

2019



14

Santé

Neuchâtel 2019

Statistiques de la santé 2019

Domaine «santé»

Publications actuelles sur des thèmes apparentés

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, veuillez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).

Santé. Statistique de poche 2018, Neuchâtel 2019, 44 pages, numéro OFS: 1541-1800

Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires 2017, Neuchâtel 2019, 8 pages, numéro OFS: 1804-1700

Enquête suisse sur la santé 2017: activité physique et santé, Neuchâtel 2019, 8 pages, numéro OFS: 213-1709

Les soins de réadaptation dans les hôpitaux suisses en 2017, Neuchâtel 2019, 8 pages, numéro OFS: 1937-1700

Accouchements et santé maternelle en 2017, Neuchâtel 2019, 8 pages, numéro OFS: 1921-1700-05

Population des établissements médico-sociaux, en 2017, Neuchâtel 2019, 8 pages, numéro OFS: 1905-1700-05

La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2016, Neuchâtel 2019, 4 pages, numéro OFS: 1258-1600

Domaine «santé» sur Internet

www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – santé
ou www.health-stat.admin.ch

Statistiques de la santé 2019

Rédaction Tania Andreani, OFS; Jean-François Marquis, OFS
Contenu Tania Andreani, OFS; Frédéric Clausen, OFS; Pascale Gazareth, OFS; Martine Kaeser, OFS; Renaud Lieberherr, OFS; Michael Lindner, OFS; Jean-François Marquis, OFS; Mélanie Riggenbach, OFS; Samuela Rossi, OFS; Marco Storni OFS
Éditeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Neuchâtel 2019

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Renseignements: Service de renseignement Santé, OFS, tél. 058 463 67 00
gesundheit@bfs.admin.ch

Rédaction: Tania Andreani, OFS; Jean-François Marquis, OFS

Contenu: Tania Andreani, OFS; Frédéric Clausen, OFS; Pascale Gazareth, OFS; Martine Kaeser, OFS; Renaud Lieberherr, OFS; Michael Lindner, OFS; Jean-François Marquis, OFS; Mélanie Riggenbach, OFS; Samuela Rossi, OFS; Marco Storni, OFS

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Français et allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Mise en page: section DIAM, Prepress/Print

Graphiques: section DIAM, Prepress/Print

Cartes: section DIAM, ThemaKart

En ligne: www.statistique.ch

Imprimés: www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright: OFS, Neuchâtel 2019
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée.

Numéro OFS: 1291-1900

ISBN: 978-3-303-14313-1

Table des matières

1	Introduction	7	4.9 Accidents	42	
2	Conditions cadre	8	4.10 Santé reproductive	44	
3	Déterminants de la santé	11	4.11 Nouveau-nés	46	
3.1	Revenu et intégration sociale	11	4.12 Personnes âgées	47	
3.2	Emploi et conditions de travail	11	4.13 Personnes migrantes	48	
3.3	Environnement naturel	13	5	Système de santé	53
3.4	Conditions d'habitat	13	5.1	Hôpitaux	53
3.5	Activité physique	13	5.2	Établissements médico-sociaux	56
3.6	Alimentation	15	5.3	Aide et soins à domicile	58
3.7	Excès de poids	16	5.4	Cabinets médicaux et centres ambulatoires	60
3.8	Tabac	17	5.5	Autres prestataires	62
3.9	Alcool	18	5.6	Aides informelles	63
3.10	Drogues illicites	19	6	Coûts et financement du système de santé	67
4	État de santé et recours aux soins	23	6.1	Coûts du système de santé	67
4.1	Espérance de vie et santé	23	6.2	Financement du système de santé	68
4.2	Maladies cardiovasculaires	27	Annexes	71	
4.3	Diabète	29	7	Abréviations	72
4.4	Cancer	30	8	Glossaire	73
4.5	Maladies de l'appareil musculo-squelettique	34	9	Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé	76
4.6	Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire	35			
4.7	Santé psychique	37			
4.8	Handicap	40			

