipuler des machines lourdes. Les tensions psychiques, qu'il faut également prendre en considération, peuvent aller de la course contre la montre et du surmenage jusqu'à des conflits avec les collègues et au mobbing⁶⁶.

Le tableau 4.3 montre qu'un cinquième environ de la population active occupée du canton de Fribourg subit

des charges physiques importantes au travail (21,1%), et plus de deux cinquièmes souffrent de tensions psychiques importantes au travail (44,6%). Sur l'ensemble des personnes interrogées, 9,9% des actifs occupés fribourgeois déclarent souffrir d'importantes charges tant physiques que psychiques au travail (voir tableau 4.4).

Des charges physiques et des tensions psychiques au travail moyennes dans le canton de Fribourg

Il ressort du tableau 4.3 que la part des personnes soumises à de lourdes charges et à des tensions psychiques élevées est semblable dans le canton de Fribourg à celle de l'ensemble de la Suisse. Le tableau montre également clairement que le type d'activité exercée influence de façon déterminante les charges perçues: en Suisse, 44,5% des ouvriers indiquent qu'ils subissent des charges physiques élevées, alors que cette proportion est nettement plus faible chez les employés de bureau (16,1%) et les cadres (12,1%)⁶⁷. Inversement, plus de la moitié des cadres (51,7%) mentionnent d'importantes tensions psychiques, alors que c'est le cas de moins d'un tiers des ouvriers (30,7%). Des liens comparables peuvent également être observés pour le niveau d'éducation et le revenu, qui sont fortement liés à la profession.

⁶⁵ L'ESS 2007 montre que 12% des personnes actives dans l'industrie et l'artisanat ont terminé une formation de degré secondaire II, et 24% ont un titre de degré tertiaire. Dans le secteur des services, les parts correspondantes sont de 7% et 27%. Le revenu équivalent du ménage des personnes actives occupées s'élève à CHF 4200 dans le secteur de l'industrie et à CHF 4600 dans le secteur tertiaire.

⁶⁶ L'ESS contient une série de questions sur des expériences de violence, de discrimination ou de mobbing. Au niveau de l'ensemble de la Suisse, 3,7% des personnes interrogées indiquent avoir fait l'objet de violence ou de menaces de la part de collègues ou d'autres personnes au cours des 12 derniers mois d'activité professionnelle. Les valeurs correspondantes pour le mobbing et la discrimination/différence de traitement sont de respectivement 7,7% et 11,2%.

⁶⁷ En raison du nombre parfois trop restreint de répondants, nous nous référons ici et dans les explications suivantes aux données de l'ensemble de la Suisse. Les données du canton de Fribourg sont certes représentées dans le tableau 4.3, mais elles doivent être interprétées avec prudence.

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

		Aucune nuisance		1 ou 2 nuisances		3 nuisances ou plus	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		46,5	49,6	33,2	31,4	20,4	19,0
Sexe	Femmes	54,4	55,1	38,3	34,2	(7,3)	10,8
	Hommes	40,5	45,4	29,3	29,2	30,2	25,4
Classes d'âge	15–34 ans	35,3	41,8	36,9	33,3	27,8	24,9
	35–49 ans	46,1	51,7	35,0	31,2	18,9	17,1
	50–64 ans	63,6	57,1	23,9	29,0	(12,5)	13,9
Formation	Scolarité obligatoire	(38,6)	39,1	.	32,1	.	28,8
	Degré secondaire II	36,0	42,1	38,1	33,6	25,8	24,3
	Degré tertiaire	63,8	64,6	24,8	27,4	(11,4)	8,0
Nationalité	Suisses	49,0	50,8	31,0	31,1	20,0	18,1
	Etrangers	(34,0)	45,1	(43,8)	32,4	.	22,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	41,1	40,3	35,6	34,4	23,3	25,4
	De 3000 à 4499 CHF	44,9	47,6	31,7	32,2	23,4	20,2
	De 4500 à 5999 CHF	54,3	53,2	23,7	30,1	22,0	16,7
	6000 CHF et plus	54,4	62,6	37,4	27,7	8,1	9,7
Degré d'urbanisation	Ville	47,9	51,6	31,0	31,4	21,1	17,0
	Campagne	45,0	44,2	35,4	31,4	19,6	24,4
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	(30,7)	25,3	(24,6)	33,5	44,7	41,2
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	.	44,9	.	31,2	(61,7)	24,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	50,6	57,7	38,2	33,1	(11,2)	9,2
	Cadres moyens et supérieurs	56,0	60,4	36,3	29,6	(7,7)	10,0
Comparaison régionale	Fribourg		46,5		33,2		20,4
	Suisse		49,6		31,4		19,0
	Berne		45,6		35,5		18,9
	Vaud		51,1		30,6		18,4
	Espace Mittelland		45,3		34,5		20,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=449 (FR), n=7828 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

En revanche, on observe pour une fois très peu de différences en rapport avec l'âge, la nationalité et le sexe. Pour ce qui est des différences spécifiques au sexe, on remarque seulement que les femmes se plaignent un peu plus rarement de tensions psychiques élevées que les hommes, ce qui est dû en partie au fait que les femmes actives professionnellement travaillent plus fréquemment à temps partiel et occupent des positions hiérarchiques plus basses que les hommes⁶⁸.

⁶⁸ Une analyse supplémentaire confirme que dans l'ESS 2007, les femmes interrogées travaillent plus fréquemment à temps partiel (62% contre 14% pour les hommes) et se trouvent plus rarement à des positions hiérarchiques élevées (7%, hommes: 15%) que les hommes. Les personnes travaillant à temps partiel se plaignent sensiblement moins souvent de tensions psychiques élevées (36%) que les personnes travaillant à plein temps (45%), les femmes travaillant à temps partiel mentionnent ces problèmes encore nettement moins souvent (34%) que les hommes dans le même cas (45%).

Finalement, la figure 4.4 fait apparaître des liens entre les nuisances au travail présentées dans le point 4.2.1 et les charges physiques et tensions psychiques perçues. Etant donné que la question des nuisances vise avant tout les secteurs de l'industrie et de l'artisanat, le résultat présenté dans la figure n'est pas étonnant: les personnes qui subissent de lourdes charges physiques souffrent aussi davantage de nuisances. Plus de la moitié (55,2%) de la population active occupée du canton de Fribourg qui est exposée à de lourdes charges physiques est concernée par au moins trois types de nuisances, contre un dixième seulement (10,7%) des personnes qui jugent leurs charges physiques au travail faibles à moyennes. En revanche, on ne constate dans le canton de Fribourg aucun lien entre les charges psychiques et le nombre de

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

		Charges physiques ¹				Tensions psychiques ²			
		Légères à moyennes ³		Elevées ⁴		Légères à moyennes ³		Elevées ⁴	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		78,9	76,7	21,1	23,3	55,4	58,7	44,6	41,3
Sexe	Femmes	86,7	78,1	13,3	21,9	63,0	64,6	37,0	35,4
	Hommes	73,1	75,5	26,9	24,5	49,6	54,1	50,4	45,9
Classes d'âge	15-34 ans	75,4	72,3	(24,6)	27,7	59,8	60,2	40,2	39,8
	35-49 ans	78,3	78,1	21,7	21,9	53,8	58,4	46,2	41,6
	50-64 ans	85,0	80,1	(15,0)	19,9	52,7	57,2	47,3	42,8
Formation	Scolarité obligatoire	(55,0)	53,9	(45,0)	46,1	(70,6)	67,9	.	32,1
	Degré secondaire II	75,9	70,6	24,1	29,4	61,6	63,8	38,4	36,2
	Degré tertiaire	87,3	91,0	(12,7)	9,0	43,5	48,1	56,5	51,9
Nationalité	Suisses	81,9	77,5	18,1	22,5	55,8	58,5	44,2	41,5
	Etrangers	64,0	73,6	(36,0)	26,4	(53,8)	59,1	(46,2)	40,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	74,6	68,5	(25,4)	31,5	66,9	64,5	33,1	35,5
	De 3000 à 4499 CHF	77,4	74,3	(22,6)	25,7	50,9	58,0	49,1	42,0
	De 4500 à 5999 CHF	84,2	80,7	(15,8)	19,3	51,1	57,1	48,9	42,9
	6000 CHF et plus	87,5	89,3	.	10,7	41,6	51,7	58,4	48,3
Degré d'urbanisation	Ville	79,9	78,8	20,1	21,2	52,7	57,7	47,3	42,3
	Campagne	77,9	71,1	22,1	28,9	58,4	61,4	41,6	38,6
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	65,8	55,5	(34,2)	44,5	66,9	69,3	(33,1)	30,7
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(40,1)	62,9	(59,9)	37,1	(55,2)	67,5	(44,8)	32,5
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	87,0	83,9	(13,0)	16,1	57,2	64,3	42,8	35,7
	Cadres moyens et supérieurs	87,4	87,9	(12,6)	12,1	49,3	48,3	50,7	51,7
Comparaison régionale	Fribourg	78,9		21,1		55,4		44,6	
	Suisse	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Berne	71,7*		28,3*		61,8		38,2	
	Vaud	83,1		16,9		58,2		41,8	
	Espace Mittelland	75,4		24,6		59,7		40,3	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Charges physiques: n=454 (FR), n=7557 (CH); tensions psychiques: n=466 (FR), n=8016 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

¹ Question ESS: «Qu'en est-il de la charge physique dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la charge physique est généralement très lourde, un poste B où la charge physique est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?»² Réponses à la question: «Qu'en est-il de la tension psychique et nerveuse dans votre travail?» Imaginez deux postes de travail: un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte, un poste B où la tension psychique et nerveuse est pratiquement inexistante. Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?»³ Somme des réponses «semblable à B», «exactement comme B» et «entre A et B».⁴ Somme des réponses «semblable à A» et «exactement comme A».**Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail**, canton de Fribourg, 2007 (personnes actives occupées, en %)

Tensions psychiques	Charges physiques		
	Légères/moyennes	Elevées	Total
Légères/moyennes	43,9	11,3	55,1
Elevées	35,0	9,9	44,9
Total	78,9	21,1	100,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=452

Pour l'énoncé des questions voir la note sous le tableau 4.3

nuisances. Ce résultat est plausible si l'on considère que de nombreuses professions typiquement stressantes sont exercées dans des bureaux climatisés et aménagés confortablement.

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

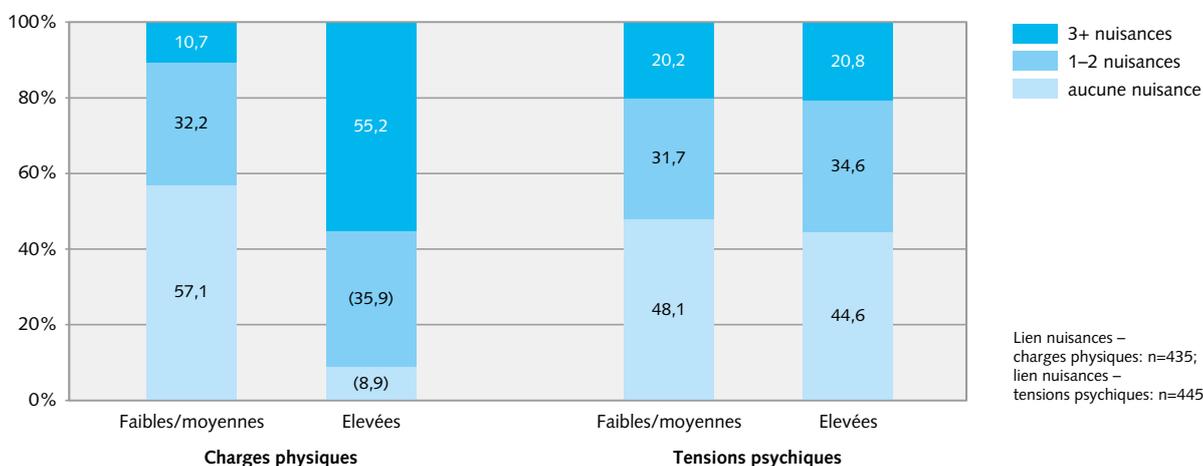
fréquemment ressenti comme moyen ou mauvais, et plus on éprouve fréquemment des problèmes psychiques importants dans la vie quotidienne.

4.3 Satisfaction dans la vie professionnelle

Une autre question importante en rapport avec le travail est celle de la satisfaction dans la vie professionnelle. Comme le travail occupe une place importante dans la vie de beaucoup de personnes, le sentiment de satisfac-

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

Fig. 4.4



Lien nuisances – charges physiques: n=435; lien nuisances – tensions psychiques: n=445

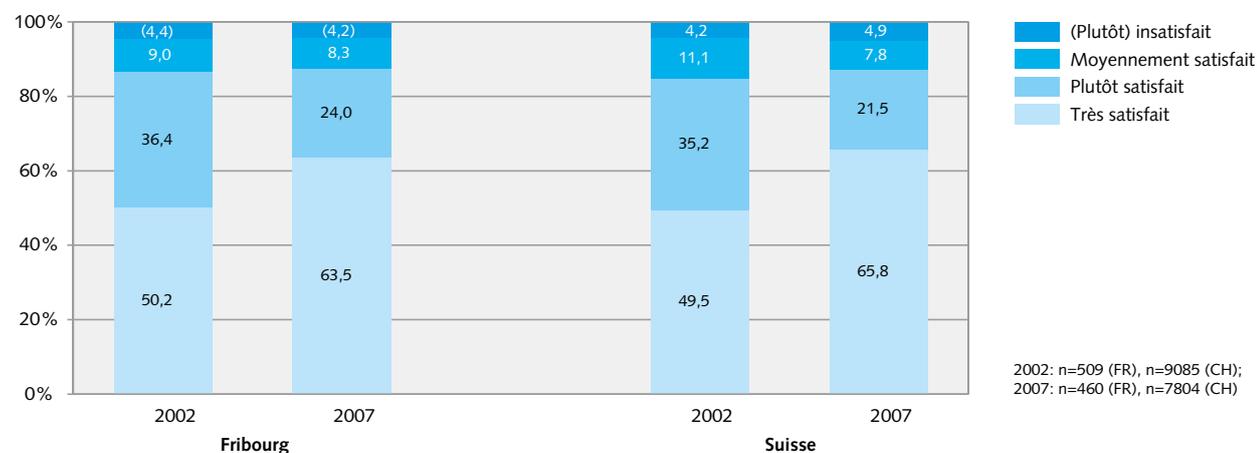
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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

Fig. 4.5



2002: n=509 (FR), n=9085 (CH); 2007: n=460 (FR), n=7804 (CH)

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

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

tion et de bien-être au travail tend à rayonner sur d'autres secteurs de la vie et à exercer également une influence sur la santé (OFSP, 2005b). La figure 4.5 montre que le degré de satisfaction au travail est élevé, tant dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. Signalons que la part des personnes très satisfaites de leur travail a nettement augmenté entre 2002 et 2007 dans l'ensemble de la Suisse comme dans le canton de Fribourg: alors qu'en 2002, environ la moitié (50,2%) des actifs occupés fribourgeois se disaient «très» voire «extrêmement satisfaits» de leur travail, ils étaient près de deux tiers (63,5%) à être dans ce cas en 2007. Au niveau de la Suisse entière, cette part est passée de 49,5% en 2002 à 65,8% en 2007.

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

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

Indépendamment de la satisfaction professionnelle actuelle, la crainte de perdre son emploi et de se retrouver sans emploi peut représenter une charge considérable. Dans le canton de Fribourg, 13,7% de la population active occupée craignaient de perdre leur emploi en 2007, alors que 44,2% des personnes interrogées ne se faisaient aucun souci à ce niveau. Les autres personnes consultées déclaraient ne se faire «plutôt pas de souci» pour leur place de travail. Ces taux n'ont pratiquement pas changé depuis 2002 et sont plus ou moins équivalents aux valeurs enregistrées pour l'ensemble de la Suisse.

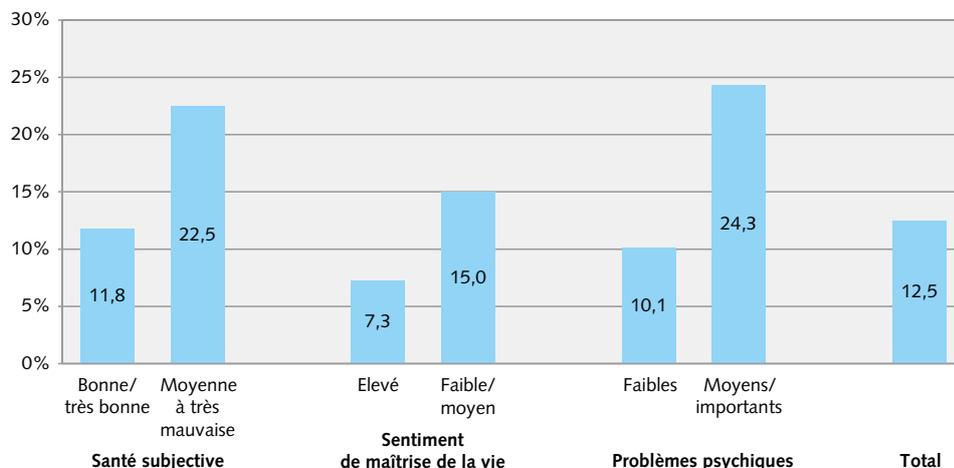
Dans le contexte actuel d'insécurité économique accrue, les résultats de l'année 2007 doivent toutefois être interprétés avec prudence, car on peut supposer que les perceptions correspondantes dépendent également de l'évolution conjoncturelle.

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

Les faibles différences observées entre 2002 et 2007 sont quelque peu étonnantes, dans la mesure où – nous le mentionnons plus haut – la satisfaction par rapport au

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

Fig. 4.6



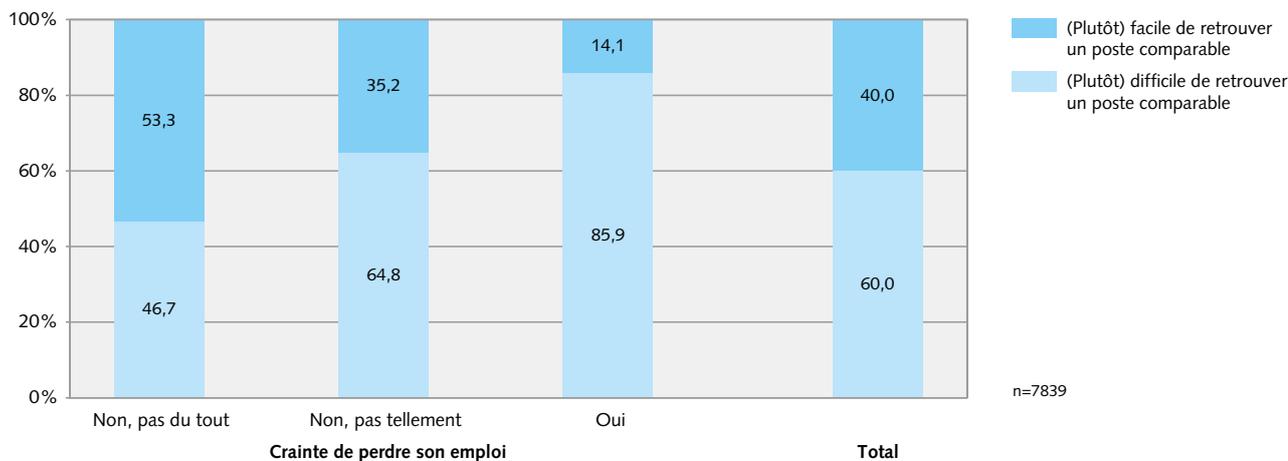
Santé subjective: n=8036;
sentiment de maîtrise de la vie: n=7652;
problèmes psychiques: n=7988

Pour la définition des variables, voir 2.1 (santé subjective), 2.3.2 (sentiment de maîtrise de la vie) et 2.3.1 (problèmes psychiques)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

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



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

travail a clairement augmenté au cours de la même période. En 2007, plus de personnes étaient très satisfaites de leur emploi que cinq années auparavant, mais les places de travail n'étaient cependant pas considérées comme plus sûres⁶⁹.

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

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

Si une perte de place de travail devait se produire malgré la grande confiance générale dans l'emploi actuel, l'assurance de retrouver une place comparable serait nettement plus faible: dans le canton de Fribourg, quelque

60% des personnes interrogées formulent des craintes à ce sujet. Les personnes actives occupées sont aussi confiantes dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse, d'après le tableau 4.5. Le fait que cette confiance dans l'emploi soit particulièrement marquée parmi les personnes jeunes et celles ayant un niveau de formation élevé rejoint les résultats d'études réalisées sur le chômage, selon lesquels les personnes qui ont un faible niveau de formation et les salariés et salariées âgés comptent parmi les principaux groupes à risque par rapport au chômage (Djurdjevic, 2007). Les différences entre les catégories socioprofessionnelles sont aussi significatives dans le canton de Fribourg: les cadres et les employés de bureau sont plus confiants sur ce plan que les petits entrepreneurs ou les ouvriers.

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

⁶⁹ Toutefois, les personnes qui sont insatisfaites de leur travail craignent nettement plus fréquemment de perdre leur emploi (29,1%) que les personnes qui en sont très satisfaites (8,8%) (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

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

		Très/assez facilement		Très/plutôt difficilement	
		FR	CH	FR	CH
Total		39,3	40,0	60,7	60,0
Sexe	Femmes	36,2	37,1	63,8	62,9
	Hommes	41,7	42,3	58,3	57,7
Classes d'âge	15–34 ans	61,3	56,4	38,7	43,6
	35–49 ans	37,7	39,7	62,3	60,3
	50 ans et plus	(12,5)	18,5	87,5	81,5
Formation	Scolarité obligatoire	.	32,7	(93,0)	67,3
	Degré secondaire II	40,1	38,3	59,9	61,7
	Degré tertiaire	44,1	44,4	55,9	55,6
Nationalité	Suisses	36,6	38,8	63,4	61,2
	Etrangers	(52,3)	44,3	(47,7)	55,7
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	43,1	41,5	56,9	58,5
	De 3000 à 4499 CHF	34,0	36,8	66,0	63,2
	De 4500 à 5999 CHF	(33,1)	39,0	66,9	61,0
	6000 CHF et plus	45,7	42,8	54,3	57,2
Degré d'urbanisation	Ville	37,1	40,0	62,9	60,0
	Campagne	41,7	40,1	58,3	59,9
Catégories socio-professionnelles	Ouvriers	(33,8)	41,2	66,2	58,8
	Petits entrepreneurs, artisans indépendants	(24,9)	42,0	(75,1)	58,0
	Employés de bureau, autres professions non manuelles	45,0	35,0	55,0	65,0
	Cadres moyens et supérieurs	41,8	41,3	58,2	58,7
Comparaison régionale	Fribourg		39,3		60,7
	Suisse		40,0		60,0
	Berne		38,6		61,4
	Vaud		45,0		55,0
	Espace Mittelland		37,2		62,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=465 (FR), n=7923 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

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

4.5 Résumé

Ce chapitre montre les effets potentiels des conditions de logement et de travail sur la santé.

Par rapport à l'habitat, on constate tout d'abord que seule une minorité d'un peu plus de 20% de la population fribourgeoise interrogée est concernée par au moins deux sources de nuisances. Les principales sources de nuisances sont le bruit du trafic routier et celui causé par d'autres personnes. Parallèlement, la présente analyse met en évidence un lien entre le nombre de nuisances mentionnées, d'une part, et l'état de santé subjectif, d'autre part. Compte tenu des effets sur la santé présentés dans la littérature spécialisée (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004b), il importe d'éviter ou de réduire autant que possible les nuisances sonores et autres, même si elles ne concernent qu'une minorité de la population.

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

Des différences sociales considérables apparaissent également si l'on considère la situation professionnelle. Que ce soient les nuisances au travail, les charges physiques et les tensions psychiques ou encore les perspectives, en cas de perte de l'emploi, de retrouver un travail comparable, ce sont généralement les personnes appartenant à des groupes de population moins bien formés et moins privilégiés qui sont aux prises avec des problèmes et des craintes plus importants. Seule exception: les tensions psychiques au travail, qui touchent davantage les cadres ainsi que les personnes ayant un niveau de formation élevé et gagnant bien leur vie.

Même si les données concernant les tensions psychiques ne permettent pas de construire un indicateur du «stress», celui-ci pourrait être plus répandu dans les groupes qui se plaignent d'importants problèmes psychiques que dans les autres groupes⁷⁰.

Il faut toutefois souligner une série de résultats positifs concernant la situation professionnelle, au moins pour l'année 2007. Sur l'ensemble des personnes interrogées, une minorité «seulement» (un cinquième environ) est concernée par au moins deux sources de nuisances au travail, et un dixième par d'importantes charges physiques cumulées à de fortes tensions psychiques. A noter avant tout que la grande majorité des personnes actives occupées sont satisfaites de leur situation professionnelle. La part des personnes insatisfaites est de 4% environ, comme en 2002, alors que la proportion de celles qui se disent très ou extrêmement satisfaites de leur travail a augmenté de 50% à 64% entre 2002 et 2007. Malgré des charges physiques et des tensions psychiques répandues, le travail est encore une importante source de satisfaction pour la grande majorité des personnes actives occupées.

⁷⁰ Un autre résultat le confirme: si le «stress» est associé communément à une «course contre la montre», qui fait l'objet d'une question dans l'ESS 2007, il ressort que 88% des personnes interrogées ayant d'importants problèmes psychiques le mentionnent, contre 73% de celles indiquant des problèmes psychiques moyens ou faibles (résultats pour l'ensemble de la Suisse).

5 Analyses détaillées: dépression et surcharge pondérale

Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler et Tanja Fasel (5.1 et 5.3)
Hanspeter Stamm et Markus Lamprecht (5.2 et 5.3)

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

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

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

5.1.1 Situation

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

Les dépressions cliniquement significatives sont fréquentes

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

Dépression et politique de la santé

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

Symptômes annonciateurs de la maladie dépressive

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

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

Identifier les groupes à risque

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

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

5.1.2 Méthode d'analyse des groupes à risque

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé, 12'656 personnes ont été interrogées par écrit sur la présence éventuelle de dix symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête (échelle dite de Wittchen; Wittchen, 2000). Au total, 20% des personnes qui ont participé à l'enquête écrite ont fait état d'au moins un symptôme dépressif⁷¹. Pour pouvoir identifier, à partir des répondants présentant au moins un symptôme dépressif, des types de groupes à risque potentiels, nous avons procédé à une analyse de classification avec, comme critère d'entrée, une variable dépendante comportant les modalités «au moins un symptôme dépressif, pas de symptôme dépressif». Pour la détermination des types, nous nous sommes reportés à la littérature spécialisée consacrée aux facteurs déterminants des maladies

⁷¹ Il s'agit d'un pourcentage non pondéré, car les analyses de classification travaillent sur des valeurs non pondérées. Le pourcentage pondéré, ajusté à la population suisse, est de 18,9%. Voir également le chapitre 2.

dépressives et avons retenu quelque 35 variables classificatoires possibles, relevant des domaines socio-économique, professionnel, sanitaire ou social⁷².

Limites

L'analyse de classification⁷³ s'appuie sur un modèle théorique très simplifié de la dépression, qui postule que ce sont les caractéristiques observées qui déterminent la formation de groupes de population présentant des symptômes dépressifs, et non les symptômes dépressifs qui déterminent les caractéristiques observées. L'analyse ne tient pas compte des relations complexes et dynamiques qui existent entre la dépressivité et les facteurs sociodémographiques, économiques, sociaux et sanitaires. Par ailleurs, les résultats d'une enquête transversale permettent en principe de montrer des corrélations, mais pas de déterminer le sens dans lequel s'exercent les rapports de causalité. Les résultats de l'analyse de classification ne doivent donc pas être interprétés en termes de causalité. Ils fournissent surtout des indications utiles au dépistage des personnes particulièrement exposées.

