



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



# Panorama de la santé

edition obsan

La Suisse  
en comparaison européenne

o b s a n o b s a n

*L'observatoire suisse de la santé est une nouvelle institution de la Confédération et des cantons, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé. L'observatoire de la santé (Obsan) 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. Le projet de politique nationale suisse de la santé a pour but de définir l'orientation et les limites d'une future politique de santé suisse, portée collectivement par la Confédération et les cantons. Pour plus d'informations, consultez [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) et [www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch).*

*Les «Panoramas de la santé» présentent un résumé de la situation relative à la santé de la population et de ses déterminants dans un pays donné et, si possible, une comparaison entre ce pays et les autres pays de la Région européenne de l'OMS. Ils ont été établis avec les Etats membres et ne représentent pas des documents statistiques officiels. Les informations qu'ils contiennent proviennent en partie des Etats membres et en partie d'autres sources indiquées.*

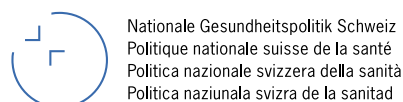
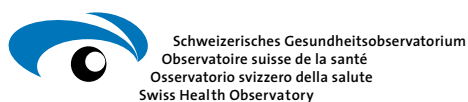
*Le présent rapport a été publié sous le titre «Highlights on Health in Switzerland» en septembre 2001 par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé. C'est l'Observatoire suisse de la santé qui est responsable de l'exactitude des traductions.*

Panorama de la Santé –  
La Suisse en comparaison  
européenne

ISBN 3-907872-01-0

© 2003 ORGANISATION  
MONDIALE DE LA SANTE

Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel





# Panorama de la santé

## La Suisse en comparaison européenne

### Sommaire

Coup de projecteur .....	4
Remarques concernant la méthodologie .....	5
Le pays et sa population.....	6
Etat de santé .....	10
Mode de vie .....	22
Environnement et santé .....	27
Système et services de santé .....	30
Bibliographie .....	38
Glossaire .....	39



## Coup de projecteur

L'espérance de vie relevée en Suisse est la plus élevée de tous les pays de la Région européenne de l'OMS. Ce résultat est attribuable, du moins en partie, aux progrès réalisés quant à la réduction de la surmortalité masculine.

Si l'espérance de vie constitue un indicateur important, d'autres critères sont également pris en compte pour évaluer l'état de santé de la population. Ainsi, bien que la mortalité ait tendance en général à reculer, le nombre de décès dus au cancer des poumons dans la population féminine ne cesse d'augmenter. Par ailleurs, les taux de décès accidentels et violents restent élevés et dépassent toujours nettement les moyennes correspondantes des pays de l'Union européenne pour les populations tant féminine que masculine. Ces tendances montrent que l'état de santé et l'espérance de vie de la population peuvent être encore améliorés.

Malgré une espérance de vie actuellement élevée, la fréquente incidence des troubles physiques, notamment chez les femmes, indique que la population est soumise à un degré considérable de stress psychosocial. Une part relativement importante de la population en est affectée; jusqu'à un tiers des jeunes font état d'un bien-être psychologique altéré. Ces problèmes se confirment également par les taux de suicide des populations féminine et masculine en Suisse, qui font partie des plus élevés parmi les pays de référence<sup>1</sup>.

En ce qui concerne le mode de vie, les cas d'obésité, déjà relativement répandus en Suisse, tendent à s'accroître. De plus, la participation à des activités sportives a plutôt tendance à baisser. La consommation d'alcool, dont la tendance est à la baisse, avoisine celle de la moyenne des pays de l'UE, tandis que la Suisse occupe la 3<sup>e</sup> place au classement de la consommation de cigarettes et des taux de fumeurs. Ces tendances pourraient avoir une influence sur la fréquence des maladies cardio-vasculaires et des cancers, qui constituent des éléments majeurs de la mortalité et de l'espérance de vie. Des progrès considérables ont été réalisés quant au nombre de décès de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, quant à leur qualité de vie et à la fréquence des nouveaux cas de VIH/sida dans cette population.

Des améliorations restent à apporter dans le cadre de la sécurité au travail: en ce qui concerne les accidents professionnels, le taux des blessés est légèrement supérieur, celui des décès tout juste inférieur à la moyenne de l'UE.

Tant l'accessibilité que la qualité des soins sont de haut niveau. Atteignant plus de 10% du produit intérieur brut, le coût de la santé en Suisse est parmi les plus élevés des pays de référence et arrive même en tête de classement pour ce qui est des soins hospitaliers (plus de la moitié des dépenses totales de la santé) et de leur croissance annuelle. Ces résultats s'expliquent notamment par des taux de lits pour 1000 habitants toujours élevés et par une durée d'hospitalisation largement supérieure à la moyenne des pays de référence.

<sup>1</sup> Les 15 pays de l'UE, plus l'Islande et la Norvège

## Remarques concernant la méthodologie

Les *Panoramas de la santé* présentent un résumé de la situation de chaque pays en ce qui concerne la santé de la population et les principaux facteurs en rapport avec celle-ci. Si elle peut être établie, la comparaison internationale permet d'identifier les faiblesses et les points forts relatifs d'un pays et d'évaluer dans leurs grandes lignes les résultats atteints jusqu'ici et les points sur lesquels il devrait être possible de progresser encore. Les groupes de pays pris en compte pour la comparaison internationale, appelés dans le présent document «pays de référence», sont choisis sur la base des critères suivants:

- tendance ou évolution similaire dans le domaine de la santé et sur le plan socio-économique ou
- entité géopolitique comme l'Union européenne (UE), les nouveaux Etats indépendants, les républiques d'Asie centrale ou les pays candidats à l'entrée dans l'UE.

Les pays de référence de la Suisse sont les 15 membres de l'UE, plus l'Islande et la Norvège.

Dans l'intérêt de leur comparabilité, les données pour chaque indicateur sont recueillies dans la mesure du possible auprès d'une même source internationale (OMS, Eurostat, OCDE ou BIT), pour assurer qu'elles ont été rendues raisonnablement homogènes. Il faut noter à ce propos que d'autres facteurs comme les procédures de saisie et de codification ou les différences culturelles peuvent influencer sur la comparabilité des données. Sauf autre mention, la source des données contenues dans les tableaux et les graphiques est la base de données statistiques de la santé pour tous de l'OMS (*OMS, Bureau régional pour l'Europe, 2001*). D'autres informations proviennent de sources nationales ou reposent sur les indications communiquées par des partenaires dans le pays.

Une forme de comparaison particulière consiste à attribuer à chaque pays un rang parmi les autres. Bien qu'il soit utile à titre de mesure de synthèse, ce mode de comparaison doit être utilisé avec prudence, car il peut donner lieu à des erreurs d'interprétation, surtout s'il est employé seul, parce qu'il réagit fortement à de petits écarts de la valeur d'un indicateur. En outre, s'agissant de l'évaluation des tendances (tableau au début de la section sur l'état de santé, par exemple), le classement par ordre peut masquer des variations importantes de la situation d'un pays.

C'est pourquoi on a utilisé essentiellement des histogrammes pour montrer la position d'un pays parmi les pays de référence ou des diagrammes de courbes pour montrer l'évolution dans le temps depuis 1970. Ces diagrammes présentent les tendances pour tous les pays de référence. Toutefois, seules les valeurs concernant la Suisse et la moyenne des pays de l'UE sont mises en évidence et identifiées dans la légende. Ce mode de présentation permet de suivre l'évolution du pays par rapport aux autres et de déterminer quelle position il occupe par rapport à des groupes de pays (clusters) ou à la tendance générale. Des moyennes glissantes sur 3 ans ont été calculées pour atténuer les variations annuelles importantes dues à un petit nombre de cas. Il en a été ainsi, par exemple, pour la mortalité maternelle dans tous les pays de référence.

Il est préférable que les comparaisons se basent sur la même période. Cependant, les dernières données disponibles dans les pays ne se rapportent pas forcément toutes à la même année. Il faut donc en tenir compte, car le classement d'un pays peut changer avec l'apparition de nouvelles données.

## Le pays et sa population

La Suisse est un Etat fédéral (Confédération), dont la première Constitution à ce titre date de 1848. L'autorité législative au niveau fédéral repose sur un système bicaméral constitué du Conseil national, dont les 200 membres représentent le peuple de chaque canton proportionnellement à sa population résidante, et du Conseil des Etats, composé de 46 membres, soit de deux représentants par canton. Les membres des deux Chambres fédérales sont élus au suffrage universel pour un mandat de 4 ans.

Le pouvoir exécutif, le Conseil fédéral, se compose de 7 membres (ministres), qui ont tous le même rang et sont élus séparément par le Parlement pour un mandat de 4 ans. La présidence du Conseil fédéral est attribuée chaque année à un autre membre pour une année civile. Cette présidence ne lui octroie pas de pouvoir particulier; il s'agit essentiellement de fonctions représentatives. Les quatre principaux partis politiques sont représentés au Conseil fédéral. Ils ne forment pas une coalition, mais plutôt un organe collégial, dont les membres défendent solidairement les décisions des conseillers fédéraux.

Le niveau politique directement inférieur est celui des 23 cantons, dont trois se subdivisent en demi-cantons, raison pour laquelle on parle généralement des 26 cantons suisses. Bien qu'ils soient tous de taille différente (du point de vue de la superficie et du nombre d'habitants), les cantons ont leur propre constitution ainsi que des autorités législatives et exécutives, dont les membres sont élus en principe tous les 4 ans par le peuple. Les partis les plus importants sont également représentés dans les gouvernements cantonaux, où ils forment un système collégial analogue à celui en vigueur au niveau fédéral. Les cantons prélèvent des impôts et ont des compétences politiques importantes, par exemple dans les domaines de la santé publique, de la justice et de l'éducation.

La Suisse est membre de l'Association européenne de libre-échange (AELE).

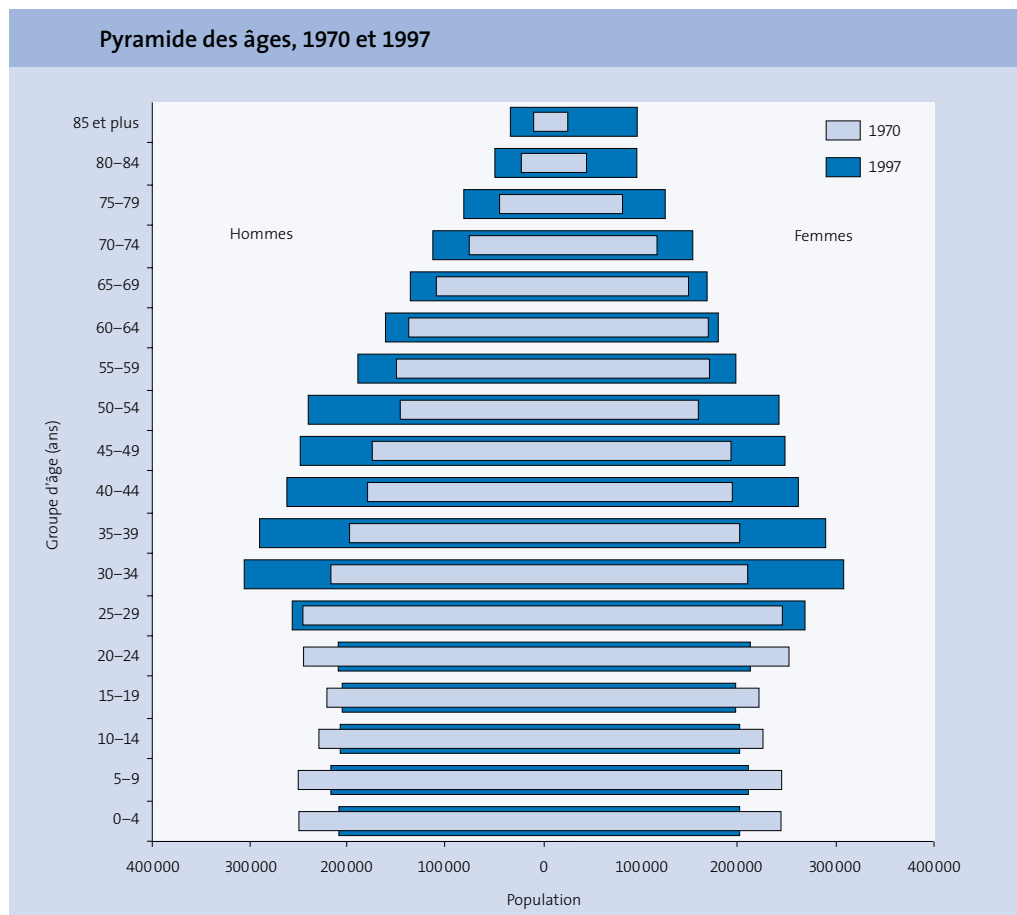
### Démographie

La Suisse compte plus de 7 millions d'habitants. Les quatre langues nationales, l'allemand, le français, l'italien et le romanche, sont parlées respectivement par 65%, 18%, 10% et moins de 1% de la population. Atteignant 0,17% en 1997, le taux de croissance démographique de la Suisse est parmi les plus bas des pays de référence. Cette valeur résulte d'une croissance naturelle (les naissances moins les décès) très faible de 0,25% et d'un solde migratoire (temporairement négatif) de -0,08% (*Con-*

#### Structure démographique, 1997

	Suisse	EU	Minimum d'un pays de l'UE	Maximum d'un pays de l'UE
Population (en milliers)	7.081	374.566	0.424	82.060
• 0-14 ans (%)	17.7	17.4	16.0	24.4
• 15-64 ans (%)	67.4	67.0	63.7	68.4
• 65 ans et plus (%)	14.9	15.6	11.4	17.5
Densité de la population (habitants/km <sup>2</sup> )	172	117	15	380
Population urbaine (%)	61	79	36	97
Naissances pour 1000 habitants	11.4	10.8	9.1	14.4
Décès pour 1000 habitants	8.9	9.9	8.6	10.7
Croissance naturelle (pers. /1000 habitants)	2.5	0.9	-0.6	5.7
PIB par personne en USD de PPA	26 261	20 588	13 560	36 009

PIB: produit intérieur brut; PPA: parité de pouvoir d'achat



seil de l'Europe, 1998). L'indicateur conjoncturel de fécondité tend toujours à baisser; il a atteint son niveau le plus bas en 1998 où il était de 1,46.

Les changements survenus dans la structure démographique de la Suisse depuis 1970 apparaissent clairement dans la pyramide démographique. En ressortent tout particulièrement le recul démographique (d'environ 15%) observé dans les groupes d'âge inférieurs à 25 ans et la nette hausse relevée parmi les personnes de 30 à 54 ans et celles de plus de 80 ans. Dans ce dernier groupe, le nombre absolu des femmes et des hommes a doublé voire triplé (chez les femmes de 85 ans et plus) entre 1970 et 1997; à partir de 80 ans, les femmes sont au moins deux fois plus nombreuses que les hommes.

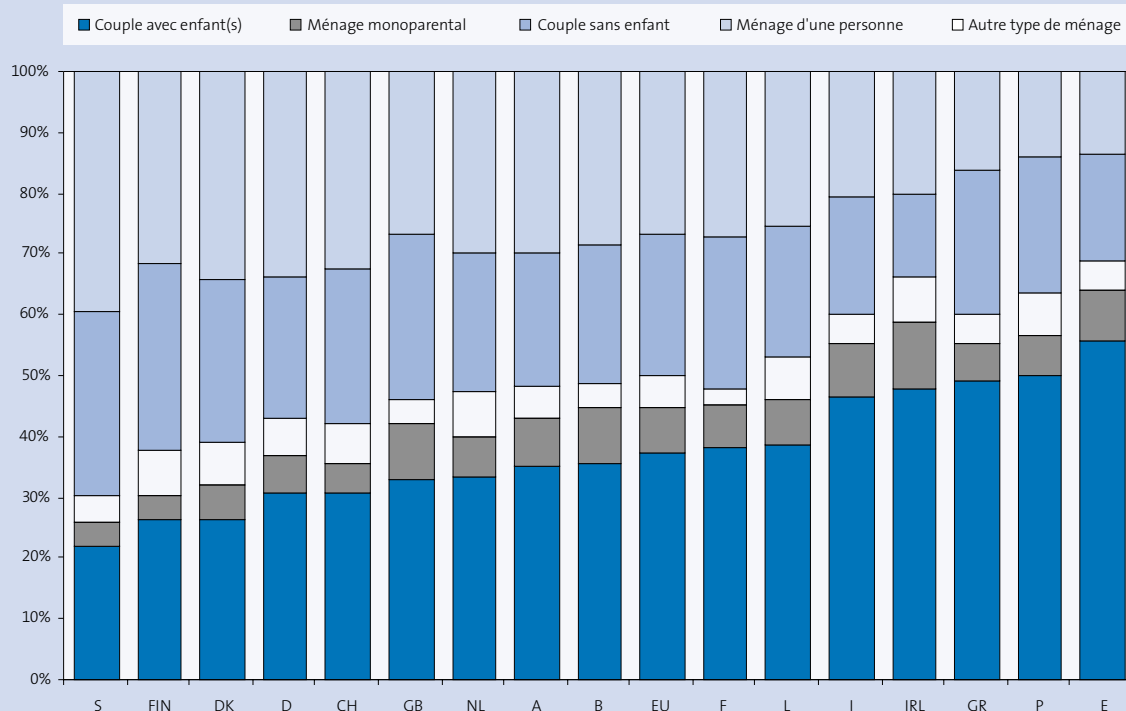
### Composition des ménages et de la famille

L'évolution démographique et socioculturelle a considérablement modifié la composition des ménages et de la famille, en Suisse comme dans les pays voisins européens.

La taille moyenne des ménages n'a cessé de diminuer au cours des dix dernières années, pour atteindre 2,3 personnes au début des années 90. Ce recul s'explique par le nombre croissant des ménages composés d'une seule personne, d'une part, et par la diminution du nombre d'enfants, d'autre part. Si l'on considère le pourcentage des ménages avec enfants, la Suisse occupe la quatrième place avant la fin du classement des pays de référence. Seuls 30,6% des ménages sont formés de couples avec des enfants mineurs. La proportion des ménages monoparentaux sur l'ensemble des ménages est de 5,1%, ce qui signifie qu'un ménage sur sept avec des enfants mineurs ne compte qu'un parent.

Les ménages comprenant une seule personne représentaient en 1990 32,4% des ménages; il s'agit d'une des parts les plus élevées parmi les pays de référence. Environ deux tiers de ces ménages (19,1% des ménages) sont formés de femmes (âgées) vivant seules (Office fédéral de la statistique, 1998).

## Ménages privés selon type (composition) dans l'UE et en Suisse, 1990 / 1991



Source: Eurostat, 1996 (pour l'UE); Office fédéral de la statistique, 1998 (pour la Suisse).