1 Introduction

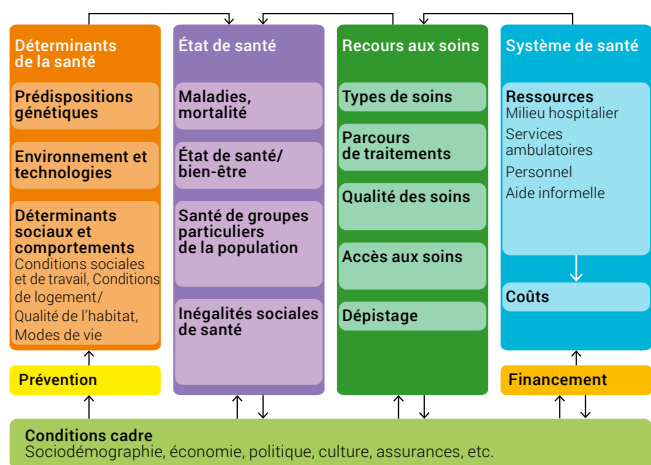
Notre santé dépend de nombreux facteurs, comme l'environnement social et naturel, les conditions de travail, la qualité de l'habitat, les habitudes et comportements adoptés en matière d'hygiène de vie, sans oublier les prédispositions génétiques. Lorsqu'elle se dégrade, nous recourons aux soins de médecins ou d'autres professionnels de la santé, fournis dans le cadre d'institutions très diverses. Cela suppose l'existence d'infrastructures spécifiques, dotées d'un personnel bénéficiant de qualifications appropriées, et dont le financement est assuré par les différents acteurs concernés. Le domaine de la santé comprend donc plusieurs dimensions et il est en relation, plus ou moins étroite, avec de nombreuses caractéristiques démographiques, sociales, économiques, politiques, culturelles ou environnementales d'une société. Pour le présenter de manière intelligible, il est par conséquent nécessaire de l'ordonner selon une structure claire. C'est dans ce but que l'Office fédéral de la statistique (OFS) a établi un schéma de structure de la statistique de la santé. Ce schéma est bâti sur quatre piliers – les déterminants de la santé, l'état de santé de la population, le recours aux soins et le système de santé – et sur les interactions intervenant entre eux ainsi qu'avec les conditions cadre (G1.1). Il sert de base pour l'organisation du présent rapport, qui est une édition actualisée de la publication «Statistiques de la santé», parue pour la première fois en 2012.

Structure du rapport

Le présent rapport est divisé en cinq chapitres, abordant successivement les conditions cadre, les déterminants de la santé, la santé de la population et le recours aux soins, le système de santé et, finalement, son financement. Les annexes comprennent une liste des abréviations, un glossaire et une présentation des sources de données.

Toutes les données se rapportent au territoire helvétique et à la population qui y vit, sauf mention particulière. Elles portent sur l'année 2017 (ou, à défaut, l'année la plus récente) et intègrent en particulier les résultats de la dernière enquête suisse sur la santé (ESS). Les données des graphiques de la publication sont mises à disposition en annexe sur la page internet de présentation de la publication (www.health-stat.admin.ch).