5.1.3 Résultats

Des facteurs peu nombreux mais bien définis

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

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

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

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

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

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

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

⁷² Variables sociodémographiques: sexe, âge, nationalité, état civil, formation, domicile, nombre d'enfants de moins de 15 ans, type de ménage; variables socio-économiques: revenu d'équivalence du ménage, catégories socioprofessionnelles, travail rémunéré, situation professionnelle/taux d'activité; environnement social: soutien social, sentiment de solitude, avoir une personne de confiance, regret de ne pas avoir de personne de confiance; santé physique: troubles physiques, problème de santé de longue durée, cause sous-jacente à ce problème, limitation dans les activités de la vie quotidienne causée par un problème de santé, moins de 5 consultations médicales durant les derniers six mois, en traitement médical pour cause de migraine, en traitement médical pour cause d'asthme, en traitement médical pour cause de diabète; comportement pouvant influencer la santé: consommation quotidienne moyenne d'au moins 20 g d'alcool, consommation de tabac, activité physique, indice de masse corporelle; conditions de travail: crainte de perdre son emploi, confiance de retrouver un poste comparable, recherche d'emploi au cours des 4 semaines précédant l'enquête, sans emploi pour raison de santé, satisfaction par rapport au travail, résignation au travail, charge physique au travail, tension psychique au travail.

⁷³ L'analyse de classification a été réalisée statistiquement par la méthode dite de l'«arbre décisionnel» («CATFIRM»: formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Cette méthode consiste à calculer, pour un groupe de population donné, la variable qui sépare le mieux les personnes avec dépressivité des personnes sans dépressivité (test du chi carré), puis à procéder ainsi pour chaque nouveau groupe formé jusqu'à l'obtention de groupes finals qu'il n'est plus possible de subdiviser de manière statistiquement significative. Ces groupes correspondent à différents types de population présentant des proportions différentes de personnes avec «dépressivité». Sur les 12'656 personnes interrogées qui ont répondu aux questions relatives à la dépression, 822 n'ont pas répondu à la question relative aux troubles physiques, de sorte que la présente analyse porte sur 11'843 personnes.

physiques modérés, qui ont moins de 65 ans, qui se sentent parfois seules et qui ont un problème de santé chronique forment le *groupe à haut risque 4* (42% avec symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants et qui se sentent très seules forment le *groupe à haut risque 8*; elles déclarent avoir des symptômes dépressifs dans 69% des cas environ. Lorsque le sentiment de solitude n'est qu'occasionnel – toujours chez les personnes qui ont des troubles physiques importants – l'élément décisif est la crainte de perdre son emploi. Les personnes qui ont cette crainte forment le *groupe à haut risque 9*, où la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs est de 50%. La proportion est beaucoup moins élevée chez les personnes qui pensent avoir une place de travail assurée (*groupe 10*, 32% avec symptômes). Les personnes qui ont des troubles physiques importants, qui ne se sentent jamais seules mais qui ont un problème de santé chronique sont également très touchées par les symptômes dépressifs. La tension psychique au travail joue chez elles un rôle décisif: les personnes qui sont exposées à une tension psychique importante forment le *groupe à haut risque 11*, où la part des personnes présentant des symptômes dépressifs atteint presque 47%. Une faible tension psychologique au travail va de pair, même combinée avec un problème de santé chronique, avec une proportion beaucoup plus faible de symptômes dépressifs (*groupe 12* avec 24% de symptômes).

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

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

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

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

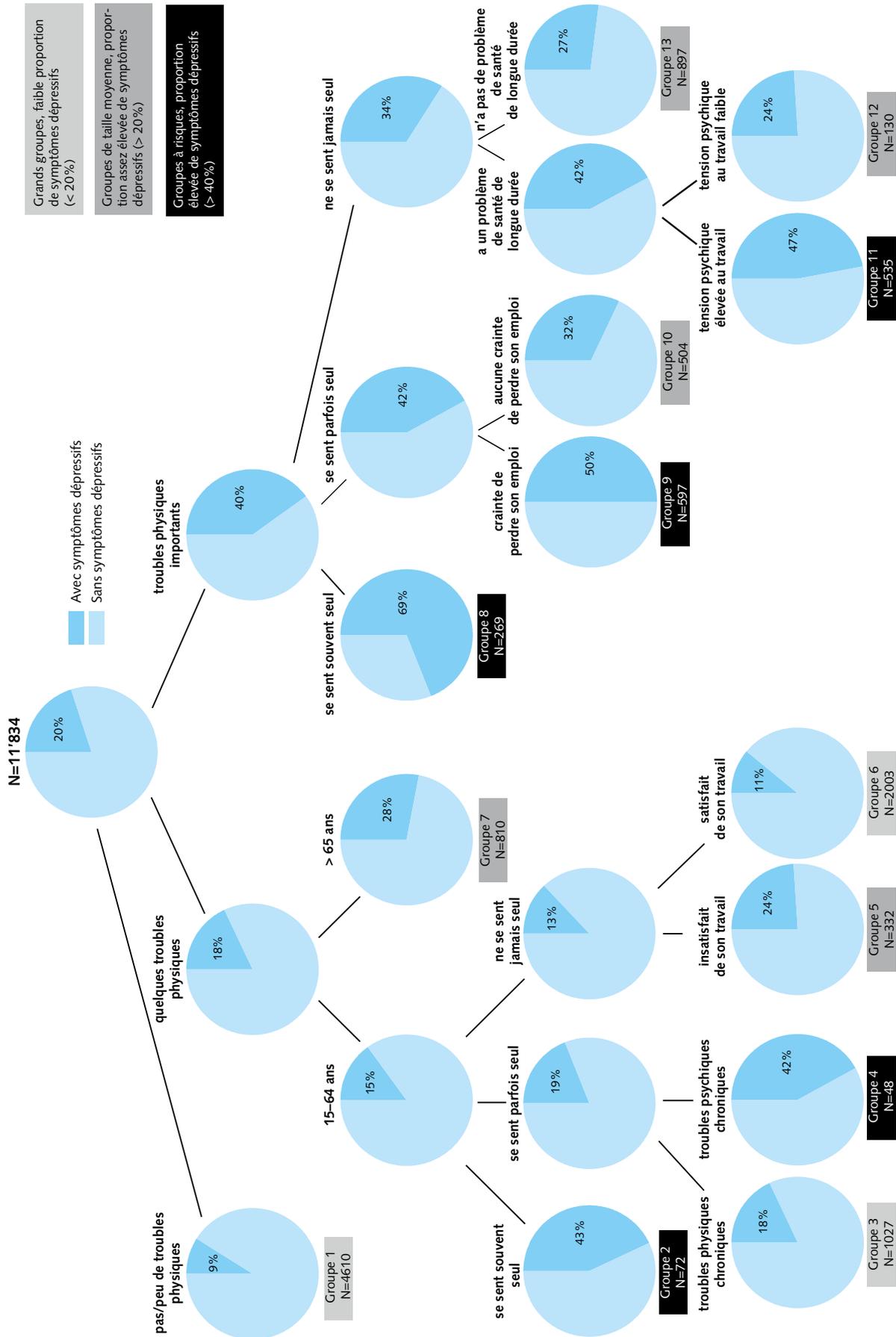
Il est intéressant de constater que le sexe ne fait pas partie des caractères discriminants, dans cette analyse, bien que le risque de dépressivité soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le sexe n'est certainement pas sans importance, mais il semble lié à d'autres caractéristiques – par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

Types non spécifiques et types spécifiques avec dépressivité

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

Fig. 5.1

Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse, 2007



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Autres caractéristiques des groupes à risque

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

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

Les personnes qui ont des symptômes dépressifs sont en moyenne un peu plus âgées dans le groupe de référence (groupe 1) que dans les groupes à risque, mais elles se distinguent très nettement des membres de ces

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

Le sexe, qui n'apparaissait pas dans l'analyse parmi les attributs classificatoires, apparaît néanmoins ici comme un facteur important: les femmes sont nettement surreprésentées, avec des proportions de 60 à 70%, dans

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

	Groupe 1 Pas/peu de troubles physiques (groupe de référence)	Groupe 2 Quelques troubles physiques, <65 ans, souvent seul	Groupe 4 Quelques troubles physiques, <65 ans, parfois seul, maladie chronique	Groupe 8 Troubles physiques importants, très seul	Groupe 9 Troubles physiques importants, parfois seul, peur de perdre son emploi	Groupe 11 Troubles physiques importants, pas de sentiment de solitude, maladie chronique, tension psychique importante au travail
Age moyen	50	40	45	48	50	61
Sexe féminin	43%	62%	43%	69%	71%	56%
Nationalité suisse	87%	69%	84%	75%	84%	92%
Dépression majeure	6%	54%	26%	47%	18%	11%
Nombre de symptômes dépressifs	4,2	6,6	6,5	7,9	6,5	5,3
Tension psychique élevée au travail	5%	60%	40%	80%	50%	27%
Sentiment moyen à élevé de maîtrise de la vie	71%	28%	29%	21%	38%	61%
Limitations importantes dans les activités quotidiennes	7%	22%	49%	45%	32%	42%
Pensées suicidaires	20%	58%	39%	60%	36%	32%
Traitements pour dépression, année écoulée	7%	29%	57%	53%	20%	15%
Nombre de visites chez le médecin, année écoulée	5	10	9	17	11	10
Séjours hospitaliers, année écoulée	14%	28%	11%	26%	20%	24%
Prise de somnifères, semaine écoulée	7%	28%	50%	35%	29%	26%
Prise d'antalgiques, semaine écoulée	29%	47%	25%	57%	49%	54%
Prise de tranquillisants, semaine écoulée	4%	8%	28%	36%	27%	19%
Prise d'antidépresseurs, semaine écoulée	9%	26%	56%	46%	25%	17%
Pratique du fitness, de la gymnastique, du sport (plusieurs fois par semaine ou tous les jours)	61%	33%	22%	32%	50%	44%

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

quatre des cinq groupes à risque. Le groupe 4, en revanche, se compose davantage d'hommes. Le nombre moyen de symptômes dépressifs est relativement élevé dans les groupes à risque: 6 à 8 symptômes en moyenne sur un total possible de 10. Il n'est donc pas surprenant que la proportion de personnes présentant une dépression cliniquement significative (dépression majeure) y soit clairement élevée (11%) à très élevée (54%). A noter également les proportions très élevées de personnes ayant des pensées suicidaires: entre un tiers et deux tiers des personnes, selon les groupes, ont pensé au suicide au cours des deux semaines précédant l'enquête.

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

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

Le groupe 8, qui n'est caractérisé que par deux variables (troubles physiques importants et solitude), est particulièrement touché par les symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 80% des personnes subissent une tension psychique importante, 60% ont eu des pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête

et près de la moitié remplissent les critères d'une dépression majeure. Ce sont fréquemment des femmes et des personnes qui ont rarement le sentiment de maîtriser leur vie, qui sont souvent limitées dans leurs activités et qui ont fréquemment consulté leur médecin au cours de l'année précédant l'enquête.

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

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

Dépression et troubles physiques

Symptômes dépressifs et douleurs physiques sont étroitement liés. Deux tiers environ des personnes dépressives disent avoir des troubles physiques et deux tiers de celles qui ont des problèmes physiques sont dépressives (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Romano & Turner, 1985). Chaque symptôme somatique supplémentaire double environ la probabilité qu'une personne souffre de troubles dépressifs (Kroenke et al., 1994). Trois quarts environ des patients dépressifs des médecins de famille décrivent leurs symptômes en des termes exclusivement physiques, ce qui complique considérablement le diagnostic (Bair et al., 2003). C'est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui, au lieu de parler d'abattement ou de tristesse, diront par exemple qu'elles ont des insomnies ou des idées de mort (Gallo et al., 1994). Par ailleurs, les personnes qui souffrent à la fois de douleurs physiques et de dépression ont, malgré un recours accru à la médecine, un pronostic nettement moins bon que les autres. La dépression nuit de manière significative au processus de guérison de maladies somatiques courantes comme les maladies cardio-vasculaires. La co-morbidité douleurs/dépression conduit en outre à des réductions particulièrement fortes de la mobilité, de l'activité et de l'aptitude au travail (Garcia-Campayo et al., 2008). On sait d'ailleurs qu'il existe des liens biologiques entre la douleur physique et la dépression: la

sensibilité à la douleur et la dépression sont influencées par les mêmes molécules chimiques (par exemple la sérotonine). Ainsi les antidépresseurs peuvent-ils diminuer aussi bien les symptômes dépressifs que la douleur (Bair et al., 2003; Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004). Enfin, il apparaît que la souffrance psychosociale (liée par exemple à l'exclusion ou à la solitude) est étroitement apparentée, neurobiologiquement, avec la douleur physique – les deux types de souffrance se manifestent dans la même région bien délimitée du cerveau (Eisenberger et al., 2003).

Dépression et solitude

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

Dépression et tension psychique au travail

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

Dépression et peur de perdre son emploi

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

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

5.2.1 Introduction

Comme nous l'avons relevé au point 3.2 de ce rapport, la part des personnes présentant un excès de poids (mesuré à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC)) en Suisse s'établit ces dernières années à 40% environ de la population totale. Si cette valeur est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays – aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, plus de la moitié de la population serait actuellement en surpoids (voir OECD, 2009) –, elle est tout de même inquiétante étant donné les risques pour la santé induits par la surcharge pondérale (voir OFSP, 2007c; WHO, 2000). Plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années pour promouvoir «un poids corporel sain». Elles ont été regroupées récemment dans le «Programme national alimentation et activité physique 2008-2012», développé par l'Office fédéral de la santé publique et par d'autres organisations (OFSP, 2007c). Ce programme montre l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante pour conserver ou recouvrer un poids corporel sain.

Nous présentons ici une analyse des facteurs qui ont une incidence sur les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. Cette analyse s'appuie sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007 concernant l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel et elle élargit la perspective, dans un but exploratoire, à d'autres aspects du mode de vie, des comportements individuels et de la situation sociale, considérés dans la littérature spécialisée (voir Eichholzer, 2003; OECD, 2009; OFS,

2007; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; WHO, 2000, 2003). Nous ne prendrons pas en considération des facteurs structurels généraux tels que l'offre de denrées alimentaires ou l'attitude de certains groupes affinitaires importants, car ces dimensions n'étaient pas incluses dans l'Enquête suisse sur la santé. Notre analyse s'appuie sur les chiffres relevés au niveau national. Le nombre d'observations au niveau cantonal étant insuffisant sur certains points, nous ne présenterons pas ici de résultats cantonaux.

5.2.2 Méthode

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

Les variables considérées sont l'activité physique, l'attention portée à l'alimentation, l'observation des recommandations nutritionnelles (5 portions de fruits et/ou légumes par jour), la consommation de viande et la consommation de liquides non alcoolisés (voir la figure 5.2). Si les rapports entre les trois premières de ces variables et la surcharge pondérale semblent clairs – on s'attend à ce qu'une activité physique plus intense, une plus grande attention portée à l'alimentation et une meilleure observation des recommandations nutritionnelles aillent de pair avec un poids corporel inférieur –, les rapports entre la surcharge pondérale et les deux autres variables – consommation de viande et consommation de liquides non alcoolisés – appellent quelques précisions. En ce qui concerne la consommation de viande, les spécialistes de l'alimentation établissent notamment un rapport entre les graisses (animales) et la surcharge pondérale (voir Eichholzer et al., 2005). Mais un paramètre lié au mode de vie pourrait également jouer un rôle: les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent en effet qu'il existe une corrélation entre la consommation de viande et un goût pour la bonne cuisine et pour une alimentation abondante, ce qui laisse supposer que la proportion de personnes en surcharge pondérale est supérieure à la moyenne parmi les

consommateurs réguliers de viande⁷⁴. En ce qui concerne la consommation de liquides, l'OMS (WHO, 2003: p. 57) signale que les boissons sucrées pourraient entraîner une aggravation des problèmes de poids car, à valeur énergétique égale, elles sont moins rassasiantes que les aliments solides. Autrement dit, lorsque les boissons sucrées représentent une part importante de la consommation de boissons non alcoolisées, elles peuvent accentuer les problèmes de poids.

Nous considérerons ensuite les variables compétences de santé⁷⁵, compétences de consommation, consommation d'alcool, charge physique au travail, et quelques variables comportementales (voir la figure 5.3). On peut s'attendre ici à ce que les personnes qui se soucient de leur alimentation, qui consomment peu d'alcool (dont l'apport énergétique est important) et qui sont physiquement actives auront en moyenne un poids corporel plus favorable (voir aussi WHO, 2003). Nous considérerons également les obstacles à une alimentation saine (nombre d'obstacles mentionnés par les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête) et la durée quotidienne des déplacements à pied ou à vélo: le premier de ces facteurs semble de nature à favoriser la surcharge pondérale, le second semble être plutôt favorable à un poids normal.

On peut supposer que ces différentes variables ne sont pas indépendantes les unes des autres. L'étape suivante de l'analyse consistera donc à déterminer au moyen d'un modèle statistique multivarié quelles corrélations sont assez fortes pour subsister lorsque l'on contrôle simultanément l'influence des autres variables. Il se pourrait, par exemple, que les variables de compétences en matière de santé et en matière d'alimentation mesurent à peu près la même chose et que leur rapport avec le poids corporel puisse se ramener en fait à une seule des deux variables. Pour tester ces questions, nous

⁷⁴ Invitées à citer, sur la base de dix réponses à choix, des obstacles possibles à une alimentation saine, 57% des personnes interrogées consommant souvent de la viande (au moins cinq fois par semaine) ont indiqué aimer «bien manger» et 21% ont répondu aimer «beaucoup manger». Parmi les personnes consommant rarement de la viande, les proportions sont respectivement de 25% et de 15% (n=12'788).

⁷⁵ Question ESS concernant les compétences en matière de santé: «On entend souvent dire que le système de santé devient de plus en plus compliqué. Avez-vous le sentiment de le connaître suffisamment pour vous y retrouver? Comment décririez-vous votre niveau de connaissances dans les deux domaines suivants:», réponses: très sûr(e) à très peu sûr(e).
a) Comportement individuel en matière de santé (p. ex. alimentation, exercice physique)
b) Habitudes de consommation (p. ex. achat d'aliments bons pour la santé, de compléments alimentaires, médicaments en vente libre)

établirons des modèles de régression logistique permettant d'évaluer le degré de corrélation entre les différentes variables et la surcharge pondérale ou l'obésité⁷⁶.

Comportements individuels et inégalités

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

Soulignons que les facteurs socio-économiques peuvent influencer le poids corporel d'une personne soit directement, soit indirectement par l'influence qu'ils exercent sur les comportements et sur les compétences de santé. Parmi les effets directs, il faut distinguer entre les effets «réellement directs» et les effets «apparemment directs». L'effet est réellement direct lorsque des

différences physiologiques dans le bilan énergétique de l'organisme entraînent des différences de poids corporel. L'effet n'est qu'apparemment direct lorsque le poids corporel est influencé par des schémas de comportements caractéristiques d'un sexe ou d'une couche sociale, comportements que l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de mettre en évidence. Dans ce cas, l'effet est en réalité indirect (la situation sociale de la personne influence son comportement, qui à son tour exerce une influence sur le poids corporel), mais on ne peut pas le prouver parce que la variable comportementale n'a pas été considérée dans l'ESS.

Par ailleurs, les relations entre le milieu social, les comportements et le poids corporel n'obéissent généralement pas à un modèle simple et linéaire, selon lequel un statut social élevé entraînerait automatiquement de meilleures compétences de santé et des comportements plus favorables, qui à leur tour favoriseraient un poids corporel normal. Ce type de corrélation peut certes exister, mais d'autres facteurs peuvent exercer des influences contraires (voir Stamm & Lamprecht, 2010). Considérons par exemple une personne bien formée exerçant une profession de la santé. On peut supposer que cette personne connaîtra les relations qui existent entre l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel. Mais si son horaire de travail ne lui laisse pas suffisamment de temps pour acheter et préparer des aliments sains et pour pratiquer un sport, l'effet favorable de sa formation sera annulé par l'effet défavorable de ses conditions de travail. Nous ne pourrions pas analyser ici des corrélations aussi complexes, mais nous chercherons à examiner, au moyen d'un modèle de régression logistique, quelles corrélations sont les plus fortes lorsqu'on considère simultanément différentes caractéristiques sociales et comportementales.

5.2.3 Résultats

La figure 5.2 montre les liens qui existent entre divers aspects des comportements alimentaires et de l'activité physique et la proportion de personnes ayant des problèmes de poids. La part des personnes en surcharge pondérale ou obèses est plus faible parmi les personnes qui ont une activité physique régulière, qui font attention à leur alimentation et qui consomment souvent des fruits et des légumes, que dans le reste de la population. L'inverse s'observe pour la consommation de viande et l'apport en liquide: plus une personne mange de viande et plus elle absorbe de liquide, plus la probabilité qu'elle soit en surpoids est élevée.

⁷⁶ La régression logistique permet d'expliquer une variable dichotomique – dans le cas présent: «poids normal vs surcharge pondérale (obésité incluse)» ou «poids normal ou légèrement excédentaire vs obésité» – par une série de variables dites indépendantes. Les effets des variables indépendantes sont contrôlés simultanément, c'est-à-dire que l'on élimine les variables qui ne fournissent aucune explication ou dont la force explicative est moins grande que celle d'autres variables. Les critères d'élimination sont, d'une part, le degré de signification des coefficients et, d'autre part, les variations de la force explicative du modèle lorsque certaines variables sont éliminées (log-likelihood). Pour déterminer si certaines variables doivent ou non être éliminées, nous avons utilisé d'abord les données non pondérées de l'ESS 2007, car le degré de signification des corrélations augmente avec le nombre d'observations. Si on avait utilisé dès le départ les données pondérées, on aurait couru le risque d'obtenir des corrélations non pertinentes. Mais dans les modèles définitifs, les paramètres ont été calculés sur la base des données pondérées. Les tableaux qui suivent comportent l'indication des «odds ratios» (avec un intervalle de confiance de 99%). Leur interprétation est relativement simple. L'«odds ratio» indique la probabilité avec laquelle un événement (p. ex. la surcharge pondérale ou l'obésité) se vérifie pour une variable donnée, par rapport à un groupe de référence. Dans le tableau 5.2, par exemple, l'«odds ratio» de 1,81 pour les personnes qui ont de faibles compétences en matière de santé signifie que ces personnes sont presque deux fois plus souvent (1,8 fois) atteintes de surcharge pondérale que les personnes qui ont de bonnes compétences en matière de santé. Pour la consommation de viande, l'«odds ratio» de 0,31 indique que les personnes qui mangent rarement de la viande ont un risque de surpoids nettement moins élevé (trois fois moins élevé) que celles qui mangent de la viande cinq fois par semaine ou plus.

Ces observations ne constituent toutefois qu'une tendance. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée ne permettent pas toujours d'éviter la surcharge pondérale ou l'obésité. Il existe par ailleurs une certaine marge d'imprécision dans la mesure de la surcharge pondérale et de l'obésité. L'indice de masse corporelle (IMC: poids corporel en kg/taille en m²), est un critère simple pour distinguer les personnes de poids normal (IMC < 25 kg/m²) des personnes en surcharge pondérale (25 ≤ IMC < 30 kg/m²) ou obèses (IMC ≥ 30 kg/m²), mais il néglige certains aspects de la problématique de la surcharge pondérale et de l'obésité (p. ex. la proportion de graisse dans le corps). Dans l'Enquête suisse sur la santé, l'IMC est en outre déterminé sur la base des informations fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner des distorsions.

Des problèmes de mesure se posent aussi pour l'activité physique et pour l'alimentation. Les indicateurs utilisés n'illustrent que de manière imparfaite les concepts d'«alimentation équilibrée» et d'«activité physique déterminante pour le poids». C'est le cas en particulier des indicateurs des comportements alimentaires. La fréquence de la consommation de fruits et de légumes ne renseigne pas sur le reste des habitudes alimentaires ni sur le bilan énergétique. Celui-ci peut être rompu, par exemple, si un morceau de chocolat est consommé avec

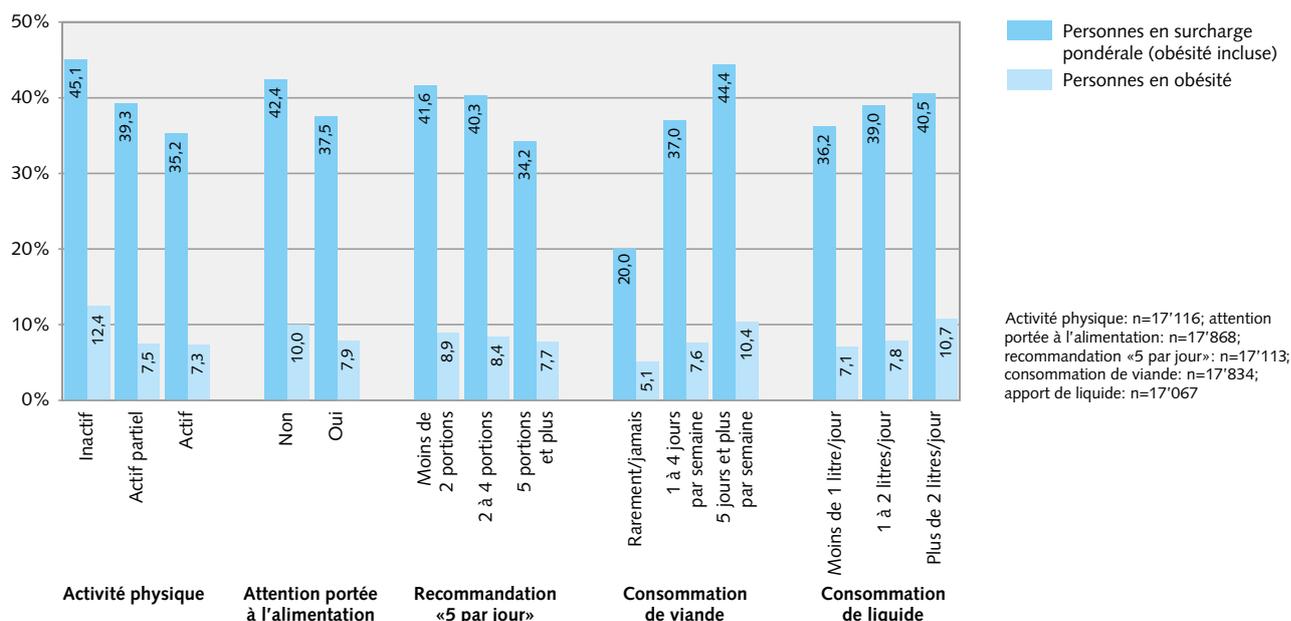
chaque pomme ou un morceau de fromage ou de pain avec chaque portion de légumes. En soi, consommer de la viande et des saucisses ne fait pas grossir, mais ce comportement est souvent associé, comme nous l'avons dit plus haut, à un mode de vie privilégiant une «alimentation abondante». Enfin, les résultats relatifs à la consommation de liquide semblent indiquer que les boissons sucrées ont bien, comme le suggère l'OMS (WHO, 2003), un effet défavorable sur le poids corporel.