### Population immigrée et profil ethnique

Les immigrants et les représentants des minorités ethniques peuvent avoir des problèmes de santé particuliers et donc des besoins spécifiques en la matière, en raison de facteurs culturels, socio-économiques ou comportementaux ou de la situation vécue dans le pays d'origine. L'offre de soins répondant à leurs besoins spécifiques peut par ailleurs être limitée et leur accessibilité entravée par des obstacles culturels ou linguistiques. De plus, ce groupe de population risque davantage que la population indigène de vivre dans des conditions de pauvreté relative ou en marge de la société, ce qui peut avoir un effet négatif sur son état de santé. L'accès aux soins de santé de même que le suivi de ces soins est particulièrement problématique pour les immigrants illégaux. La Suisse a de loin la plus grande proportion d'habitants de nationalité étrangère (plus de 19%) des pays de référence après le Luxembourg, en raison essentiellement de sa politique de naturalisation restrictive. En 1997, les Italiens – immigrants avant tout pendant l'après-guerre – représentaient toujours le principal segment de la population étrangère (25%), suivis des ressortissants de l'Ex-Yougoslavie (23%), puis des Portugais (10%), des Espagnols et des Allemands (7% pour chaque groupe). Environ 60% de la population de nationalité étrangère sont citoyens de l'UE, de la Norvège ou de l'Islande.

### Education

L'importance pour la santé du niveau d'instruction a été largement illustrée. En Europe, où l'enseignement primaire est généralisé, le pourcentage de la population ayant atteint un niveau d'éducation supérieur au degré secondaire I semble être l'indicateur adéquat pour le niveau général d'instruction.

La comparaison entre la Suisse et l'UE pose certains problèmes sur le plan méthodologique: d'une part, les sources d'information sont distinctes, et, d'autre part, les données n'ont pas été collectées de la même manière (Eurostat a procédé à une étude spéciale pour l'UE en 1995). Il faut donc faire preuve de prudence en interprétant les résultats, qui font état pour la Suisse de valeurs élevées par rapport aux moyennes européennes pour tous les groupes d'âge et pour les deux sexes.



Lorsqu'on compare les parts des populations masculine et féminine parmi les personnes dont le niveau d'éducation atteint au moins le degré secondaire II, on constate que les femmes sont nettement moins bien représentées dans le groupe des 55 à 59 ans, en Suisse comme dans l'UE. Si cette différence s'est dissipée au cours des 30 dernières années dans l'UE – les parts étant quasiment égales pour les deux sexes dans le groupe des 25 à 29 ans –, elle s'est seulement atténuée en Suisse, où elle était encore de 10% en 1993. Une analyse plus approfondie montre que cet écart est dû essentiellement à la part nettement plus faible des femmes ayant un niveau d'éducation supérieur (degré tertiaire: 12% des 25 à 29 ans, contre 28% des hommes du même âge). Par ailleurs, beaucoup plus de femmes (17%) que d'hommes (7%) renoncent à étudier après l'école obligatoire (*Office fédéral de la statistique, 1993*).

Pourcentage de la population ayant au moins achevé le 2 <sup>e</sup> cycle de l'enseignement secondaire				
Age	Hommes (%)		Femmes (%)	
	Suisse	EU*	Suisse	EU*
Total (25–59 ans)	89	64	75	54
55–59 ans	87	52	61	35
25–29 ans	93	70	83	69

\* A l'exclusion de l'Italie (données non compatibles)

Source: Eurostat, 1995 (pour l'UE); Office fédéral de la statistique, 1993 (pour la Suisse).

## Economie

A la fin du 1<sup>er</sup> semestre de 1996, 4,6% de la population active occupée travaillait dans l'agriculture ou la sylviculture, 28,0% dans l'industrie et 67,5% dans le secteur tertiaire (services). La contribution des secteurs primaire\*, secondaire\*\* et tertiaire\*\*\* au produit intérieur brut (PIB) était en 1991 de respectivement 3%, 33,5% et 63,5% (*OCDE, 1998*). En 1996, les femmes représentaient 41% de la population active occupée et les personnes de nationalité étrangère 26% (*Office fédéral de la statistique, 1998*).

Le taux de chômage moyen de la Suisse (3,9% en 1998) compte parmi les plus bas des pays de référence; il varie toutefois considérablement d'un canton à l'autre et peut dépasser 6%. S'il touche davantage de femmes (4,4%) que d'hommes (3,5%), le chômage affecte tout particulièrement la main-d'œuvre de nationalité étrangère (8,1%). Sa durée dépasse une année pour 30% des personnes concernées (*Office fédéral de la statistique, 1999*).

\*agriculture et économie forestière, \*\*industrie, \*\*\*prestation de service



Il ressort de l'Enquête suisse sur la santé de 1997 que la population suisse est dans l'ensemble en bonne, voire en très bonne santé physique. Cela correspond à la position élevée de la Suisse dans le classement des pays de référence par rapport à plusieurs indicateurs de l'état de santé. Neuf jeunes sur dix indiquent être en bonne, voire en très bonne santé, ce qui est encore le cas d'environ quatre cinquièmes des hommes et trois quarts des femmes à l'âge de la retraite.

Si l'évaluation individuelle de l'état de santé ne varie pratiquement pas d'une région géographique ou linguistique à l'autre, elle diffère en fonction du statut social et notamment du niveau d'instruction de la population. Ainsi, les trois quarts à peine des personnes sans formation postobligatoire qualifient leur état de santé de bon à très bon, contre 90% de la population ayant une formation supérieure (degré tertiaire).

Par contre, l'enquête révèle la fréquence relativement élevée des troubles physiques, tels que maux de tête, douleurs dorsales et abdominales, troubles du sommeil ou fatigue générale. Ces troubles sont souvent révélateurs de grandes ou fréquentes pressions psychosociales (tensions, stress). Environ 15% des hommes et au moins 25% des femmes âgés de 15 à 34 ans ainsi qu'un cinquième des hommes et un tiers des femmes à partir de 35 ans ont indiqué souffrir de tels troubles plusieurs fois sur une période de 4 semaines.

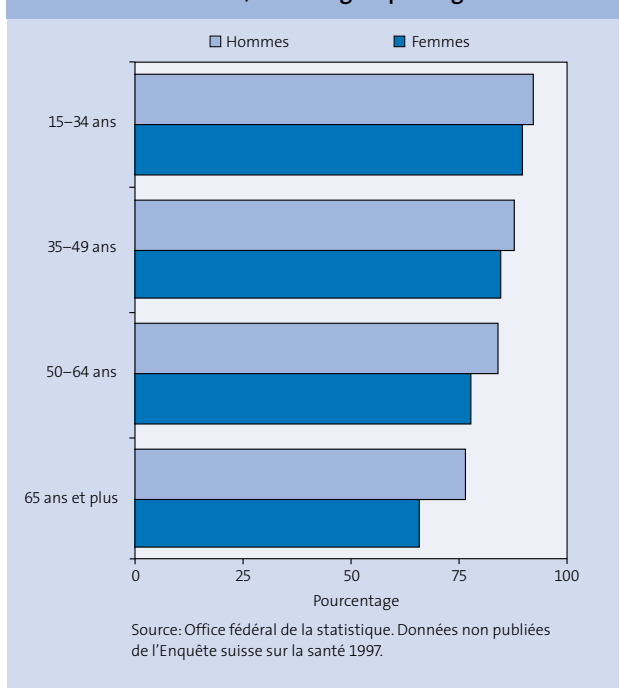
### Espérance de vie

L'espérance de vie a continué d'augmenter ces dernières années, notamment dans la population masculine. A la naissance, elle atteignait en 1997 76,4 ans pour les hommes (3<sup>e</sup> au classement des pays de référence, après l'Islande et la Suède) et 82,3 ans pour les femmes (2<sup>e</sup> position après la France). Compte tenu du bon classement tant des femmes que des hommes à cet égard, la Suisse a l'espérance de vie la plus longue des pays de référence si l'on considère les populations masculine et féminine ensemble.

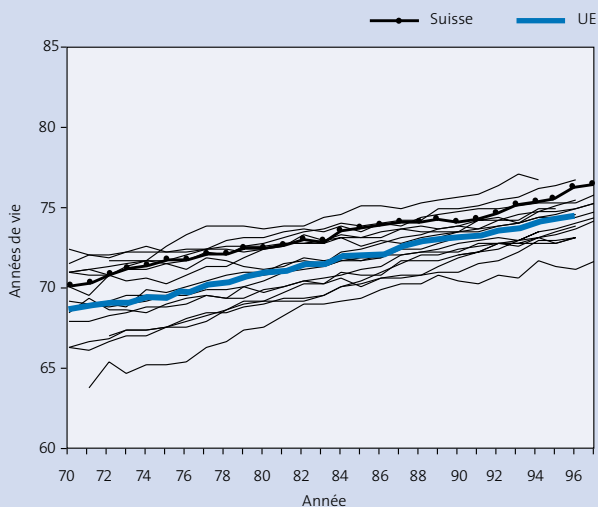
En stagnation depuis 1994, l'espérance de vie des femmes de 65 ans en Suisse arrive également en 2<sup>e</sup> position (21,4 ans) après la France (22,6 ans). Celle des hommes du même âge a connu une progression dans les années 90 pour s'élever à près de 16,7 ans et occuper ainsi la 3<sup>e</sup> place du classement, après la France et la Grèce.

Le nombre des hommes morts prématurément (avant 65 ans) a pu être considérablement réduit en Suisse. Alors que la mortalité prématurée raccourcissait d'environ 6,5 ans l'espérance de vie de la population masculine durant les années 80, cette perte ne s'élevait plus qu'à 5,3 ans en 1997. Cette évolution a également joué un rôle important dans la réduction, qui a débuté en 1991, de l'écart entre l'espérance de vie des deux sexes, lequel est passé de plus de 7 ans à moins de 6 ans.

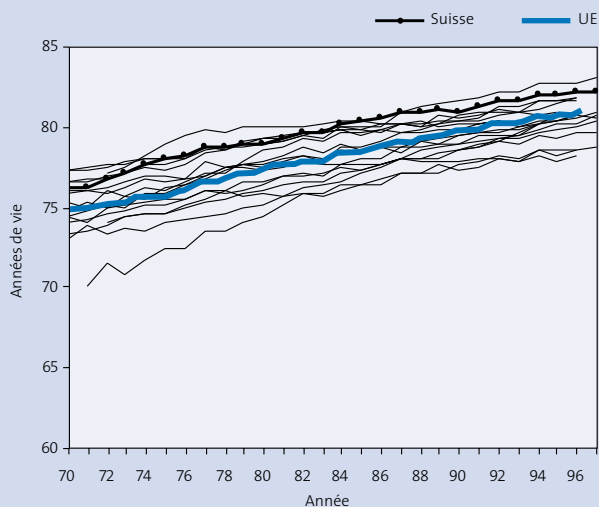
Proportion de la population qui déclare être en bonne ou très bonne santé, selon le groupe d'âge et le sexe



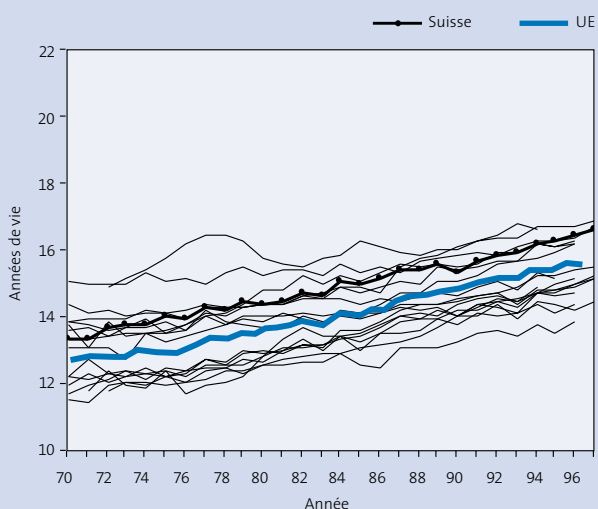
**Espérance de vie à la naissance, hommes**



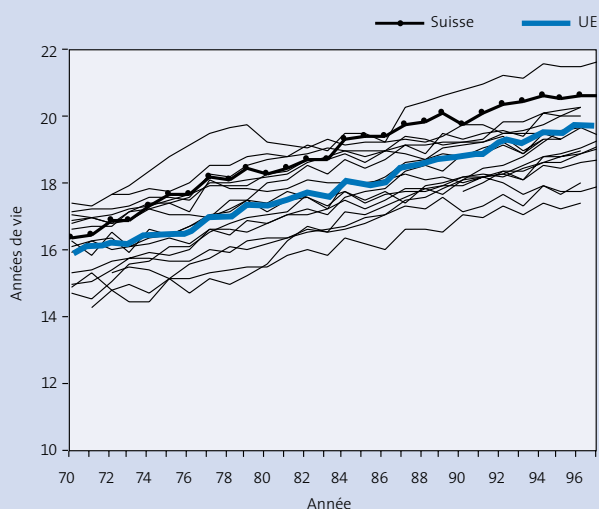
**Espérance de vie à la naissance, femmes**



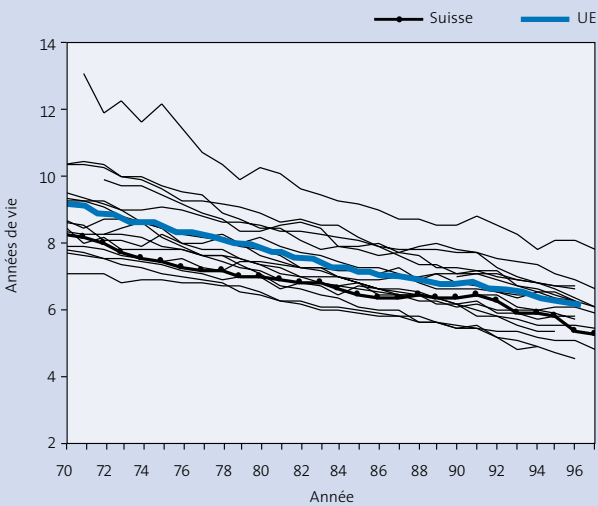
**Espérance de vie à 65 ans, hommes**



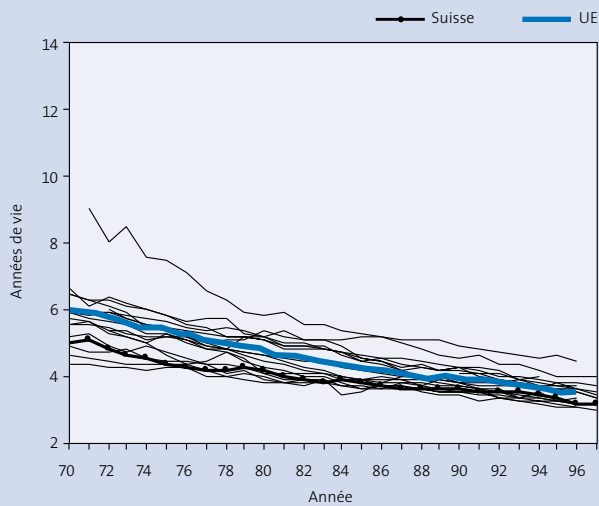
**Espérance de vie à 65 ans, femmes**



**Perte d'espérance de vie due à des décès avant 65 ans, hommes**



**Perte d'espérance de vie due à des décès avant 65 ans, femmes**



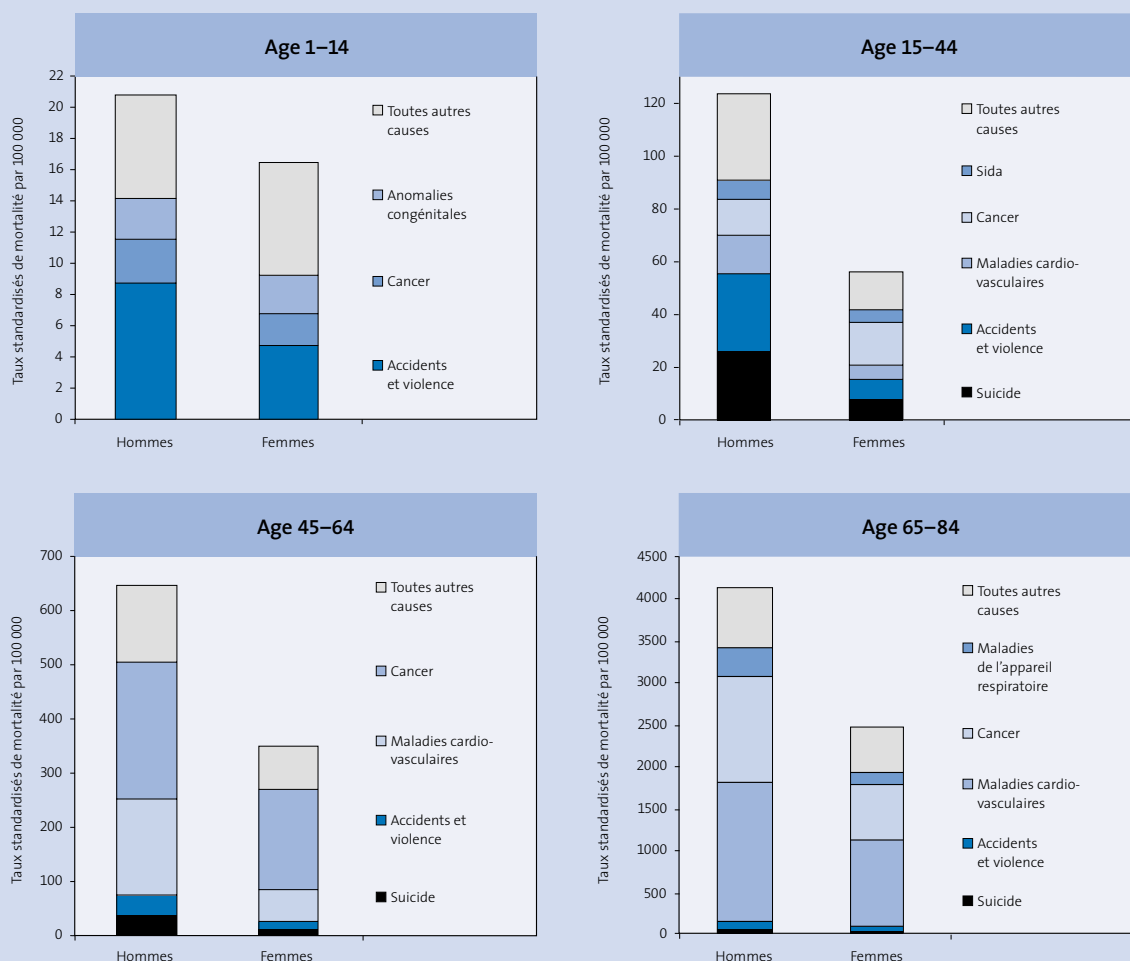
### Principales causes de décès

Trois quarts environ des décès sont attribuables à l'une des trois principales catégories de causes de mortalité, à savoir: les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les causes de décès accidentels ou violents (suicides inclus). Ces causes sont à l'origine d'un nombre important de décès prématurés (survenant avant 65 ans) ainsi que de maladies et d'incapacité («burden of disease»). Comme la quasi-totalité de ces causes de décès est influencée par le comportement collectif et individuel, un vaste éventail de mesures de promotion de la santé et de prévention peut être mis en œuvre pour amener des changements qui réduiront les risques pour la santé et, partant, le nombre de maladies et de décès prématurés. L'analyse ci-après de la situation dans les différents groupes d'âge permettra d'évaluer dans quelle mesure ces risques peuvent être réduits.