Structure de la statistique de la santé G1.1



© OFS 2019

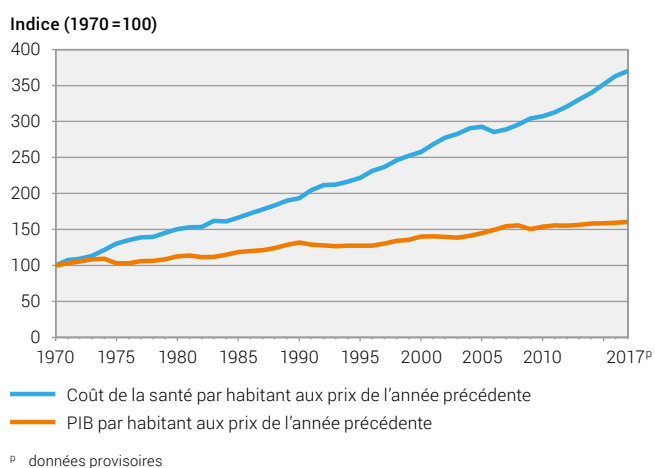
2 Conditions cadre

L'évolution de l'état de santé de la population et les changements dans le système de santé interviennent dans un cadre qui est déterminé, en particulier, par le contexte économique, les changements sociodémographiques ainsi que les politiques sociales et sanitaires mises en œuvre par les autorités fédérales et cantonales.

L'accroissement de la richesse d'une société lui permet de consacrer une part croissante de ses ressources à des biens et des services contribuant à améliorer le niveau de vie et la santé de la population. Depuis 1970, le produit intérieur brut (PIB) aux prix de l'année précédente et par habitant a crû de plus de 60% (G.2.1). Au cours de la même période, les dépenses de santé par habitant ont été multipliées par 3,7 (→ chapitre 6.1). L'augmentation du niveau de vie et l'amélioration des soins garantis par le système de santé ont permis une amélioration générale de l'état de santé de la population (→ chapitre 4.1). À son tour, cette évolution a vraisemblablement concouru à l'accroissement de la capacité productive de la société, ce qui en retour contribue au financement du système de santé.

Conditions cadre économiques

G2.1



Sources: OFS – Comptabilité nationale (CN), Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

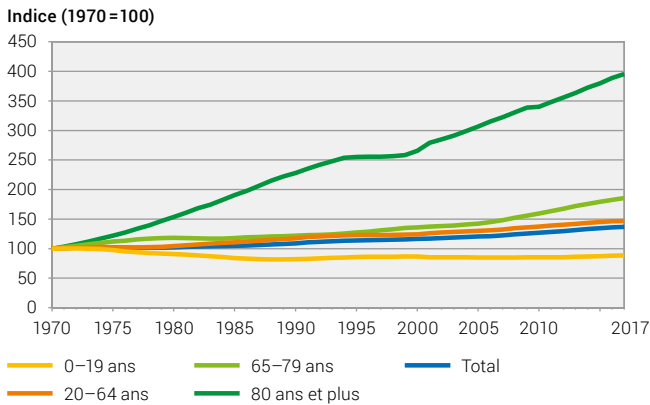
© OFS 2019

La taille de la population et sa structure jouent un rôle important pour le volume du recours aux prestations du système de santé. Entre 1970 et 2017, la population résidant en Suisse a augmenté de près de 37%, passant de 6,2 à 8,5 millions d'habitants (G.2.2). Sa structure démographique s'est également modifiée: le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a été multiplié par quatre, et celui des personnes âgées de 65 à 79 ans par un peu moins de deux. Dans le même temps, le nombre de personnes de moins de 20 ans a reculé de 11%. La part croissante des personnes plus âgées s'explique par la combinaison de deux facteurs. D'une part, aux générations de l'après-guerre, nombreuses, a suivi dès le début des années 1970 un recul sensible du nombre des naissances («effet de cohorte»). D'autre part, l'espérance de vie s'est allongée de manière continue durant toute la période. La proportion croissante des personnes âgées dans la population va de pair avec l'importance grandissante des maladies chroniques et avec des changements dans la demande en matière de soins et de prise en charge médicale; elle n'est cependant pas le principal vecteur de l'augmentation des coûts de la santé.