Compétences en matière de santé, mode de vie et poids corporel

Plusieurs autres facteurs liés aux compétences individuelles et au mode de vie peuvent avoir une incidence sur le poids corporel. Les liens entre certains de ces facteurs et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité sont présentés dans la figure 5.3. On observe clairement un lien entre les compétences de santé et de consommation et la fréquence des cas de surcharge pondérale et d'obésité. On constate également que les personnes qui boivent plus d'alcool et celles qui mentionnent plus d'obstacles à une alimentation saine sont plus souvent que les autres en surcharge pondérale (mais ne sont pas forcément plus souvent obèses, du moins pour celles qui boivent plus d'alcool).

Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation
Suisse, 2007 (18 ans et plus)

Fig. 5.2



Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique (p < 0,01).
Pour les définitions des variables, voir point 3.2.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Pour la charge physique au travail, considérée comme un indicateur approximatif de la sédentarité, le rapport est exactement l'inverse de celui auquel on pouvait s'attendre: les personnes qui ont un travail physiquement éprouvant sont plus souvent en surpoids que celles qui exercent une activité professionnelle peu ou moyennement éprouvante, ce qui peut s'expliquer notamment par l'effet du niveau de formation ou du style de vie. Enfin, la figure 5.3 montre qu'il existe un lien entre les déplacements quotidiens à pied ou à vélo et le poids corporel.

Pour tous les indicateurs considérés dans les figures 5.2 et 5.3, la question se pose de savoir lesquels ont, indépendamment d'autres facteurs, un rapport de corrélation particulièrement fort avec le poids corporel. Il se pourrait en effet que les indicateurs relatifs aux compétences individuelles et au mode de vie, présentés dans la figure 5.3, mesurent plus ou moins la même chose que ceux relatifs aux comportements alimentaires et à la

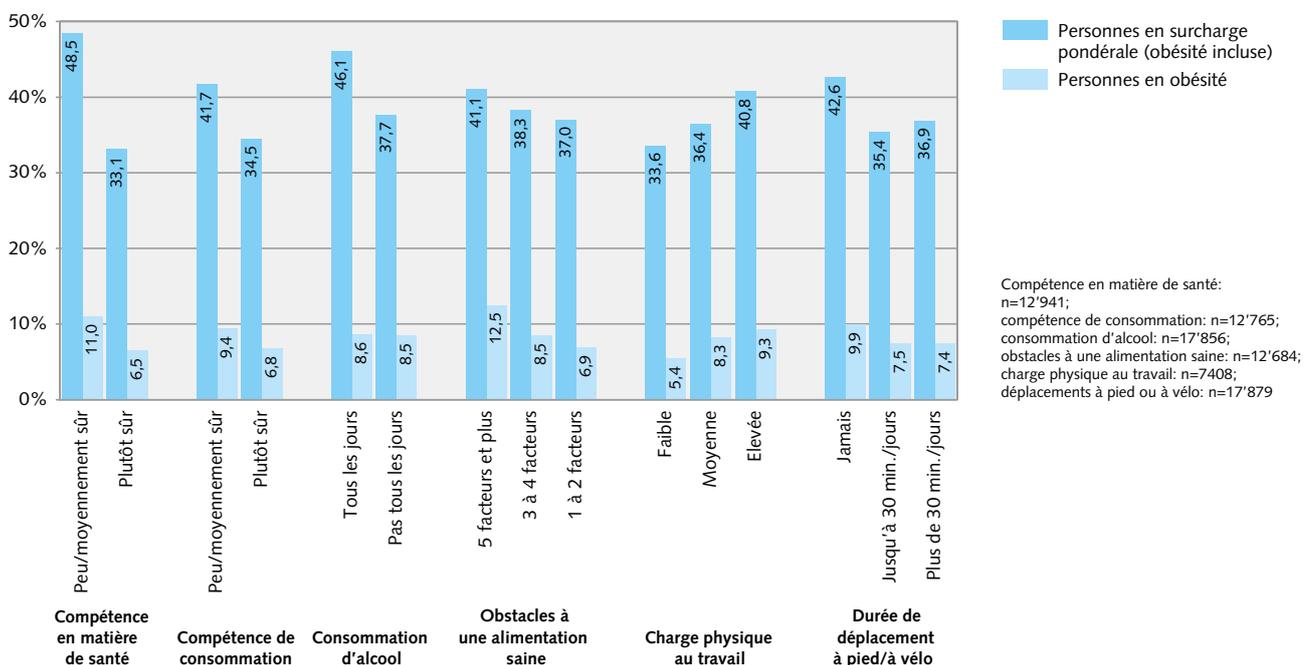
mobilité, présentés plus haut. Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un modèle de régression logistique multivarié, qui permet de tester simultanément les rapports entre ces différentes variables et l'excès de poids.

Le tableau 5.2 présente les résultats de cette analyse, qui peuvent se résumer comme suit:

- Des corrélations significatives existent entre la surcharge pondérale – éventuellement l'obésité – et l'activité physique, la consommation de viande, d'alcool et de liquide, les compétences de santé, le nombre mentionné d'obstacles à une alimentation saine et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo.
- L'absence d'activité physique, ou une activité seulement occasionnelle, et le sentiment de manquer de connaissances en matière de santé, vont de pair avec une probabilité plus élevée d'être atteint de surcharge pondérale ou d'obésité. Pour les autres variables, on observe les corrélations suivantes: plus la consomma-

Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)

Fig. 5.3



Compétence en matière de santé: n=12'941;
compétence de consommation: n=12'765;
consommation d'alcool: n=17'856;
obstacles à une alimentation saine: n=12'684;
charge physique au travail: n=7408;
déplacements à pied ou à vélo: n=17'879

Définition des variables utilisées:

- Pour les définitions des variables, voir point 3.1 (attention et compétence en matière de santé), 3.3 (consommation d'alcool), 4.2 (charge physique au travail)
- Evaluation des compétences en matière de santé et de consommation: Les exemples cités dans la question concernant les connaissances en matière de consommation se réfèrent avant tout à l'achat d'aliments; cette question peut donc être considérée comme une approximation des connaissances en alimentation.
- Obstacles à une alimentation saine: réponses cumulées à la question: «De nombreuses personnes, dont vous faites peut-être partie, estiment qu'il est important de se nourrir sainement. Voyez-vous des obstacles pour quelqu'un voulant se nourrir sainement?». Les personnes interrogées devaient indiquer pour 10 éléments s'il s'agissait d'un obstacle ou non.
- Déplacements à pied/à vélo: indice basé sur deux questions: moyens de locomotion pour les trajets quotidiens (à pied et/ou à vélo) et durée de ces déplacements (en min.).
- Tous les liens présentés sont fortement significatifs du point de vue statistique ($p < 0,01$).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
Comportements	Activité physique	Inactif	1,21 (1,20–1,22)	1,76 (1,73–1,78)
		Actif partiel	1,20 (1,19–1,21)	1,08 (1,07–1,1)
	Habitudes alimentaires: 5 fruits/légumes par jour	<5 par jour	n.s.	n.s.
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,31 (0,31–0,32)	0,38 (0,36–0,39)
		1–4 fois/semaine	0,73 (0,72–0,73)	0,66 (0,65–0,67)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,74 (0,74–0,75)	n.s.
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	0,77 (0,77–0,78)	n.s.
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,53 (0,52–0,54)
3–4 facteurs		0,90 (0,89–0,91)	0,68 (0,67–0,68)	
Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,13 (1,13–1,14)	n.s.	
	1–30 min./jour	0,85 (0,85–0,86)		
Compétences	Attention portée à l'alimentation	Aucune attention	n.s.	n.s.
	Compétences de consommation	Peu ou moyennement sûr	n.s.	n.s.
	Compétences en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Constante		0,87	0,14
	R ² de Nagelkerke		0,06	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=11'610

* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre par jour et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour.

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page du point 5.2.2.

tion de liquide, d'alcool ou de viande est importante, et plus les obstacles mentionnés à une alimentation saine sont nombreux, plus la probabilité de surcharge pondérale, voire d'obésité, augmente⁷⁷.

- La consommation d'alcool, la consommation de liquides non alcoolisés et les déplacements quotidiens à pied ou à vélo sont corrélés avec la surcharge pondérale, mais pas avec l'obésité. On observe ici encore qu'une consommation accrue de liquide tend à être associée avec un poids corporel plus élevé, ce qui est probablement lié à l'absence de distinction entre boissons sucrées et boissons non sucrées.
- L'attention portée à l'alimentation, l'observation de la consigne «5 fruits et légumes par jour» et les compétences de consommation ne sont pas corrélées de manière significative avec la surcharge pondérale ni avec l'obésité. Dans les analyses plus simples présen-

tées au point 3.2 et dans les figures 5.2 et 5.3, ces indicateurs paraissent être en rapport avec le poids corporel, mais dans le modèle multivarié, leur influence apparente semble mieux s'expliquer par l'effet d'autres variables (voir aussi le point 5.2.4).

Inégalités sociales et poids corporel

Comme le montre la dernière ligne du tableau 5.2, les modèles multivariés ne contribuent que modérément à expliquer la fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité en Suisse. Cela est imputable à l'imprécision des mesures, comme nous l'avons dit plus haut, mais également, comme les résultats semblent l'indiquer, à l'influence d'autres facteurs. Faute de données concernant le niveau structurel supérieur, nous ne pouvons pas tester ici un modèle complet, mais nous pouvons examiner quelles corrélations existent entre le surpoids et des variables sociodémographiques et socio-économiques lorsqu'on considère simultanément l'influence des variables relatives aux comportements et aux compétences en matière de santé.

⁷⁷ Nous avons dû renoncer ici, en raison des dimensions de notre étude, à présenter les modèles tenant compte de la charge physique au travail. Lorsqu'on fait intervenir cette variable, le nombre de cas considérés baisse nettement, puisque l'analyse ne peut alors porter que sur les personnes actives. L'analyse confirme toutefois le résultat présenté dans la figure 5.3: une plus lourde charge physique au travail est souvent associée à un poids corporel plus élevé.

Ce sont surtout l'âge et le sexe qui sont étroitement corrélés avec les comportements en matière de santé et avec le poids corporel. Le niveau de formation et la profession (catégorie socioprofessionnelle) jouent aussi un rôle important, tandis que le revenu d'équivalence du ménage et la nationalité semblent secondaires.

La question est de savoir si ces facteurs exercent une influence indépendamment les uns des autres ou si leurs influences se recoupent, s'additionnent ou se compensent. Par exemple, il est possible que l'effet de la formation et de l'âge s'annulent – lorsque ces deux variables sont considérées simultanément – par suite de l'augmentation constante du niveau de formation en Suisse. Autrement dit, comme les jeunes en Suisse ont en

moyenne un niveau de formation supérieur à celui des personnes plus âgées, il se pourrait que ces deux variables mesurent à peu près la même chose et qu'elles se neutralisent. La question peut être examinée à l'aide d'un modèle statistique multivarié dans lequel les effets des variables considérées sont testés en contrôlant simultanément les autres variables.

Le tableau 5.3 présente les résultats de cette analyse pour la surcharge pondérale (obésité incluse) et pour l'obésité seule. Il suffit de considérer l'ordre de grandeur des «odds ratios» pour constater le rôle particulièrement important que jouent la consommation de viande, les compétences de santé, l'âge, le sexe (seulement pour la surcharge pondérale) et la formation. Mais il faut noter

Tab. 5.3 Corrélatons multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)

	Variable	Catégorie*	Surcharge pondérale (obésité incluse) (odds ratios et intervalle de confiance)**	Obésité (odds ratios et intervalle de confiance)**
Comportements et compétences de santé	Activité physique	Inactif	1,12 (1,11–1,13)	1,51 (1,49–1,53)
		Actif partiel	1,22 (1,22–1,23)	1,07 (1,05–1,08)
	Consommation de viande	Rarement, jamais	0,41 (0,40–0,41)	0,41 (0,40–0,43)
		1–4 fois/semaine	0,78 (0,78–0,79)	0,66 (0,65–0,66)
	Consommation de liquide	Moins de 1 litre	0,71 (0,70–0,71)	0,66 (0,66–0,67)
	Compétence en matière de santé	Peu ou moyennement sûr	1,67 (1,66–1,68)	1,50 (1,48–1,51)
	Consommation d'alcool	Pas tous les jours	1,32 (1,31–1,33)	1,30 (1,28–1,32)
	Obstacles à une alimentation saine	1–2 facteurs	0,66 (0,66–0,67)	0,44 (0,43–0,45)
		3–4 facteurs	0,85 (0,84–0,86)	0,66 (0,65–0,67)
Déplacements à pied ou à vélo	Aucun	1,12 (1,10–1,12)	1,31 (1,30–1,33)	
	1–30 min./jour	0,90 (0,90–0,91)	0,94 (0,92–0,95)	
Caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques	Sexe	Masculin	2,42 (2,40–2,43)	n.s.
	Age	18–34 ans	0,23 (0,23–0,24)	0,34 (0,34–0,35)
		35–49 ans	0,48 (0,48–0,49)	0,66 (0,65–0,67)
		50–64 ans	0,87 (0,84–0,86)	1,10 (1,08–1,12)
	Degré d'urbanisation	Ville	0,88 (0,87–0,89)	n.s.
	Formation	Scolarité obligatoire	1,88 (1,86–1,91)	1,86 (1,82–1,90)
		Degré secondaire II	1,16 (1,15–1,17)	1,56 (1,54–1,58)
	Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	1,29 (1,28–1,30)	1,33 (1,31–1,35)
		De 3000 à 4499 CHF	1,27 (1,26–1,28)	1,26 (1,25–1,29)
De 4500 à 5999 CHF		1,11 (1,10–1,12)	0,99 (0,97–1,01)	
Constante			0,59	0,10
R ² de Nagelkerke			0,17	0,08

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=11'309

Variables non significatives éliminées du modèle: attention portée à l'alimentation, recommandation «5 par jour», compétence de consommation, nationalité, sexe (seulement pour l'obésité), degré d'urbanisation (seulement pour l'obésité).

* Catégories de référence pour le calcul des coefficients: activité physique: actif; consommation de viande: 5 fois par semaine et plus; consommation de liquide: 1 litre et plus; compétence en matière de santé: sûr ou très sûr; consommation d'alcool: tous les jours ou plusieurs fois par jour; obstacles à une alimentation saine: 5 facteurs et plus; déplacements à pied ou à vélo: plus de 30 min. par jour; sexe: féminin; âge: 65 ans et plus; degré d'urbanisation: campagne; formation: degré tertiaire; revenu d'équivalence du ménage: 6000 CHF et plus.

** Intervalles de confiance avec $p < 0,01$; pour l'interprétation des «odds ratios», voir la note de bas de page du point 5.2.2.

une fois encore que ces corrélations pourraient être liées à des aspects du mode de vie qui n'ont pas été pris en considération: par exemple, une forte consommation de viande pourrait refléter un mode de vie caractérisé par une nourriture abondante ou des préférences spécifiques au sexe ou à la génération pour certaines formes d'alimentation ou d'activité physique.

Les autres variables considérées dans le tableau ont un effet assez faible, voire nul, lorsque l'effet des autres caractéristiques est corrigé simultanément. Les facteurs consommation de liquide et consommation d'alcool méritent ici encore d'être relevés: les personnes qui consomment peu de liquides non alcoolisés – donc peu de boissons sucrées – tendent à être plus rarement en surcharge pondérale ou obèses. Celles qui consomment rarement de l'alcool tendent plutôt à être en surpoids, si l'on contrôle simultanément les autres facteurs – ce qui contredit les résultats bivariés présentés plus haut. Une analyse plus approfondie montre, pour la consommation d'alcool, des corrélations différentes selon les sexes: chez les hommes, une forte consommation d'alcool est généralement associée à une proportion élevée de personnes en surcharge pondérale; chez les femmes, la relation est inverse. Enfin, il est intéressant de constater que le poids corporel ne présente plus ici de corrélation significative avec l'observation de la consigne «5 par jour», avec l'attention portée à l'alimentation, ni avec les compétences de consommation.

5.2.4 Discussion

Les modèles statistiques expliquent près de vingt pour cent des différences observées dans la distribution de la surcharge pondérale, et environ la moitié pour l'obésité. Ces proportions sont importantes si l'on considère la simplicité des méthodes de mesure des différentes variables – auto-évaluation du poids corporel, relevé probablement trop sommaire de la consommation de liquide, etc. – et la complexité de leurs interactions, dont les modèles ne peuvent rendre compte qu'imparfaitement.

Les résultats présentés dans ce chapitre concordent avec ceux publiés dans la littérature spécialisée. De nombreuses études montrent que divers facteurs sociodémographiques et socio-économiques exercent une influence considérable sur le poids corporel, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du mode de vie et des compétences individuelles dans le domaine de la santé (voir p. ex. Eichholzer, 2003; H. Stamm & M. Lamprecht, 2009). Nos résultats correspondent également aux ordres de grandeur attendus en ce qui concerne les rap-

ports entre le surpoids et les compétences de santé, l'activité physique, les obstacles à une alimentation saine et la surcharge pondérale, (voir OECD, 2009; OFS, 2006; WHO, 2003).

L'évaluation des résultats concernant l'attention portée à l'alimentation et les comportements alimentaires est un peu plus délicate. Le fait que la corrélation entre le poids corporel et l'observation de la consigne «5 par jour», le souci d'une alimentation saine et les compétences de consommation, disparaisse dans un modèle multivarié ne laisse pas d'étonner, tant les recommandations destinées à favoriser un poids corporel semblent raisonnables (voir OFSP, 2007c, 2008a; WHO, 2003). Comme nous l'avons indiqué, ces résultats surprenants pourraient s'expliquer en grande partie par la simplicité des méthodes de mesure utilisées. Les comportements alimentaires devraient assurément faire l'objet d'une description plus précise, comme celle qui est prévue dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS), programmée par l'OFSP pour 2012. Les résultats présentés plus haut indiquent qu'une plus forte consommation de liquides non alcoolisés est fréquemment associée à un poids corporel plus élevé. Ce n'est que lorsque nous disposerons de données plus précises sur la composition des liquides consommés que nous pourrions apprécier correctement ce résultat (voir aussi WHO, 2003). Même remarque pour la consommation de viande: il est probable que c'est moins la viande en elle-même que certains aspects du mode de vie des personnes qui consomment fréquemment de la viande qui expliquent la corrélation entre cet indicateur et la surcharge pondérale. Les analyses que permettra le projet NANUSS, ainsi que les résultats de plusieurs évaluations portant sur les programmes de prévention de la surcharge pondérale actuellement en cours, permettront d'éclaircir ces questions.

En conclusion, il convient de souligner que, si les corrélations observées sont souvent modestes, elles ne doivent cependant pas être sous-estimées, car elles peuvent, en s'additionnant, produire des effets considérables. On peut le montrer en comparant deux groupes de population opposés. Le groupe des femmes jeunes (jusqu'à 34 ans) qui mangent rarement de la viande, qui bénéficient de compétences élevées en matière de santé et qui pratiquent des activités physiques (n=99), ne comporte que six pour cent de personnes en surcharge pondérale et une part négligeable de personnes obèses. Le groupe opposé, celui des hommes de 50 ans ou plus qui n'ont pas d'activité physique, qui ont de faibles compétences en matière de

santé et qui consomment beaucoup de viande (n=54), comporte 67% de personnes en surcharge pondérale, et parmi elles plus de la moitié (36%) sont obèses. Cet exemple simple montre que même des corrélations qui, prises isolément, semblent relativement faibles, peuvent prendre une importance considérable lorsque les différents facteurs se combinent. Cette conclusion suggère aussi que les stratégies «multidimensionnelles» actuellement adoptées dans la prévention de la surcharge pondérale vont dans le bon sens: il ne semble pas y avoir de «panacée» contre la surcharge pondérale, mais les approches axées d'une part sur la sensibilisation et sur les comportements, d'autre part sur les aspects relationnels et structurels, s'annoncent prometteuses.

5.3 Résumé

Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs subcliniques, qui peuvent être les signes avant-coureurs d'une dépression ultérieure, sont très répandus dans la population. Sans gravité pour les personnes qui jouissent d'une bonne santé physique et d'une bonne intégration sociale et professionnelle, ces symptômes ne doivent pas être sous-estimés comme signes précurseurs de maladies dépressives plus sévères. Pour identifier des groupes spécifiques de population particulièrement exposés au risque de dépression, on a procédé, sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé, à une analyse de classification qui a mis en évidence plusieurs groupes à haut risque. Ces résultats mériteraient d'être étudiés dans le cadre de projets plus approfondis ou, pour ce qui est de leurs conséquences pratiques, dans le cadre des projets existants («Alliance contre la dépression» ou projets analogues).

Les groupes à risque qui ont été identifiés se caractérisent par une tension psychique élevée, par des pensées suicidaires fréquentes, par des limitations marquées dans les activités quotidiennes et par un recours relativement important au système de santé. Quelques caractéristiques permettent de répartir les personnes atteintes de symptômes dépressifs en des groupes clairement définis. La concomitance de troubles physiques importants et d'un sentiment de solitude marqué, par exemple, définit un groupe de population dans lequel 70% des personnes déclarent avoir des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 45% des personnes remplissent les critères d'une dépression clinique, 80% sont soumises à une tension psychique importante, 60% ont pensé au suicide au

cours des deux semaines précédant l'enquête et 49% sont limitées dans leurs activités quotidiennes. Globalement, les facteurs suivants sont déterminants: troubles et douleurs somatiques (chroniques), sentiment de solitude, insécurité de l'emploi, insatisfaction au travail et tension psychique au travail. Même si les relations entre la dépression et ces facteurs sont complexes et dynamiques, nos résultats montrent dans quels domaines des mesures de prévention secondaire ou de dépistage peuvent s'avérer utiles (de telles mesures existent en partie déjà). Il est possible d'agir au niveau des traitements des médecins généralistes, éventuellement dans le cadre des services destinés aux personnes atteintes de problèmes de santé chroniques (p. ex. au travers des soins à domicile), sur le lieu de travail, et peut-être aussi dans les quartiers d'habitation. Nos résultats indiquent enfin qu'il faut bien réfléchir au degré de spécificité des mesures de prévention à mettre en œuvre. Il existe des groupes de population importants où la proportion de personnes dépressives est faible, des groupes de taille moyenne où la proportion de personnes dépressives est moyenne ou supérieure à la moyenne et des groupes restreints présentant des proportions très élevées de personnes dépressives. Des mesures ciblées seraient de nature à apporter une aide accrue surtout aux groupes de population moyennement touchés (intervention précoce) et aux groupes à risque (prévention secondaire).

Poids corporel, comportements pouvant influencer la santé et inégalités sociales

Sur la base des résultats relatifs à l'alimentation, à l'exercice physique et au poids corporel, des corrélations ont été établies avec d'autres aspects des compétences de santé, du mode de vie et de la situation sociale; l'importance respective de ces facteurs a été testée au moyen d'un modèle statistique multivarié.

L'analyse montre que le poids corporel est influencé par différents aspects des compétences auto-déclarées et des comportements dans le domaine de la santé, mais aussi et surtout par des facteurs sociaux, et en particulier par l'âge et le sexe. Ces conclusions concordent avec les résultats de nombreuses études sur le sujet. Les modèles statistiques expliquent près de 20 pour cent des différences observées pour la surcharge pondérale, et environ la moitié des différences observées pour l'obésité. Il est surprenant de constater que les effets des comportements alimentaires et de l'activité physique semblent faibles. On ne peut toutefois pas en conclure que les interventions actuelles axées sur ces comportements

n'auront qu'une efficacité limitée. Contre une telle conclusion, on peut avancer premièrement que les résultats de l'Enquête suisse sur la santé manquent de précision dans le domaine des comportements alimentaires et de l'activité physique. Des données plus précises, permettant également de définir l'apport énergétique global, seront disponibles dans quelques années dans le cadre du projet d'étude nationale sur la nutrition (NANUSS) de l'OFSP. Deuxièmement, on observe des liens indéniables entre les comportements alimentaires, l'exercice physique, divers aspects du mode de vie et le poids corporel d'une part, la situation sociale et les conditions de vie d'autre part. Il convient d'en tenir compte dans les interventions visant à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique suffisante; il semble souhaitable de développer des mesures spécifiques en fonction des conditions de vie et des facteurs contextuels des groupes de population visés.

6 Recours aux services de santé

Stéphane Luyet, Marcel Widmer, Hélène Jaccard Ruedin et France Weaver

Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé de la population fribourgeoise en fonction de ses caractéristiques sociodémographiques et de son état de santé auto-rapporté. Une étude de l'Observatoire de la santé montre que les principaux facteurs associés au recours aux soins sont l'âge, le sexe et l'état de santé auto-évalué: les femmes, les personnes âgées et celles jugeant leur état de santé mauvais ont la plus forte probabilité de recourir à des soins (Jaccard Ruedin et al., 2007). La nationalité et le niveau d'éducation ou le niveau économique (estimé au travers du niveau de formation ou du revenu d'équivalence du ménage) sont plutôt associés au recours au spécialiste ou à certaines interventions chirurgicales, comme par exemple l'ablation des amygdales plus élevée parmi les Suisses ayant un niveau élevé d'éducation (Bisig et al., 2004; Domenighetti & Bisig, 1995; Domenighetti & Casabianca, 1997; Domenighetti et al., 1989). Ce chapitre reprend donc ces différentes variables sans toutefois procéder à une analyse multivariée, qui examinerait l'influence spécifique de chacune d'entre elles. En principe, seules les différences importantes sont mentionnées dans le texte.

Dans le rapport «La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002» (Obsan, 2006), le recours aux services de santé était examiné pour la Suisse romande et le Tessin. Dans le présent rapport, les services de santé retenus sont les mêmes que dans ce précédent rapport mais les perspectives choisies diffèrent parfois, limitant les possibilités de comparaisons temporelles.

Il aurait été intéressant d'examiner le recours simultané à différents services, mais une telle analyse aurait dépassé le cadre de ce travail. L'on aborde donc séparément le recours aux services suivants, durant les douze mois précédant l'enquête:

1. Consultations médicales en cabinet,
2. Tests de dépistage des maladies chroniques ou des cancers et vaccination contre la grippe,
3. Médecine complémentaire,
4. Services hospitaliers, ambulatoires et intra-muros,
5. Aide à domicile (services Spitex et aide informelle).

6.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'Enquête suisse sur la santé est la seule source de données qui fournisse des indications sur la population qui ne fait pas appel aux services de santé, soit parce qu'elle n'en a pas besoin, mais peut-être aussi parce qu'elle n'y a pas accès. C'est pourquoi cette première partie examine spécifiquement la population qui n'a pas consulté de médecin (spécialiste et gynécologue inclus) au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau 6.1). Pour rappel, tous les résultats se basent sur des données auto-rapportées par les personnes interrogées.

Parmi la population fribourgeoise, 89,5% des répondants déclarent avoir un médecin de famille. Cette proportion est légèrement plus élevée que parmi la population suisse, dont 87,9% rapportent avoir un médecin de famille (n.s.).

Presque un quart de la population fribourgeoise rapporte ne pas avoir consulté de médecin dans les douze mois précédant l'enquête

Dans le canton de Fribourg, presque une personne sur quatre dit ne pas avoir consulté de médecin en cabinet durant les douze mois précédant l'enquête, une proportion supérieure à la moyenne suisse (24,0% vs 21,6%). On constate que cette différence est due aussi bien aux Fribourgeoises (17,8% vs 14,8%) qu'aux Fribourgeois (30,4% vs 28,7%). La population fribourgeoise consulte donc un peu moins que la population suisse (n.s.).