Le risque de mortalité est de loin le plus bas chez les enfants âgés de 1 à 14 ans. Le nombre absolu des décès dans ce groupe d'âge est légèrement supérieur à 200 par année, la mortalité plus élevée des garçons étant due avant tout aux accidents. Les accidents et autres causes externes sont à l'origine de la plupart des décès, quel que soit le sexe. Viennent ensuite les maladies congénitales et le cancer.

La mortalité masculine augmente dans le groupe des 15 à 44 ans; jusqu'à l'âge de 64 ans, elle est environ deux fois plus élevée que celle des femmes. En termes absolus, plus de 2000 hommes de 15 à 44 ans meurent chaque année en Suisse, contre à peine 1000 femmes de la même tranche d'âge. Cette surmortalité masculine s'ex-

Principales causes de décès par groupe d'âge et par sexe\*



\*Taux standardisés selon l'âge



plique essentiellement par la proportion plus élevée d'hommes que de femmes succombant à un accident, à un suicide ou à une maladie cardio-vasculaire.

La première cause de décès des personnes de 45 à 64 ans est le cancer, suivi des maladies cardio-vasculaires. La surmortalité masculine est toujours très présente dans ce groupe d'âge, car le nombre de décès dus au cancer est légèrement plus important chez les hommes que chez les femmes, et la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires est au moins trois fois plus élevée dans la population masculine. Si la fréquence des morts violentes (accidents, suicides) relevées dans ce groupe d'âge (environ 800 hommes et plus de 200 femmes par année) augmente légèrement dans la population masculine et double presque chez les femmes, la proportion relative de ces décès dans cette tranche d'âge diminue, face à une mortalité due au cancer et aux maladies cardio-vasculaires au moins décuplée. Ces tendances se maintiennent entre 65 et 84 ans: les maladies cardio-vasculaires sont les premières causes de décès pour les deux sexes, suivies du cancer et des maladies respiratoires.

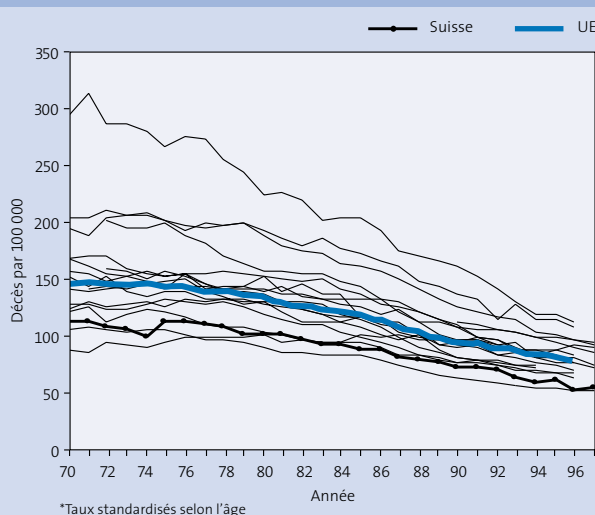
En résumé, la situation peut être améliorée en réduisant les décès dus aux accidents et aux suicides chez les hommes de 15 à 44 ans, en retardant l'apparition des maladies cardio-vasculaires et par une réduction de la mortalité due à ces dernières et au cancer (première cause de décès chez les 45 à 64 ans).

### Maladies cardio-vasculaires

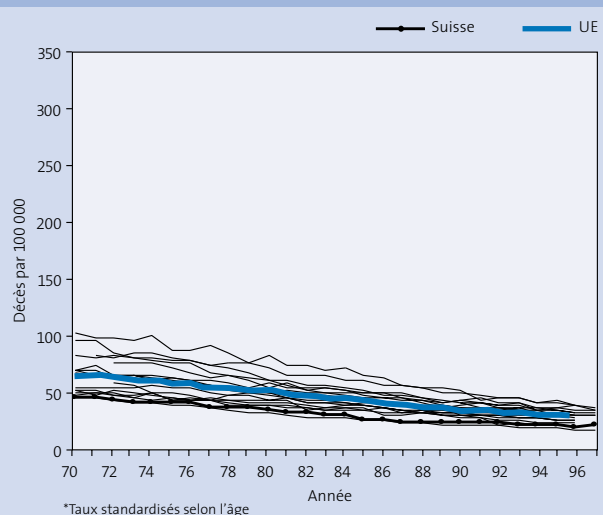
Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès pour tous groupes d'âge confondus et la seconde chez les moins de 65 ans. Dans cette dernière catégorie, la mortalité due à ces maladies n'a cessé de diminuer ces dernières décennies dans tous les pays de référence, grâce notamment au renforcement des mesures préventives et aux progrès thérapeutiques. Les taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires relevés en Suisse chez les personnes de 0 à 64 ans sont très bas depuis longtemps; ils sont même les plus bas pour les maladies cérébro-vasculaires. En 1997, seule la France faisait état de taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires inférieurs à ceux de la Suisse pour les deux sexes.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne faille plus s'attendre à des progrès, car un taux de mortalité bas ne signifie pas forcément que l'incidence de la maladie est faible. Par ailleurs, la prévalence des facteurs de risque correspondants (chapitre «Mode de vie») montre qu'il est encore possible et nécessaire d'apporter des améliorations dans ce domaine.

Evolution de la mortalité (TSM)\*  
par maladies cardio-vasculaires, 0–64 ans, hommes



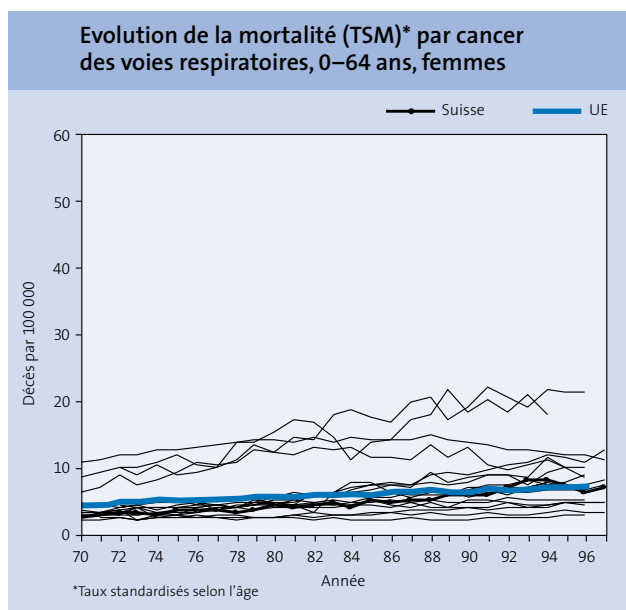
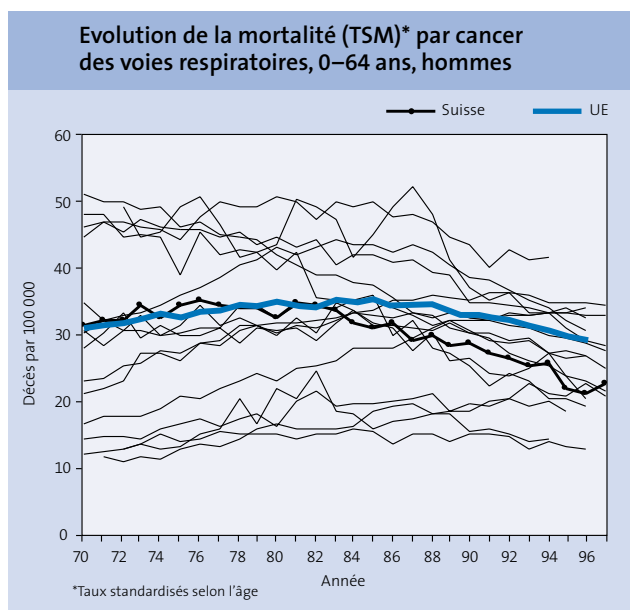
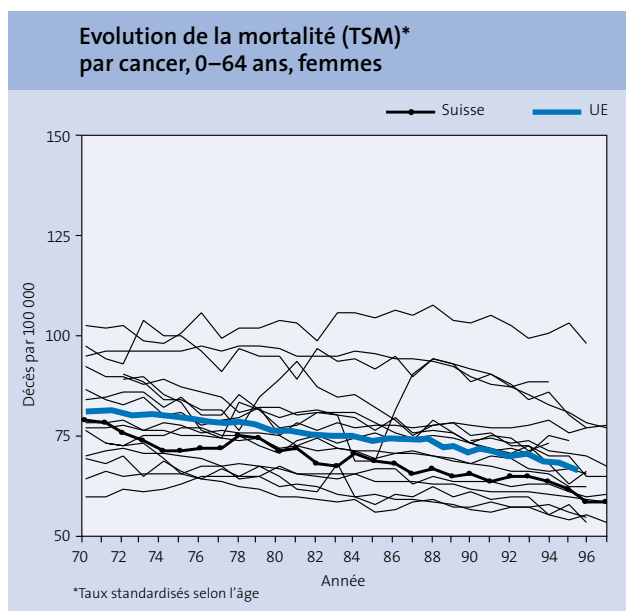
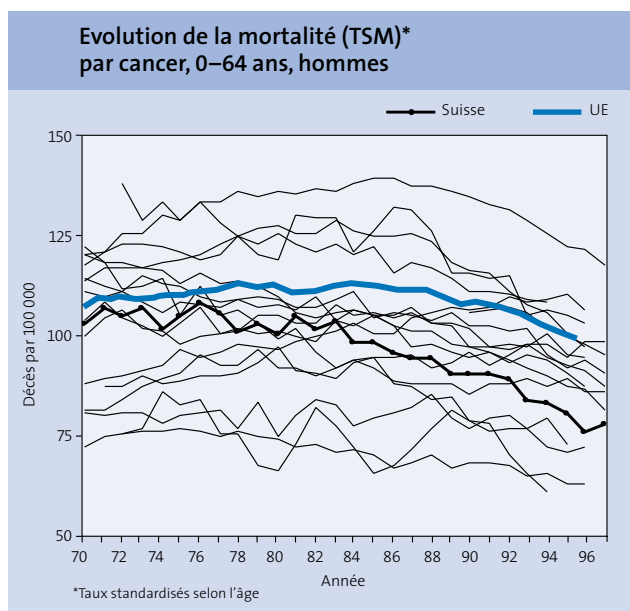
Evolution de la mortalité (TSM)\*  
par maladies cardio-vasculaires, 0–64 ans, femmes



### Cancer

La mortalité masculine dans le groupe des 0 à 64 ans est en nette baisse depuis 1980, quelle que soit la forme de cancer. En 1997, elle n'était inférieure à celle relevée en Suisse qu'en Islande, en Suède, en Finlande et en Norvège. La situation est similaire dans le cas du cancer le plus répandu, celui des poumons, dont le taux de mortalité en Suisse a commencé à baisser dès 1980, soit avant celle des pays de l'UE. Outre les quatre pays cités précédemment, seuls l'Irlande et le Royaume-Uni ont enregistré de meilleures valeurs que la Suisse.

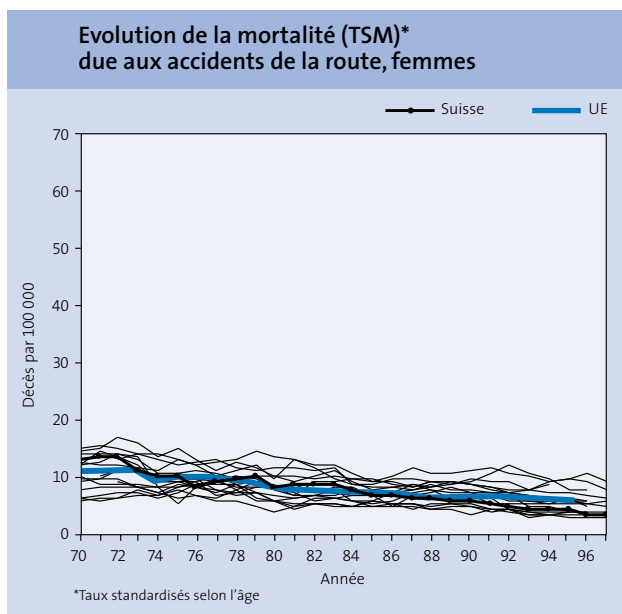
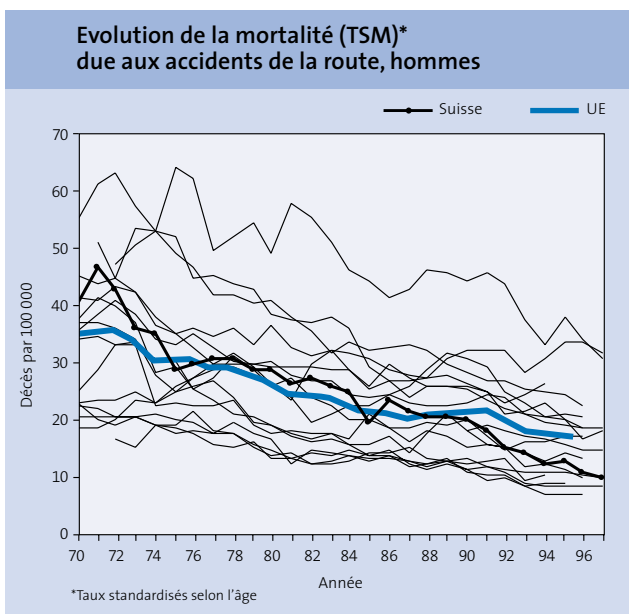
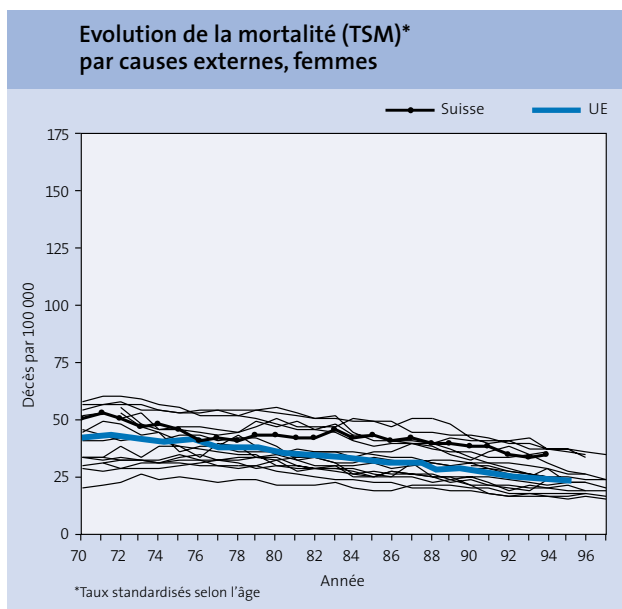
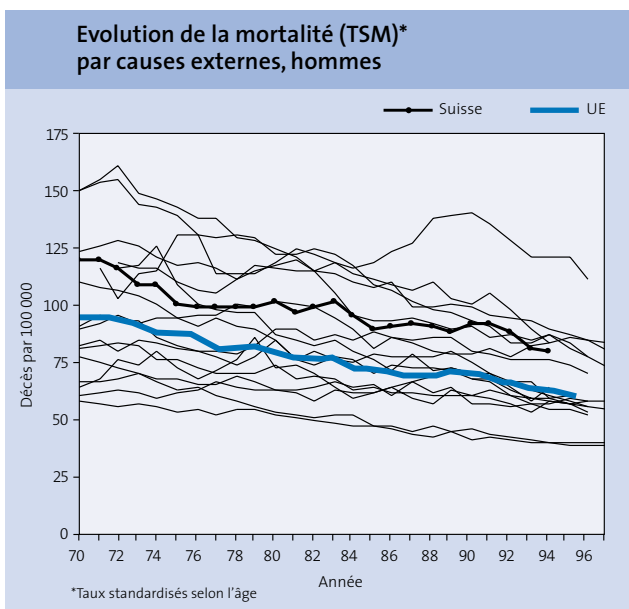
En ce qui concerne la mortalité par cancer (toutes formes confondues) chez les femmes de 0 à 64 ans, la Suisse arrive en 6<sup>e</sup> position, derrière la Finlande et la Grèce, l'Espagne, le Portugal et la France; elle a également commencé à baisser aux alentours de 1980. En revanche, la mortalité féminine due au cancer des poumons ne cesse d'augmenter depuis plusieurs décennies; alors qu'elle était inférieure à la moyenne de l'UE en Suisse jusqu'à la fin des années 80, elle atteint actuellement plus ou moins cette moyenne.



### Décès accidentels ou violents

Cette catégorie couvre tous les décès qui n'ont pas pour origine des déficiences somatiques comme la maladie, mais principalement des accidents, des empoisonnements (accidentels), des actes de violence (homicides) et des suicides. Cette catégorie de décès, et notamment les morts dues aux accidents de la route, sont en nette baisse depuis 1970 dans les pays de l'UE. La Suisse suit cette tendance, bien que la fréquence de ces décès y soit toujours légèrement plus élevée qu'en moyenne dans l'UE. D'après les dernières données disponibles, la Finlande, la Belgique, la France et, dans le cas des femmes, le Luxembourg sont les seuls pays de référence à avoir des taux de mortalité plus élevés dans cette catégorie. Cela s'explique essentiellement par le niveau très élevé du taux de suicide en Suisse (voir ci-dessous).

Par contre, le nombre de personnes tuées sur la route en Suisse, qui représente généralement une part importante des décès de cette catégorie, est très proche de la moyenne de l'UE; il est même tombé en dessous de celle-ci depuis la fin des années 80 pour les deux sexes. En 1997, la Suisse se plaçait au 2<sup>e</sup> rang des pays de référence derrière le Royaume-Uni pour les femmes tuées dans la circulation routière et en 5<sup>e</sup> position pour les hommes victimes d'accidents de la route.