Durant la même période de 1970 à 2017, la population de nationalité étrangère a crû plus rapidement que celle de nationalité suisse (+112% contre +22%, respectivement). Cette différence est particulièrement nette à partir du début des années 90. La population de nationalité étrangère est sensiblement plus jeune que celle de nationalité suisse (G.2.3). 46% de la population avec un passeport étranger ont entre 20 et 44 ans, contre 29% des Suissesses et Suisses. À l'inverse, la part des personnes de 65 ans et plus est de 22% parmi la population de nationalité suisse, contre 8% parmi celle de nationalité étrangère. L'immigration contribue ainsi à renforcer les classes d'âges de la population bénéficiant, de manière générale, d'un meilleur état de santé. Mais l'immigration est également associée dans certains cas à d'autres caractéristiques, comme un moindre niveau de formation, des conditions de travail ou de vie plus difficiles ou encore une faible maîtrise des langues nationales, qui peuvent peser négativement sur l'état de santé ou constituer un obstacle dans l'accès aux soins (→ chapitre 4.13).

L'élévation globale du niveau de formation de la population constitue également une tendance marquante (G.2.4). Cette évolution, particulièrement sensible dès les années 80, a créé des conditions plus favorables au développement des compétences de la population en matière de santé et à la réception des campagnes de prévention.

Effectif de la population selon le groupe d'âge G 2.2

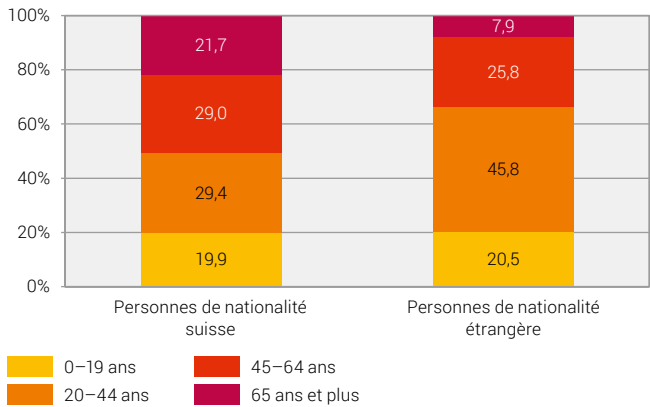


Dès 2010, la population résidente permanente comprend les personnes dans le processus d'asile résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse.

Sources: OFS – Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © OFS 2019

Dans le système fédéraliste helvétique, la santé est un domaine où les compétences cantonales sont historiquement fortes en matière de pilotage, de surveillance et de financement. L'action régulatrice de la Confédération est néanmoins importante dans des domaines aussi variés que l'assurance maladie, les professions de la santé, le dossier électronique du patient, la santé publique, les médicaments, la recherche, la procréation médicalement assistée ou encore l'enregistrement des cancers. La politique de la santé de la Confédération est coordonnée dans le cadre de la stratégie globale Santé 2020, visant «à assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence».

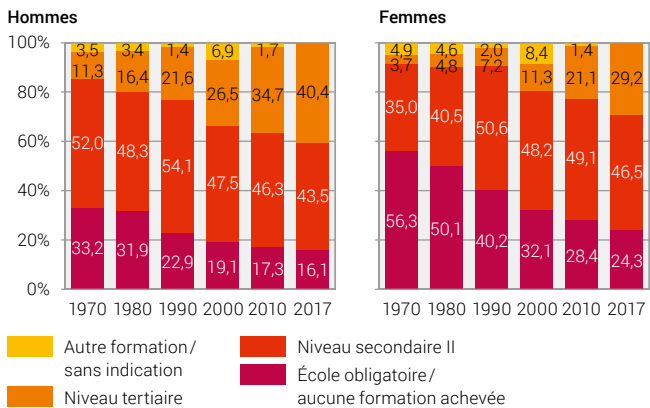
Groupes d'âge selon la nationalité, en 2017 G 2.3



Source: OFS – Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © OFS 2019

Niveau de formation de la population G 2.4

Personnes de 25 ans et plus vivant en ménage privé



recensement de la population jusqu'en 2000 et relevé structurel à partir de 2010; 2017: que partiellement comparable car imputation en cas de données manquantes