La part des répondants du canton de Fribourg de plus de 50 ans disant ne pas consulter est supérieure à celle des Suisses dans leur ensemble

Ce sont surtout les Fribourgeoises et les Fribourgeois âgés de plus de 50 ans qui recourent moins aux consultations médicales que la population suisse (28,5% vs 20,7% pour la population de 50-64 ans ; n.s.). Par rapport au reste de la Suisse, la part de la population fribourgeoise disant ne pas avoir consulté est significative-

ment plus élevée parmi les personnes de nationalité suisse, alors que cette part est légèrement inférieure dans le cas des personnes étrangères (résultats à interpréter avec prudence car il y a moins de 30 observations parmi les non-Suisses). Parmi les personnes qui disent ne pas avoir de médecin de famille, près d'une personne sur deux ne mentionnent pas de consultation tandis que, parmi celles qui disent en avoir un, cette part diminue à une personne sur cinq (différences non significatives par rapport à la Suisse).

En comparaison avec ses voisins ou avec la grande région englobant Fribourg (l'espace Mittelland), la part

des personnes qui ne consultent pas est plus élevée dans le canton de Fribourg, mais ces différences ne sont statistiquement significatives qu'avec le canton de Berne.

La figure 6.1 révèle qu'un habitant du canton de Fribourg sur quatre (25,9%) mentionnant souffrir de troubles physiques modérés (selon l'indice de troubles physiques défini au chapitre 2.2.2), dit ne pas avoir consulté de médecin durant l'année précédant l'enquête, une proportion significativement supérieure à celle observée en Suisse (19,7%). Cette part tombe à près d'une personne sur dix (11,5%) dans le cas des troubles importants, une proportion comparable à celle observée

Tab. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		FR	CH
Total		24,0	21,6
Sexe	Femmes	17,8	14,8
	Hommes	30,4	28,7
Classes d'âge	15–34 ans	23,3	23,9
	35–49 ans	25,1	26,0
	50–64 ans	28,5	20,7
	65 ans et plus	(15,6)	11,3
Formation	Scolarité obligatoire	27,1	19,7
	Degré secondaire II	23,0	21,6
	Degré tertiaire	24,4	22,4
Nationalité	Suisses	24,0	20,7
	Etrangers	(24,1)	25,2
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	25,7	22,5
	De 3000 à 4499 CHF	20,0	20,9
	De 4500 à 5999 CHF	23,5	20,2
	CHF 6000 et plus	(24,6)	20,8
Degré d'urbanisation	Ville	25,3	20,9
	Campagne	22,5	23,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	25,7	23,8
	Moyenne à très mauvaise	.	5,2
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	29,3	30,2
	Quelques troubles	25,9	19,7
	Troubles importants	(11,5)	11,3
A un médecin de famille	Oui	21,1	18,9
	Non	47,6	41,3
S'est rendu aux urgences d'un hôpital	Oui	(8,7)	5,3
	Non	25,8	23,4
Comparaison régionale	Fribourg		24,0
	Suisse		21,6
	Berne		20,0*
	Vaud		22,8
	Espace Mittelland		21,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1003 (FR), n=17'656 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

dans le reste de la Suisse (n.s.). Ce dernier pourcentage est à prendre avec précaution, car il y a moins de 30 observations. Par contre, au niveau suisse, il semble y avoir peu de personnes qui considèrent leur état de santé comme mauvais et qui n'aient pas consulté (5,2%, tableau 6.1). En ce qui concerne le canton de Fribourg, le nombre d'observations est insuffisant.

Les Fribourgeoises sont moins nombreuses que les Fribourgeois à ne pas consulter lorsqu'elles souffrent de peu de troubles (19,9% vs 36,3%) ou de troubles importants (8,6% vs 15,5%; n.s.). La même différence est observée sur le plan suisse (pas ou peu de troubles: 21,4 vs 36,2% et troubles importants: 9,3% vs 14,9%).

La part de la population qui dit ne pas avoir consulté de médecin a diminué depuis 2002

Depuis 2002, la part de la population qui dit ne pas avoir consulté a diminué, tant dans le canton de Fribourg (de 29,2% à 24,0%) qu'au niveau suisse (de 25,3% à 21,6%). Dans le canton de Fribourg, cette baisse est plus importante pour les hommes que pour les femmes (-10,1% vs 1,2%). Cette diminution est plus marquée parmi les personnes qui déclarent souffrir de peu de troubles physiques (-11,6%) que celles disant souffrir de quelques troubles (-1,3%) ou de troubles importants (-3%) (figure 6.1).

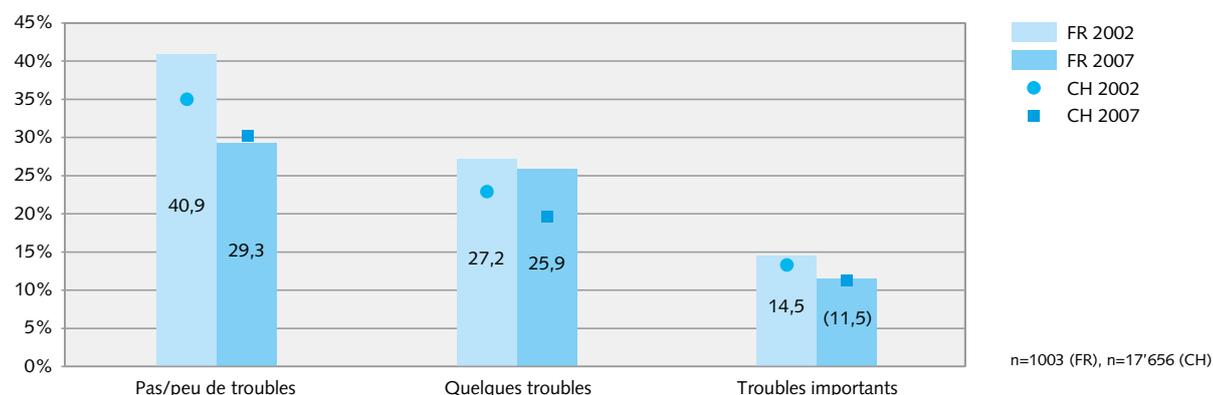
La moitié de la population qui a consulté un médecin durant les douze mois précédant l'enquête a consulté entre une et trois fois

Cette partie se concentre uniquement sur la population qui mentionne avoir consulté au moins une fois un médecin en cabinet (médecin de famille, médecin généraliste, médecin gynécologue et médecin spécialiste⁷⁸). Si l'on examine le nombre rapporté de consultations par habitant, on constate dans tous les cantons, y compris celui de Fribourg, que la moitié de la population *qui consulte*, consulte trois fois ou moins dans l'année. Cette intensité correspond à l'intensité médiane des consultations en cabinet. L'intensité moyenne des consultations en cabinet par habitant du canton de Fribourg est pour sa part inférieure à la moyenne suisse (4,9 visites par année vs 5,2, n.s.). Le fait que l'intensité moyenne soit supérieure à l'intensité médiane s'explique par le fait que certains habitants mentionnent un nombre particulièrement élevé de consultations. Cette différence entre valeur médiane et valeur moyenne est plus marquée pour l'ensemble de la Suisse que pour le canton de Fribourg. Dans le tableau 6.2, l'analyse du recours selon les déterminants est réalisée pour trois groupes de patients:

- Consulte peu: une à deux consultations;
- Consulte modérément: trois à cinq consultations;
- Consulte beaucoup: six consultations et plus.

Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.1



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)
 Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête.

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

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁷⁸ Le questionnaire parle de médecin généraliste ou médecin spécialiste sans en préciser la définition.

Pour l'ensemble de la population qui dit avoir consulté, les différences entre le canton de Fribourg et la Suisse varient fortement. Entre 50 et 64 ans, les personnes du canton de Fribourg sont moins nombreuses que les Suisses à consulter beaucoup (n.s.). A partir de 65 ans, les différences diminuent: presque un tiers de la population rapporte six consultations ou plus en cabinet, un autre tiers mentionne entre trois et cinq consultations.

Avant 65 ans, les personnes ne mentionnant qu'une à deux consultations par année représentent la part la plus importante, autant à Fribourg que dans le reste de la Suisse.

En comparaison avec l'ensemble de la Suisse, il y a peu de différence en ce qui concerne la population qui consulte beaucoup (6 fois et plus): les Fribourgeoises sont moins nombreuses que les Suissesses à mentionner

Tab. 6.2 Proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon l'intensité des consultations, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)

		FR				CH			
		1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total	1-2 fois	3-5 fois	6+ fois	Total
Total		33,0	23,1	19,9	76,0	34,2	23,8	20,4	78,4
Sexe	Femmes	32,4	26,1	23,8	82,2	33,0	27,4	24,8	85,2
	Hommes	33,6	20,0	15,9	69,6	35,5	20,1	15,7	71,3
Classes d'âge	15-34 ans	37,4	20,9	18,3	76,7	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 ans	34,8	23,2	16,9	74,9	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 ans	29,1	23,3	19,1	71,5	33,0	24,6	21,8	79,3
	65 ans et plus	22,8	28,6	33,0	84,4	28,4	30,2	30,1	88,7
Formation	Scolarité obligatoire	25,0	23,2	24,7	72,9	30,5	23,5	26,3	80,3
	Degré secondaire II	34,1	23,7	19,1	77,0	34,3	24,1	20,0	78,4
	Degré tertiaire	35,3	21,7	18,6	75,6	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalité	Suisses	32,7	23,0	20,3	76,0	34,4	24,4	20,5	79,3
	Etrangers	(34,9)	(23,7)	(17,4)	76,0	33,5	21,4	19,9	74,8
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	31,7	24,4	18,3	74,3	33,6	23,1	20,8	77,5
	De 3000 à 4499 CHF	35,2	22,9	21,9	80,0	34,0	25,1	20,1	79,2
	De 4500 à 5999 CHF	28,3	23,1	25,1	76,5	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 et plus	33,8	(17,5)	24,1	75,4	35,8	24,2	19,1	79,1
Degré d'urbanisation	Ville	30,1	24,5	20,1	74,7	34,2	24,2	20,7	79,1
	Campagne	36,5	21,4	19,6	77,5	34,3	22,8	19,4	76,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	35,7	23,0	15,5	74,3	36,9	23,9	15,4	76,2
	Moyenne à très mauvaise	.	(23,7)	56,6	80,3	14,2	23,7	56,9	94,8
A un médecin de famille	Oui	33,3	24,2	21,3	78,9	34,2	25,2	21,7	81,1
	Non	(30,4)	(13,9)	(8,0)	52,3	34,1	14,0	10,6	58,7
S'est rendu aux urgences d'un hôpital	Oui	(30,4)	(29,4)	31,6	91,4	25,0	28,9	40,8	94,7
	Non	33,3	22,4	18,5	74,2	35,3	23,3	18,1	76,6

Nombre moyen de consultations médicales par habitant	Population totale			Uniquement la population qui a consulté un médecin		
	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue	Toutes les consultations	Seulement médecins de famille	Seulement spécialistes/gynécologue
Comparaison régionale Fribourg	3,7	1,9	1,3	4,9	2,5	2,4
Suisse	4,1*	2,3*	1,8	5,2	2,9*	2,3
Berne	4,3*	2,4*	1,9	5,4	3,1*	2,3
Vaud	4,1	2,1	2,0	5,3	2,7	2,6
Espace Mittelland	4,3*	2,4*	1,9	5,4	3,1*	2,3

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1003 (FR), n=17'656 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

avoir consulté beaucoup (23,8% vs 24,8%, n.s.). Par contre, peu de différences s'observent entre les Fribourgeois et les Suisses qui rapportent six consultations ou plus dans l'année (15,9% vs 15,7%, n.s.) (tableau 6.2).

Sur le plan suisse, la part de personnes consultant beaucoup est la plus faible parmi les personnes ayant un niveau de formation plus élevé, ce qui peut s'expliquer par le fait que la part de personnes mentionnant un état de santé bon à très bon est plus importante dans cette catégorie (chapitre 2.1). D'ailleurs, plus de la moitié des Fribourgeoises et des Fribourgeois qui estiment leur état de santé mauvais à très mauvais disent avoir consulté six fois ou plus un médecin. Il est surprenant d'observer que 15,5% des personnes qui s'estiment en bonne santé ont consulté beaucoup (6 fois et plus), soit environ une personne sur six.

La différence entre le canton de Fribourg et la Suisse concerne essentiellement le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille, significativement plus bas à Fribourg qu'en Suisse, aussi bien si on observe l'ensemble de la population que si on observe seulement la population qui consulte. Les valeurs concernant le nombre moyen de visites chez le médecin spécialiste sont plus ou moins comparables aux valeurs nationales.

Parmi la population qui dit ne pas souffrir de troubles physiques, 11,1% consultent plus de six fois par année un médecin, proportion à peine supérieure au niveau suisse. A l'inverse, parmi la population qui mentionne souffrir de troubles importants, on constate plus de per-

sonnes qui consultent beaucoup et moins de personnes qui consultent peu dans le canton de Fribourg, par rapport au niveau suisse (figure 6.2, n.s.).

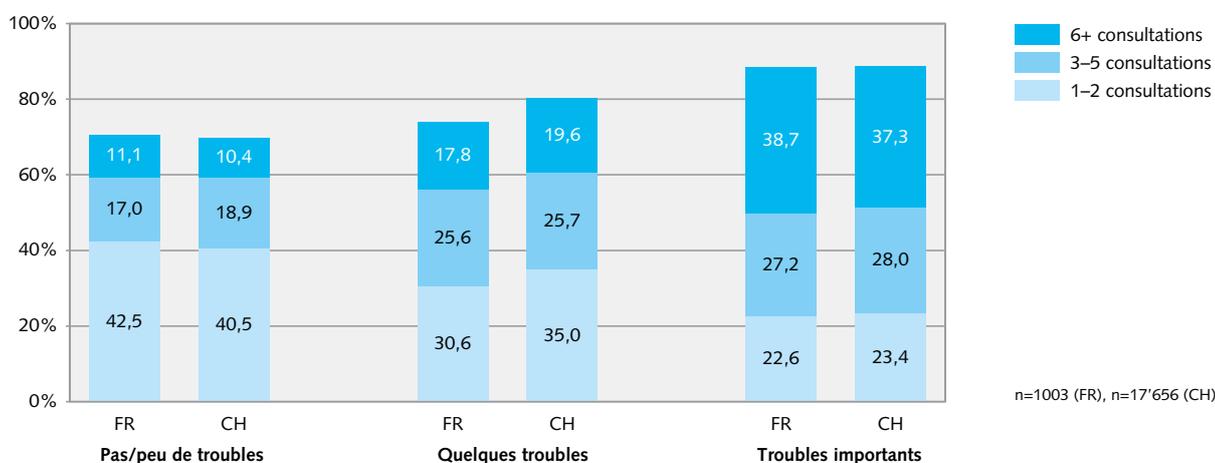
Les hommes fribourgeois qui souffrent de troubles sévères ont tendance à moins consulter que les Suisses dans leur ensemble

Les différences les plus marquées entre le canton de Fribourg et la Suisse s'observent parmi les hommes qui souffrent de troubles physiques importants: les Fribourgeois mentionnant de tels troubles consultent en moyenne 6 fois un médecin, alors qu'au niveau suisse, les hommes de la même catégorie consultent en moyenne 7,5 fois un médecin. Cette différence, comme celles que l'on observe entre le canton de Fribourg et la Suisse pour les autres catégories de troubles physiques ventilées selon le sexe, ne sont pas significatives (figure 6.3).

Les différences entre le canton de Fribourg et la moyenne suisse se retrouvent aussi lorsque l'on examine le nombre moyen de consultations rapportées en fonction du niveau de scolarité, mais cette différence concerne alors principalement les personnes sans formation post-obligatoire (une consultation de moins par an et par habitant du canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse). Cette différence s'estompe lorsque le niveau de formation augmente (résultats non présentés).

Intensité des consultations selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.2



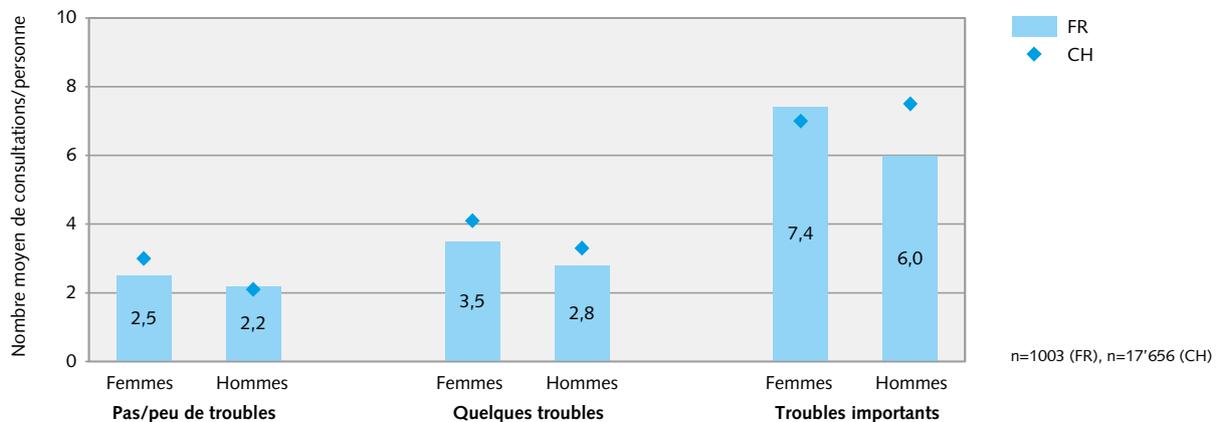
Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations par personne et par sexe, selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.3



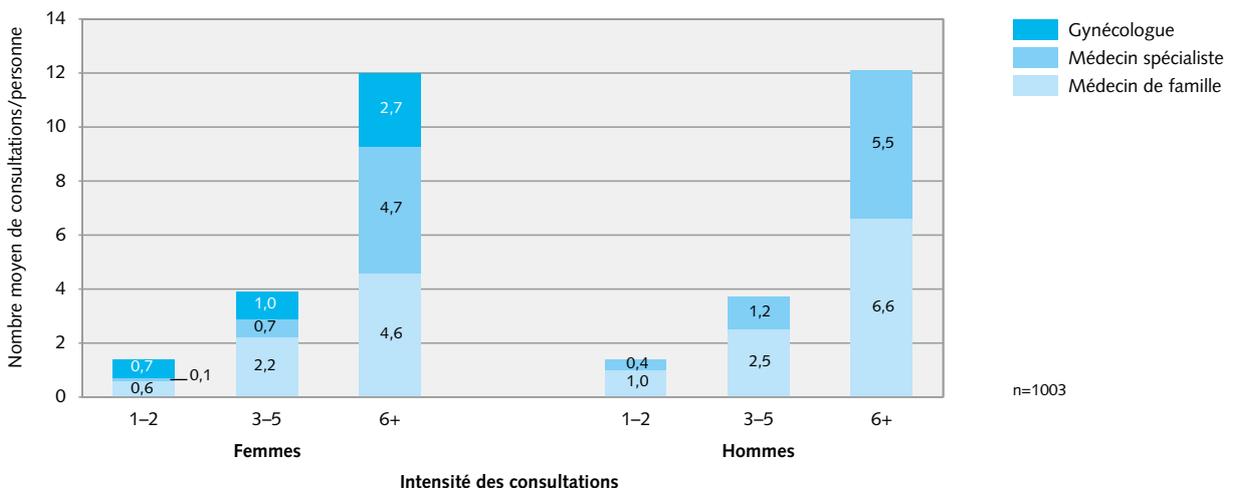
Indice de troubles physiques calculé après exclusion des personnes mentionnant de la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Calculé en incluant la population qui ne consulte pas

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et du type de spécialisation canton de Fribourg, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Depuis 2002, le recours au médecin spécialiste a augmenté

Si l'on prend le total des consultations, par rapport à 2002, le nombre moyen de consultations par habitant a augmenté dans le canton de Fribourg (de 3,4 en 2002 à 3,7 en 2007) et dans le reste de la Suisse (de 3,7 à 4,1). Ces changements ne sont pas statistiquement significatifs, à l'exception de la hausse du nombre moyen de consultations chez le spécialiste rapporté par les hommes fribourgeois (de 0,8 à 1,2).

Parmi la population qui dit consulter peu, le recours au médecin spécialiste est plus faible que celui au médecin de famille, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (figure 6.4). On peut supposer qu'il est rare d'aller directement chez le médecin spécialiste et que le médecin de famille joue déjà le rôle de «gate-keeper».

Le recours au médecin spécialiste semble essentiellement associé au cinquième de la population (19,9%) qui dit consulter beaucoup. Enfin, chez les femmes, le recours au médecin gynécologue augmente avec l'intensité du recours en général.

Dans le canton de Fribourg, le nombre moyen de consultations par habitant est comparable pour les deux sexes

Indépendamment de l'intensité du recours et si l'on fait abstraction de la catégorie particulière du gynécologue, il n'y a pas de différence liée au sexe en ce qui concerne le nombre moyen de consultations (Fribourgeois: 1,9 pour le médecin de famille et 1,2 pour le médecin spécialiste; Fribourgeoises: respectivement 1,9 et 1,4). Au niveau suisse, le nombre moyen de consultations chez le médecin de famille et le spécialiste est similaire pour les deux sexes (Suisse: 2,2 et 1,4; Suisse: 2,5 et 1,3). En examinant le recours total (médecine de famille + médecine spécialisée), on constate que les Fribourgeoises consultent significativement moins que les Suissesses. Les autres différences ne sont pas significatives.

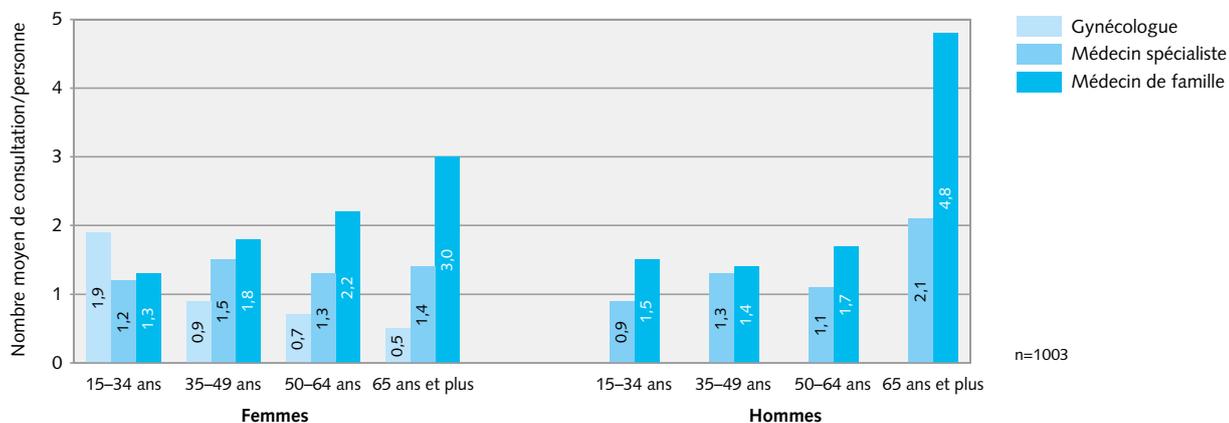
Les médecins de famille sont les médecins les plus sollicités

En examinant le recours selon l'âge, la différence entre les sexes reste statistiquement non significative (figure 6.5). Le recours au médecin de famille augmente avec l'âge pour les deux sexes et il semble plus important chez les hommes que chez les femmes, sauf parmi la population de moins de 35 ans. Le recours au médecin spécialiste semble plus élevé chez les hommes que chez les femmes à tout âge, tandis que le recours au médecin gynécologue est significativement plus bas chez les femmes de plus de 65 ans que chez les femmes de 15 à 49 ans.

Il faut préciser que, comme le recours examiné dans l'Enquête suisse sur la santé est auto-rapporté, il est soumis à un biais de mémoire et un biais de désirabilité (la personne adapte sa réponse selon ce qui est désirable socialement). Ces deux biais entraînent une sous-estimation du recours aux consultations médicales en cabinet. En comparant les valeurs de 2007 du recours pour le canton de Fribourg à celles du recours de 2004 dans le pool de données santé suisse, on note des écarts importants, surtout pour le recours au médecin «généraliste», systématiquement plus élevé dans le pool de données et cet écart s'accroît fortement après 65 ans (dans le pool de données, de 6 à 10 consultations/assuré/an) (rapport réalisé par l'Observatoire de santé pour les autorités fribourgeoises en 2006, voir Bétrisey et al., 2006). Les écarts concernant le recours au médecin spécialiste sont moins marqués. Une partie des différences s'explique peut-être par l'écart des années (2004 vs 2007) ou des définitions des médecins «généralistes» ou spécialistes différentes. Théoriquement, le recours devrait être plus élevé dans l'ESS puisque cette enquête inclut aussi le recours lié aux autres assurances que l'assurance-maladie obligatoire, comme l'assurance-accidents. Néanmoins il semble qu'elle sous-estime le recours de manière non négligeable. Une des raisons en est que les cas lourds, moins accessibles, sont sous-représentés.

Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation
canton de Fribourg, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.2 Recours aux examens préventifs

La perspective de ce rapport se focalise sur les personnes qui ont fait des examens préventifs durant les douze mois précédant l'enquête, ce qui revient à examiner l'incidence annuelle d'un type d'examen. Lorsque des recommandations existent, cette incidence peut alors être comparée à la couverture souhaitée, qui correspond à l'inverse de la périodicité recommandée: si un examen est recommandé tous les trois ans, la couverture annuelle souhaitée s'élève à 33% de personnes contrôlées, parmi la population visée.

Le recours aux différents examens est présenté selon le type de pathologie visée: maladies chroniques, cancers et grippe.

6.2.1 Dépistage des maladies chroniques

Le tableau 6.3 décrit les personnes qui se sont soumises à différents contrôles dans les douze mois précédant l'enquête. Ces examens sont réalisés dans deux situations différentes:

1. Dans le cas d'un dépistage des maladies cardio-vasculaires ou du diabète, chez des personnes en bonne santé, il s'agit d'une mesure de prévention primaire;

Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète, canton de Fribourg et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Tension artérielle		Glycémie		Cholestérolémie	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		70,5	75,8	44,7	50,9	50,8	54,5
Sexe	Femmes	76,3	81,0	49,2	54,3	54,9	57,1
	Hommes	64,4	70,2	40,0	47,4	46,9	51,9
Classes d'âge	15–39 ans	60,7	66,3	35,3	37,8	41,1	43,2
	40–64 ans	74,7	78,1	46,1	52,0	51,0	53,6
	65 ans et plus	89,8	91,3	74,4	76,5	76,4	74,2
Formation	Scolarité obligatoire	76,8	80,8	56,9	62,9	62,2	66,8
	Degré secondaire II	67,5	75,7	43,4	51,1	51,0	54,3
	Degré tertiaire	73,1	73,7	40,4	45,0	43,1	48,9
Nationalité	Suisses	70,7	76,3	44,4	51,1	50,4	54,4
	Etrangers	69,3	73,8	46,1	50,2	53,5	54,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	66,2	73,3	42,3	48,0	48,8	52,1
	De 3000 à 4499 CHF	77,2	77,9	50,1	55,1	55,9	57,2
	De 4500 à 5999 CHF	74,3	77,0	48,4	51,4	48,6	55,5
	CHF 6000 et plus	73,9	77,3	49,7	49,6	55,2	51,8
Degré d'urbanisation	Ville	69,7	76,4	44,4	51,8	50,3	55,3
	Campagne	71,4	74,3	45,0	48,6	51,4	52,4
Santé subjective	Bonne/très bonne	68,5	73,5	41,2	47,4	47,6	51,1
	Moyenne à très mauvaise	86,5	91,9	73,9	76,2	73,4	75,7
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	66,7	70,1	36,4	45,8	43,9	50,1
	Quelques troubles	67,3	76,2	44,5	50,6	49,1	53,7
	Troubles importants	85,1	83,7	57,8	59,8	65,5	62,1
A un médecin de famille	Oui	72,3	77,8	46,5	53,6	53,9	56,9
	Non	55,1	61,3	30,6	31,3	21,5	34,1
Comparaison régionale	Fribourg	70,5		44,7		50,8	
	Suisse	75,8*		50,9		54,5*	
	Berne	75,8*		52,1*		55,2	
	Vaud	71,9		50,0*		56,3*	
	Espace Mittelland	75,0*		51,0		55,2*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Tension artérielle: n=935 (FR), n=17'638 (CH); glycémie: n=892 (FR), n=16'817 (CH); cholestérolémie: n=765 (FR), n=14'639 (CH)

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

Remarque: les classes d'âge sont différentes de celles des tableaux 6.1 et 6.2 car dans l'enquête certaines questions sont associées à une limite d'âge.