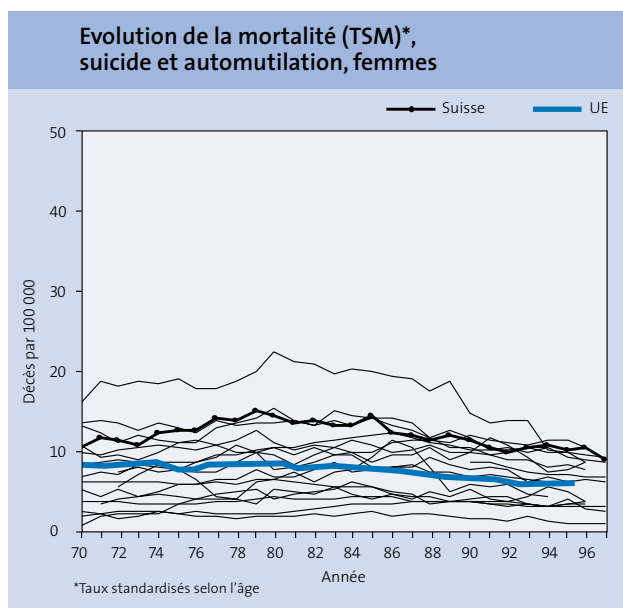
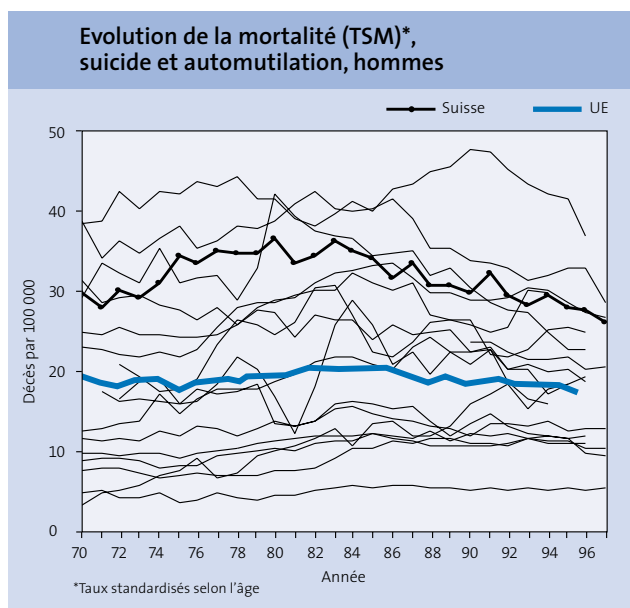


## Santé psychique

Quoique le bien-être mental et psychosocial soit une composante importante de la qualité de la vie en matière de santé, la quantité d'informations disponibles est généralement trop faible pour permettre une description fiable de cet aspect de la santé d'une population. Le suicide peut être considéré comme un indicateur ne serait-ce qu'indirect des troubles mentaux et de l'absence de bien-être psychosocial.

En Suisse comme ailleurs, les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans la population féminine, alors que le taux de suicides réussis est près de trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Malgré le recul observé depuis 1980 pour les deux sexes, le taux de suicide en Suisse était toujours parmi les plus élevés des pays de référence en 1997 avec celui de la Finlande, de la Belgique, de l'Autriche et de la France. Quelque 1000 hommes se suicident chaque année en Suisse (plus de 700 sont âgés de 15 à 64 ans) ainsi qu'environ 400 femmes (dont près de 300 âgées de 15 à 64 ans).

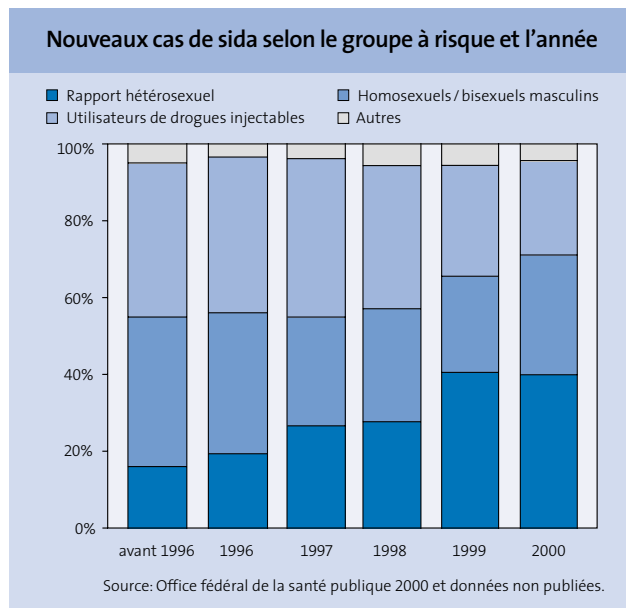
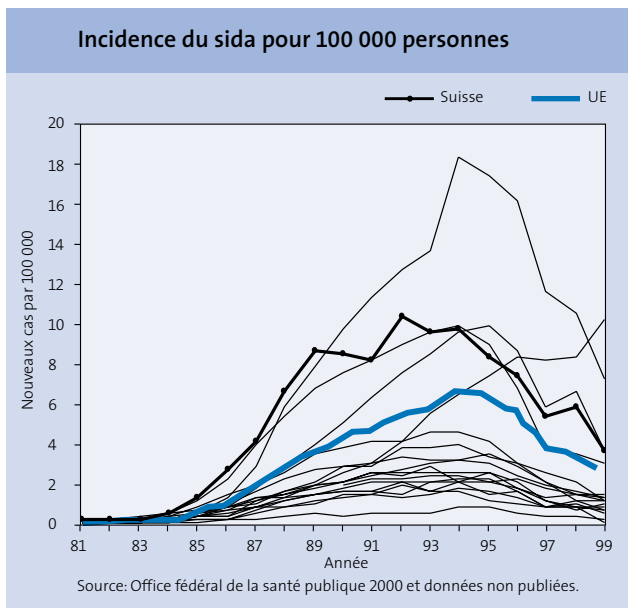
Le niveau de bien-être psychosocial et la prévalence des troubles psychiques dans la population suisse ont été relevés pour la deuxième fois en 1997 (*Calmonte et al., 2000*) dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé. Les résultats de cette analyse confirment ceux de la première étude: la santé mentale s'améliore avec l'âge; environ 30% des hommes et des femmes de 15 à 34 ans souffrent de problèmes psychiques, ce qui est le cas de moins de 20% des personnes de plus de 65 ans. Entre 3 et 4% de la population âgée de 15 à 64 ans suit un traitement pour cause de problèmes psychiques au cours d'une année, ce qui n'est quasiment plus le cas après 65 ans. Le traitement de la dépression est le plus fréquent: il concerne 4% des hommes de 35 à 64 ans et environ 7% des femmes de plus de 35 ans.



## Sida et séropositivité

Le syndrome immunodéficient acquis (sida) est une maladie qui se transmet par voie sexuelle et par voie sanguine (transfusion de sang ou de produits sanguins infectés, utilisation de matériel d'injection non stérile et transmission mère-enfant). On note un délai d'environ 10 ans ou plus entre l'infection initiale par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le développement de la maladie du sida.

Après avoir augmenté rapidement dans les années 80, le taux des nouveaux cas de sida diagnostiqués a nettement reculé en Suisse et dans la plupart des pays de référence depuis 1994. En 1999, la Suisse arrivait en 4<sup>e</sup> position (après l'Espagne, le Portugal et l'Italie), avec 3,6 cas par 100 000 habitants ou 240 nouveaux cas de sida. Cette diminution résulte de l'utilisation de nouveaux médicaments, qui retarde



la déclaration de la maladie. Parallèlement, des traitements plus efficaces ont permis de réduire considérablement la mortalité due au sida (environ 120 décès en 1998). Par conséquent, bien que l'incidence du sida s'affaiblisse, le nombre des personnes vivant avec le sida (elles étaient estimées à 2000 en 1998) est en hausse.

Le nombre des nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués (environ 600 en 1999) ne cesse de reculer depuis 1991/1992, notamment parmi les consommateurs de drogue par voie intraveineuse et dans la population masculine homosexuelle. Depuis 1990, l'infection se propage avant tout dans la population hétérosexuelle (plus de 50% des diagnostics établis depuis 1997). Cette tendance se reflète également dans les nouveaux cas de maladie, où la proportion des personnes hétérosexuelles s'est élevée de 20% en 1996 à 40% en 1999. A la fin de 1999, le nombre des personnes séropositives (mais pas encore malades) était estimé à 15 000, dont environ un tiers de femmes (*Onusida/OMS, 2000; Office fédéral de la santé publique, 2000*).

### Incapacité et maladies de longue durée

La prévalence des maladies de longue durée et de l'incapacité est un critère important pour juger de la qualité de vie d'une population en matière de santé. Cependant, les données disponibles ne permettent pas d'établir des comparaisons internationales fiables. Par exemple, les données d'un pays sur le nombre des personnes bénéficiant d'une rente d'invalidité varient selon le système de sécurité sociale et la législation en vigueur. En Suisse, ces rentes sont octroyées à des personnes limitées dans leur capacité de suivre une formation ou d'exercer une activité professionnelle; leur versement prend fin à l'âge de la retraite. Au-delà de cet âge, la population résidente bénéficie des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants obligatoire (AVS).

Seules 2,5% des femmes âgées de 0 à 62 ans bénéficient de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en Suisse, contre plus de 3,3% des hommes de 0 à 65 ans. Cette différence s'explique par le fait que les femmes sont moins bien représentées dans la population active occupée que les hommes et donc moins susceptibles de bénéficier de prestations compensant un manque à gagner pour cause d'incapacité de travailler. Aucune information n'est par ailleurs disponible sur le degré d'incapacité ou d'invalidité de la population suisse après le passage à la retraite.

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé révèlent qu'en 1997, environ 15% de la population souffrait de manière chronique ou depuis plus d'un an d'un problème de santé. Ce genre de problèmes devient de plus en plus fréquent avec l'âge (il touche au moins 10% des 15 à 34 ans, mais plus de 20% des personnes de 55 à 64 ans) et affecte davantage de femmes que d'hommes à tout âge. La fréquence de ces pro-

blèmes est aussi nettement plus élevée chez les hommes et les femmes de couche sociale inférieure.

Les maladies chroniques sont particulièrement répandues chez les personnes âgées. A partir de 65 ans, plus d'un quart des hommes vivant dans un ménage souffrent d'une telle maladie, ce qui est le cas de plus de 30% des femmes. En l'espace d'un an, environ 60% de la population (masculine et féminine) a reçu des soins médicaux en raison d'une maladie chronique.

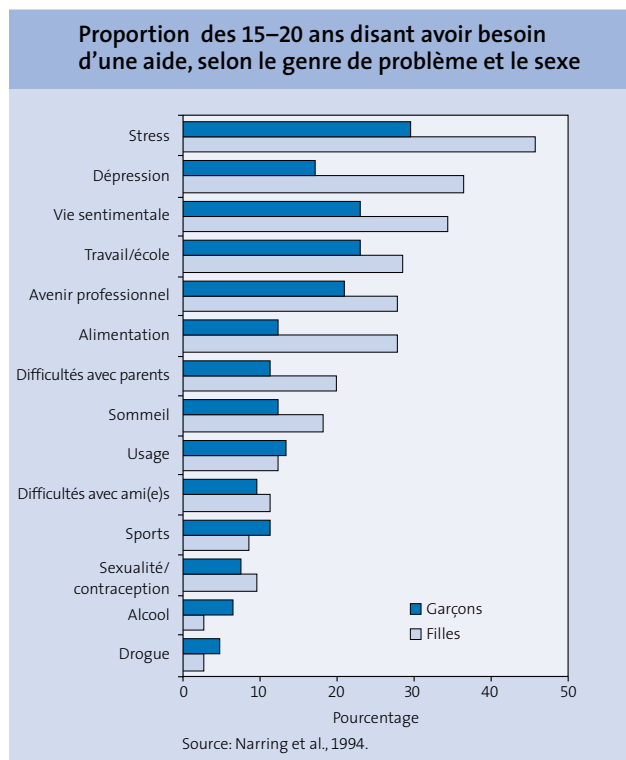
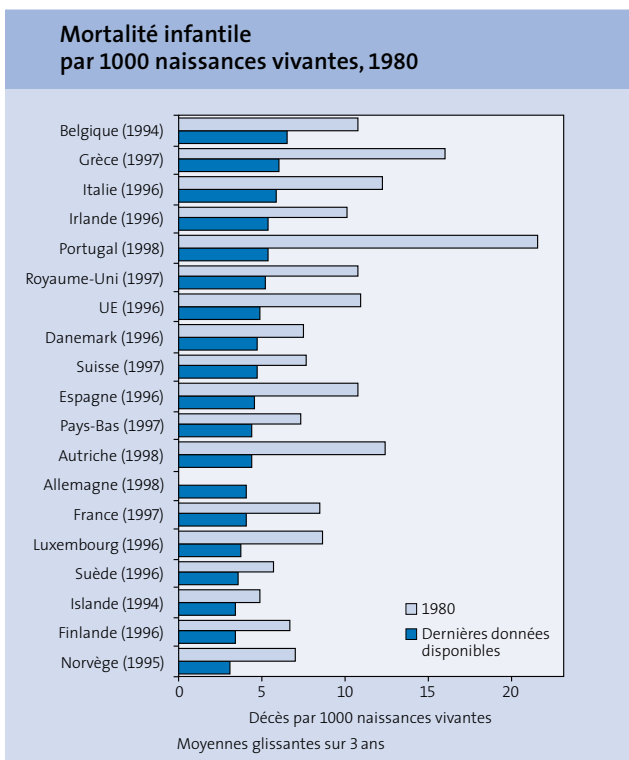
La fréquence des incapacités physiques en revanche n'augmente qu'à un âge avancé. Parmi les personnes qui vivent encore dans leur propre ménage, ces incapacités se traduisent le plus souvent par une mobilité limitée, par des troubles de la vue et de l'ouïe. La capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (se nourrir, soins corporels) baisse à partir de 75 ans pour 5% des hommes et 4% des femmes.

### Santé des enfants et des adolescents

La première année de vie constitue une des phases les plus critiques du point de vue de la mortalité; ce n'est qu'après 55 ans que les taux de mortalité reviennent au même niveau. En moyenne, la mortalité infantile a baissé de 50% au cours des 20 dernières années dans les pays de l'UE. La Suisse, qui affichait déjà en 1980 des valeurs comparativement basses, recense aujourd'hui à peu près 5 décès pour 1000 naissances vivantes et se situe juste en dessous de la moyenne européenne. Un faible poids à la naissance est un facteur important de mortalité néonatale (jusqu'au 28<sup>e</sup> jour). En Suisse, la part des nouveau-nés de moins de 2500 g est toujours d'environ 5%. Ce taux est lié entre autres à l'utilisation plus fréquente de techniques d'assistance médicale à la procréation, qui provoquent davantage de naissances multiples.

La santé buccodentaire des enfants s'est considérablement améliorée, ce qui contribue à favoriser l'état de santé général à long terme, en particulier pour le fonctionnement du système digestif. En ce qui concerne cet indicateur, la Suisse se classe parmi les moyennes glissantes sur 3 ans des meilleurs pays de référence, avec à peine plus d'une dent cariée, manquante ou obturée en moyenne chez les enfants de 12 ans.

L'adolescence se caractérise par un effort tendant vers des objectifs liés à l'insertion dans le monde adulte. Cette transition est aussi celle de l'expérimentation et de l'imitation, qui ne sont pas toujours sans risques pour la santé à court terme (acci-



dents, expériences avec la drogue, comportements sexuels à risque, grossesses involontaires) ou à long terme (modes de vie conduisant à des maladies chroniques).

Une enquête réalisée auprès des 15 à 20 ans (*Narring et al., 1994*) révèle les principaux problèmes de santé des jeunes: près de la moitié des jeunes filles et d'un tiers des garçons ont recouru à une aide extérieure pour vaincre les tensions et le stress dont ils étaient victimes. Ils rendent compte de problèmes de nature émotionnelle (dépression, problèmes relationnels, amoureux), de difficultés en rapport avec leur formation, leurs perspectives professionnelles, leurs parents, etc. Une étude internationale sur la santé des écoliers (*Currie et al., 2000*) confirme également la haute prévalence des problèmes émotionnels: 51% des jeunes filles de 15 ans en Suisse se sentent déprimées au moins une fois par semaine, ce qui les place au 5<sup>e</sup> rang des 28 pays considérés, tandis que chez les garçons, la Suisse se place en milieu de classement (22%).

### Santé des femmes

Les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, et leur taux de mortalité est plus bas en Suisse que dans les autres pays de référence pour les principales causes de décès. Par contre, elles déclarent souffrir plus souvent de maladies ou de troubles et recourent davantage aux soins de santé (surtout pour la grossesse et la naissance de leurs enfants). Elles sont donc davantage concernées par la politique de protection sociale menée dans le pays.

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé de 1997 révèlent qu'à partir de 35 ans, près d'une femme sur trois souffre de troubles physiques graves ou fréquents, tels que maux de tête, de dos ou d'estomac, troubles du sommeil, alors que ce n'est le cas que d'un homme sur cinq. La fréquence de tels maux semble par ailleurs avoir augmenté. Les problèmes chroniques, comme les rhumatismes et l'hypertension, sont également plus répandus dans la population féminine, surtout à partir d'un certain âge. Au cours de l'année sous revue, environ 40% des femmes de 65 ans ont suivi un traitement médical pour de tels problèmes et plus du tiers prenaient régulièrement des antihypertensifs.