Source: OFS – Recensement de la population, relevé structurel © OFS 2019

Déterminants de la santé

14 Santé

2017



Conditions de travail

21%

des personnes actives ressentent du stress la plupart du temps ou toujours

Conditions d'habitat



26%

de la population sont exposés à des nuisances liées aux transports (bruit, pollution)

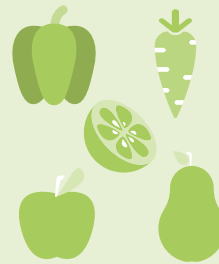


Activité physique

76%

de la population sont suffisamment actifs

5 portions de fruits et légumes par jour



21%

de la population suivent la recommandation

♂ 15% ♀ 28%

Poids

Part de la population



11%

sont obèses

31%

sont en surpoids

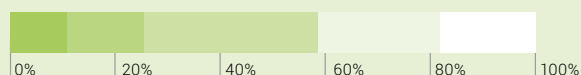


11%

de la population

Consommation quotidienne d'alcool

- Tous les jours
- Moins d'un jour par semaine
- 3 à 6 jours par semaine
- Jamais, abstinent
- 1 à 2 jours par semaine



Source: OFS - ESS

www.statistique.ch

© OFS 2019



Consommation de tabac

6%

de la population fument ≥ 20 cigarettes/jour

27%

de la population fument

Consommation de cannabis (≥1x/mois)



9%

des jeunes de 15 à 24 ans

gfr-144.01.2019

3 Déterminants de la santé

De nombreux facteurs ont une influence sur l'état de santé de la population. On peut notamment mentionner la structure démographique ainsi que le niveau de formation (→ chapitre 2), le niveau de revenu et d'intégration sociale, les conditions de vie et de travail, l'environnement naturel ainsi que les modes de vie et les habitudes culturelles (→ chapitre 3), sans oublier l'accès aux soins et les prédispositions génétiques. Ces déterminants interagissent et leurs liens avec l'état de santé sont multiples. Par exemple, l'âge, le sexe, mais également la position sociale ont une influence sur les comportements (activité physique, type d'alimentation, etc.), qui ont eux-mêmes un effet sur la santé. Mais la relation entre ces facteurs et la santé peut également être inverse: par exemple, des problèmes de santé peuvent accroître le risque de précarité sociale ou provoquer des changements dans les comportements.

Des raisons de place excluent de faire ici un tour d'horizon complet des déterminants de la santé. Les données statistiques disponibles ne permettent par ailleurs de n'en documenter qu'une partie. Pour ces motifs, le chapitre évoque succinctement, dans un premier temps, quatre exemples de déterminants sociaux et environnementaux, puis, dans un second temps, présente de manière plus détaillée quelques-uns des principaux comportements influant sur la santé.

3.1 Revenu et intégration sociale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que les inégalités sociales sont l'une des principales causes des inégalités en santé. Elle parle de gradient social en santé pour désigner cette relation, qui passe par diverses médiations, comme le niveau de revenu (→ ci-dessous), les conditions de travail (→ chapitre 3.2) ou encore les comportements en matière de santé (→ chapitre 3.5 à 3.10).

Disposer d'un revenu suffisant et être intégré socialement sont des conditions importantes pour pouvoir mener une vie saine et avoir accès au système de santé. Les personnes en situation de pauvreté sont particulièrement fragilisées dans leurs conditions de vie et leur accès à certaines prestations de santé peut être restreint.