2. Lorsque ces contrôles s'effectuent dans le cadre de la prise en charge médicale de maladies cardio-vasculaires ou autres, nécessitant un contrôle de ces facteurs de risque, il s'agit plutôt d'une mesure de prévention secondaire.

Dans l'analyse qui suit, ces deux situations ne peuvent être distinguées et ces deux formes de prévention sont regroupées et leur prévalence examinée ensemble.

Les répondants du canton de Fribourgeois sont moins nombreux que les Suisses à se soumettre aux contrôles ciblant des maladies chroniques

La tension artérielle a été contrôlée chez plus de deux tiers de la population fribourgeoise, la glycémie (taux de sucre sanguin) a été contrôlée chez deux cinquièmes et la cholestérolémie (taux de cholestérol sanguin) chez la moitié de la population. Pour les trois mesures retenues, la population du canton de Fribourg s'est moins soumise à ces contrôles que la population suisse (différences significatives dans le cas des contrôles de la tension et de la glycémie). La différence est plus marquée parmi les hommes que parmi les femmes, sauf en ce qui concerne les contrôles de la tension artérielle, où la différence est minime. La part des hommes fribourgeois qui mentionnent avoir contrôlé leur glycémie ou leur tension artérielle est respectivement de 7,4% et de 4,6% plus basse que celle des hommes en moyenne suisse. Ces différences s'estompent pour la population âgée de plus de 65 ans, parmi laquelle les trois quarts disent avoir fait contrôler une fois leur glycémie ou leur cholestérolémie et neuf sur dix leur tension artérielle.

Les habitants de nationalité étrangère se soumettent légèrement moins au contrôle de la tension artérielle

mais ont plus souvent été contrôlés pour leur glycémie ou leur cholestérolémie que les habitants de nationalité suisse (n.s.). Ces différences sont plus marquées dans le canton de Fribourg que sur le plan suisse (n.s.). A noter encore que la proportion de personnes qui disent avoir subi un contrôle est plus importante (15 à 30% de plus) parmi celles qui déclarent avoir un médecin de famille.

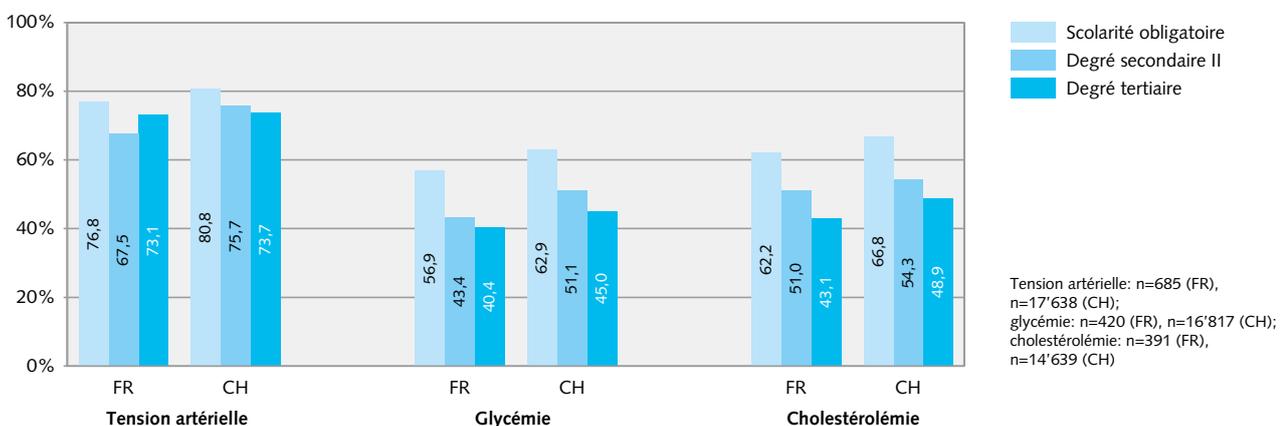
Les personnes sans formation post-obligatoire sont plus nombreuses à s'être soumises à ces examens que celles ayant une formation de niveau plus élevé

La proportion de personnes qui disent s'être soumises à un contrôle est plus élevée parmi les personnes ayant terminé la formation obligatoire que parmi celles ayant une formation de niveau secondaire II ou tertiaire (figure 6.6). Cette différence s'observe au niveau du canton et au niveau de la Suisse en général (non significatif pour la tension au niveau du canton de Fribourg). Dans le tableau 6.3, les différences les plus marquées avec la Suisse concernent les personnes du canton de Fribourg ayant terminé une formation de niveau secondaire II, mais ces différences restent non significatives.

Comme ces mesures concernent des personnes en bonne santé qui font un test de dépistage et des personnes malades qui font alors un contrôle au cours d'un traitement médical, cette différence pourrait être liée au meilleur état de santé de la population ayant un meilleur niveau de scolarité. En effet, ces contrôles sont plus souvent réalisés parmi la population qui mentionne souffrir de troubles importants que parmi la population qui mentionne peu ou pas de troubles physiques (figure 6.7).

Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète, selon la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

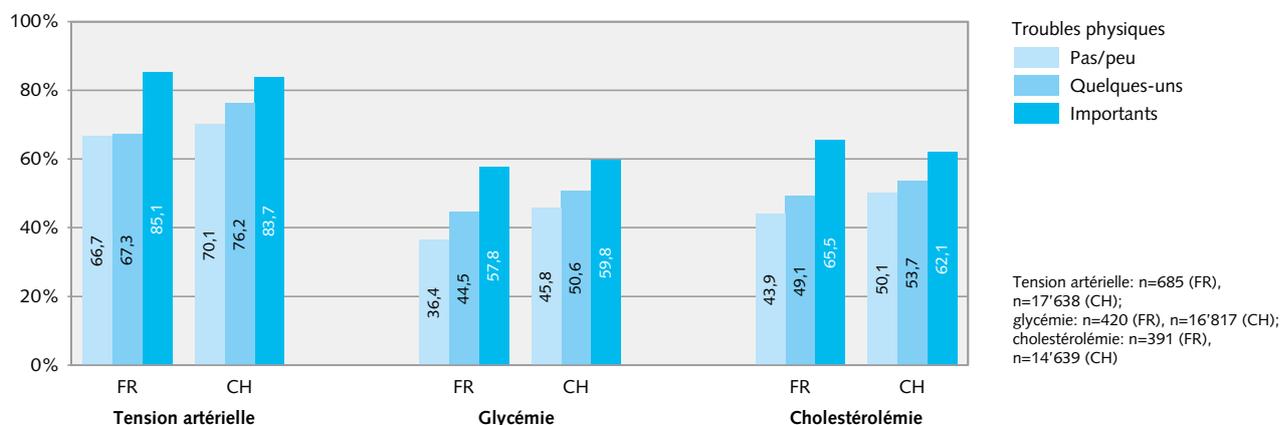
Fig. 6.6



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête) **Fig. 6.7**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.2.2 Dépistage des cancers

Le tableau 6.4 décrit les personnes qui se sont soumises à un examen de dépistage pour des cancers durant les douze mois précédant l'enquête, selon leurs caractéristiques sociodémographiques au niveau suisse car l'échantillon fribourgeois est trop petit pour pouvoir être examiné de manière spécifique (l'enquête recense par exemple 57 Fribourgeoises ayant subi une mammographie dans l'année). En se focalisant sur l'incidence annuelle du dépistage, les échantillons sont plus petits et les analyses par sous-groupes sont plus restreintes (par exemple en fonction de l'âge). Cette approche ne permet pas non plus d'examiner à quelle fréquence (annuelle, tous les deux ans, etc.) les personnes bénéficient d'un test de dépistage et ainsi d'identifier avec précision si certains groupes de la population étaient trop contrôlés.

Avant 40 ans, presque une femme sur deux a subi un dépistage du cancer du col de l'utérus durant l'année, fréquence qui diminue significativement à une femme sur cinq après 65 ans. Cette couverture est satisfaisante puisque, selon les recommandations du Programme national contre le cancer 2005-2010, les femmes âgées de 26 à 60 ans devraient subir un tel test tous les trois ans, ce qui correspond à une couverture annuelle souhaitable de 33%. Des analyses plus détaillées seraient toutefois nécessaires pour tirer des conclusions quant à la couverture obtenue dans cette enquête.

Une femme sur cinq âgée de 50 ans et plus a subi une mammographie durant l'année, au-delà de 64 ans, la fréquence diminue à une femme sur six environ. Les programmes de dépistage du cancer du sein préconisent en général une mammographie tous les deux ans. Par conséquent, la couverture annuelle souhaitable pour cet examen s'élèverait à 50%.

Entre 40 et 64 ans, un homme sur cinq s'est fait contrôler la prostate tandis que cette proportion s'élève à deux hommes sur cinq dès 65 ans. Les hommes habitant les régions urbaines sont plus nombreux que ceux des régions rurales à avoir bénéficié du dépistage du cancer de la prostate. Les recommandations concernant la fréquence avec laquelle un tel dépistage doit être réalisé n'étant pas encore clairement définie, il n'est pas possible d'estimer quelle couverture annuelle de dépistage devrait être obtenue.

Le gradient socio-économique est plus marqué pour le dépistage du cancer du col de l'utérus que celui du cancer du sein ou de la prostate

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est plus fréquent parmi les femmes ayant une formation post-obligatoire. On observe la même tendance, quoique moins marquée, pour le dépistage du cancer de la prostate (n.s.). Par contre, le dépistage du cancer du sein par mammographie est quant à lui plus fréquent parmi les femmes sans formation post-obligatoire (n.s.).

Le dépistage du cancer du sein ou de la prostate est plus fréquent parmi la population qui dit avoir un médecin de famille

Les proportions d'exams de dépistage du cancer de la prostate ou du sein sont plus élevées parmi les personnes qui mentionnent avoir un médecin de famille (n.s.), ce qui ne s'observe pas pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, examen qui est généralement réalisé par le gynécologue.

Les Fribourgeoises font plus de tests de dépistage du cancer du sein que l'ensemble des Suissesses

Le taux de dépistage du cancer du sein dès 20 ans et dès 50 ans est plus élevé dans le canton de Fribourg qu'en Suisse. Pour les femmes de plus de 50 ans, cette situation se retrouve dans tous les cantons latins à l'exception du canton de Neuchâtel, reflétant l'introduction des programmes de dépistage, alors que les couvertures sont inférieures à la moyenne suisse dans les cantons alémaniques. Par contre, le dépistage du cancer de la prostate est significativement plus bas dans le canton de Fribourg qu'en Suisse (19,8% vs 25,6%).

Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		Femmes (dès 20 ans)		Hommes (dès 40 ans)
		Cancer du col de l'utérus (frottis)	Cancer du sein	Cancer de la prostate
Total		42,7	13,1	25,6
Classes d'âge	15–39 ans	49,2	3,3	–
	40–64 ans	47,5	19,3	19,6
	65 ans et plus	21,9	15,3	42,0
Formation	Scolarité obligatoire	27,3	15,5	20,9
	Degré secondaire II	44,0	12,9	25,5
	Degré tertiaire	49,0	12,1	26,9
Nationalité	Suisses	42,1	13,3	26,6
	Etrangers	45,7	12,5	20,8
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	42,3	10,7	19,1
	De 3000 à 4499 CHF	40,8	13,5	27,6
	De 4500 à 5999 CHF	46,8	15,5	29,9
	CHF 6000 et plus	48,2	14,5	28,6
Degré d'urbanisation	Ville	44,2	13,9	27,1
	Campagne	38,3	11,0	21,6
Santé subjective	Bonne/très bonne	43,9	12,2	23,9
	Moyenne à très mauvaise	35,1	18,7	35,9
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	40,3	12,0	23,7
	Quelques troubles	43,9	13,7	25,9
	Troubles importants	43,2	13,5	30,5
A un médecin de famille	Oui	42,5	13,8	27,6
	Non	43,7	8,5	7,4

		Cancer du col de l'utérus (frottis)	Cancer du sein		Cancer de la prostate
		Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 20 ans)	Femmes (dès 50 ans)	Hommes (dès 40 ans)
Comparaison régionale	Fribourg	39,1	19,0	38,2	19,8
	Suisse	42,7	13,1*	21,3*	25,6*
	Berne	40,6	11,6*	17,3*	24,8
	Vaud	39,6	19,2*	33,7*	22,7
	Espace Mittelland	39,4	13,1*	20,9*	23,5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=9364; cancer du sein (dès 20 ans): n=9467; cancer de la prostate (dès 40 ans): n=5152

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Tab. 6.5 Types d'examens de dépistage, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)

	FR	CH
Femmes (dès 20 ans)		
Cancer du col de l'utérus	39,1	42,7
Cancer du sein (mammographie)	19,0	13,1*
Hommes (dès 40 ans)		
Cancer de la prostate	19,8	25,6*
Tous (dès 40 ans)		
Cancer de la peau	10,3	11,2
Cancer du côlon	(4,8)	8,4*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Cancer du col de l'utérus (dès 20 ans): n=483 (FR), n=9364 (CH); cancer du sein (dès 20 ans): n=487 (FR), n=9467 (CH); cancer de la prostate (dès 40 ans): n=253 (FR), n=5152 (CH); cancer de la peau: n=943 (FR), n=11'957 (CH); cancer du côlon: n=566 (FR), n=11'825 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Le tableau 6.5 compare les proportions de personnes âgées de plus de 20 ans qui mentionnent avoir subi différents examens de dépistage du cancer dans le canton de Fribourg et en Suisse. Les couvertures pour le dépistage du cancer du col de l'utérus sont plus basses parmi les femmes fribourgeoises que parmi les Suissesses (39,1 vs 42,7%, n.s.), alors que l'inverse est vrai pour la mammographie.

Concernant le dépistage du cancer du côlon, les proportions de personnes ayant fait un test de dépistage dans l'année sont faibles. A partir de 40 ans, environ un dixième de la population a subi un dépistage du cancer de la peau dans l'année. Ces proportions sont plus basses à Fribourg qu'en Suisse en ce qui concerne le cancer de la peau (10,3% vs 11,2%; n.s.) et du côlon (4,8% vs 8,4%). Dans ce dernier cas, les résultats sont à interpréter avec prudence, car il y a moins de 30 observations.

6.2.3 Prévention de la grippe

Les personnes âgées de plus de 65 ans ont tendance à plus se faire vacciner dans le canton de Fribourg qu'au niveau suisse

Pour le canton de Fribourg, ce sont 13,9% des personnes qui disent avoir été vaccinées contre la grippe, une fréquence significativement plus basse que pour l'ensemble de la Suisse (tableau 6.6). Le groupe cible pour cette vaccination est d'abord les personnes âgées de plus de 65 ans, qui devraient se faire vacciner chaque année.⁷⁹ Parmi cette population cible, la couverture vac-

cinale est plus élevée de presque 5% dans le canton de Fribourg qu'en Suisse (n.s.). Ainsi, un peu moins de la moitié de la population fribourgeoise entre 65 et 74 ans est protégée contre la grippe. A partir de 75 ans, ce sont presque trois personnes sur cinq qui disent être vaccinées, une proportion semblable dans le canton de Fribourg et dans le reste de la Suisse. Ce dernier résultat est à interpréter avec prudence, car il y a moins de 30 observations pour le canton de Fribourg.

En examinant la couverture vaccinale pour toute la population, la différence observée entre le canton de Fribourg et la Suisse est autant due aux Fribourgeoises qu'aux Fribourgeois: la part de personnes vaccinées est plus faible dans le canton de Fribourg qu'en Suisse pour les deux sexes.

Au niveau suisse, la part de la population qui s'est fait vacciner est de 10% plus faible parmi la population ayant un niveau de formation secondaire II ou tertiaire que parmi celle sans formation post-obligatoire. Avoir un médecin de famille ou juger son état de santé comme mauvais ou moyen sont tous deux significativement associés à des proportions plus élevées de vaccinations, ce qui peut être lié au fait que la vaccination est recommandée pour les malades chroniques.

Pour toutes ces mesures (dépistage du cancer de la peau, de la prostate, du sein et du col de l'utérus, vaccination contre la grippe), les changements observés entre 2002 et 2007 ne sont pas statistiquement significatifs pour la Suisse; de même pour le canton de Fribourg, à l'exception du dépistage du cancer de l'utérus et du sein.

⁷⁹ D'après les recommandations de vaccinations contre la grippe de l'Office fédéral de la santé publique (2007b) en coopération avec le groupe de travail «Influenza» et la Commission fédérale pour les vaccinations.

Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		FR	CH
Total		13,9	16,7
Sexe	Femmes	14,1	16,7
	Hommes	13,9	16,7
Classes d'âge	Moins de 65 ans	9,2	9,6
	65–74 ans	46,4	42,5
	75 ans et plus	(58,5)	57,8
Formation	Scolarité obligatoire	(19,2)	24,9
	Degré secondaire II	12,3	15,3
	Degré tertiaire	14,6	16,6
Nationalité	Suisses	14,9	17,2
	Étrangers	.	13,9
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	13,6	14,3
	De 3000 à 4499 CHF	11,6	18,6
	De 4500 à 5999 CHF	(16,4)	16,4
	CHF 6000 et plus	(17,2)	18,1
Degré d'urbanisation	Ville	15,1	17,8
	Campagne	12,4	13,8
Santé subjective	Bonne/très bonne	11,1	14,2
	Moyenne à très mauvaise	39,3	35,6
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	12,0	13,7
	Quelques troubles	13,1	17,1
	Troubles importants	16,8	21,1
A un médecin de famille	Oui	14,9	17,7
	Non	.	9,1
Comparaison régionale	Fribourg		13,9
	Suisse		16,7*
	Berne		16,6
	Vaud		21,0*
	Espace Mittelland		16,2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007
n=768 (FR), n=14'143 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

6.3 Recours à la médecine complémentaire

Cette partie décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui mentionnent avoir fait appel à la médecine complémentaire et/ou alternative dans les douze mois précédant l'enquête. Pour simplifier le texte, seul le terme de médecine complémentaire est utilisé.

Dans le tableau 6.7, le recours est examiné séparément pour les médecins et les thérapeutes non-médecins. Les différentes formes de médecines complémentaires sont ensuite examinées par rapport à leur importance relative et par rapport à l'intensité moyenne de leur recours. L'interprétation des données de cette partie doit tenir

compte du fait que les échantillons sont très petits. En outre, il faut préciser que la formulation de la question de l'enquête ne permet pas d'identifier le recours simultané à un médecin et un thérapeute non-médecin.

Les Fribourgeoises recourent plus à la médecine complémentaire que les Suissesses

Le recours à ces formes de médecine est fortement influencé par le sexe du répondant. Il est environ deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes. Les Fribourgeoises sont plus nombreuses que les Suissesses à recourir à la médecine complémentaire délivrée par des médecins (17,5% vs 13,6%, n.s.).

En comparant le recours dans le canton de Fribourg et dans l'ensemble de la Suisse, on constate qu'un recours plus élevé concerne plus les Fribourgeoises que les Fribourgeois et que les différences sont plus importantes lorsqu'il s'agit du recours aux médecins qu'aux thérapeutes non-médecins (n.s.). Il semble exister un gradient lié à l'âge: avant 40 ans, la part des personnes du canton de Fribourg qui consultent un médecin est plus importante que celle des Suisses, observation qui pourrait refléter un effet de cohorte. Dans la mesure où le nombre d'observations est insuffisant pour la classe d'âge des 65 ans et plus pour le canton de Fribourg, l'interprétation des résultats concernant cette tranche de la population ne peut être faite que pour la Suisse.

Sur le plan suisse, la forme de médecine complémentaire la plus sollicitée est l'homéopathie, suivie de l'acupuncture et de la médecine manuelle (figure 6.8). A noter le recours particulièrement élevé au shiatsu/réflexologie chez les thérapeutes non-médecins.

L'intensité du recours aux médecines complémentaires est légèrement moins élevée dans le canton de Fribourg, où la moitié de ces consultations est fournie par des thérapeutes non médecins. Par rapport à l'ensemble de la Suisse, la différence concernant le recours aux thérapeutes non médecins est significative (figure 6.9). On constate que les variations entre cantons sont plus importantes pour le recours aux thérapeutes non médecins.

Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)

		MCA auprès d'un médecin		MCA auprès d'un thérapeute non médecin	
		FR	CH	FR	CH
Total		13,5	10,3	13,4	12,8
Sexe	Femmes	17,5	13,6	16,0	17,4
	Hommes	8,8	6,7	10,5	7,8
Classes d'âge	15–39 ans	19,2	11,6	12,6	11,7
	40–64 ans	(10,2)	10,5	15,5	15,4
	65 ans et plus	.	6,5	.	8,4
Formation	Scolarité obligatoire	.	7,4	.	7,7
	Degré secondaire II	13,5	9,9	11,9	11,9
	Degré tertiaire	16,6	12,0	20,7	16,5
Nationalité	Suisses	13,5	10,5	14,4	13,3
	Etrangers	.	9,1	.	10,1
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	14,0	10,4	13,3	12,1
	De 3000 à 4499 CHF	(9,9)	10,3	(12,6)	12,9
	De 4500 à 5999 CHF	(17,4)	10,1	(16,4)	14,0
	CHF 6000 et plus	(16,1)	9,9	(17,1)	14,6
Degré d'urbanisation	Ville	15,6	10,5	13,3	13,1
	Campagne	11,0	9,7	13,6	12,2
Santé subjective	Bonne/très bonne	13,0	9,7	13,7	12,6
	Moyenne à très mauvaise	(18,2)	15,1	.	15,2
A un médecin de famille	Oui	13,5	10,6	13,7	12,8
	Non	(13,2)	7,9	(11,5)	13,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

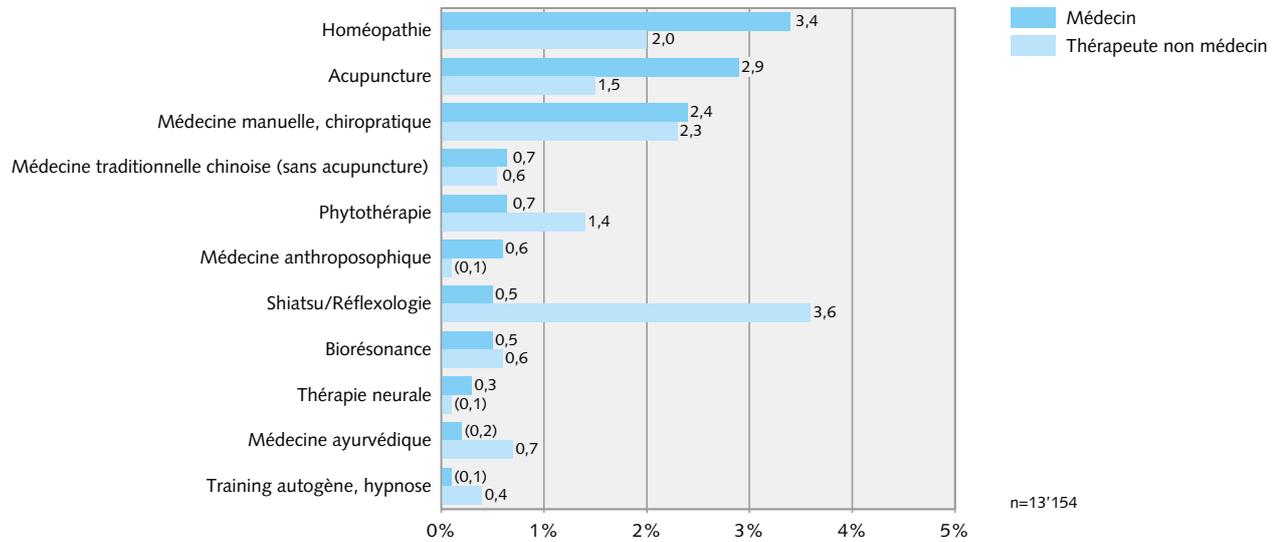
n=720 (FR), n=13'154 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques ($p < 0,05$)

Recours aux différentes formes de médecine complémentaire
Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.8



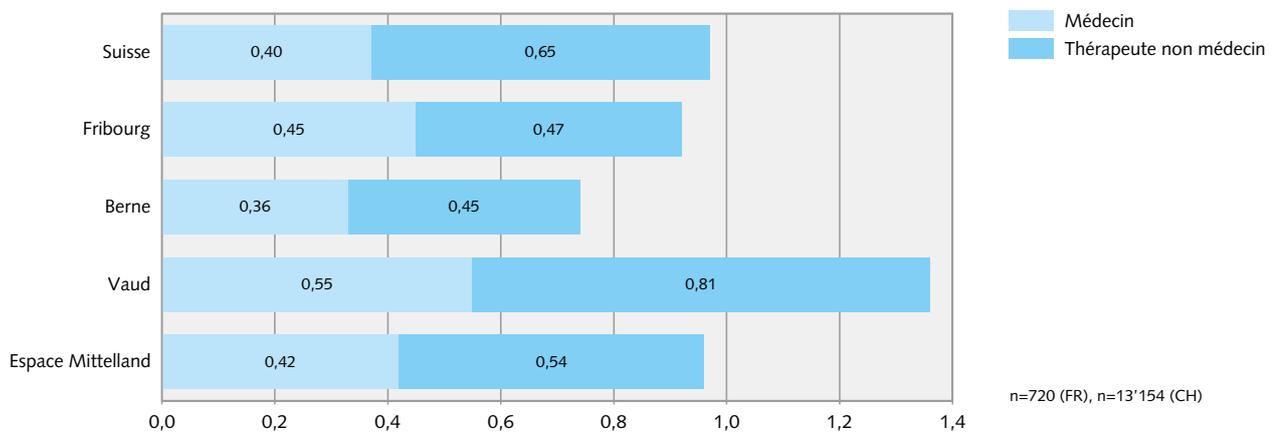
Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant
comparaison régionale, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Fig. 6.9



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.4 Recours aux hôpitaux

Le recours aux hôpitaux se décompose en recours aux soins intra-muros, donc aux hospitalisations, et le recours aux services ambulatoires qui comprennent les consultations en policliniques et les urgences.