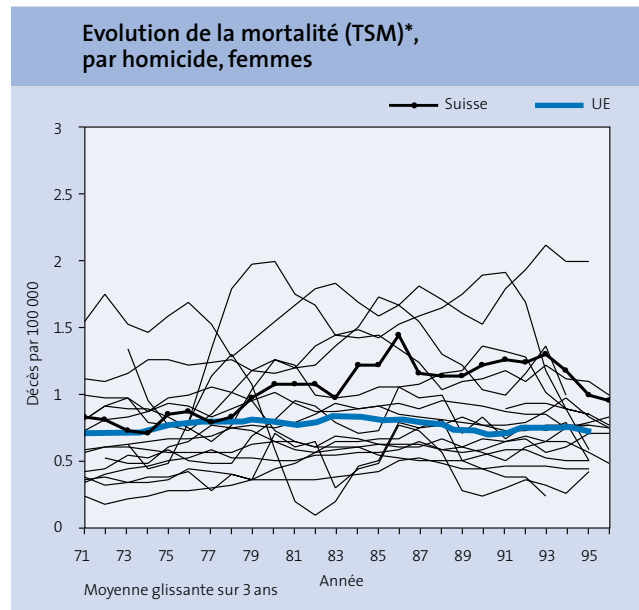
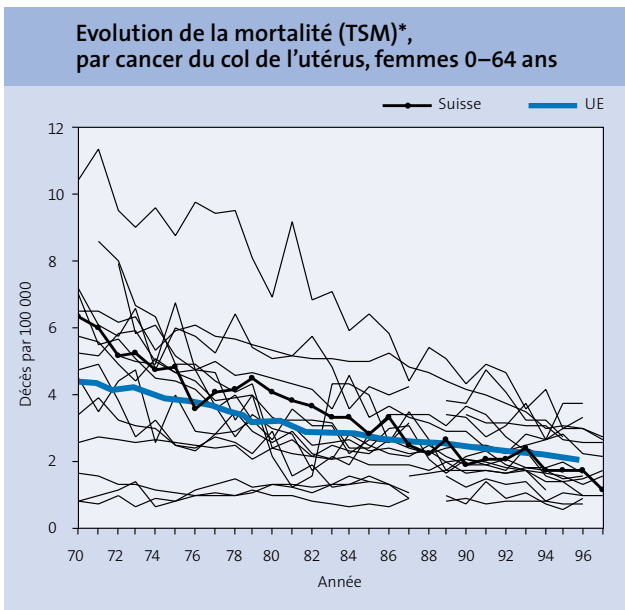
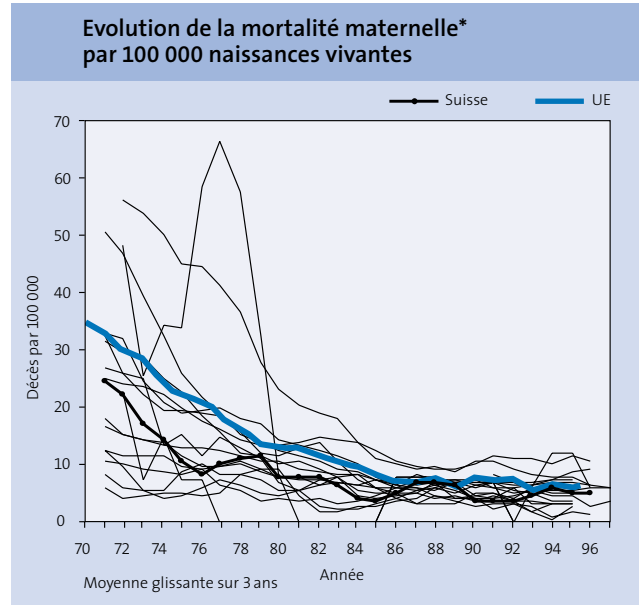
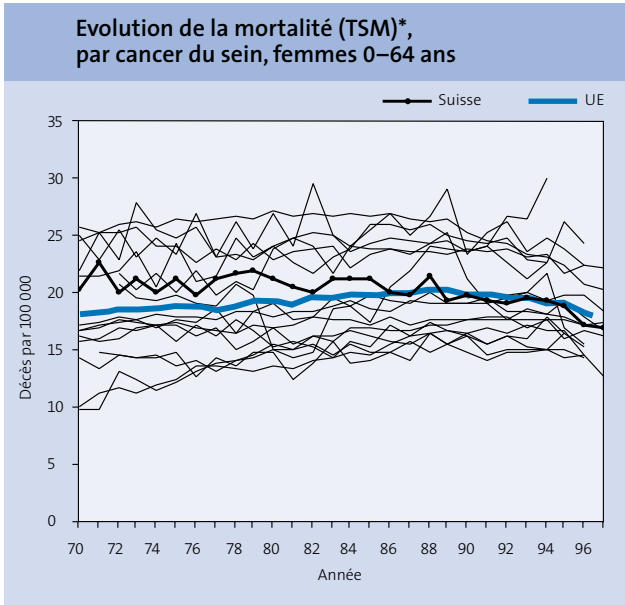
La Suisse occupe la 2<sup>e</sup> place au classement des pays de référence pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes. Les taux de mortalité de ces dernières sont donc bas, sauf pour les décès dus à des actes de violence, notamment au suicide et au cancer. Le cancer du sein est la principale cause de mortalité des femmes de moins de 65 ans en Suisse: il provoque environ 500 décès par année dans ce groupe d'âge (et environ 1400 dans l'ensemble de la population féminine). La mortalité due à ce cancer a baissé plus tôt en Suisse que dans l'UE, de sorte que les derniers taux relevés en Suisse sont inférieurs à la moyenne européenne. Des programmes de dépistage précoce ont été lancés en Suisse romande, où la mortalité due à ce type de cancer était particulièrement élevée. On a également pu réduire considérablement le nombre de décès dus au cancer de l'utérus, toutefois nettement plus rare que celui du sein.

En net recul jusque vers 1980 comme dans la moyenne des pays de l'UE, la mortalité maternelle en Suisse est depuis légèrement inférieure à la moyenne communautaire, avec 5 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La violence contre les femmes n'étant considérée comme un problème de «santé publique» que depuis peu de temps, les données disponibles sur les différentes formes et la fréquence de ce type de violence sont limitées. Des estimations récentes de la Banque mondiale indiquent que dans les économies de marché, la violence sexuelle est responsable d'environ 20% des jours marqués par des problèmes de santé chez les femmes en âge de procréer (*Heise, 1994*). Sur l'ensemble des femmes de 20 à 60 ans vivant en couple interrogées en 1996 dans le cadre d'une enquête réalisée sur l'ensemble du territoire suisse (*Gillioz et al., 1997*), 6% ont répondu avoir été victimes de violence physique ou sexuelle au cours des 12 mois précédents. L'Enquête suisse sur la santé de 1997 confirme ce résultat: il en ressort que 6% des femmes de plus de 15 ans ont estimé qu'elles pourraient être victimes au cours des 12 mois suivants de harcèlement sexuel et 3,5% de violence sexuelle. Parmi les femmes de 15 à

20 ans interrogées dans l'enquête citée précédemment (Narring et al., 1994), 18% ont affirmé avoir déjà été victimes d'une agression sexuelle.

Le taux relativement élevé d'homicides perpétrés sur des femmes est révélateur de la violence latente à leur égard. La Suisse occupe à ce sujet la 3<sup>e</sup> place au classement des pays de référence.



\*Taux standardisés selon l'âge



## Mode de vie

Dans le vaste éventail des facteurs qui déterminent l'état de santé (dispositions génétiques ou caractéristiques de l'environnement physique, social et psychoaffectif, etc.), le comportement individuel joue un rôle très important. Les éléments du mode de vie comme les habitudes alimentaires, l'activité physique (ou son absence), le tabagisme ou une consommation élevée d'alcool interviennent dans la mortalité prématurée, principalement celle due aux maladies cardio-vasculaires et au cancer. Ces seules affections sont les principales responsables des décès avant 65 ans dans la plupart des pays. Un comportement malsain contribue également à l'apparition d'un large éventail d'affections chroniques et influence donc la qualité de vie en général, particulièrement au 3<sup>e</sup> âge.

Néanmoins, le mode de vie est également influencé par les comportements collectifs pratiqués dans l'entourage social d'un individu et, plus généralement, par les conditions socio-économiques. Dans la majorité des pays européens, les améliorations des modes de vie ont surtout concerné les classes moyennes, plus favorisées socialement et économiquement, et mieux placées pour mener une vie saine (*OMS, Bureau régional pour l'Europe, 1993 et 1999*).

### Facteurs de risque

L'influence du mode de vie sur la morbidité et la mortalité dans une population se mesure à la fréquence des facteurs de risque comme l'hypertension, un taux de cholestérol élevé ou l'obésité. On ne dispose pas actuellement en Suisse de données médicales représentatives sur ces facteurs de risque. Les indications présentées dans le présent document sont tirées des données collectées auprès d'un échantillon aléatoire de la population (*Calmonte et al., 2000*).

La tension artérielle et le taux de lipides dans le sang augmentent à partir de 40 ans. Au cours d'une année, une femme sur quatre et un homme sur cinq dans la population de 55 à 64 ans ont suivi un traitement contre l'hypertension, et respectivement 18% et 17% ont pris chaque jour des antihypertensifs. Dans ce même groupe, on constate des taux de cholestérol élevés chez un cinquième environ des femmes et un quart des hommes.

L'excès de poids et l'obésité se mesurent au moyen de l'indice de masse corporelle (IMC) qui exprime le rapport entre le poids corporel d'une personne et sa taille. L'excès de poids est particulièrement répandu dans la population masculine: près

Prévalence de l'hypertension et de l'augmentation du taux de cholestérol selon l'âge et le sexe				
Age	Sexe	Hypertension		Hypercholestérolémie diagnostiquée (%)
		En traitement (%)	Prise d'antihypertensifs (%)	
35–44 ans	Homme	5	1	11
	Femme	4	3	5
45–54 ans	Homme	15	10	19
	Femme	12	8	13
55–64 ans	Homme	21	17	24
	Femme	25	18	19
65–74 ans	Homme	35	27	24
	Femme	42	29	25

Source: Office fédéral de la statistique. Données non publiées de l'Enquête suisse sur la santé 1997.



Prévalence des cas de surcharge pondérale selon l'indice de masse corporelle (IMC*)			
Age	Sexe	Excès de poids % (IMC 25-<30)	Obésité (IMC ≥30)
25-34 ans	Homme	26	6
	Femme	13	4
35-44 ans	Homme	36	5
	Femme	18	6
45-54 ans	Homme	48	9
	Femme	24	7
55-64 ans	Homme	49	12
	Femme	31	13
65-74 ans	Homme	48	11
	Femme	35	13

\* IMC = poids en kg/(taille en m)<sup>2</sup>  
Source: Office fédéral de la statistique. Données non publiées de l'Enquête suisse sur la santé 1997.

d'un homme sur trois de 25 à 34 ans a une surcharge pondérale moyenne ou grave (obésité). A partir de 45 ans, près de la moitié des hommes pèsent (légèrement) trop, et 10% environ sont obèses. En ce qui concerne la population féminine, environ un tiers des femmes de plus de 54 ans présente un excès pondéral, et plus de 10% souffrent d'obésité. La proportion des hommes et des femmes de poids normal augmente avec le niveau d'instruction, tandis que celle des cas d'obésité diminue. Par rapport aux résultats de l'enquête de 1992/1993, la prévalence des surcharges pondérales et de l'obésité est en hausse.

### Activité physique

La majeure partie de la population d'Europe occidentale est devenue moins active physiquement dans la vie quotidienne et professionnelle. La pratique d'exercice pendant les loisirs destinée à maintenir un niveau d'activité favorable à la santé a donc gagné en importance.

Dans la population suisse, la proportion des personnes pratiquant une activité physique exigeante (par exemple une activité sportive) au moins une à deux fois par semaine diminue à partir de 25 ans. En 1997, près du tiers des hommes de 35 à 44 ans (31%) ne pratiquait pas une telle activité, et cette proportion atteignait 45% chez les hommes de 65 à 74 ans. Chez les femmes, les valeurs correspondantes étaient de 40% et de 63%. Depuis 1992/1993, la part des hommes et des femmes qui pratiquent une activité physique au moins trois fois par semaine a augmenté chez les jeunes et est restée stable chez les plus âgés. Par contre, la part des personnes qui pratiquent une activité physique une à deux fois par semaine a baissé, notamment chez les femmes, quel que soit leur âge (*Office fédéral de la statistique, 1997*).

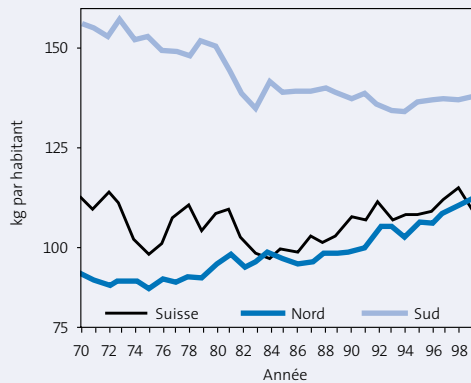
### Nutrition

Les habitudes nutritionnelles sont profondément ancrées dans les traditions culturelles et la production agricole. Néanmoins, au cours des dernières décennies, des changements sont intervenus avec l'ouverture des marchés alimentaires, l'arrivée de moyens de transport plus rapide, le développement de nouvelles techniques de conservation des aliments plus efficaces et l'augmentation du pouvoir d'achat d'au moins une partie de la population. Il s'ensuit que les modes de nutrition très différents au nord et au sud de l'Europe tendent à converger.

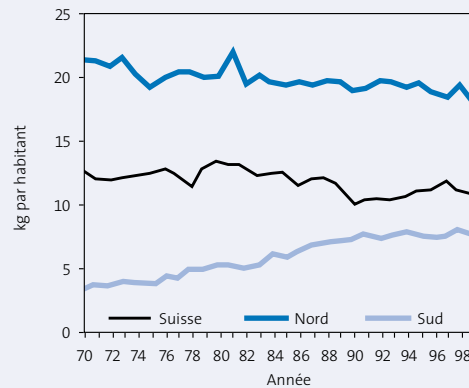
Les différences historiques entre les habitudes alimentaires des habitants du nord et du sud de l'Europe occidentale se confirment dans les bilans nationaux des dispo-

Evolution des habitudes de consommation alimentaire en Europe, 1970–1999

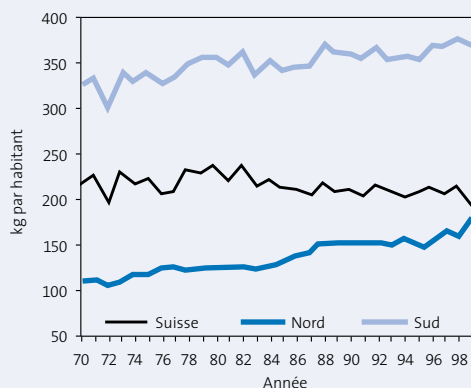
Céréales



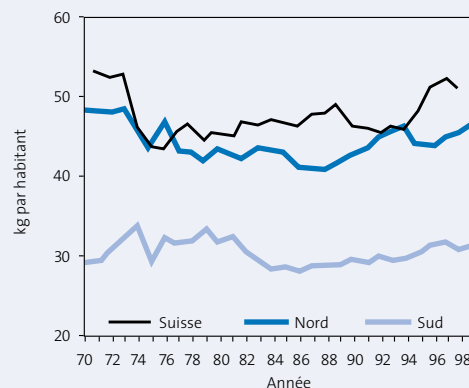
Graisses animales



Légumes et fruits



Sucre\*



Sud: moyenne comprenant la Grèce, l'Italie, le Portugal et l'Espagne (pondérée selon les populations respectives)

Nord: moyenne comprenant le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède (pondérée selon les populations respectives)

\* Données de la Suisse: moyennes glissantes sur 3 ans

nibilités alimentaires (données indiquant la quantité de denrées alimentaires disponibles dans le pays) qu'établit l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) depuis les années 60<sup>2</sup>. Le nord de l'Europe consomme en général une grande quantité de graisses saturées, mais peu de fruits et de légumes, à l'inverse des pays méridionaux.

La consommation de céréales en Suisse correspond pratiquement à la moyenne des pays du Nord et continue à augmenter. Il en va de même pour la consommation de sucre, qui est toutefois supérieure en Suisse à la moyenne du nord de l'Europe. En revanche, la Suisse se classe entre les moyennes nord et sud pour ce qui est de sa consommation de graisses animales et de fruits et légumes. Si les Suisses consomment de moins en moins de graisses animales depuis 1980, pour atteindre le niveau des pays du Sud à cet égard, leur consommation de fruits et légumes a aussi baissé, et

<sup>2</sup> Le développement rapide du commerce international s'est encore accéléré en 1994 avec l'extension aux denrées alimentaires des accords internationaux de libre-échange (GATT, Cycle d'Uruguay). Cette extension a affecté la fiabilité des statistiques alimentaires nationales, rendant ainsi plus difficiles les comparaisons internationales.



son niveau ne correspondait plus qu'à celui des pays du Nord à la fin des années 90. La Suisse consomme toujours peu de poisson: 6% seulement de la population (âgée de 15 à 74 ans) en mange au moins trois fois par semaine. Près d'un homme sur cinq mange de la viande ou des produits de charcuterie 5 à 6 fois par semaine (19%) ou chaque jour (30%), contre 15% des femmes dans les deux cas. La consommation de viande blanche (volaille, veau) tend à augmenter depuis 1992/1993; un tiers environ de la population la préfère à la viande rouge, les femmes (45%) davantage que les hommes (26%). Près de 80% des femmes et à peine 70% des hommes mangent des fruits tous les jours (*Office fédéral de la statistique, 1997*).

### Consommation d'alcool

Depuis 1980, la consommation de boissons alcooliques marque une tendance à la baisse dans l'ensemble de l'UE, après avoir augmenté dans les années 70. Cette tendance est apparue en Suisse en 1985 et de manière plus marquée dès 1990 pour ce qui est de la bière et du vin. Après avoir baissé d'environ 15% depuis 1985, la consommation totale d'alcool pur était tombée en 1997 à 9,2 litres par habitant et par an, soit légèrement en dessous de la moyenne de l'UE. Entre 1996 et 2000, les habitants consommaient en moyenne 59 litres de bière par an (ceux de 15 ans et plus, 72 litres), 43 litres de vin (53 litres à partir de 15 ans) et 3,7 litres de spiritueux (4,5 litres à partir de 15 ans). La bière représentait environ 30% de l'alcool pur consommé, le vin 52% et les spiritueux 16% (*Régie fédérale des alcools, 2001*).

L'Enquête suisse sur la santé de 1997 révèle qu'un homme sur quatre et qu'une femme sur dix consomment de l'alcool quotidiennement; par ailleurs, 15% des hommes et 6% des femmes en consomment plusieurs fois par semaine, alors que 11% des premiers et 26% des secondes n'en boivent jamais. La quantité moyenne d'alcool (<20 g d'alcool pur par jour pour les femmes et <40 g pour les hommes) consommée par la majeure partie de la population (plus de 80% des hommes et près de 70% des femmes) ne constitue guère un danger pour sa santé; son risque de provoquer des maladies chroniques est faible. La consommation d'alcool représente un risque moyen pour environ 4% des femmes et des hommes (avec respectivement 20–40 g/jour et 40–60 g/jour) et un sérieux danger pour plus de 3% des hommes et près de 1% des femmes ( $\geq 40$  g et  $\geq 60$  g/jour).

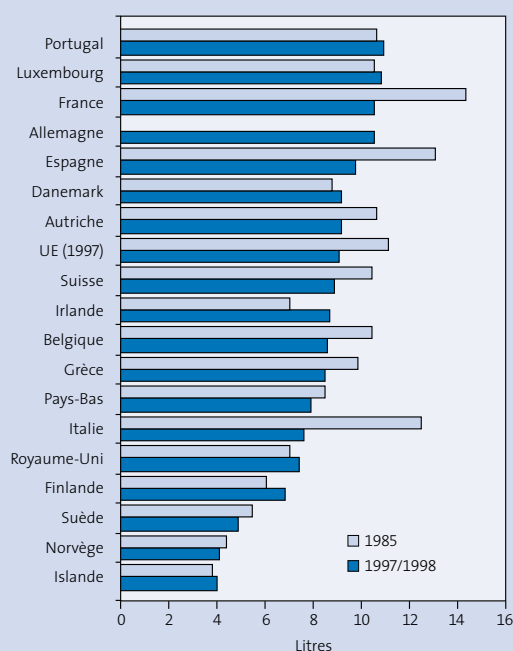
### Consommation de tabac

En 1997, le tiers environ de la population suisse de plus de 15 ans, soit 38% des hommes et 27% des femmes, fumait occasionnellement ou régulièrement. Depuis 1992/1993, la part des fumeurs a nettement augmenté, notamment dans les populations féminine et masculine de 15 à 24 ans. Parmi les 15 à 44 ans, environ 45% des hommes et plus de 35% des femmes fumaient en 1997.