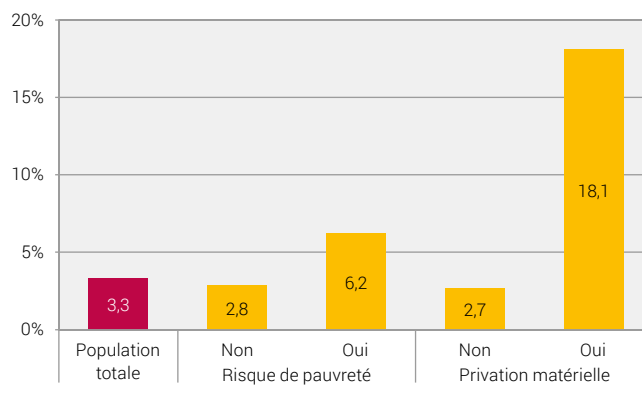
En 2017, 15% de la population de 16 ans et plus étaient à risque de pauvreté et 5% souffraient de privation matérielle (→ glossaire pour les définitions). Les personnes à risque de pauvreté sont presque deux fois plus nombreuses que les autres à déclarer un état de santé général qui n'est pas bon (32% contre 18%). Parmi

les personnes devant faire face à des privations matérielles, la part de celles dont l'état de santé général n'est pas bon se monte même à 36%.

La même année, 3% de la population de 16 ans et plus avaient été privés pour des raisons financières de soins nécessaires chez un médecin ou un dentiste. Les personnes à risque de pauvreté ou vivant avec des privations matérielles sont nettement plus concernées (G3.1).

Privations pour raison financière en matière de soins selon le risque de pauvreté ou la privation matérielle, en 2017

Population de 16 ans et plus en ménage privé
Consultation médicale ou dentaire dont on aurait vraiment eu besoin **G3.1**



Source: OFS – Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) © OFS 2019

3.2 Emploi et conditions de travail

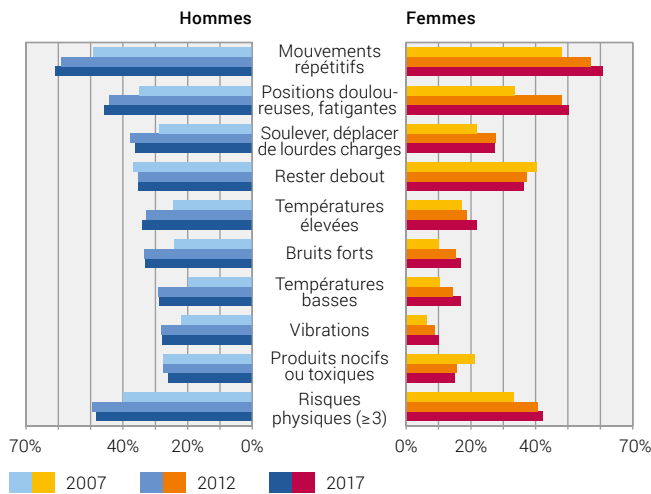
L'insécurité de l'emploi et le chômage, de même que de mauvaises conditions de travail, accroissent le risque d'atteintes à la santé physique ou psychique ainsi que le risque d'accidents (→ chapitre 4.9).

En 2017, 45% des personnes actives professionnellement et âgées entre 15 et 64 ans étaient exposées dans leur travail à au moins trois risques physiques différents. Cette proportion, stable depuis 2012, est en hausse de 8 points de pourcentage par rapport à 2007 (G3.2).

Risques physiques au travail

Population active occupée de 15 à 64 ans

G3.2



exposition le quart du temps au moins (rester debout: 3/4)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les risques ergonomiques (mouvements répétitifs, positions douloureuses, lourdes charges, ...) sont en hausse comparé à 2007. Par exemple, 48% des personnes actives devaient en 2017 travailler dans des positions douloureuses ou fatigantes. Cette proportion, semblable à celle de 2012, est supérieure à celle de 2007 (34%).

Les femmes sont autant concernées que les hommes par les risques ergonomiques. Ceux-ci sont en effet fréquents dans des branches comme la santé ou le social, la restauration ainsi que le commerce, avec un emploi féminin important, et pas seulement dans l'industrie ou la construction, où domine l'emploi masculin.

Les risques environnementaux, comme le bruit ou les températures extrêmes, sont moins courants et ils concernent plus souvent les hommes. Il en va de même pour l'exposition aux produits toxiques ou nocifs.