Presque une personne sur dix (9,5%) du canton de Fribourg a été hospitalisée au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, avec une durée moyenne de séjour de 14,3 jours (tableau 6.8). Ce sont des valeurs

comparables à celles observées pour l'année 2007 dans la statistique médicale de l'OFS (analyse Obsan). Selon celle-ci, en 2007, 13,8% de la population fribourgeoise ont été hospitalisés, avec une durée moyenne de séjour de 11,1 jours, alors qu'au niveau national, 11,0% de la population ont été hospitalisés, pour une durée moyenne de séjour de 7,6 jours. Il est normal d'observer des valeurs plus basses dans l'Enquête suisse sur la santé car cette dernière comporte un risque de sélection de personnes en meilleure santé, et plus spécifiquement, non hospitalisées.

En 2007, on constate que les Fribourgeoises sont moins nombreuses que les Fribourgeois à avoir eu recours aux prestations ambulatoires, alors que l'inverse est vrai pour le recours aux prestations intra-muros. Les hommes sont moins souvent hospitalisés que les femmes et leurs hospitalisations ont tendance à être plus courtes que celles des femmes. Toutes ces différences ne sont pas significatives.

Sans surprise, la probabilité d'être hospitalisé augmente avec l'âge. A partir de 65 ans, presque une personne sur six a été hospitalisée, une proportion légère-

ment inférieure à celle observée au niveau suisse (résultats à prendre avec prudence car le nombre d'observations est inférieur à 30). Le nombre moyen de journées d'hospitalisation est supérieur dans le canton de Fribourg comparativement au reste de la Suisse, indépendamment de l'âge des patients (n.s.). La probabilité d'être hospitalisé est indépendante du degré d'urbanisation (urbain/rural) et elle est moins élevée pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou celles dont le niveau de formation est plus élevé (n.s.). Moins de 10% de la population qui se considère en bonne

Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Fribourg et Suisse, 2007
(au cours des douze mois précédant l'enquête)

		Part de la population ayant eu recours aux prestations ambulatoires (y c. aux urgences) (en%)		Part de la population ayant eu recours aux prestations intra-muros (en%)		Moyenne des jours d'hospitalisation (par patient)	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		16,8	16,2	9,5	11,4	14,3	9,8
Sexe	Femmes	14,3	15,6	11,2	12,2	16,6	9,5
	Hommes	19,5	16,9	7,8	10,5	10,9	10,2
Classes d'âge	Moins de 65 ans	16,6	15,9	8,4	9,9	8,4	7,9
	Plus de 65 ans	17,9	17,5	(16,5)	18,0	(32,9)	14,7
Formation	Scolarité obligatoire	21,2	17,3	(14,5)	13,3	(25,9)	12,6
	Degré secondaire II	16,2	16,1	8,4	11,5	11,0	9,0
	Degré tertiaire	15,5	15,8	(8,6)	10,0	(7,8)	10,0
Nationalité	Suisses	15,7	16,0	9,1	11,5	15,7	9,9
	Etrangers	(23,4)	17,1	(11,6)	10,7	(8,3)	9,5
Revenu d'équivalence du ménage	Jusqu'à 2999 CHF	16,3	16,5	10,1	11,9	6,2	8,7
	De 3000 à 4499 CHF	15,6	15,3	(10,9)	11,7	(10,3)	9,7
	De 4500 à 5999 CHF	(15,0)	17,0	(10,3)	11,3	(52,0)	14,1
	CHF 6000 et plus	(18,5)	16,3	(8,3)	10,3	(8,4)	8,9
Degré d'urbanisation	Ville	17,3	17,0	9,2	11,3	21,4	10,0
	Campagne	16,3	14,1	9,9	11,6	6,6	9,5
Santé subjective	Bonne/très bonne	15,1	14,2	7,4	9,1	7,8	7,0
	Moyenne à très mauvaise	28,1	29,0	23,8	25,8	27,6	16,4
Troubles physiques	Pas/peu de troubles	12,4	10,7	(4,4)	8,0	(11,3)	7,4
	Quelques troubles	17,7	16,0	11,6	10,4	8,6	8,4
	Troubles importants	22,0	23,7	(12,9)	16,9	(27,1)	12,5
A un médecin de famille	Oui	17,3	16,6	9,7	11,8	14,9	10,1
	Non	(13,4)	13,5	(8,1)	8,4	(8,7)	7,6
Comparaison régionale	Fribourg	16,8		9,5		14,3	
	Suisse	16,2		11,4		9,8	
	Berne	16,2		13,3*		8,5	
	Vaud	19,7		9,2		9,0	
	Espace Mittelland	15,9		12,7*		10,2	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

n=1003 (FR), n= 18'731 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

santé contre un quart de la population qui se considère en mauvaise santé ont été hospitalisés dans les douze mois précédant l'enquête, proportions que l'on retrouve sur le plan suisse (n.s.).

La population fribourgeoise a tendance à faire plus appel aux services ambulatoires des hôpitaux que les Suisses

Le recours aux services ambulatoires des hôpitaux est légèrement plus élevé parmi la population fribourgeoise qu'au niveau de la population suisse (n.s.). Les Fribourgeois semblent faire plus appel à ces services que les Fribourgeoises (n.s.), à l'inverse de ce que l'on observait en 2002.

Comme pour les hospitalisations, on retrouve une probabilité de recours plus basse parmi les personnes ayant un niveau de formation tertiaire (n.s.) ou celles n'ayant pas de médecin de famille (n.s.). Il peut de nouveau s'agir d'un biais de sélection, cette part de la population étant peut-être en meilleure santé.

Entre 2002 et 2007, aussi bien la proportion de la population fribourgeoise que la part de la population suisse qui a fait appel à des traitements hospitaliers ambulatoires a augmenté de manière significative (res-

pectivement de 11,1% à 16,8% et de 12,8% à 16,2%). La diminution de la part de la population fribourgeoise qui a fait appel à des traitements stationnaires (de 13,5% à 9,5%) est également significative. Cette dernière proportion n'a pas changé au niveau suisse.

L'opération du genou et l'ablation de l'utérus sont des opérations tendanciuellement plus fréquentes dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse

L'enquête demande si l'on a subi à un moment quelconque de sa vie, l'une des opérations suivantes: de la hanche, du genou, de la cataracte, de la cheville, du cœur ou encore, pour les femmes, une ablation de l'utérus. Les prévalences de ces différentes opérations sont trop basses pour qu'une analyse à l'échelon du canton de Fribourg puisse être faite. Les seules exceptions constituent l'opération du genou et l'ablation de l'utérus, présentées dans le tableau 6.9.

La part de la population ayant subi une opération du genou est plus élevée dans le canton de Fribourg qu'en Suisse. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir subi une telle intervention, ce qui s'explique probablement par des traumatismes liés au sport. L'Enquête suisse sur la santé sous-estime pro-

Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)

		Articulation du genou		Ablation de l'utérus femmes dès 20 ans	
		FR	CH	FR	CH
Total		14,0	12,0	-	-
Sexe	Femmes	10,8	9,7	16,7	14,0
	Hommes	17,4	14,3	-	-
Classes d'âge	Moins de 65 ans	13,7	11,0	10,5	9,7
	65 ans et plus	(16,4)	16,6	49,4	35,1
Formation	Scolarité obligatoire	(12,1)	11,4	32,1	22,8
	Degré secondaire II	13,6	11,5	16,1	15,7
	Degré tertiaire	(16,1)	13,4	.	8,7
Nationalité	Suisses	14,9	12,8	18,8	16,7
	Etrangers	(8,7)	8,1	.	7,4
Degré d'urbanisation	Ville	12,9	11,8	19,1	15,0
	Campagne	15,3	12,3	13,6	16,0
Comparaison régionale	Fribourg		14,0		16,7
	Suisse		12,0		15,2
	Berne		13,5		18,8
	Vaud		10,3*		11,5*
	Espace Mitelland		12,9		17,2

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Articulation du genou: n=947 (FR), n=17'923 (CH); ablation de l'utérus: n=480 (FR), 9380 (CH)

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

bablement la prévalence de ces opérations parmi la population âgée pour plusieurs raisons: les personnes vivant en institution sont absentes de l'enquête, les personnes âgées sont peut-être moins accessibles pour un entretien par téléphone.

Enfin, la prévalence de l'hystérectomie est plus élevée parmi les Fribourgeoises que l'ensemble des Suissesses, parmi les femmes qui ont terminé leur scolarité obligatoire (n.s.) et parmi les femmes âgées de plus de 65 ans.

6.5 Recours à l'aide à domicile (aide formelle «Spitex» et informelle)

Pour simplifier, le terme «Spitex» désigne tous les services formels d'aide et de soins à domicile. L'aide informelle regroupe l'aide fournie par les proches, les amis et les voisins. L'analyse par canton du recours aux soins à domicile par sous-groupe n'est pas possible pour le canton de Fribourg car l'échantillon est trop petit. La taille de l'échantillon se réduit encore si l'on se focalise sur les personnes ayant droit à une allocation d'impotent, c'est-à-dire celles qui sont limitées dans au moins deux Activités de la Vie Quotidienne (ADL) (Höpflinger & Hugentobler, 2006).

En tenant compte de la pondération dans l'enquête, quelque 100'000 personnes auraient des limitations pour au moins deux ADL en Suisse. Le tableau 6.10 illustre donc d'abord les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de ce genre de services pour la Suisse et l'aide informelle pour le canton de Fribourg. Le recours aux services Spitex est examiné dans le questionnaire téléphonique tandis que l'aide informelle est examinée dans le questionnaire écrit.

Un tiers de la population suisse ayant deux ou plusieurs dépendances fonctionnelles utilisent l'aide formelle «Spitex»

En 2007, 3,5% de la population fribourgeoise ont bénéficié de services Spitex. Cette proportion est supérieure à la moyenne suisse (n.s.). Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à bénéficier de ce genre d'aide (différence statistiquement significative) mais pour l'aide informelle, ce résultat est biaisé: il semble que les hommes qui reçoivent de l'aide par leur épouse ont tendance à oublier de la mentionner (Höpflinger & Hugentobler, 2006). Sans surprise, le recours à Spitex augmente fortement en présence de dépendance fonctionnelle et avec l'âge.

Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)

		Suisse		Suisse		Fribourg
		Services d'aide et de soins à domicile		Aide informelle		Aide informelle
		Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL	Population totale	Population présentant 2 ou plusieurs dépendances fonctionnelles ADL	Population totale
Total		2,5	29,1	8,8	73,3	5,8
Sexe	Femmes	3,6	36,1	10,8	81,5	6,9
	Hommes	1,4	20,3	5,8	68,5	(4,7)
Classes d'âge	Moins de 65 ans	1,2	20,7	7,5	79,1	4,9
	Plus de 65 ans	8,3	39,8	12,3	68,1	(13,6)
Formation	Scolarité obligatoire	4,7	27,3	11,3	(67,0)	.
	Degré secondaire II	2,4	32,0	8,0	80,8	5,8
	Degré tertiaire	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)	(5,3)
Comparaison régionale	Fribourg		3,5		5,8	
	Suisse		2,5		8,8*	
	Berne		2,3		8,0*	
	Vaud		4,3		10,7*	
	Espace Mittelland		2,6		8,3*	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

Services Spitex: n=14'836 (CH); aide informelle: n=756 (FR), n=14'068 (CH): questionnaire écrit donc moins d'observations.

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

* Différence significative entre le canton de Fribourg et les autres unités géographiques (p < 0,05)

ADL (Activities of daily living): Activités de la vie quotidienne: se lever, se déplacer, se coucher, se laver, se nourrir, se vêtir

Le recours à l'aide informelle est très important parmi les personnes ayant une dépendance fonctionnelle: deux tiers de celles âgées de plus de 65 ans en bénéficient et plus de trois personnes sur quatre avant cette limite d'âge. Ainsi, l'aide informelle aux personnes dépendantes semble diminuer avec l'âge même si elle reste importante (n.s.). Cette baisse s'explique probablement par la complexité des cas, qui augmente avec l'âge et par l'âge croissant des aidants.

Parmi la clientèle Spitex totale, deux personnes sur cinq sont des clients temporaires, qui bénéficient pour moitié de prestations de soins infirmiers et pour moitié d'aide ménagère (l'enquête ne définit pas ce qui correspond à une prise en charge temporaire ou régulière). Par contre, lorsque l'on examine la clientèle qui souffre de dépendance fonctionnelle, neuf clients sur dix sont des clients réguliers, dont trois personnes sur quatre reçoivent des soins infirmiers et un client sur deux de l'aide ménagère.

Même si certains hommes oublient de mentionner leur épouse/partenaire pour l'aide informelle, celles-ci sont les aidantes les plus sollicitées (figure 6.10). Au niveau suisse, cela représente environ 40'000 femmes qui fournissent de l'aide informelle à leur mari/partenaire.

Si l'on examine uniquement la population mentionnant une dépendance fonctionnelle, par rapport à l'aide dont elle bénéficie, on constate qu'un quart de ces personnes ne reçoivent aucune aide, tandis que deux per-

sonnes sur quatre ne reçoivent que de l'aide informelle (données non présentées). L'interprétation doit toutefois tenir compte du fait que l'enquête, qui atteint plus facilement les personnes capables de répondre au téléphone, comporte le risque de surestimer l'autonomie de la population âgée.

En outre, parmi les bénéficiaires de services Spitex, 94,1% bénéficient aussi d'aide informelle, alors que seuls 30,3% des bénéficiaires de l'aide informelle font aussi appel aux services Spitex.

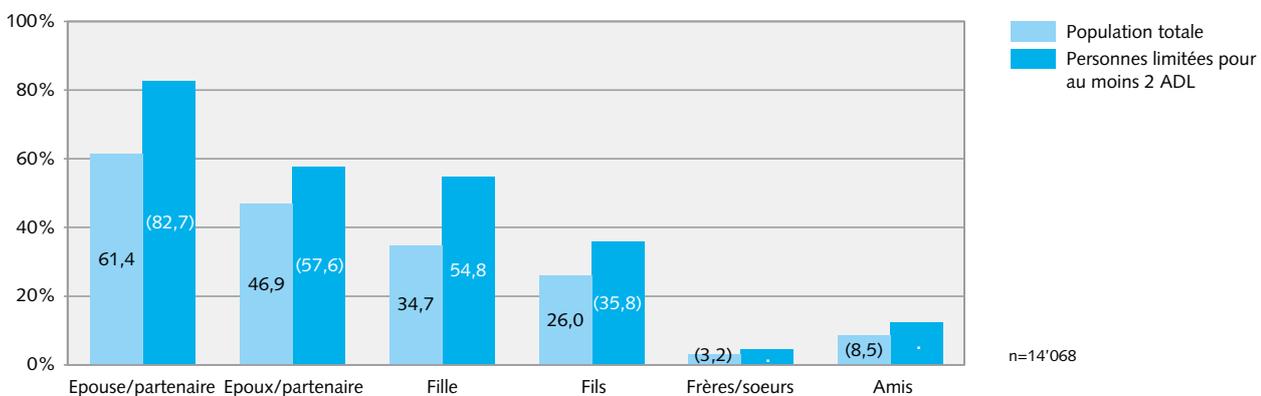
6.6 Résumé

Ce chapitre présente le recours de la population fribourgeoise à différents services de santé. En ce qui concerne le recours aux médecins en cabinet, les différences observées entre le canton de Fribourg et la Suisse sont peu marquées et souvent statistiquement non significatives. La principale exception est le recours au médecin de famille, significativement plus bas dans le canton de Fribourg qu'au niveau suisse. Le recours au médecin spécialiste à Fribourg est comparable à ce que l'on observe au niveau national, tout comme le recours aux services hospitaliers intra-muros.

Dans le canton de Fribourg, il y a peu de différences entre les deux sexes concernant le recours aux médecins en cabinet. Si l'on n'examine que la population qui consulte, des différences entre les sexes apparaissent sur-

Types de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle Suisse, 2007

Fig. 6.10



. Entre 0 et 9 réponses seulement. Les chiffres en parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n<30)
 Note: Les différentes sources de soins sont cumulables car certaines personnes ont reçu des soins de différentes personnes au cours des 12 mois précédents. Les résultats pour les personnes limitées pour 2 ADL et plus doivent être interprétés avec prudence car les échantillons sont inférieurs à 30 observations, sauf pour les filles.

Sources: OFS, Enquête suisse sur la santé

© Office fédéral de la statistique (OFS)

tout après 65 ans. Les Fribourgeois consultent alors plus que les Fribourgeoises, autant leur médecin de famille que les médecins spécialistes.

Les données présentées dans ce chapitre montrent que le médecin de famille joue un rôle très important et qu'il est la catégorie de médecin la plus sollicitée à tout âge. Les contrôles préventifs des maladies chroniques, les tests de dépistage des maladies chroniques ou la vaccination contre la grippe sont plus fréquents parmi la population qui dit avoir un médecin de famille.

Malgré cela, le recours aux examens de contrôle/dépistage des maladies chroniques, du cancer et de la vaccination contre la grippe est moins souvent rapporté dans le canton de Fribourg qu'en Suisse, à l'exception notable de la mammographie. Des analyses complémen-

taires seraient nécessaires pour examiner l'état de santé de la population qui n'a pas bénéficié de ces interventions: il est possible qu'il s'agisse des personnes qui en auraient le plus besoin.

Enfin, ce sont surtout les Fribourgeoises, plus que les Fribourgeois qui font appel à la médecine complémentaire, et dans ce cas, elles ont tendance à plus se tourner vers des médecins que vers des thérapeutes non médecins.

7 Evolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Isabelle Sturny et Maik Roth

Thème récurrent dans les médias, les coûts en matière de santé publique préoccupent l'opinion depuis des années en raison de leur augmentation constante. En Suisse, un total de 55,3 milliards de francs a été dépensé en 2007 pour la santé, ce qui correspond à 10,8% du produit intérieur brut (PIB) du pays (OFS, 2009a). Près de 39% de ces coûts ont été financés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les 61% restants ont été payés par les ménages privés à titre de dépenses à la charge de ces derniers («out of pocket»), par l'Etat (en particulier les subventions aux hôpitaux), les assurances privées ainsi que les autres assurances sociales (AI-AVS, AA, AM).

Ce chapitre présente les coûts de la santé dans le canton de Fribourg en ce qui concerne l'AOS. Il a pour cela fallu analyser le pool de données de l'organisation faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, pour les années 2003 à 2007⁸⁰. Ce pool de données permet une analyse détaillée de l'évolution des coûts en fonction des différents prestataires et types de prestations. Il est difficile de faire des comparaisons directes avec les chapitres précédents du rapport car ceux-ci traitent du comportement général en matière de santé ou du recours à toutes les prestations médicales, indépendamment du fait de savoir si l'AOS a pris les coûts en charge ou non.

La première partie de ce chapitre traite des coûts de l'AOS pour les différentes catégories de prestataires de service. L'analyse porte sur l'évolution des coûts et sur leur répartition. Elle se complète d'une comparaison régionale des coûts par assuré. La deuxième partie du chapitre décrit les différents modèles d'assurance et les primes dans l'AOS. La réduction des primes de l'assurance-maladie est abordée brièvement en fin de chapitre.

Quels sont les coûts saisis dans le pool de données?

Le pool de données de santésuisse est un système d'information de la branche qui permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de services (notamment contrôles de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre actuellement 97,7% des personnes assurées en Suisse. Pour le canton de Fribourg, ce taux de couverture s'élève en 2007 à 97,6%⁸¹. Afin de pouvoir estimer les coûts globaux et de comparer les différentes informations annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à partir de l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques⁸² de l'Institution commune LAMal. Les coûts du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques. Cette extrapolation permet d'évaluer les coûts qui seraient encourus si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool de données. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation car l'on part du principe que les personnes assurées manquantes, non saisies dans le pool de données, présentent une structure de coûts similaire à celle des assurés saisis dans le pool de données. En 2004, cinq nouveaux assureurs ont livré des données à santésuisse, faisant augmenter le taux de couverture par rapport aux années précédentes. Les assurés affiliés à ces assureurs sont cependant plus jeunes et génèrent moins de coûts que les assurés déjà comptabilisés dans le pool de données. L'extrapolation effectuée pour 2003 a par conséquent surévalué les coûts, autrement dit l'augmentation réelle des coûts entre 2003 et 2004 est sous-estimée. Les nouveaux assureurs ne peuvent pas livrer les données rétroactivement, il faut par conséquent tenir compte de cette surestimation pour l'interprétation des données chronologiques. Les fournisseurs de prestations sollicités par des personnes âgées (hôpitaux intra-muros, organisations de soins à domicile et EMS) sont particulièrement concernés par ce problème d'estimation.

⁸⁰ Etant donné que le pool de données est actualisé avec effet rétroactif sur cinq ans, les années analysées ci-après sont celles de 2003 à 2007.

⁸¹ Le taux de couverture du pool de données s'élève pour le canton de Fribourg à 97,4% en 2003, à 99,1% en 2004, à 98,7% en 2005 et à 97,8% en 2006.

⁸² La compensation des risques est un système de répartition dans l'AOS qui a pour but de parvenir à une compensation entre les assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de «mauvais risques» (assurés avec frais de maladie supérieurs à la moyenne) et les assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de «bons risques» (pour la plupart, des assurés jeunes et des personnes du sexe masculin qui présentent des frais de maladie inférieurs à la moyenne). La compensation des risques est un élément nécessaire dans un système d'assurance-maladie obligatoire avec primes uniques par assureur et région de primes. Elle doit empêcher une concurrence entre les assureurs et les diverses formes d'assurance par une sélection du risque.

Le pool de données regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Nommées prestations brutes, ces informations font l'objet d'une évaluation ci-après. Il ne s'agit toutefois que des prestations dont les factures sont envoyées par les assurés à l'assurance-maladie ou qui sont facturées directement par le prestataire à l'assureur. Les factures conservées par les assurés (p. ex. en raison d'une franchise élevée) ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. les prestations des assurances complémentaires LCA) ne sont pas saisies dans le pool de données. Il faut supposer que, dans les cantons où les personnes assurées choisissent des franchises élevées, les coûts sont plutôt sous-estimés par rapport aux cantons où les franchises basses prédominent. Le pool de données ne contient pas non plus d'indications sur les subsides publics (p. ex. financement du secteur intra-muros).

7.1 Les coûts de l'AOS dans le canton de Fribourg

Cette partie du chapitre étudie l'évolution des coûts de l'AOS dans le canton de Fribourg de 2003 à 2007 en fonction des prestataires et des types de prestations par rapport à la Suisse entière. Il traite également brièvement de la participation aux coûts des personnes assurées avant d'aborder, dans une autre partie, les différences de coûts par assuré en fonction des régions.

Forte augmentation des coûts dans le domaine des hôpitaux

Le tableau 7.1 présente les coûts de l'AOS regroupés par prestataires et types de prestations. Les coûts de la santé dans le canton de Fribourg s'élevaient en 2003 au total à 567,8 millions de francs. En 2007, ces mêmes coûts se montaient à 709,3 millions de francs, soit une augmentation moyenne de 5,7% par an. Dans l'ensemble de la Suisse, les coûts de l'AOS ont augmenté durant la même période de 4,5%, passant de 18,2 milliards de francs à 21,6 milliards de francs. Les coûts ont donc plus fortement

Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations, canton de Fribourg et Suisse, 2003–2007 (données extrapolées, en millions de CHF)

Prestataire	Type de prestation	2003 en mio. CHF	2004 en mio. CHF	2005 en mio. CHF	2006 en mio. CHF	2007 en mio. CHF	Part au total en %	Evolution annuelle moyenne en % FR	Evolution annuelle moyenne en % CH
Hôpitaux	Intra-muros	128,2	135,1	149,9	161,3	171,2	24,1	7,5	5,5
	Ambulatoire/semi-hospitalier	65,9	70,7	81,5	85,5	95,9	13,5	9,8	6,4
	Total hôpitaux	194,1	205,9	231,4	246,7	267,1	37,7	8,3	5,9
Médecins	Traitements	131,0	131,3	131,4	135,3	145,2	20,5	2,6	1,3
	Médicaments	9,6	10,6	11,2	11,3	13,4	1,9	8,6	3,0
	Autres prestations médecins	1,9	10,8	16,9	16,1	18,9	2,7	78,3 ¹	48,2 ¹
	Total médecins	142,5	152,8	159,5	162,7	177,5	25,0	5,6	3,5
Pharmacies et centres de remise LiMA ²	129,6	132,1	136,3	137,8	140,3	19,8	2,0	3,2	
EMS	49,1	51,6	56,5	61,2	61,5	8,7	5,8	3,8	
Laboratoires	15,7	15,0	15,6	15,6	15,8	2,2	0,2	2,0	
Physiothérapeutes	11,5	11,7	12,4	13,1	14,0	2,0	5,0	3,5	
Soins à domicile (organisations Spitex)	8,4	8,4	9,3	10,3	11,1	1,6	7,1	8,1	
Autres prestataires ³	16,9	18,5	21,6	26,9	22,0	3,1	6,7	4,1	
Total		567,8	596,0	642,8	674,4	709,3	100,0	5,7	4,5

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
Etat des données: 25.04.2008

¹ Le taux de croissance élevé de la catégorie «Autres prestations médecins» est attribuable à un changement de codification: alors que les analyses des médecins étaient comptabilisées jusqu'en 2002 dans la sous-catégorie «Traitements», celles-ci forment désormais une catégorie à part entière depuis 2003/2004, intitulée «Autres prestations médecins» dans le présent rapport.

² Liste des moyens et appareils

³ La rubrique «autres prestataires» comprend les catégories suivantes: chiropratique, médecine empirique, ergothérapie, conseils en nutrition, aide sociale, sages-femmes, bains thermaux, logopédie, infirmiers/infirmières, Qualitop, entreprises de transport et de sauvetage, dentistes, autres, inconnu.

progressé au cours de ces cinq années dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse. C'est en 2005 que les coûts ont connu, avec 7,9%, la hausse la plus forte dans le canton de Fribourg.

Dans le canton de Fribourg, ce sont les prestations ambulatoires et semi-hospitalières des hôpitaux qui affichent le taux de croissance annuel le plus élevé (9,8%), avec une hausse particulièrement forte en 2005. Suite à l'introduction de Tarmed en 2004, des factures du domaine hospitalier ambulatoire ont été reportées sur l'année suivante, d'où une progression très marquée des coûts en 2005 (15,3%). Cette évolution peut s'expliquer en partie aussi par un transfert des prestations des médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital: toujours plus de ces praticiens facturent leurs activités non plus par les biais de leur cabinet mais par celui de l'hôpital où ils exercent. Les coûts des prestations ambulatoires et semi-hospitalières des hôpitaux ont progressé à un rythme moyen en 2006 (4,8%), avant d'augmenter de nouveau dans des proportions supérieures à la moyenne en 2007 (12,2%).

Les coûts du secteur hospitalier intra-muros et les coûts des médicaments dispensés directement par les médecins ont eux aussi fortement augmenté de 2003 à 2007, avec des taux de croissance moyens de 7,5% et 8,6%. On observe également une forte hausse des coûts dans le domaine des soins à domicile (7,1%), hausse qui toutefois pèse moins lourd en chiffres absolus. Les coûts ont augmenté à un rythme moyen dans le domaine des EMS et de la physiothérapie, à un rythme inférieur à la moyenne dans le domaine des laboratoires, des pharmacies et centres de remise, et dans le domaine des traitements des médecins. Le recul des coûts de 0,3% en 2006 dans le domaine des laboratoires s'explique par la baisse de la valeur du point tarifaire pour les analyses de laboratoires, qui passe d'un franc à 90 centimes.

Une évolution des coûts similaire s'observe à l'échelle de la Suisse: forte hausse dans les soins à domicile (8,1%) et dans le domaine hospitalier (6,4% pour les prestations ambulatoires et semi-hospitalières, 5,5% pour les traitements intra-muros), hausse plus modérée dans le domaine des laboratoires (2,0%) et hausse faible dans le domaine des traitements des médecins (1,3%).