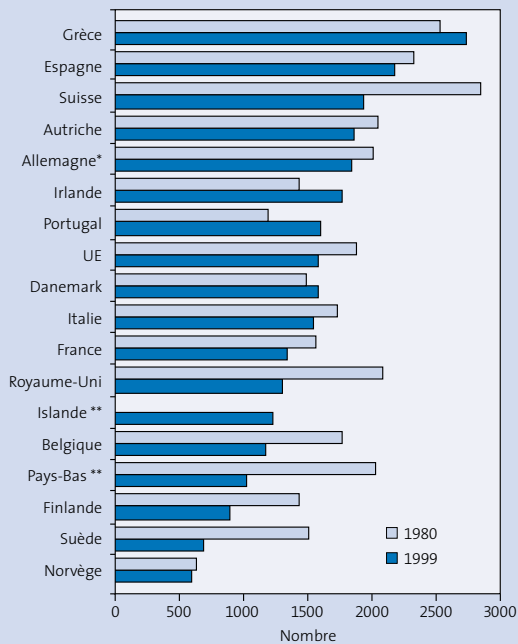
Parmi les pays de référence disposant de données à ce sujet, la Suisse se place en 3<sup>e</sup> position pour ce qui est du nombre de cigarettes fumées par personne et par an ainsi que de la part des hommes qui fument quotidiennement. La proportion des femmes qui fument chaque jour en Suisse est certes parmi les plus élevées, mais elle n'arrive pas dans les trois premières positions.

La Suisse a redoublé d'efforts ces derniers temps pour combattre la consommation de tabac, et elle a adopté en juin 2001 un document sur la politique nationale en la matière. De plus, la Suisse a soutenu activement les démarches engagées dans ce domaine aux plans européen et mondial.

Consommation annuelle d'alcool (litres d'alcool pur par personne) 1985 et 1997/1998

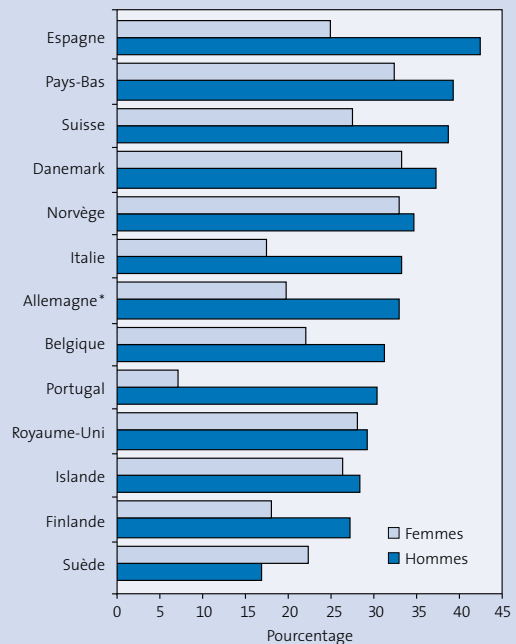


**Nombre de cigarettes fumées par personne et par an, 1980 et 1999**



\* 1980 = République fédérale      \*\* Islande, Pays-Bas = 1998

**Pourcentage de fumeurs journaliers (15 ans et plus), par sexe, 1996/1997**



\* 1995

### Consommation de drogue illicite

Parmi la population âgée de 15 à 39 ans, 33% des hommes et 20% des femmes avaient consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie en 1997 et respectivement 9,5% et 4,5% pendant cette même année. La consommation a augmenté en particulier parmi les jeunes de 15 à 24 ans (à 16% des hommes et 9% des femmes). En règle générale, les jeunes commencent à consommer du cannabis avant d'avoir 18 ans (*Gmel, 2000*).

La proportion des personnes ayant consommé des drogues dites dures durant leur vie (prévalence durant la vie) s'élevait en 1997 à 4,6% (6% chez les hommes et 3,3% chez les femmes de 15 à 39 ans). La drogue la plus répandue était à ce moment la cocaïne (3,2%), suivie de l'ecstasy (2,1%), des amphétamines (1,2%) et de l'héroïne (1,0%). Depuis 1992/1993, tant la prévalence durant la vie que l'usage courant de drogues dures ont légèrement augmenté: en 1997, presque 1% de la population (1,3% des hommes et 0,5% des femmes) continuait à consommer de telles drogues.

Le nombre des décès dus à l'usage de stupéfiants, qui dépassait 400 au début des années 90, n'a cessé de se réduire depuis 1995 et a pratiquement diminué de moitié jusqu'en 1998 (210 cas; *Office fédéral de la police, 1999*). Cette évolution positive est due essentiellement aux programmes de distribution d'héroïne sous contrôle médical. Ces programmes apportent de nettes améliorations du point de vue des comportements indésirables des toxicomanes (par exemple criminalité, prostitution) et facilitent notamment leur intégration sociale et professionnelle, améliorant ainsi leur qualité de vie (*Uchtenhagen, 1996*).

## Environnement et santé

L'état de l'environnement influe sur l'homme en l'exposant pendant une courte ou une longue durée à des facteurs nocifs. Le principal souci à long terme est de promouvoir un développement durable compatible avec une bonne santé et, en particulier, de préserver la chaîne alimentaire (eau, production agricole) d'une contamination par des substances dangereuses. La protection de l'environnement à court terme implique d'éviter ou, au moins, de réduire les situations potentiellement nocives, sachant que toutes les personnes ne sont pas exposées de la même manière à un environnement défavorable et que la vulnérabilité varie d'une personne et d'un groupe social à l'autre. Ainsi, les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées ou malades sont plus susceptibles de réagir à la pollution atmosphérique ou à la contamination d'aliments. De plus, les conditions défavorables tendent à s'accumuler pour certains groupes démographiques. Par exemple, de faibles revenus sont souvent associés à une exposition aux risques dans l'environnement de travail (substances nocives, risques d'accidents) et à de médiocres conditions de logement (surpopulation, pollution atmosphérique, bruit, etc.). Ces situations peuvent avoir une incidence directe ou indirecte sur la santé et le bien-être en provoquant inconfort et stress, ce qui peut donner lieu à des comportements malsains, comme la consommation excessive de médicaments ou d'alcool.

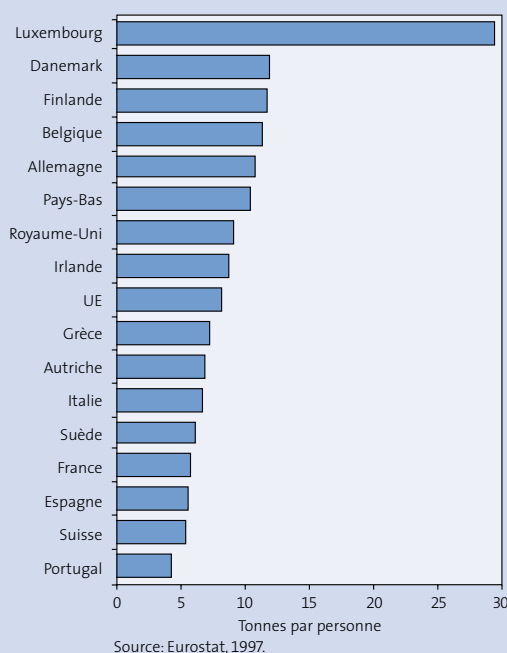
### Qualité de l'air atmosphérique

Les émissions de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) provenant de combustibles fossiles comptent parmi les principales substances produites par l'activité humaine de par le monde et rejetées dans l'atmosphère. En Suisse, 90% environ des émissions de gaz responsables de l'effet de serre proviennent de tels processus de combustion, auxquels les ménages, l'industrie et la circulation routière contribuent plus ou moins dans une même mesure. La quantité de CO<sub>2</sub> produit chaque année par habitant s'est pratiquement maintenue depuis le début des années 80. En chiffres absolus, on observe toutefois une légère hausse, attribuable avant tout au trafic routier (*Médecins en faveur de l'environnement, 1997; Office fédéral de la statistique, 1998*). Par rapport à ses voisins européens, la Suisse fait état d'un des taux d'émission de CO<sub>2</sub> par habitant les plus bas. Comme dans la plupart des pays européens, la Suisse a pu réduire considérablement ses émissions de dioxyde de soufre ces dernières décennies, de sorte que les seuils d'immissions fixés au niveau national sont aujourd'hui respectés. Cependant, la pollution atmosphérique représente toujours un sérieux problème: les charges d'oxyde d'azote et d'ozone dépassent parfois considérablement le seuil tolérable. Néanmoins, dans ces cas comme dans celui des PM10, la charge moyenne est plus préoccupante que les valeurs maximales enregistrées (*Médecins en faveur de l'environnement, 1997*).

### Eau et assainissement

Les sources d'eau et les eaux souterraines fournissent environ 80% de l'eau potable (40% chacune environ), les 20% restants provenant des lacs. Seulement 29% de l'eau distribuée par le réseau public et tirée essentiellement des eaux de surface est purifiée en plusieurs étapes. Si l'eau est généralement de bonne qualité du point de vue hygiénique, sa contamination par les nitrates varie d'une région à l'autre. Cette forme

Emission de dioxyde de carbone provenant des combustibles fossiles, tonnes par habitant, 1994



de pollution n'est toujours pas mesurée de manière systématique. Depuis 1970, la consommation moyenne d'eau potable par ménage s'est maintenue au même niveau, soit à environ 180 litres par personne. La plupart des ménages sont raccordés au réseau public d'eau potable; certains ménages isolés, situés principalement dans des zones montagneuses retirées, ont leur propre source. Au début des années 90, au moins 90% des eaux usées étaient traitées dans une station d'épuration (*Office fédéral de l'environnement, de la forêt et du paysage, 1994*).

### Déchets

La pollution de l'air, de l'eau et des sols due aux importantes quantités de déchets produits dans les pays industrialisés a de graves implications pour la santé des habitants. Après avoir augmenté considérablement dans les années 80, la quantité de déchets produits chaque année en Suisse a diminué depuis le début des années 90 grâce à l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation et au renforcement des mesures de recyclage. Alors qu'en 1990, la Suisse produisait 439 kg de déchets urbains par habitant et se plaçait ainsi nettement au-dessus de la moyenne communautaire de 388 kg (*Eurostat, 1997*), elle n'en génère plus que 352 kg par personne en 1996 (*Office fédéral de l'environnement, de la forêt et du paysage, 1998*). Aujourd'hui, quelque trois quarts des déchets totaux et 80% des déchets urbains sont éliminés dans des usines d'incinération des ordures ménagères.

La part des matériaux recyclés sur la consommation totale atteint plus de 60% pour le papier, environ 80% pour le verre et le PET et 55% pour le fer-blanc (*Office fédéral de l'environnement, de la forêt et du paysage, 1998*).

### Logement

D'une manière générale, les conditions de logement (qualité, zone, infrastructure) ont une incidence sur la santé et le bien-être. La situation des sans-abri en matière de santé est particulièrement critique: ils souffrent souvent de problèmes typiques de la pauvreté (malnutrition, maladies infectieuses, stress psychosocial provoqué par la solitude et l'insécurité, etc.). Les données disponibles sur la qualité de logement et sur les sans-abri sont de plus en plus nombreuses, mais elles ne sont pas toutes fiables et comparables.

Des études ont été réalisées sur les sans-abri et les conditions de logement précaires dans la plupart des Etats membres de l'UE ces dernières années, alors qu'en Suisse, on ne dispose à ce sujet que d'estimations concernant les principales villes. Les sans-abri au sens strict du terme sont apparemment relativement peu nombreux. Cependant, il ressort d'une récente étude (*Leu et al., 1997*) qu'une part importante de certains groupes de la population vit dans des conditions critiques (surpopulation, logements de mauvaise qualité, etc.) à cause notamment de la progression du chômage et de la détérioration de la situation économique. Dans l'ensemble, 11% de la population vit dans des logements surpeuplés: c'est le cas d'au moins un quart des jeunes familles et des étrangers et, parmi ceux-ci, de 44% des familles de plus de deux enfants (*Office fédéral de la statistique, 1998*).

Du point de vue des conditions générales de logement, la surface habitable par personne s'élevait en 1990 à 39 m<sup>2</sup> (1980: 34 m<sup>2</sup>) et la densité d'habitation à 0,63 personne par pièce. Par contre, dans 28% des logements, chaque pièce était occupée par au moins une personne (*Office fédéral de la statistique, 1998*).

Le bruit causé par l'urbanisation croissante et par l'augmentation du trafic routier et aérien nuit à la santé de la population. Le trafic constitue toujours aujourd'hui la principale source de nuisance sonore dans le contexte du logement. L'Enquête suisse sur la santé en 1997 montre que 28% des populations masculine et féminine interrogées souffrent du bruit du trafic, et 19% se plaignent du bruit provenant des logements voisins.

Les accidents survenant à domicile ou pendant les loisirs constituent un risque important pour la santé de la population; ils causent davantage de lésions que les accidents professionnels ou ceux de la circulation routière.

En 1997, 2,3% des hommes et 1% des femmes (d'au moins 15 ans) interrogés ont été hospitalisés après un accident survenu lors d'une activité sportive ou d'autres loisirs et respectivement 5,9% et 3,5% ont reçu un traitement médical ambulatoire pour la même raison. 0,5% des hommes et 0,8% des femmes ont été hospitalisés après un accident domestique (à la maison, au jardin), et respectivement 1,7% et 2,9% ont reçu des soins ambulatoires pour cette raison (*Calmonte et al., 2000*). La fréquence des accidents domestiques augmente avec l'âge, tandis que les accidents survenant lors d'activités sportives ou d'autres loisirs affectent principalement les plus jeunes.

### Hygiène et sécurité au travail

L'exposition aux risques sanitaires sur le lieu de travail reste une cause importante de maladie et de décès. On dispose toutefois de peu d'informations sur le type, la fréquence, l'intensité de l'exposition et le nombre de postes ou de personnes concernés. Les taux d'incidence des maladies professionnelles reconnues, donnant droit au paiement d'une rente d'incapacité de travail, fournissent une estimation des niveaux de risque, ces chiffres étant toutefois généralement inférieurs au nombre réel de cas. En règle générale, seule une petite partie des cas déclarés est reconnue; de plus, beaucoup de temps peu s'écouler entre la déclaration de la maladie et sa reconnaissance.

En Suisse, la fréquence des maladies professionnelles diminue légèrement. En 1997, 2844 nouveaux cas ont été déclarés chez les hommes et 814 chez les femmes, ce qui correspond à des taux nets respectifs de 14,1 et 6,8 cas pour 10 000 emplois à plein-temps (*Office fédéral de la statistique, 1999*).

Le risque d'avoir un accident au travail est cependant nettement plus grand. Si le taux des personnes ayant eu un accident professionnel a considérablement baissé depuis 1980 en Suisse, il atteignait toujours un niveau élevé avec, en 1996 (*Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents, SSAA*), 870 blessés (1127 hommes et 420 femmes) sur 100 000 assurés (exprimés en équivalents plein-temps). Il n'est pas possible de comparer directement les données concernant les accidents professionnels avec celles des pays de référence en raison des différences méthodologiques: la statistique établie par Eurostat, par exemple, ne porte que sur les accidents suivis d'une incapacité de travail de plus de 3 jours.

Plus de 100 personnes perdent la vie chaque année dans des accidents de travail, ce qui correspond à un taux de 3,2 décès pour 100 000 assurés (1996). On observe à ce propos une nette baisse par rapport au début des années 90. Cependant, des progrès sont encore possibles en Suisse, si l'on considère les faibles taux relevés par exemple au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas.

## Système et services de santé<sup>3</sup>

### Structures institutionnelles et ressources

Le système de santé suisse est largement marqué par le fédéralisme, de sorte que l'on ne peut pas parler d'un seul système pour toute la Suisse. Le secteur de la santé comprend 26 systèmes (pour autant de cantons et de demi-cantons) plus ou moins différents les uns des autres. La supervision des services de santé incombe aux directeurs cantonaux des affaires sanitaires, dont la compétence est toutefois limitée par la législation fédérale et plus particulièrement par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Par ailleurs, la Constitution fédérale garantit à tous les prestataires du domaine de la santé (secteurs ambulatoire et hospitalier) le droit de s'établir et de pratiquer partout dans le pays. Les directeurs et directrices cantonaux des affaires sanitaires forment ensemble la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), dont les recommandations et les prises de position visent à coordonner et à harmoniser la politique menée dans le domaine de la santé.

Les compétences de la Confédération se limitent au domaine des assurances contre la maladie, les accidents et l'invalidité ainsi qu'à celui de la santé publique. A l'exception des questions touchant l'environnement, ces compétences sont exercées par le Département fédéral de l'intérieur. La Confédération émet en général des lois cadres, tandis que l'élaboration des ordonnances et l'exécution sont du ressort des cantons et des communes. La supervision est exercée essentiellement par l'Office fédéral de la santé publique, qui dépend du Département fédéral de l'intérieur et qui assume notamment les tâches suivantes:

- surveillance des maladies transmissibles;
- protection contre les radiations et contrôle des produits chimiques;
- contrôle des denrées alimentaires;
- législation et contrôle concernant les stupéfiants;
- prévention des dépendances (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites);
- organisation et administration des examens fédéraux pour les professions médicales (médecine humaine, dentistes, pharmaciens);
- législation régissant la formation professionnelle (professions paramédicales).

Dans le domaine de l'assurance-maladie, la législation et la surveillance sont du ressort de la Confédération, qui s'en charge par l'intermédiaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du Département fédéral de l'intérieur. Depuis l'entrée en vigueur en 1996 de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance de base est obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse. Les compagnies d'assurances qui proposent des assurances de base sont enregistrées auprès de l'OFAS et doivent lui rendre des comptes. Aucun profit ne peut être tiré par ailleurs de cette activité, et les assureurs doivent accepter toute personne tenue de s'assurer. Les primes d'assurances ne varient pas selon le sexe ni l'âge, ce qui garantit une certaine solidarité entre les assurés. Elles varient par contre entre les cantons et à l'intérieur de ceux-ci. Leur montant dépend entre autres du niveau des coûts dans les cantons et de la concurrence entre les assureurs. Les assurés peuvent changer d'assureur jusqu'à deux fois par an. Les primes d'assurances sont indépendantes du revenu des assurés. Cependant, la Confédération et le canton participent au paiement des primes en cas de faibles revenus. En 1998, au moins 30% des assurés ont bénéficié d'une telle réduction de prime en moyenne en Suisse. Cette proportion variait toutefois considérablement d'un canton à l'autre (*Office fédéral des assuran-*

<sup>3</sup> Pour davantage d'informations à ce sujet: «Health Care Systems in Transition (HiT) Switzerland» (*European Observatory on Health Care Systems, 2000*)



*ces sociales, 2000*). La loi prévoit une franchise de 230 CHF par an à la charge des assurés adultes pour les frais de traitements ambulatoires ou médicamenteux. Les assurés peuvent bénéficier d'une réduction de prime en augmentant le montant de cette franchise et, ainsi, leur participation au risque ou en optant pour une autre forme d'assurance (par exemple HMO, assurance avec bonus).