Un transfert des prestations du domaine hospitalier intra-muros vers le domaine semi-hospitalier/ambulatoire est peu vraisemblable, vu le taux de progression élevé qu'on observe dans ces deux domaines. Au cours des cinq années considérées, les prestations intra-muros

ont, dans le canton de Fribourg, augmenté plus fortement (7,0% en moyenne annuelle) que les prestations ambulatoires (5,1%)⁸³.

La participation aux coûts est la plus élevée pour les analyses de laboratoire et les traitements des médecins

Le coût total de 709,3 millions de francs en 2007 a été pris en charge à raison de 85,0% par les assurances-maladie. Les 15,0% restants ont été payés directement par la population fribourgeoise sous forme de participation aux coûts⁸⁴. De 2003 à 2007, la participation aux coûts est restée relativement stable dans le canton de Fribourg, mais elle varie selon les prestataires. Dans le domaine des analyses de laboratoire et des prestations des médecins, les coûts sont supportés pour près du quart par les assurés sous forme de franchises et de quotes-parts. La participation aux coûts est nettement plus faible dans le domaine hospitalier intra-muros (6,9%), dans les soins à domicile (5,2%) et surtout dans le domaine des EMS (3,6%)⁸⁵.

Coûts AOS inférieurs à la moyenne dans le canton de Fribourg

Le tableau 7.2 montre les coûts AOS moyens par assuré dans les domaines ambulatoire et intra-muros, selon le sexe, l'âge et la région. En 2007, les coûts par tête de l'AOS étaient de 2691 francs dans le canton de Fribourg, ce qui est légèrement inférieur au coût moyen en Suisse alémanique. Au niveau de la Suisse, le coût par assuré était de 169 francs plus élevé que dans le canton de Fribourg. Parmi les cantons considérés, c'est le canton de Vaud qui affiche le coût le plus élevé (3239 francs).

Dans le canton de Fribourg, les coûts par tête sont imputables pour environ un tiers aux prestations intra-muros (883 francs par personne assurée) et pour deux tiers aux prestations ambulatoires (1808 francs). La part des traitements ambulatoires aux coûts totaux par tête est un peu plus basse dans le canton de Fribourg que

⁸³ Le terme «intra-muros» inclut ici les prestations intra-muros des hôpitaux ainsi que les prestations des EMS; la catégorie «ambulatoire» comprend tous les autres prestataires ou types de prestations.

⁸⁴ La participation aux coûts correspond à la franchise, la quote-part ainsi que la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. Les coûts éventuels que les personnes assurées paient en plus de leur poche (prestations dites «out of pocket») ne font pas partie des coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici. Les différences de la part de la participation peuvent varier de manière aléatoire selon le prestataire, étant donné que la participation est déduite des premières factures transmises aux assureurs-maladie.

⁸⁵ Voir note de bas de page précédente: les assurés doivent habituellement payer une grande partie du coût des EMS, sans pouvoir être remboursés. Toutefois, ces coûts ne sont pas considérés comme une participation aux coûts de l'AOS, mais comme des prestations «out of pocket».

Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines ambulatoire et intra-muros, selon le sexe, l'âge et la région, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en CHF)

		Ambulatoire		Intra-muros		Total	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		1 808	1 950	883	910	2 691	2 860
Sexe	Femmes	2 050	2 212	1 039	1 064	3 089	3 276
	Hommes	1 561	1 679	724	750	2 285	2 429
Classes d'âge	0–15 ans	692	738	133	139	825	877
	16–35 ans	1 058	1 049	462	361	1 520	1 410
	36–50 ans	1 538	1 584	473	438	2 011	2 022
	51–65 ans	2 762	2 632	910	873	3 672	3 506
	66 ans et plus	4 212	4 428	3 608	3 373	7 820	7 801
Comparaison régionale	Suisse	1 950		910		2 860	
	Fribourg	1 808		883		2 691	
	Berne	1 911		1 176		3 087	
	Vaud	2 397		842		3 239	
	Espace Mittelland	1 902		1 061		2 963	
	Suisse romande	2 251		880		3 131	
	Suisse alémanique	1 828		907		2 735	

Source: Pool de données santésuisse/Analyse Obsan
Etat des données: 25.04.2008

dans l'ensemble de la Suisse (68,2%) et nettement plus basse que dans l'ensemble de la Suisse romande (71,9%). Comparativement, la part des prestations ambulatoires est nettement plus faible (61,9%) dans le canton de Berne, où la part des prestations intra-muros est en revanche élevée. Les différences entre cantons, pour ce qui est de la part respective des secteurs ambulatoire et intra-muros, sont assez difficiles à interpréter, car les subventions cantonales ne sont pas prises en considération dans le pool de données. En fait, les coûts des prestations intra-muros ne sont couverts par l'AOS que jusqu'à une part maximale de 50% (voir art. 49, al.1 LAMal).

En 2007, les coûts par assuré sont entre 31,3% (ambulatoire) et 43,5% (intra-muros) plus élevés pour les femmes que pour les hommes.⁸⁶ Les coûts par assuré augmentent également à mesure que les personnes assurées vieillissent. Ainsi, une personne de moins de 15 ans du canton de Fribourg coûte en moyenne 825 francs en 2007, tandis qu'une personne de plus de 66 ans présente un coût moyen de 7820 francs. Les différences de coûts entre jeunes et personnes âgées sont considérables dans le domaine intra-muros. C'est surtout dans le groupe d'âge le plus élevé que des prestations intra-muros sont sollicitées: la part des prestations intra-muros représente ainsi dans cette classe d'âge environ 46,1%

des coûts globaux par assuré, tandis qu'ils constituent seulement 16,1% des coûts pour les enfants⁸⁷.

Si, pour l'ensemble de la population fribourgeoise, les coûts par tête sont inférieurs à la moyenne suisse, ils sont supérieurs à cette moyenne dans deux classes d'âge: celle des 16-35 ans et celle des 51-65 ans. Dans le secteur intra-muros, les coûts par tête y sont même supérieurs à la moyenne suisse pour toute la population à partir de 16 ans. La différence relative la plus forte entre le canton de Fribourg et l'ensemble de la Suisse s'observe dans le secteur intra-muros pour les personnes de 16 à 35 ans, où le coût moyen dans le canton est d'environ 28,0% supérieur à la moyenne suisse.

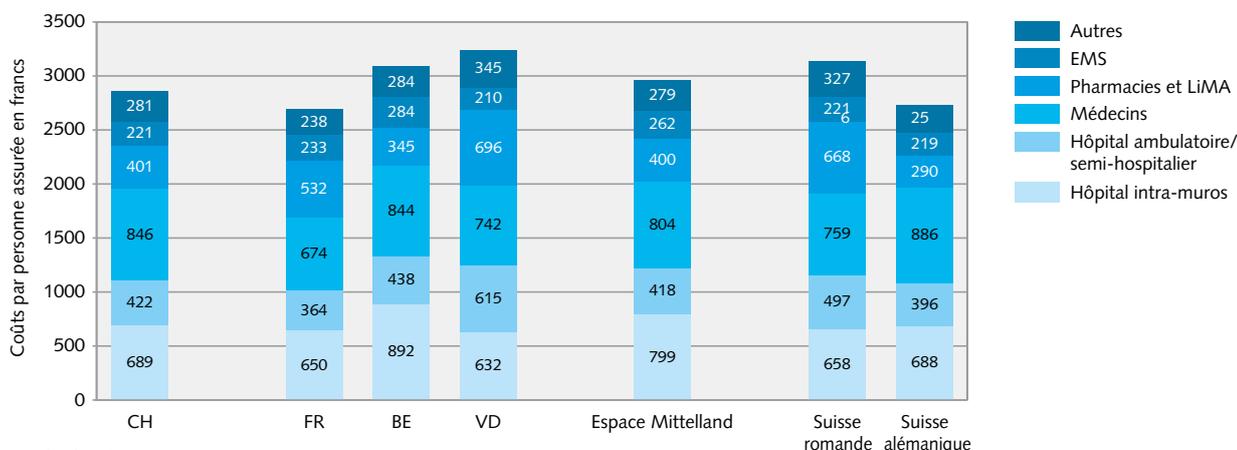
La figure 7.1 présente les coûts par personne assurée selon les groupes de prestataires. Il existe d'importantes différences régionales au niveau des frais de médecins et dans la catégorie pharmacies et centres de remise LiMA. Ces écarts sont imputables à la diversité des législations cantonales en matière de remise des médicaments. Ainsi, la vente de médicaments par le corps médical (propharmacie) est largement répandue dans les cantons de Suisse alémanique, raison pour laquelle les coûts sont relativement élevés dans la catégorie «médecins». En revanche, en Suisse romande et au Tessin, les médecins délivrent plutôt des ordonnances. Dans ces régions, les coûts sont donc proportionnellement plus élevés dans la

⁸⁶ Camenzind et Meier (2004) précisent que les femmes perçoivent certes plus de prestations de l'AOS que les hommes, mais que la différence à la charge des femmes est imputable en grande partie à leur espérance de vie plus longue ainsi qu'aux frais de grossesse et d'accouchement.

⁸⁷ Zweifel et al. (1999) ainsi que Werblow et al. (2007) démontrent que les coûts de santé dépendent beaucoup moins de l'âge que de l'imminence du décès.

**Coûts par assuré de l'assurance obligatoire des soins (AOS)
selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)**

Fig. 7.1



Etat des données 25.04.2008

Source : Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

catégorie «pharmacies et LiMA». Si l'on considère l'ensemble des médicaments délivrés par les pharmacies et par les médecins, on obtient pour le canton de Fribourg un coût de 570 francs par personne. Ce montant est légèrement inférieur à la moyenne suisse (581 francs). C'est en Suisse romande que les coûts pour les médicaments sont les plus élevés (688 francs).

Dans le domaine des EMS, le coût par personne assurée est, dans le canton de Fribourg, supérieur à la moyenne suisse. Il atteignait 233 francs en 2007. En revanche, les coûts sont nettement inférieurs à la moyenne suisse pour les prestations hospitalières ambulatoires et les prestations des médecins. Ils sont inférieurs à la moyenne également dans la catégorie résiduelle des autres prestations. Environ deux tiers des prestations de cette catégorie sont fournis par les physiothérapeutes, les laboratoires et les organisations de soins à domicile.

7.2 Modèles d'assurance et primes

Ce chapitre traite du financement de l'assurance obligatoire des soins. Les analyses se concentreront sur les primes des personnes assurées en fonction des modèles d'assurance choisis. La réduction des primes sera également abordée brièvement. Les chiffres se rapportent aux assurés adultes, domiciliés dans le canton de Fribourg.

Le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles progresse, mais reste nettement en deçà de la moyenne suisse

Dans le canton de Fribourg, 37,7% des adultes ont opté en 2007 pour un modèle d'assurance avec franchise ordinaire et 54,2% pour une franchise à option (voir encadré: description des modèles d'assurance). Alors que le modèle avec franchise ordinaire a progressé depuis 2003, la part des assurés avec franchise à option est en recul. En 2003, 60,5% des Fribourgeois et des Fribourgeoises avaient choisi une franchise à option; la proportion est tombée à 54,2% en 2007. Le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles est passé de 3,0% en 2003 à 7,8% en 2007, mais ce pourcentage est encore nettement au-dessous de la moyenne suisse (14,0%). De 2003 à 2007, ce modèle d'assurance a gagné environ neuf mille nouveaux assurés dans le canton de Fribourg. La part des autres modèles (modèle Managed care avec capitation, assurance avec bonus) est minime (0,1% chacun) et est restée relativement stable de 2003 à 2007.

La franchise de 500 francs est particulièrement répandue

En 2007, 29,6% des assurés fribourgeois ont choisi une franchise de 500 francs, 17,6% une franchise de 1000/1500 francs et 6,8% une franchise de 2000/2500 francs. Au niveau suisse, les proportions sont de 19,6% pour la franchise de 500 francs, de 14,7% pour les franchises de 1000/1500 francs et de 9,0% pour les fran-

chises de 2000/2500 francs. Les franchises à option sont plus répandues dans le canton de Fribourg (54,2% des assurés) que dans l'ensemble de la Suisse (43,6%). La franchise de 500 francs est choisie nettement plus souvent dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. Le modèle avec franchise ordinaire et surtout les modèles alternatifs sont plus répandus dans l'ensemble de la Suisse (40,0% et 16,1%) que dans le canton de Fribourg (37,7% et 8,0%). Le modèle Managed care avec capitation, en particulier, est peu répandu dans le canton de Fribourg.

Les groupes de franchise actuels ne sont en vigueur que depuis 2005. Une comparaison dans le temps n'est donc possible qu'à partir de cette année-là. Entre 2005 et 2007, seuls les niveaux de franchise 2000/2500 francs ont nettement progressé dans le canton de Fribourg (+134,4%). Le nombre d'assurés est resté stable pour la franchise ordinaire et a reculé pour les autres niveaux de franchise (-8,6%).

Description des modèles d'assurance LAMal pour les adultes:

- Assurance de base avec franchise ordinaire: prime unique avec une participation aux coûts minimum annuelle (franchise) de 300 francs.
- Assurance de base avec franchise à option: permet diverses réductions de primes, si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs).
- Assurance avec bonus: une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.
- Modèles Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles: HMO ou modèle du médecin de famille dans lequel la facture est adressée à l'assuré ou à l'assureur selon les tarifs en vigueur.
- Modèles Managed Care avec capitation: HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.

Primes d'assurance-maladie plus basses qu'en moyenne suisse

Les primes de l'AOS ont augmenté continuellement depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Le montant des primes est fixé par les assureurs au sein des régions de primes des cantons – régions unifiées depuis 2004

Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (assurés de 26 ans et plus, en CHF)

Modèle d'assurance	Franchise	Région 1 FR	Région 2 FR	Prime moyenne FR	Prime moyenne CH	Part des assurés FR (en %)	Part des assurés CH (en %)
Modèle standard avec franchise	Franchise ordinaire (300 CHF)	3 510	3 194	3 309	3 551	37,7	40,0
	Franchise basse (500 CHF)	3 411	3 091	3 195	3 604	29,6	19,6
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	2 498	2 211	2 298	2 661	17,6	14,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	1 864	1 693	1 760	2 054	6,8	9,0
Modèle Managed Care avec capitation	Franchise ordinaire (300 CHF)	2 916	2 651	2 700	3 286	0,0	0,7
	Franchise basse (500 CHF)	2 719	2 632	2 644	3 111	0,0	0,3
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	2 232	1 998	2 043	2 391	0,0	0,6
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	1 936	1 722	1 795	2 118	0,0	0,4
Modèle Managed Care avec facture selon prestations individuelles	Franchise ordinaire (300 CHF)	3 102	2 839	2 945	3 064	2,4	5,5
	Franchise basse (500 CHF)	2 959	2 741	2 825	3 030	2,1	2,5
	Franchise moyenne (1000/1500 CHF)	2 334	2 097	2 167	2 324	2,6	3,7
	Franchise haute (2000/2500 CHF)	1 901	1 739	1 798	1 942	0,7	2,0
Assurance avec bonus ¹	Franchise basse (500 CHF)	2 604	2 349	2 423	2 498	0,1	0,1
Total		3 131	2 823	2 929	3 152	100,0	100,0

Source: Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

Etat des données: 25.04.2008

¹ Vu le faible nombre de personnes ayant opté pour ce modèle, la comparaison entre la prime moyenne et les autres modèles a été abandonnée.

pour tous les assureurs. Il y a deux régions de primes dans le canton de Fribourg: la région 1 couvre les communes du district de la Sarine, la région 2 toutes les autres communes⁸⁸. Le volume des primes calculé dans ce rapport provient des comptes d'exploitation des assureurs-maladie. Il s'agit de la prime encaissée par l'assurance-maladie selon le tarif de l'offre, avant la réduction individuelle des primes, après les déductions liées au rabais de formation, aux franchises à option, aux modèles HMO, médecin de famille ou bonus et à l'exclusion du risque accident. Les données ci-dessous ne peuvent pas être comparées directement avec la statistique des primes publiée par l'OFSP après la procédure d'approbation.

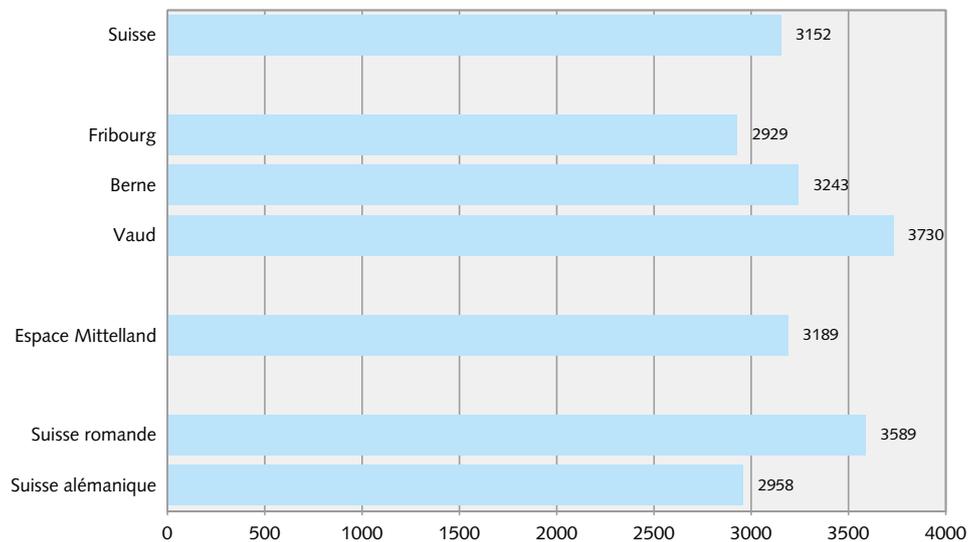
En 2007, la prime moyenne varie pour les personnes de 26 ans et plus entre 3510 et 1693 francs selon la région de prime et selon le modèle d'assurance (tableau 7.3). Dans la région 1, les primes sont en moyenne de 10,9% plus élevées (3131 francs par personne assurée) que dans la région 2. Tendanciellement, les Fribourgeoises et les Fribourgeois qui ont choisi un modèle alternatif paient des primes moins élevées que ceux qui sont restés attachés au modèle de franchise traditionnel.

Mais le plus gros potentiel d'économie s'observe chez les assurés qui ont choisi une franchise élevée (2000/2500 francs) dans le « modèle standard ».

En 2007, la prime moyenne par assuré s'élevait à 2929 francs (figure 7.2) dans le canton de Fribourg, soit 223 francs de moins que dans l'ensemble de la Suisse (3152 francs) et 29 francs de moins qu'en Suisse alémanique (2958 francs). Parmi les cantons considérés, c'est le canton de Vaud qui affiche la prime moyenne par assuré la plus élevée (3730 francs). La prime moyenne par assuré était plus élevée aussi dans le canton de Berne (3243 francs) que dans le canton de Fribourg. Si l'on compare les primes régionales avec les coûts régionaux de la santé (tableau 7.2), on obtient une image cohérente: les coûts et les primes sont les plus élevés dans le canton de Vaud, en Suisse romande et dans le canton de Berne, les coûts et les primes sont les plus bas dans le canton de Fribourg et en Suisse alémanique.

Prime moyenne par assuré selon la région de domicile
2007 (assurés de 26 ans et plus en CHF)

Fig. 7.2



Etat des données 25.04.2008

Source: Pool de données santésuisse / Analyse Obsan

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁸⁸ La répartition exacte des régions de primes au niveau communal peut être consultée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP): www.ofsp.admin.ch.

Les réductions de prime se sont rapprochées en 2007 du niveau suisse

Suite à l'introduction de la LAMal en 1996, un système individuel de réduction des primes a été établi afin d'alléger les primes des assurés de condition économique modeste. La Confédération et les cantons financent conjointement ces réductions; les cantons disposent dans ce cadre d'une très grande marge de manœuvre quant à l'aménagement des conditions d'octroi. Les systèmes sont par conséquent très différents d'un canton à l'autre. Les comparaisons entre les cantons ne peuvent donc être effectuées ici qu'avec certaines réserves.

De 2003 à 2007, le canton de Fribourg a entièrement épuisé les subsides versés par la Confédération pour la réduction des primes d'assurance-maladie, alors que le facteur de réduction était de 13,9% en moyenne pour la Suisse en 2007⁸⁹. En Suisse, 2,27 millions de personnes (30,1% de la population) ont bénéficié d'une réduction de prime en 2007, dont 80'302 dans le canton de Fribourg (30,5% de la population cantonale). Entre 2003 et 2007, le nombre de bénéficiaires a baissé de 3,8% dans le canton de Fribourg. La baisse a été particulièrement nette (9,3%) en 2007. La proportion de bénéficiaires dans la population est restée, pendant la période considérée, au-dessus de la moyenne suisse, mais pas de beaucoup, le nombre de bénéficiaires ayant fortement reculé en 2007.

En 2007, 122,2 millions de francs de subsides ont été versés dans le canton de Fribourg pour les réductions de primes⁹⁰, soit environ 10 millions de francs de plus qu'en 2003. Avec une contribution de 1524 francs par bénéficiaire, le canton de Fribourg se situe légèrement au-dessus de la moyenne suisse en 2007 (1506 francs par bénéficiaire). Mais les montants par personne versés dans le canton entre 2003 et 2006 étaient inférieurs à la moyenne suisse.

De 2003 à 2006, les réductions de primes ont été plus fréquentes dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse, mais les montants versés par personne étaient dans le canton légèrement inférieurs à la moyenne suisse. En 2007, la part de la population bénéficiant d'une réduction de prime dans le canton de Fribourg s'est rapprochée de la moyenne suisse, mais les montants versés par personne sont légèrement au-dessus de cette moyenne.

7.3 Résumé

Ce chapitre présente les coûts de la santé dans le canton de Fribourg dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). De 2003 à 2007, les coûts ont augmenté plus fortement dans le canton de Fribourg (5,7%) que dans l'ensemble de la Suisse (4,5%). Les plus fortes progressions s'observent dans les domaines suivants: soins ambulatoires et semi-hospitaliers des hôpitaux (9,8%), médicaments dispensés par les médecins (8,6%), secteur hospitalier intra-muros (7,5%), soins à domicile (7,1%). Malgré ces fortes progressions, les coûts AOS restent, dans le canton de Fribourg, inférieurs à la moyenne suisse. En 2007, la somme dépensée par personne assurée dans le cadre de l'AOS était de 2691 francs dans le canton de Fribourg, contre 2860 francs dans l'ensemble de la Suisse. Les coûts des médecins et les coûts hospitaliers sont nettement moins élevés dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse. En revanche, les coûts par tête y sont supérieurs à la moyenne suisse dans le domaine des EMS, des pharmacies et des centres de remise LiMA.

Le modèle d'assurance avec franchise à option est très répandu dans le canton de Fribourg (54,2%, Suisse 43,6%). La franchise de 500 francs, en particulier, est choisie nettement plus souvent dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse (29,6% vs 19,6%). Le modèle Managed Care avec facturation selon les prestations individuelles a progressé ces dernières années dans le canton de Fribourg, mais il reste, avec une part de 7,8% en 2007, nettement moins répandu que dans l'ensemble de la Suisse (14,0%). Les primes d'assurance-maladie des personnes de 26 ans et plus sont, avec 2929 francs en moyenne, plus basses dans le canton de Fribourg que dans l'ensemble de la Suisse (3152 francs). Enfin, 30,5% de la population fribourgeoise bénéficient d'une réduction de prime. Cette proportion, de même que le montant versé par bénéficiaire, était en 2007 légèrement plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse.

⁸⁹ Cf. art. 66 al. 5 LAMal: «En outre et à condition que la réduction des primes des assurés de condition économique modeste soit tout de même garantie, le canton peut diminuer de 50% au maximum la contribution à laquelle il est tenu, les subsides fédéraux alloués étant alors réduits dans les mêmes proportions». En 2007, 15 cantons ont fait usage de cette possibilité.

⁹⁰ Réductions de primes effectivement versées aux ménages respectivement aux bénéficiaires durant l'année sous revue selon la LAMal, la Confédération et les cantons.

Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne

Activités (AFVQ en français, BADL, basic activities of daily living en anglais) telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc.

Activités instrumentales de la vie quotidienne

Activités (AIVQ en français, IADL, instrumental activities of daily living en anglais) telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur des années potentielles de vie perdues consiste à mesurer la mortalité précoce au sein de la population, c'est-à-dire le nombre d'années de vie «perdues» lorsqu'une personne meurt «prématurément» (dans ce rapport les personnes décédées avant l'âge de 70 ans) d'une cause quelconque. Le résultat est donné pour 100'000 habitants et est calculé sur la base de la population standard européenne OMS.

Compétences en matière de santé

Capacité d'un individu à prendre, dans la vie quotidienne, des décisions ayant une incidence positive sur sa santé, que ce soit à la maison, sur le lieu de travail, dans ses rapports avec le système de santé ou dans la société en général. Les compétences en (matière de) santé renforcent la capacité d'autodétermination d'une personne, sa liberté d'action et de décision par rapport à la santé et sa faculté à trouver des informations sur ce sujet et à les comprendre et à assumer la responsabilité de sa propre santé.

Comportements en matière de santé

On entend ici les comportements déterminants pour la santé.

Contrôle préventif

Examen visant à déceler précocement une maladie.

Echantillon

Sous-ensemble de l'univers de référence sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

Facteur de risque

Caractéristique de la personne ou de son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

Indice de masse corporelle (IMC)

Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit: $IMC = (\text{poids corporel en kg}) / (\text{taille en m})^2$.

Inégalité sociale

Conditions de vie favorables ou défavorables (p. ex. accès à une meilleure éducation, au système de santé) d'une personne en raison de sa position et de sa situation sociales.

Lien de cause à effet

Lien évident entre la cause et son effet.

Obésité

Forte surcharge pondérale ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)
Prévalence à vie Nombre de cas (p. ex. fumer du cannabis, souffrir de douleurs dorsales) qui surviennent dans une population donnée sans distinction des nouveaux et anciens cas.

Prévention

Ensemble des mesures visant à prévenir ou à déceler assez tôt des maladies, une invalidité ou une mort précoce. La prévention se subdivise en trois volets:
La prévention primaire, qui consiste à éliminer un ou plusieurs facteurs de maladie ou d'accident, à accroître la résistance physique des personnes et à modifier les facteurs environnementaux;
La prévention secondaire, qui regroupe toutes les mesures destinées à déceler une maladie avant l'apparition des symptômes;
La prévention tertiaire, qui consiste dans la prévention des suites des maladies diagnostiquées et dans la prophylaxie des récives.

Promotion de la santé

Toutes les mesures prises dans la société favorisant la préservation et l'amélioration de la santé de la population.

Représentativité

Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de base pour les principales variables considérées (p. ex. sexe, âge, formation).

Ressources

Potentiel d'un individu en termes de formation, de capacités, de savoir-faire, de connaissances et d'atouts personnels, mais aussi en termes de statut social et d'environnement de vie (soutien social par exemple). Les ressources ont un effet positif sur la santé.

Revenu d'équivalence du ménage

Revenu de chacun des membres d'un ménage, compte tenu du revenu total du ménage, de la taille de celui-ci et de l'âge de ses membres.

Salutogenèse

Approche qui s'intéresse aux ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé.

Santé publique

Ensemble des dispositions (et des mesures) prises par la collectivité pour créer les conditions cadres nécessaires au niveau de la société, de l'environnement et de l'offre de prestations de santé permettant à la population de vivre en bonne santé. La santé publique couvre la promotion et la prévention de la santé ainsi que les soins et la réadaptation.

santésuisse

Association faîtière des assureurs maladie.

Screening

Examen visant à déceler une maladie à un stade précoce (procédure de prévention secondaire).

Sentiment de cohérence

Aussi appelé: sens de cohérence

Le sentiment de cohérence est un indicateur général qui exprime dans quelle mesure une personne a un fort sentiment de confiance, durable et vivant, grâce auquel elle peut 1) comprendre et accepter les exigences de la sphère privée et publique 2) recourir aux ressources

nécessaires pour répondre aux exigences qu'elle doit satisfaire et 3) considérer ces exigences comme des défis qui méritent l'investissement requis.

Sentiment de maîtrise

Impression subjective de pouvoir, dans une situation donnée, agir de manière autonome (sentiment de maîtrise interne) ou au contraire impression d'être déterminé par des influences extérieures (sentiment de maîtrise externe).

Significativité

Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon. Si un résultat est significatif à un niveau de signification de 5%, la probabilité est faible que ce résultat soit le fruit du hasard.

Soutien social

Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

Spitex

Aide et soins extrahospitaliers, soins de santé et soins infirmiers ambulatoires.

Taux de morbidité

Incidence/prévalence d'une maladie ou d'un symptôme: nombre de personnes atteintes d'une maladie ou déclarant un symptôme rapporté dans une population à un moment précis.

Taux de mortalité

Nombre de décès rapporté dans une population à un moment précis.

Taux de natalité

Nombre des naissances en une année divisé par la population moyenne de la région la même année, multiplié par 1000.

Univers de référence

Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence et seul un échantillon de données de celui-ci est collecté.

Table des figures et des tableaux

Index des figures

Fig. 1.1 Principaux déterminants de la santé	10	Fig. 2.9 Personnes ayant des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007	28
Fig. 2.1 Santé subjective selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2007	20	Fig. 2.10 Personnes ayant des difficultés à accomplir les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007	29
Fig. 2.2 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, selon l'âge et la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2007	22	Fig. 2.11 Personnes victimes d'un accident selon le type d'accident, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	31
Fig. 2.3 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007	22	Fig. 2.12 Personnes victimes d'un accident de sport et de jeu ou d'un autre accident selon le sexe et l'âge, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	33
Fig. 2.4 Personnes ayant un problème de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	23	Fig. 2.13 Personnes âgées de 60 ans et plus victimes d'une chute selon le sexe, l'âge et différents indicateurs de santé, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	33
Fig. 2.5 Personnes dont la santé subjective est bonne ou très bonne, avec ou sans problème de santé de longue durée, selon le sentiment de maîtrise et le sentiment de cohérence, canton de Fribourg et Suisse, 2007	24	Fig. 2.14 Proportion de personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	35
Fig. 2.6 Troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007	26	Fig. 2.15 Personnes souffrant de problèmes psychiques moyens ou importants, selon le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007	35
Fig. 2.7 Troubles physiques selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg, 2007	26	Fig. 2.16 Personnes ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	37
Fig. 2.8 Personnes ayant une limitation passagère dans les activités habituelles et nombre moyen de jours d'incapacité selon différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des quatre semaines précédant l'enquête)	27	Fig. 2.17 Scores moyens d'après l'échelle du sentiment de cohérence, par dimension, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	39

Fig. 2.18 Personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants selon le sentiment de maîtrise de la vie et le sentiment de cohérence, canton de Fribourg et Suisse, 2007	39	Fig. 3.5 Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la satisfaction à l'égard de son poids corporel selon le sexe, canton de Fribourg, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	57
Fig. 2.19 Personnes présentant des symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	40	Fig. 3.6 Consommation de liquide non alcoolisé selon l'âge, le sexe et la région, canton de Fribourg, 2007	60
Fig. 2.20 Personnes ayant des sentiments de solitude selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007	41	Fig. 3.7 Evolution temporelle de l'activité physique, canton de Fribourg et Suisse, 2002 et 2007	61
Fig. 2.21 Personnes ayant des sentiments de solitude selon la formation, le type de ménage et différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007	42	Fig. 3.8 Lien entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Fribourg, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	63
Fig. 2.22 Personnes n'ayant pas ou manquant parfois d'une personne de confiance selon le sexe, la formation et différents indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse, 2007	43	Fig. 3.9 Proportion de fumeurs selon l'âge et le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2007	65
Fig. 2.23 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, canton de Fribourg, 1986/87–2006/07	44	Fig. 3.10 Proportions de fumeurs selon l'âge, le sexe et la formation, Suisse, 2007	66
Fig. 2.24 Comparaison régionale des taux standardisés, données agrégées 2002-2006 (avec intervalle de confiance à 95%)	45	Fig. 3.11 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs par sexe, Suisse, 2002 et 2007	67
Fig. 2.25 Années potentielles de vie perdues selon le sexe, canton de Fribourg, données agrégées 2002–2006	48	Fig. 3.12 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, canton de Fribourg et Suisse, 2007	69
Fig. 3.1 Etat de santé et comportements selon l'attention portée à la santé, Suisse, 2007	52	Fig. 3.13 Consommation de tabac selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, Suisse, 2007	71
Fig. 3.2 Connaissances auto-évaluées en matière de santé, canton de Fribourg, 2007	54	Fig. 3.14 Consommation de médicaments selon les problèmes psychiques et le sexe, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	75
Fig. 3.3 Evolution de l'indice de masse corporelle (IMC), canton de Fribourg et Suisse, 2002 et 2007 (personnes de 18 ans et plus)	56	Fig. 3.15 Consommation de somnifères selon l'importance des problèmes d'insomnies et l'âge, Suisse, 2007 (durant la semaine précédant l'enquête)	75
Fig. 3.4 Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus)	57	Fig. 4.1 Personnes concernées par des nuisances à la maison, canton de Fribourg et Suisse, 2007	78

Fig. 4.2 Part de la population exposée à deux ou plusieurs nuisances dans son logement selon l'état de santé subjectif, le sentiment de maîtrise de la vie et l'importance des problèmes psychiques, canton de Fribourg, 2007	80	Fig. 6.3 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe, selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	111
Fig. 4.3 Personnes subissant des nuisances au travail, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	81	Fig. 6.4 Nombre moyen de consultations par personne et par sexe selon l'intensité des consultations et le type de spécialisation, canton de Fribourg, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	111
Fig. 4.4 Lien entre le nombre de nuisance au travail, les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Fribourg, 2007 (personnes actives occupées)	84	Fig. 6.5 Nombre moyen de consultations par personne, par sexe et par âge, selon le type de spécialisation, canton de Fribourg, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	112
Fig. 4.5 Satisfaction au travail, canton de Fribourg et Suisse, 2002 et 2007 (personnes actives occupées)	84	Fig. 6.6 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète, selon la formation, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	114
Fig. 4.6 Proportion de personnes actives occupées qui craignent pour leur emploi, selon différents indicateurs de santé, Suisse, 2007	85	Fig. 6.7 Proportion de personnes mentionnant un examen préventif des maladies cardio-vasculaires ou du diabète selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	115
Fig. 4.7 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable selon la crainte de perdre son emploi, Suisse, 2007 (personnes actives occupées)	86	Fig. 6.8 Recours aux différentes formes de médecine complémentaire, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	120
Fig. 5.1 Typologie des personnes présentant des symptômes dépressifs, Suisse 2007	93	Fig. 6.9 Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire par habitant, cantons et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	120
Fig. 5.2 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs de l'activité physique et de l'alimentation, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	99	Fig. 6.10 Type de personnes impliquées dans la délivrance de l'aide informelle, Suisse, 2007	124
Fig. 5.3 Proportion de personnes en surcharge pondérale ou obèses selon différents indicateurs liés aux connaissances dans le domaine de la santé et au mode de vie, Suisse, 2007 (18 ans et plus)	100	Fig. 7.1 Coûts par assuré de l'AOS selon les groupes de prestataires et selon les régions, 2007 (en CHF)	130
Fig. 6.1 Proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2002 et 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	108	Fig. 7.2 Prime moyenne par assuré selon la région de domicile, 2007 (assurés de plus de 25 ans, en CHF)	132
Fig. 6.2 Intensité des consultations selon les troubles physiques, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête)	110		

Index des tableaux

Tab. 1.1		Tab. 3.3	
Fiche signalétique de l'Enquête suisse		Attention portée à l'alimentation et respect de la	
sur la santé (ESS)	12	recommandation d'alimentation «5 par jour»,	59
Tab. 1.2		Tab. 3.4	
Echantillon et population résidante du canton de		Fréquence de la consommation de viande, de	
Fribourg selon le sexe et l'âge, 2007 (15 ans et plus)	13	poisson et de produits laitiers, canton de Fribourg	
Tab. 1.3		et Suisse, 2007 (en %)	60
Sélection de chiffres-clés pour le canton de		Tab. 3.5	
Fribourg en comparaison avec la Suisse entière	16	Activité physique, canton de Fribourg et Suisse,	
Tab. 2.1		2007 (en %)	62
Santé subjective, canton de Fribourg et Suisse,		Tab. 3.6	
2007 (en %)	21	Evolution temporelle de la consommation	
Tab. 2.2		de tabac, canton de Fribourg, 2002 et 2007 (en %)	64
Personnes ayant un problème de santé de longue		Tab. 3.7	
durée ou des troubles physiques importants,		Consommation de tabac, canton de Fribourg,	
canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	24	2007 (en %)	66
Tab. 2.3		Tab. 3.8	
Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires,		Exposition à la fumée passive (une heure et plus)	
canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	30	en fonction du sexe, comparaison régionale, Suisse,	
Tab. 2.4		2007 (en %)	68
Personnes victimes d'un accident ou d'une chute,		Tab. 3.9	
canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des		Exposition à la fumée passive au travail, Suisse,	
douze mois précédant l'enquête, en %)	32	2007 (personnes actives occupées, en %)	68
Tab. 2.5		Tab. 3.10	
Personnes ayant des problèmes psychiques moyens		Groupes à risque concernant la consommation	
ou importants selon le type de ménage et différents		d'alcool, Suisse, 2007 (en %)	70
indicateurs de santé, canton de Fribourg et Suisse,		Tab. 3.11	
2007 (en %)	36	Prévalence sur la vie de la consommation de	
Tab. 2.6		cannabis et consommation actuelle auto-déclarée,	
Causes de mortalité les plus fréquentes selon l'âge		Suisse, 2007 (15 à 34 ans, en %)	72
et le sexe, canton de Fribourg et Suisse, données		Tab. 3.12	
agrégées 2000–2006	46	Consommation de médicaments, canton de	
Tab. 2.7		Fribourg et Suisse, 2007 (dans la semaine	
Nombre et part (en %) des cas de décès et Indice		précédant l'enquête, en %)	74
standardisé de mortalité (SMR) selon la cause de		Tab. 4.1	
décès et le sexe, canton de Fribourg, données		Nombre de nuisances à la maison, canton	
agrégées 2000–2006	47	de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	79
Tab. 3.1		Tab. 4.2	
Attention portée à la santé, canton de Fribourg		Nombre de nuisances au travail, canton de Fribourg	
et Suisse, 2007 (en %)	53	et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	82
Tab. 3.2		Tab. 4.3	
Indice de masse corporelle (IMC), canton de Fribourg		Charges physiques et tensions psychiques au	
et Suisse, 2007 (personnes de 18 ans et plus, en %)	56	travail, canton de Fribourg et Suisse, 2007	
		(personnes actives occupées, en %)	83

Tab. 4.4 Lien entre les charges physiques et les tensions psychiques au travail, canton de Fribourg, 2007 (personnes actives occupées, en %)	83	Tab. 6.5 Types d'examens de dépistage, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en % de la population mentionnant avoir subi au moins un examen)	117
Tab. 4.5 Estimation de la difficulté à retrouver un emploi comparable en cas de perte de l'emploi, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (personnes actives occupées, en %)	87	Tab. 6.6 Vaccin contre la grippe, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	118
Tab. 5.1 Autres caractéristiques des groupes à haut risque et du groupe de référence (seules sont considérées les personnes présentant au moins un symptôme dépressif), 2007	94	Tab. 6.7 Recours aux prestations de médecine complémentaire (MCA), canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	119
Tab. 5.2 Corrélations multivariées entre différents indicateurs de comportements et de compétences en matière de santé et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	101	Tab. 6.8 Recours aux prestations ambulatoires et intra-muros des hôpitaux, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	121
Tab. 5.3 Corrélations multivariées entre les comportements et compétences en matière de santé, le contexte social et la surcharge pondérale (obésité incluse), Suisse, 2007 (modèle de régression logistique, 18 ans et plus)	102	Tab. 6.9 Prévalence au cours de la vie de différentes opérations, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	122
Tab. 6.1 Part des personnes n'ayant pas consulté de médecin, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	107	Tab. 6.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	123
Tab. 6.2 Part des personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon l'intensité des consultations, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en %)	109	Tab. 7.1 Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le prestataire et le type de prestations, canton de Fribourg et Suisse, 2003–2007 (données extrapolées, en millions de CHF)	127
Tab. 6.3 Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	113	Tab. 7.2 Coûts par assuré de l'AOS dans les domaines ambulatoire et intra-muros, selon le sexe, l'âge et la région, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (en CHF)	129
Tab. 6.4 Examens de dépistage du cancer, Suisse, 2007 (au cours des douze mois précédant l'enquête, en %)	116	Tab. 7.3 Prime moyenne par assuré selon les modèles d'assurance, le niveau de franchise et la région de prime, canton de Fribourg et Suisse, 2007 (assurés de plus de 25 ans, en CHF)	131

Bibliographie

- Adamson, S.J. & J.D. Sellman (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail no 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger & W. Wicki (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000). Aspects psychosociaux de la santé. In: Office fédéral de la statistique (Ed.). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon & K. Kroenke (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- Baumeister, H. & M. Harter (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. & T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.). *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bétrisey, C., M. Roth & H. Jaccard Ruedin (2006). *Démographie médicale. Rapport pour le canton de Fribourg*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bisig, B. & V. Beer (1996). Mortalité. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Eds.), *La santé dans le Canton de Fribourg*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin & A. Domenighetti (2004). Operationen. In: B. Bisig & F. Gutzwiller (Eds.), *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Ueberversorgung? Band 2: Detailresultate* (p. 163–190). Zürich: Rüegger.
- bpa (2008). *Légère augmentation du nombre de victimes de la route en 2007. Communiqué de presse du 19.02.2008*. Berne: Bureau de prévention des accidents.
- Bullinger, M., I. Kirchberger & J.E. Ware (1995). Der deutsche SF-36 health survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Eds.), *Social Change and the experience of unemployment* (p. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley & R.A. Thisted (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. & C. Meier (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry & T.W. Strine (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2(1): A14.

- Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dawson, D.A. & R. Room (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1–2): 1–21.
- Djordjevic, D. (2007). Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft“. In: Caritas (Eds.), *Sozialmanach 2008: Bedrängte Solidarität* (p. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. & B. Bisig (1995). Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet*, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. & A. Casabianca (1997). Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ*, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca & P. Luraschi (1989). *Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin*. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler & H. Lloyd (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- du Toit, M. & S. du Toit (2001). *Interactive LISREL: User's guide*. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003). *Poids corporel en Suisse: Revue de la littérature récente*. Bern: Suisse Balance.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan & F. Gutzwiller (2005). Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 259–278). Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman & K.D. Williams (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid & J. Angst (1992). The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolero & M. Bopp (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld & G.D. Smith (1998). An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. & M. de Borde (1990). *Histoire de l'alcool*. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. & R.M. Carney (2009). Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony & B.O. Muthen (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters & J. Siegrist (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.

- Hall, W. & N. Solowij (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel & J.S. House (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.
- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse*. Observations et perspectives. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.
- Höpflinger, F. & J.A. Weiss (2009). Actifs de 50 ans et plus. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 90–103). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. & S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 83.
- ISPA (2009). *Consommation de tabac*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- ISPM Zürich (Ed.) (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo & A. Busato (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer & S. Pellegrini (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson & M.W. Jaffe (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the american medical association*, 185: 914–919.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. & P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. & K. Engelhardt (2009). Le concept des déterminants de la santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 17–29). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepert (2009). La vieillesse. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 105–123). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Kolip, P. & K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Ed.). *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. & G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.

- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry & R. Wolfe (2008). Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer & H. Stamm (2008). *Sport Suisse 2008. Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: OFSPO.
- Lamprecht, M. & H. Stamm (2002). *Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz*. Zürich: Seismo.
- Lawton, M.P. & E.M. Brody (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 9: 179–186.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselman, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. & M.A. Nystrom Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.
- Lynskey, M. & W. Hall (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005). Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews & C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. & A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern: Haupt.
- Marty, F. (2007). Médicaments. In: G. Kocher & W. Oggier (Eds.), *Système de santé suisse 2007–2009. Survol de la situation actuelle* (p. 261–273). Berne: Huber.
- Mausner-Dorsch, H. & W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société*, Bulletin d'information 402.
- Meyer, K. (Ed). (2009). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Meyer, K., A. Simmet, H.P. Mattle, K. Nedeltchev & M. Arnold (2009). *Maladies somatiques et leurs conséquences*. In: K. Meyer (Ed.). *La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Murray, C.J. & A.D. Lopez (Eds) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- National Center for Education Statistics (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- Niemann, N. & C. Maschke (2004). *WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity*. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger & M. Cavegn (2008). *Les accidents de travail en Suisse: statistique 2008 du bpa*. Berne: bpa – Bureau de prévention des accidents.
- Obsan (2005). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Obsan (2006). *La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Observatoire valaisan de la santé & IUMSP (2004). *La Santé des Valaisans 2004. 3ème rapport*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie.
- OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse 2006*. Paris: Editions OCDE.
- OCDE (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: Editions OCDE.
- OECD (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 45*. Paris: OECD.

- OFS (2003). *Enquête suisse sur la santé 2002. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique
- OFS (2006). *Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des Enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002. StatSanté*, 1.
- OFS (2007). *Excès pondéral chez l'adulte en Suisse: aspects d'une problématique multifactorielle. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002. StatSanté*, 3.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). *Enquête suisse sur la santé 2007: conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008c). *Statistique médicale des hôpitaux 2007 – Tableaux standard. Résultats provisoires*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008d). *Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS07). Aide-mémoire concernant les données*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008e). *Statistique des causes de décès. Causes de mortalité en 2005 et 2006*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005a). *Monitoring cannabis: la consommation de cannabis en Suisse et ses conséquences. Vue d'ensemble 2004*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFS (2009b). *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Actualités OFS*.
- OFS (2010). *Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005a). *Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2005b). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007a). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007b). *Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Office fédéral de la santé publique en collaboration avec le Groupe de travail Influenza et la Commission fédérale pour les vaccinations*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2007c). *Recommandations pour une alimentation équilibrée*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008a). *Programme national alimentation et activité physique 2008 – 2012 (PNAAP 2008 – 2012)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008b). *Rapport d'approfondissement Genre et santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2008c). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2006). *Document de base «Activité physique et santé»*. Macolin: Office fédéral du sport.
- OFSP, OFSP & Réseau suisse Santé et activité physique (2007). *Activité physique et santé. Recommandations de l'Office fédéral du sport OFSPO, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et du Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch) de l'année 2002*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Olsson, M., J. Gassne & K. Hansson (2009). *Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- OMS (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé no 2*. New York: Organisation mondiale de la santé.
- Paccard, F. & D. Faeh (2005). *Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse*. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 493-511). Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang & S.M. Consoli (2002). *Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. British journal of psychiatry*, 181: 111–117.

- Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Eds.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (p. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel & C.T. Sempos (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.
- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier & J.S. Ahluwalia (2004). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. & J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. & P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring / La santé psychique en Suisse – Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitorage* (Document de travail no 24). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Segovia, J., R.F. Bartlett & A.C. Edwards (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- SSN (2006). *A table! Le dépliant se base sur la pyramide alimentaire de la SSN et ses différents étages, qui expliquent simplement et clairement nos besoins journaliers*. Berne: Société Suisse de Nutrition.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 219–231). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2010). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast & R.G. Westendorp (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. & Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Eds.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (p. 471–491). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009). *World drug report 2009*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale, S., Priez, F. & C. Jeanrenaud (1998). *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, estimation pour l'année 1995*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanner, H.U. (1993). Le bruit. In: W. Weiss (Eds.), *La santé en Suisse* (p. 433–443) Lausanne: Editions Payot.
- Ware, J.E. & C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Werblow, A., S. Felder & P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health economics*, 16(10): 1109–1126.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: WHO

WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.

WHO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO technical Report Series 916*. Geneva: WHO.

WHO (2004a). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Summary*. Geneva: WHO.

WHO (2004b). *Wohnen und Gesundheit – ein Überblick. Hintergrunddokument*. Budapest: WHO Europe.

Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.

Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie "Depression 2000". Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidtkunz, S. Winter & H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

Zweifel, P., S. Felder & M. Meiers (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health economics*, 8(6): 485–496.

Annexe

Explications méthodologiques concernant l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

Description de l'échantillon

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS07) est la quatrième du genre, après l'ESS92/93, l'ESS97 et l'ESS02. Il s'agit d'une enquête par échantillonnage représentative de la population résidente (Suisse et étrangers établis) âgée d'au moins 15 ans vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique. Pour ce type d'enquête, la sélection des participants est particulièrement importante si l'on veut obtenir une image fidèle de la totalité de la population. Afin d'éviter les variations saisonnières, les interviews ont été réparties de manière égale sur toute l'année civile 2007.

La méthode d'échantillonnage utilisée repose sur un échantillon aléatoire stratifié. Dans un premier temps, les adresses initiales ont été réparties sur les sept grandes régions⁹¹ afin de garantir qu'au minimum 1000 interviews soient réalisées dans chacune de ces régions. Les adresses attribuées à une grande région ont été réparties entre les strates (cantons, sauf pour Zurich et Berne qui sont partitionnés respectivement en 2 et 3 strates) faisant partie de la région en question, proportionnellement à leur nombre d'habitants. Dans chaque ménage sélectionné, une personne cible a été tirée au sort de manière aléatoire (2^e stratification). Seule la personne cible ainsi désignée a finalement participé à l'enquête et ce n'est que par son intermédiaire ou par celui de son représentant (interview dite proxy) que les informations ont été collectées.

Les cantons avaient la possibilité d'augmenter la taille de leur échantillon en finançant des interviews supplémentaires pour pouvoir effectuer au niveau de leur canton des analyses fiables. En plus du canton de Fribourg, 12 cantons ainsi que la ville de Zurich ont exploité cette possibilité et ont bénéficié d'un échantillon représentatif (OFS, 2008b).

⁹¹ Les 7 grandes régions de Suisse sont les suivantes: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (NE, FR, BE, JU), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS, SO), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, SG, SH, TG, GR), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Tessin (TI).

Dans l'ensemble du pays, 18'760 personnes (femmes: 10'336, hommes: 8424) ont participé à l'enquête. Si l'on soustrait les 1860 adresses non valables (adresses commerciales, maisons de vacances, numéros de fax, etc.) de l'échantillon brut totalisant 30'179 ménages, on obtient un taux de réponse de 66%, ce qui est relativement élevé en comparaison internationale.

Parmi les personnes interrogées, 16'322 étaient de nationalité suisse et 2428 étaient des ressortissants étrangers résidant en Suisse. Les interviews ont été réalisées dans les trois langues officielles exclusivement: 11'611 interviews en allemand, 5638 en français et 1511 en italien.

5825 personnes (21% des adresses valables) ont refusé de participer à une interview, 3730 personnes (13% des adresses valables) n'ont pas pu être contactées. Le refus a été formulé soit au moment de la prise de contact avec le ménage (a), soit après la question relative à la composition du ménage (b), soit par la personne ayant été sélectionnée dans le ménage (c). En raison de difficultés liées à la langue, 445 personnes (1,6%) n'ont pas pu être interviewées. Sans analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques des individus qui n'ont pas été en mesure de participer, il est difficile d'évaluer l'impact de leur absence sur la représentativité de l'échantillon. Ce constat pourrait toutefois indiquer que les groupes de population étrangère qui ne maîtrisent pas une des trois langues nationales seraient sous-représentés dans l'enquête, avec pour corollaire, une sous-estimation partielle de certains problèmes de santé de la population en général. Ces biais peuvent être partiellement corrigés en procédant après coup à une pondération des données (voir le paragraphe consacré à la méthode de pondération).

Relevé des données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour collecter les données de l'Enquête suisse sur la santé (OFS, 2008b): Interviews téléphoniques: Des interviews téléphoniques assistées par ordinateur («Computer Assisted Telephone Interview» CATI) ont été menées auprès des personnes cible âgées de 15 ans et plus. Au total, 17'856 entretiens de ce type ont été réalisés.

Interviews proxy:

Si une personne était dans l'incapacité de répondre pour une raison ou une autre (séjour prolongé à l'étranger, problèmes de compréhension ou d'expression), c'est un tiers qui a été chargé de fournir les renseignements pour la personne cible (interview dite proxy). Cette méthode a été employée pour 829 personnes (4,4% de toutes les interviews réalisées).

Entretiens personnels:

Les personnes de 74 ans et plus avaient la possibilité de demander à répondre dans le cadre d'un entretien personnel plutôt que dans celui d'une interview téléphonique. Sur les 2008 personnes interviewées âgées de 75 ans et plus, 75 ont souhaité un tel entretien personnel (0,4% de toutes les interviews réalisées).

Enquête écrite:

Les 17'931 personnes cibles qui ont été interrogées par téléphone ou personnellement ont ensuite reçu par la poste un questionnaire complémentaire écrit; 14'432 d'entre elles ont participé à cette enquête écrite, soit un taux de participation de 80,5%.

Les interviews portaient sur quelque 400 questions et duraient en moyenne 35 minutes. L'Office fédéral de la statistique a mandaté l'institut professionnel d'études de marché M.I.S Trend à Lausanne pour réaliser l'enquête.

Pondération des données

Après la sélection des participants, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête sont valables pour toute la Suisse ou pour le canton. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les biais liés au tirage de l'échantillon, telles qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. Pour ce faire, la composition de l'échantillon est comparée à la structure de la population résidente en Suisse âgée de 15 ans et plus (état fin 2006) vivant dans des ménages privés. Cette opération consiste essentiellement à calculer en fonction de critères sociodémogra-

phiques un facteur de pondération pour chaque personne interrogée, à l'aide duquel chacune de ses réponses sera ensuite multipliée. On s'attend, (sans pouvoir le confirmer), à ce que l'échantillon reflète l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée, même si la pondération ne prend en compte que certaines variables socio-démographiques.

Pour les interviews téléphoniques et personnelles, les critères suivants ont été inclus dans le calcul des facteurs de pondération: âge (huit groupes: 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus), sexe (masculin, féminin), nationalité (suisse, étrangère), état civil (marié/e, non marié/e) et strate de l'échantillon (cantons répartis en 16 groupes). Pour l'enquête écrite, il a été tenu compte en plus du niveau de formation, de l'état de santé subjectif et d'éventuels handicaps visuels (OFS, 2010). Si l'on a constaté par exemple que les femmes étrangères âgées de 70 ans et plus étaient sous-représentées dans l'échantillon téléphonique national par rapport à la population résidente suisse, cette différence a pu être corrigée en pondérant les données de sorte que l'on obtienne les mêmes proportions dans les deux populations (échantillon, population). Les données ainsi pondérées se réfèrent à la population résidente en Suisse âgée d'au moins 15 ans à fin 2006, soit 6'186'711 personnes (OFS, 2010).