Conformément aux dispositions légales, les prestations remboursées dans le cadre de l'assurance de base doivent être efficaces, adéquates et économiques. L'éventail de ces prestations englobe les examens, traitements et soins dispensés en cas de maladie ou de lésion sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social, une participation aux frais de transports médicalement nécessaires, certaines mesures de prévention et quelques traitements dentaires.

Près de 40% des assurés ont contracté une assurance complémentaire pour bénéficier de conditions d'hospitalisation plus confortables. Dans le cas des assurances complémentaires, contrairement à l'assurance de base, l'assureur a le droit de refuser une demande d'assurance ou d'émettre des réserves à son sujet.

Depuis 1984, tout employé est assuré obligatoirement contre les conséquences d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladies professionnelles, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Depuis 1959, l'assurance-invalidité, qui couvre les frais de réadaptation professionnelle et les allocations pour perte de gain, s'applique à l'ensemble de la population. Ces deux assurances sont financées par des cotisations retenues sur les salaires (partagées entre les salariés et les employeurs) selon le modèle de la sécurité sociale.

Les examens et traitements en soins ambulatoires sont proposés en général par des prestataires privés (essentiellement des médecins indépendants) qui sont payés sur la base d'un tarif par prestation. Les établissements hospitaliers sont exploités par des institutions publiques (cantons, communes) ou privées, subventionnées en partie. Les tarifs appliqués sont négociés au niveau cantonal entre l'association des assureurs-maladie et celle des fournisseurs de prestations (associations de médecins, association des hôpitaux, etc.), généralement avec le concours de la direction de la santé publique. L'assurance-accidents et l'assurance-invalidité indemnisent tous les fournisseurs de prestations en fonction de tarifs nationaux uniformes.

### Soins de santé primaires

Les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) assurent une grande partie des soins ambulatoires et des visites à domicile. Pour le reste, ces prestations sont fournies par les services ambulatoires des hôpitaux publics (par exemple policliniques) ou de cliniques privées. Les patients peuvent choisir librement leur médecin et s'adresser directement à des spécialistes sans restriction, à moins qu'ils aient choisi une variante spéciale pour l'assurance de base (telle que HMO).

Les prestations médicales sont facturées aux patients en fonction des tarifs (tarif à la prestation) négociés dans le canton entre l'association des assurances-maladie et celle des médecins; elles sont soit remboursées aux patients par l'assurance-maladie, soit prises en charge directement par celle-ci. A l'avenir, les prestations seront calculées selon le même tarif dans toute la Suisse sur la base d'une nomenclature uniforme (même nombre de points par prestation). Une franchise annuelle de 230 CHF au minimum est à la charge des patients adultes pour les frais relatifs à des traitements ambulatoires ou médicamenteux; une fois ce montant dépassé, les patients doivent participer au financement de ces frais à raison de 10% jusqu'à concurrence de 600 CHF au maximum. Cette franchise ne s'applique pas aux patients de 0 à 18 ans, et la contribution de 10% est limitée à 300 CHF pour les frais cumulés concernant les enfants du même ménage.

Les cantons et les communes fournissent un service médical scolaire, qui procède à des contrôles réguliers dans les écoles publiques, surveille l'état immunitaire des écoliers et réalise des programmes de vaccinations, etc.

### Soins dentaires

Les soins dentaires sont assurés pour l'essentiel par des dentistes libéraux et par des cliniques dentaires publiques. L'assurance de base obligatoire ne couvre que les frais engendrés par certaines mesures principalement chirurgicales, mais pas ceux des prestations fournies à titre de prévention ou de conservation.

Les services dentaires scolaires examinent la santé bucco-dentaire des élèves à plusieurs reprises au cours de la scolarité obligatoire et proposent le cas échéant des mesures, dont la réalisation est en général à la charge des personnes concernées.

### Soins à domicile

L'importance des soins à domicile (Spitex) dans la politique sanitaire n'a cessé de croître ces dernières années. En conséquence, l'assurance de base obligatoire prend en charge, dans certaines limites, les prestations de soins et d'aide à domicile.

L'offre de telles prestations incombe aux communes, qui délèguent souvent ces tâches à des associations de droit privé. L'implantation des services de soins à domicile, c'est-à-dire l'accès à ces soins et l'étendue de leurs prestations, varie tant entre les cantons que d'une commune à l'autre.

### Pharmacies

En 1997, les pharmacies privées ont vendu 70% des médicaments utilisés en dehors des hôpitaux. 23% de ces médicaments ont été fournis par des médecins indépendants autorisés (environ un quart des médecins libéraux) et 7% par des drogueries (*Pharma Information, 1998*).

Près d'un tiers des médicaments commercialisables figurent sur ce que l'on appelle la liste des spécialités, soit parmi les médicaments remboursés par l'assurance de base obligatoire après déduction d'une franchise de 10%. En 1997, ces préparations disponibles uniquement sur ordonnance médicale représentaient une part de marché de près de 60%. Le prix des médicaments ne figurant pas sur cette liste positive est à la charge des patients ou couvert le cas échéant par une assurance complémentaire.

Ni les autorités ni les assureurs ne conviennent des prix. L'Office fédéral des assurances sociales, responsable de l'établissement de la liste des spécialités, exerce cependant une certaine influence sur les prix puisqu'il tient compte entre autres du caractère économique d'un produit pour l'inclure dans la liste. Le surveillant des prix (Monsieur Prix) peut intervenir en cas d'indices signalant la pratique de prix abusifs.

### Soins hospitaliers

Les hôpitaux sont exploités par des organes publics (comme les cantons, les communes ou les associations de communes) et par des institutions privées, qui peuvent être des organisations à but non lucratif ou des entreprises à but lucratif. Les frais de construction et d'investissement des établissements publics sont pris en charge par les cantons et les communes, qui participent également aux frais d'exploitation des hôpitaux publics et privés d'utilité publique et assument souvent de garanties de déficit.

Dans le cadre de l'assurance de base, les patients ont le choix entre les hôpitaux public et ceux à but non lucratif de leur canton de domicile. Les assurances complémentaires peuvent prendre en charge les frais supplémentaires liés à un traitement dans un autre canton ou dans une clinique privée. En Suisse, les patients qui vivent seuls doivent payer une surtaxe de 10 CHF par jour sur les frais d'hospitalisation (sauf en cas de grossesse). Cette surtaxe compense le fait que les coûts d'entretien de leur ménage diminuent pendant leur séjour à l'hôpital.

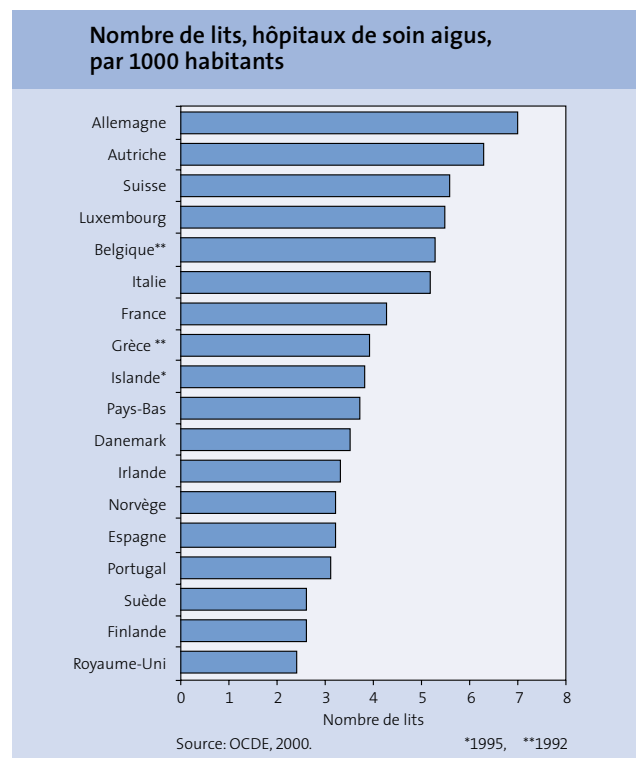
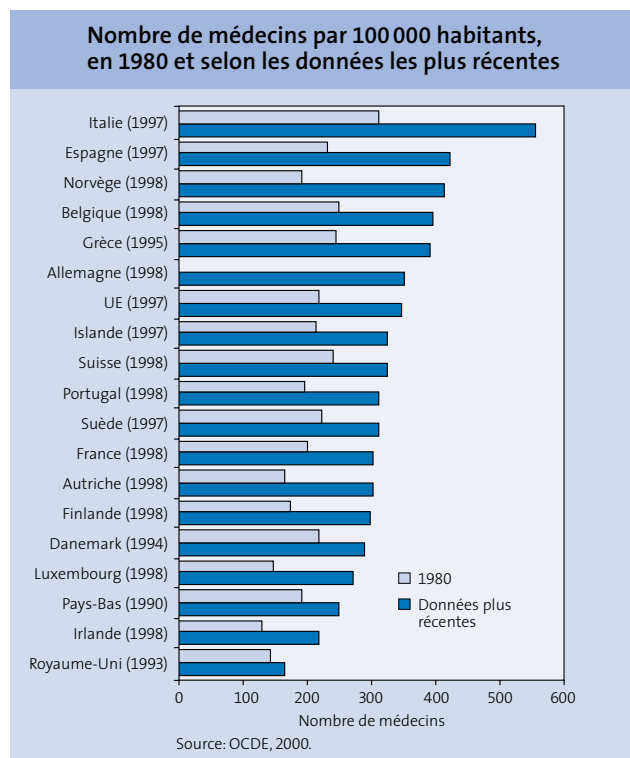
La loi sur l'assurance-maladie oblige les cantons à planifier la capacité de leurs hôpitaux et à établir une liste des institutions qui répondent aux exigences requises. Seuls les traitements dispensés dans les hôpitaux figurant sur cette liste peuvent être remboursés par l'assurance de base. La loi prévoit par ailleurs que les hôpitaux relient en permanence une série de données sur leurs activités; ces données serviront



de base pour évaluer le caractère économique des prestations fournies en les comparant avec les données d'autres établissements à l'intérieur et en dehors du canton.

Le mode de financement des coûts des hôpitaux (traitements et frais d'exploitation) varie considérablement d'un canton à l'autre. En substance, 50% en moyenne de ces coûts sont couverts par les assurances-maladie, sur la base des forfaits journaliers négociés chaque année par l'association cantonale des caisses-maladie et les hôpitaux ou leur association. Ces dernières années, certains cantons ont commencé à financer leurs hôpitaux à travers un budget global pour mieux contrôler les coûts. Ce budget comprend les contributions des cantons et des assureurs. Une fois la proportion des contributions de ces deux entités définie, le tarif journalier est calculé sur la base des statistiques d'utilisation de l'année précédente et des primes versées aux assureurs. D'autres cantons tentent actuellement de passer à un système de financement prévoyant le paiement forfaitaire par cas selon différentes catégories de patients ou de diagnostics (APDRGs).

Nombre de médecins et pharmaciens pour 1000 habitants				
	Suisse		UE	
	Nombre en 1997/1998	Augmentation depuis 1980 (%)	Nombre en 1997/1998	Augmentation depuis 1980 (%)
Médecins au total	3.2	36	3.5	59
Médecins libéraux	1.8	56		
Généralistes	0.6	39	1.0	15
Dentistes	0.5	09	0.7	37
Pharmaciens	0.6	77	0.8	48



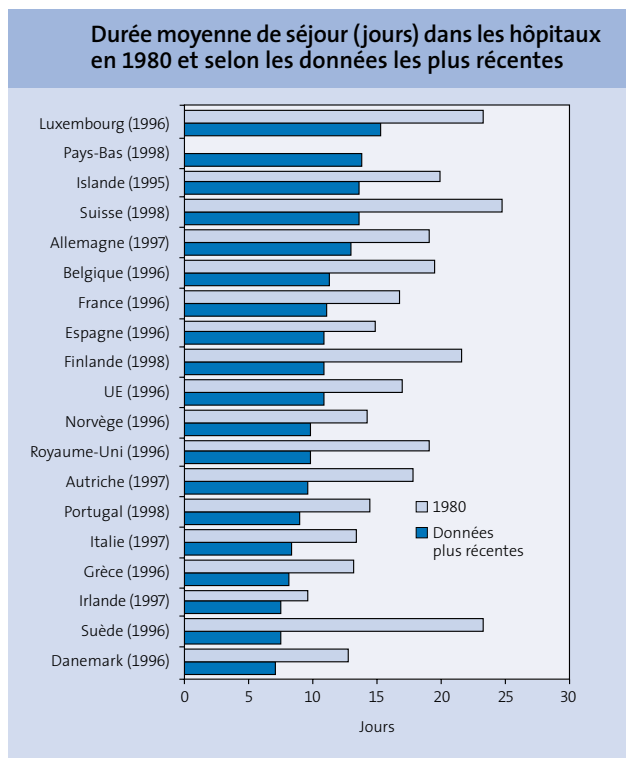
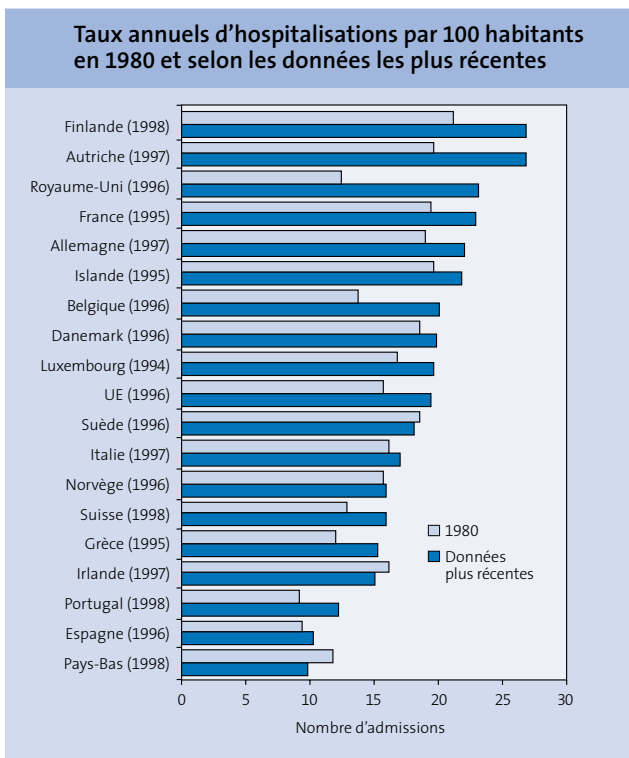
### Utilisation des ressources

Le nombre de médecins par habitant en Suisse est inférieur à la moyenne communautaire, sa progression ayant été plus faible que dans l'UE depuis 1980. L'augmentation du nombre des médecins libéraux s'est par contre renforcée, mais on ne dispose pas de valeurs comparables pour l'UE. Bien qu'il ait augmenté relativement fortement, le nombre de médecins généralistes par habitant est encore nettement en dessous de la moyenne de l'UE. Il en va de même pour les dentistes, dont le nombre ne s'est que très peu accru. Les pharmaciens ont réalisé le taux de croissance le plus élevé; leur densité reste cependant inférieure à la valeur moyenne de l'UE, notamment dans les cantons où les médecins fournissent également des médicaments.

Selon l'Enquête suisse sur la santé de 1997, les trois quarts de la population suisse âgée de plus de 15 ans se rendent au moins une fois par an chez le médecin. C'est le cas de plus de 80% des femmes et de près de 70% des hommes de cette catégorie d'âge. Sur l'ensemble de la Suisse, chaque habitant se rend donc en moyenne quatre fois par an chez le médecin. 65% de la population recourt aux services d'un dentiste et 14% à ceux d'un physiothérapeute.

La Suisse occupe toujours la 3<sup>e</sup> position parmi les pays de référence pour les lits d'hôpitaux, avec 5,6 lits de soins aigus pour 1000 habitants (OCDE, 2000). Même si l'on ne considère que les hôpitaux généraux, les soins aigus étant difficiles à définir, la Suisse totalise 4,3 lits pour 1000 habitants et se place ainsi au 6<sup>e</sup> rang avec la France. En revanche, la densité des lits en psychiatrie a quasiment diminué de moitié depuis 1980: elle atteint 1,2 pour 1000 habitants. Cette densité s'inscrit dans la moyenne des pays de référence, bien qu'elle soit toujours nettement plus forte que celle relevée en Italie, en Espagne ou en Suède par exemple.

La forte densité des lits dans les soins aigus ne s'explique qu'en partie par le taux d'hospitalisation: 15 à 16 hospitalisations en moyenne pour 100 habitants chaque année. La Suisse occupe ainsi parmi les pays de référence une position médiane, juste en dessous de la moyenne de l'UE. En revanche, la durée moyenne d'hospitalisation en Suisse (13,7 jours) est toujours parmi les plus élevées bien qu'elle ait nettement diminué au cours des 20 dernières années. Même si, encore une fois, on ne considère que les hôpitaux de soins généraux, la Suisse se classe juste en dessous de la moyenne de l'UE, avec 10,2 jours par cas (Office fédéral de la statistique, 2000).



### Dépenses de santé

En 1997, les dépenses de santé en Suisse se montaient dans l'ensemble à 38 milliards de CHF (Rosset, 1999) ou à 10,2% du produit intérieur brut (PIB). La Suisse se place ainsi au 2<sup>e</sup> rang après l'Allemagne au classement des pays de référence.

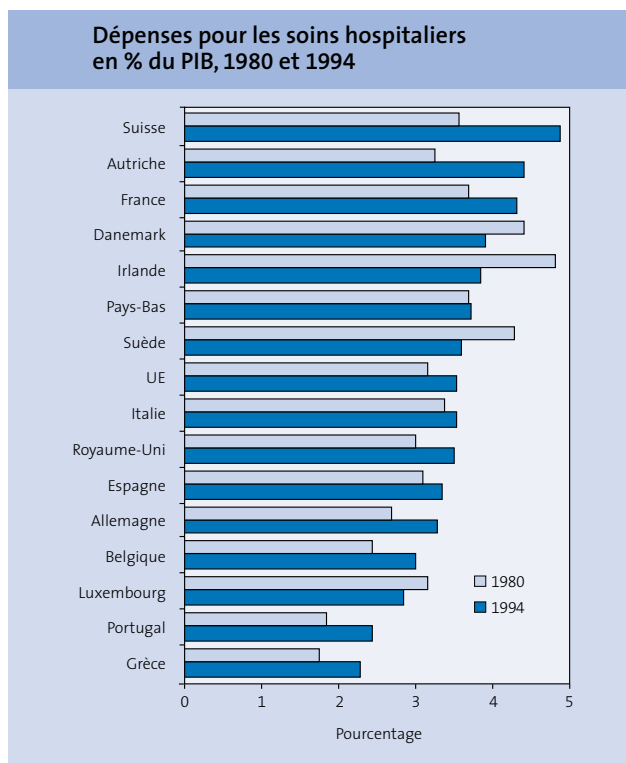
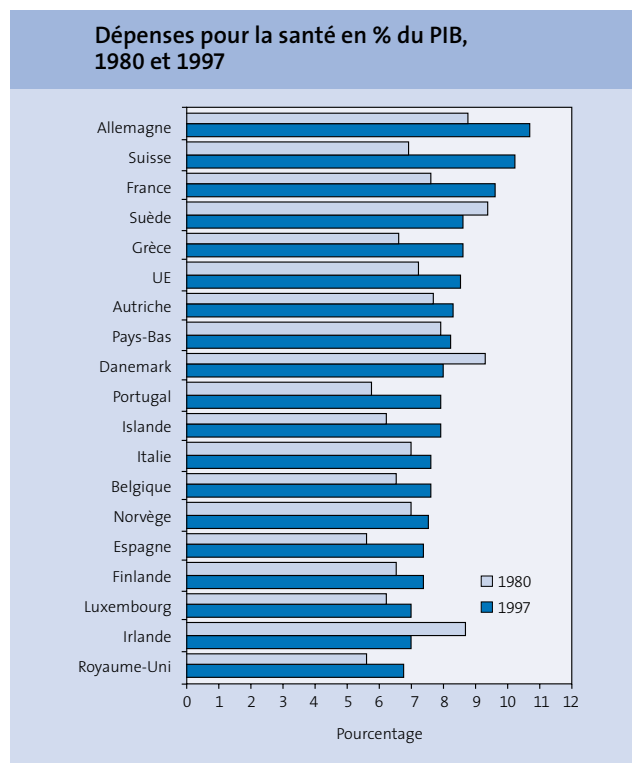
Il est extrêmement difficile de procéder à des comparaisons internationales dans le domaine des coûts de la santé, car les définitions des indicateurs utilisés dans les statistiques sanitaires varient souvent d'un pays à l'autre, de même que les systèmes comptables. On fera par conséquent preuve de prudence dans l'interprétation des données suivantes sur les dépenses de santé, compte tenu des différentes définitions utilisées. Le Danemark, par exemple, ne compte pas les frais résultant des soins dispensés aux personnes âgées dans des homes parmi les dépenses de santé.

Une étude récente (Schneider et al., 1998) vise à consolider les indicateurs utilisés habituellement par des données supplémentaires, en vue d'une meilleure comparabilité. Les données tirées de cette étude sont utilisées, sauf autre mention, dans les comparaisons suivantes.

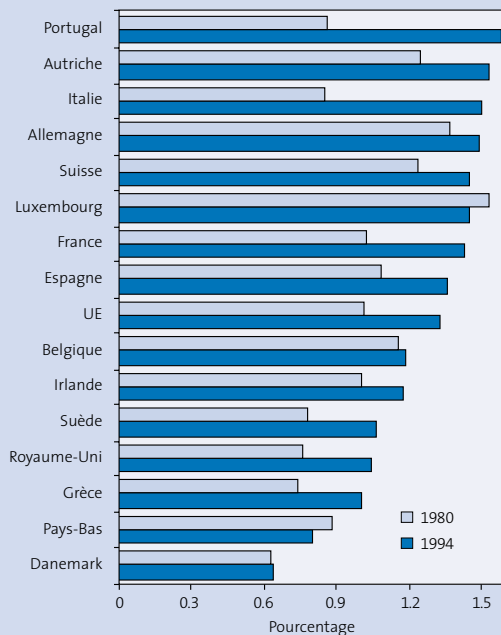
Une analyse détaillée de ces informations montre que les soins hospitaliers en Suisse ont enregistré le taux de croissance annuel de loin le plus fort entre 1980 et 1994 (2,3% depuis 1980) et que leur part dans le PIB (4,9%) était la plus élevée des pays de référence en 1994.

Si le coût des soins médicaux ambulatoires (près de 1,5% du PIB) dépasse légèrement la moyenne de l'UE, le taux de croissance de ce coût (1,2%) est relativement bas. Le pourcentage du coût des médicaments est resté pratiquement le même; il est relativement faible par rapport à celui des autres pays (près de 1% du PIB). Les dépenses engagées pour les soins infirmiers représentent 0,8% du PIB, ce qui est toujours inférieur à la moyenne communautaire, malgré un fort taux de croissance. En ce qui concerne les traitements dentaires (0,8% du PIB également), la Suisse se place dans le peloton de tête.

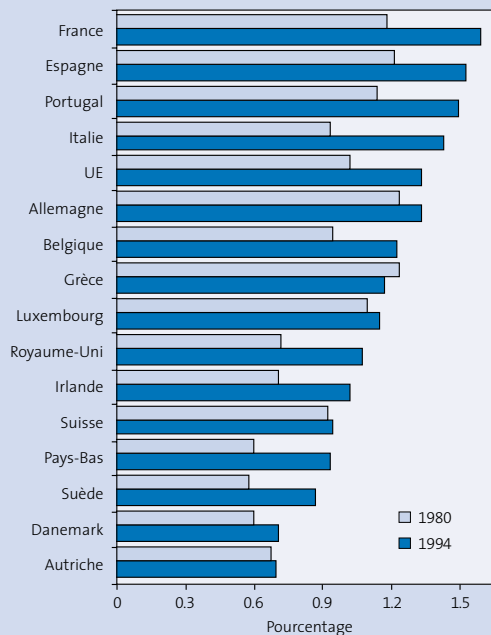
La structure des coûts se reflète aussi dans la répartition des dépenses de santé selon les divers biens et services. En 1994, plus de la moitié des dépenses totales (52%) en Suisse a été engagée dans les soins hospitaliers, ce qui n'était le cas en moyenne dans l'UE que de 41% des dépenses totales. Cependant, la proportion des soins médicaux ambulatoires dans le total des dépenses correspond à la moyenne communau-



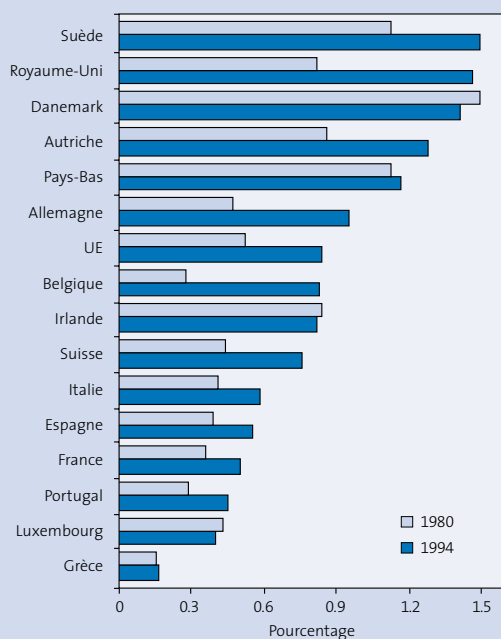
Dépenses pour les soins médicaux ambulatoires, en % du PIB, 1980 et 1994



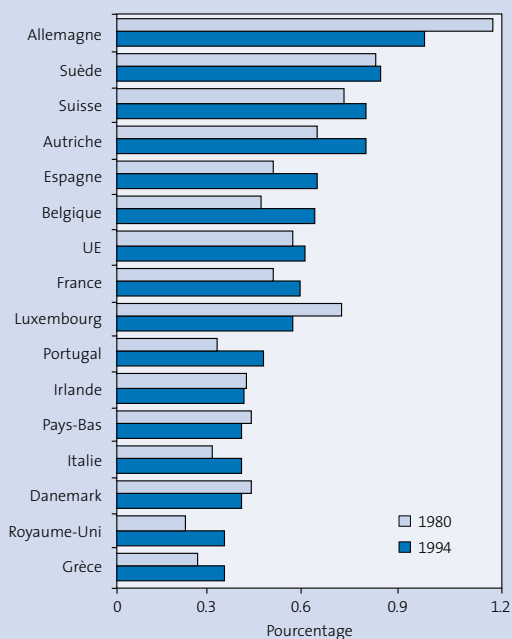
Dépenses pour les médicaments en % du PIB, 1980 et 1994



Dépenses pour les soins infirmiers en % du PIB, 1980 et 1994



Dépenses pour les soins dentaires en % du PIB, 1980 et 1994



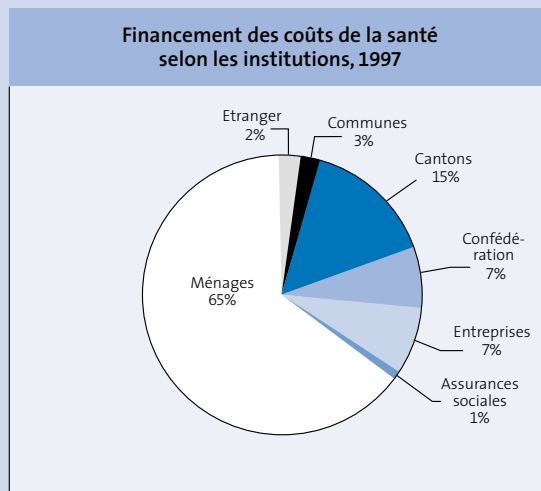
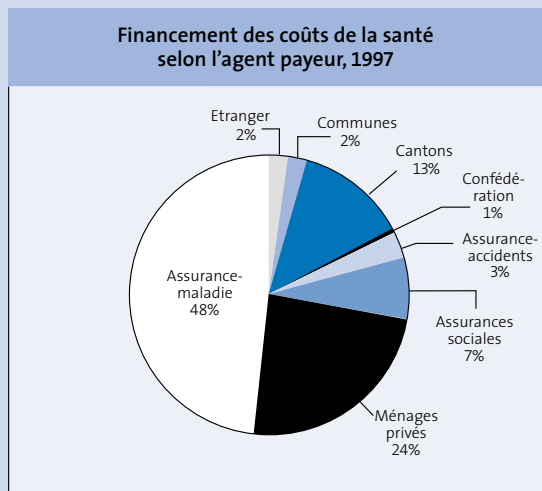
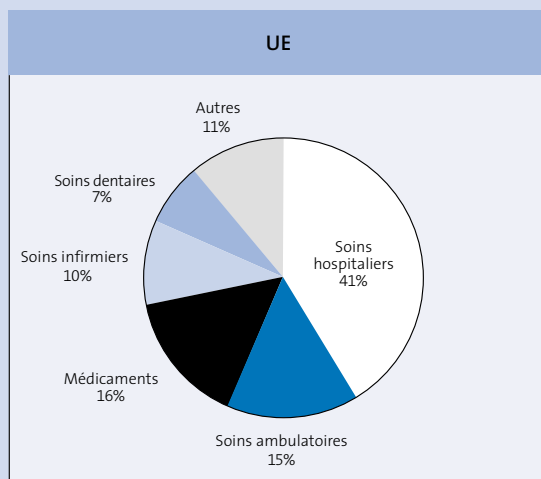
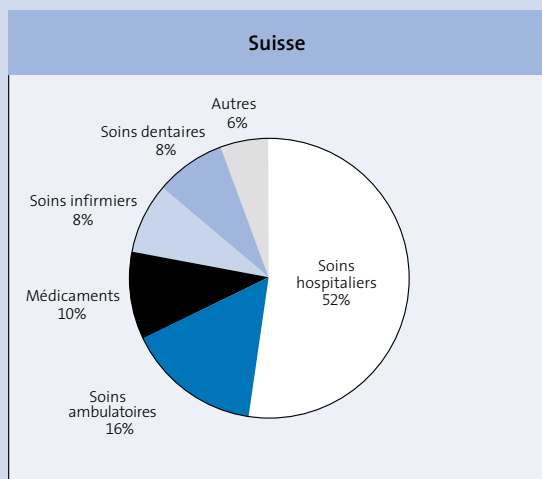
taire, tandis que les médicaments et les soins infirmiers sont proportionnellement moins importants en Suisse. Entre 1980 et 1994, la part relative du coût des soins hospitaliers a reculé en moyenne dans l'UE, alors qu'elle a progressé en Suisse (de 48%), contrairement aux dépenses en médicaments et en soins ambulatoires.

### Financement

La structure du financement se présente sous un angle différent selon que l'on s'intéresse aux agents payeurs ou à ceux supportant la charge économique. En 1997, les assureurs-maladie ont assumé la majeure partie des paiements directs (48%), suivis des ménages (franchises, co-paiement, etc.), qui ont assumé 24% des coûts, des cantons et des communes (15% ensemble) et de l'assurance-vieillesse et invalidité ainsi que de l'assurance-accidents (10% en tout).

Ventilés selon les agents supportant effectivement la charge économique, le financement incombe en premier lieu aux ménages (65% des coûts), suivis des cantons (15%), de la Confédération et des entreprises (environ 7% chacun) ainsi que des communes (près de 3%). Dans les années 90, les mesures d'économie engagées par les pouvoirs publics ont permis de réduire les dépenses des cantons et des communes, tandis que celles des assureurs-maladie augmentaient massivement. Les primes d'assurance ont par conséquent augmenté considérablement et, avec elles, les dépenses à la charge des ménages.

Dépenses pour la santé par catégorie de soins ou de biens, Suisse et UE, 1994



Source: Rossel, 1999.



## Bibliographie

- Calmonte, R., et al. (2000). *Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Conseil de l'Europe (1998). *Recent demographic developments in Europe – 1998*. Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe.
- Currie, C., et al., éd. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhague, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (Health Policy for children and Adolescents [HEPCA] Series, N° 1) (document EUR/ICP/IVST 06 03 05 [A]).
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health care systems in transition: Switzerland*. Copenhague.
- Eurostat (1995). *Education across the European Union – statistics and indicators*. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Eurostat (1996). *Demographic statistics*. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Eurostat (1997). *Basic statistics of the European Union. Comparison with the principal partners of the Union*, 33<sup>e</sup> édition. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Gillioz, L., et al. (1997). *Domination masculine et violence envers les femmes dans les couples*. Lausanne, Editions Payot.
- Gmel, G. (2000). Comportements vis-à-vis de la santé. Dans: Calmonte, R., et al. *Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Heise, L.L. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington D.C., World Bank (World Bank Discussion Papers, N° 255).
- Leu, R. et al. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Berne, Paul Haupt.
- Médecins en faveur de l'environnement (1997). *Luftverschmutzung und Gesundheit. Eine Publikation der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz*. Bâle.
- Narring, F., et al. (1994). *La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15 à 20 ans*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Cah Rech doc IUMSP N° 113a).
- OCDE (1998). OECD in figures – 1998 edition. *OECD observer*: N° 212, Juin/Juillet 1998 (supplément).
- OCDE (2000). *Eco-santé OCDE 2000. Analyse comparative de 29 pays*. Paris.
- Office fédéral de la police (1999). *Données non publiées*.
- Office fédéral de la santé publique (2000). *Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique à fin 1998*. Berne.
- Office fédéral de la statistique (1993). *Enquête suisse sur la population active*.
- Office fédéral de la statistique (1997). *Données non publiées de l'Enquête suisse sur la santé*.
- Office fédéral de la statistique (1998). *Annuaire statistique de la Suisse 1998*. Zurich, Verlag NZZ.
- Office fédéral de la statistique (1999). *Annuaire statistique de la Suisse 2000*. Zurich, Verlag NZZ.
- Office fédéral de la statistique (2000). *Informations sur le projet «Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)», Actualités OFS*. Neuchâtel (StatSanté 1/2000).
- Office fédéral de l'environnement, de la forêt et du paysage (1994). *Données sur la protection des eaux en Suisse*. Berne (Documents environnement N° 22, protection des eaux).
- Office fédéral de l'environnement, de la forêt et du paysage (1998). *Statistique des déchets 1996*. Berne (Documents environnement N° 90, déchets).
- Office fédéral des assurances sociales (2000). *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (1993). *Health for all targets: the health policy for Europe. Updated edition, September 1991*. Copenhague (European Health for All Series, N° 4).
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (1999). *Health 21 – the health for all policy framework for the WHO European Region* [http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm]. Copenhague (European Health for All Series, N° 6).
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2001). *Health for all statistical database, June 2001* [http://www.who.dk/country/country.html]. Copenhague.
- Onusida/OMS (2000). *Switzerland epidemiological fact sheet. 2000 update*. Genève.
- Pharma Information (1998). *La santé publique en Suisse. Prestations, coûts, prix*. Bâle.
- Régie fédérale des alcools (2001). *Consommation d'alcool 1880–2000*. Berne.
- Rossel, R. (1999). *Coûts du système de santé. Résultats détaillés 1997 et évolution depuis 1960*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Schneider, M., et al. (1998). *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997*. Augsburg, BASYS.
- Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents LAA (1996). *Statistique des accidents LAA*. Lucerne.
- Uchtenhagen, A. (1996). *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzfassung*. Zurich, Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

## Glossaire

**Espérance de vie à la naissance:** estimation du nombre d'années moyennes qu'un nouveau-né devrait pouvoir vivre à condition que les taux de mortalité par âge observés à la date de sa naissance demeurent les mêmes pendant toute sa vie.

**Incidence:** nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant dans une population pendant une période spécifiée (un an en général) pour 100 000 personnes de cette population.

**Parité du pouvoir d'achat:** mesure «normalisée» du pouvoir d'achat de la monnaie d'un pays, fondée sur une comparaison du nombre d'unités de cette monnaie nécessaire pour acheter une même corbeille représentative de biens et de services dans un pays de référence, dans la monnaie de celui-ci (habituellement, dollars des Etats-Unis). L'UE se réfère pour cela au pouvoir d'achat standard.

**Prévalence:** nombre total de personnes d'une population qui ont une maladie ou répondent à un autre critère à un moment donné ou pendant une période spécifiée pour 100 000 personnes de cette population.

**Taux de fécondité total:** nombre moyen d'enfants qui seraient mis au monde vivants par une femme pendant sa vie, si elle engendrait à chaque âge conformément au taux de natalité en vigueur pour cet âge.

**Taux de mortalité infantile:** nombre annuel de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes.

**Taux standardisé de mortalité:** taux de mortalité (pour 100 000 habitants en général), corrigé en fonction de la structure par âge d'une population européenne type.



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



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz  
Politique nationale suisse de la santé  
Politica nazionale svizzera della sanità  
Politica naziunala svizra de la sanidad