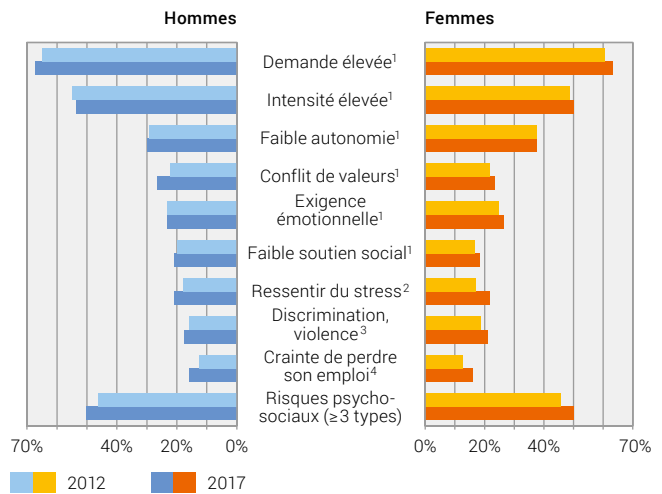
Les moins de 30 ans sont plus exposés à un cumul de risques physiques que les personnes plus âgées (59% pour les 15 – 29 ans, contre à peine plus de 40% dès 30 ans). C'est aussi le cas pour les personnes avec un bas niveau de formation (75%, contre 26% pour celles avec une formation de niveau tertiaire).

Entre 2012 et 2017, la part des personnes actives exposées à au moins trois types de risques psychosociaux, liés à l'organisation du travail, a augmenté de 46% à 50% (G3.3). Cette croissance s'explique en particulier par l'augmentation de la part des personnes ressentant la plupart du temps ou toujours du stress à leur travail (de 18% à 21%) et de celle des personnes craignant de perdre leur emploi (de 13% à 16%).

Risques psychosociaux au travail

Population active occupée de 15 à 64 ans

G3.3



¹ la plupart du temps ou toujours, au moins un risque

² la plupart du temps ou toujours

³ au cours des 12 derniers mois, au moins un risque

⁴ passablement ou beaucoup

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les hommes sont plus souvent confrontés que les femmes à un travail avec une demande ou une intensité élevées. Par contre, les femmes souffrent plus souvent que les hommes d'un manque d'autonomie, par exemple de l'impossibilité de prendre une pause quand elles le souhaitent (25% contre 18%). Les femmes sont également plus souvent que les hommes victimes de violences ou de discriminations (21% contre 18%). Cette différence s'explique par la part plus élevée de femmes déclarant avoir subi des discriminations liées à leur sexe. Il n'y a par contre pas de différence significative dans la part des femmes ou des hommes déclarant avoir subi du mobbing (8% contre 7%).

La part des personnes confrontées à au moins trois types de risques psychosociaux est plus élevée parmi les moins de 30 ans (58%), ainsi que parmi les hommes dont le niveau de formation ne dépasse pas la scolarité obligatoire (64%), alors qu'il n'y a guère de différence significative selon la formation parmi les femmes.

Les personnes exposées à un cumul d'au moins trois risques physiques, ou d'au moins trois types de risques psychosociaux, sont plus nombreuses que les autres à considérer que leur état de santé général n'est pas bon. Les positions douloureuses et fatigantes, le stress et la crainte de perdre son emploi sont parmi les situations les plus associées à un moins bon état de santé. Par exemple, 15% des personnes qui sont la plupart du temps ou toujours stressées à leur travail déclarent une santé auto-évaluée qui n'est pas bonne, contre 7% de celles qui sont moins souvent stressées ou qui ne le sont jamais. Ce lien entre conditions de travail et santé demeure lorsqu'on tient compte d'autres facteurs explicatifs, comme le sexe, l'âge, le niveau de formation ou la nationalité. Une moins bonne santé est elle-même un facteur pouvant fragiliser l'emploi.

3.3 Environnement naturel

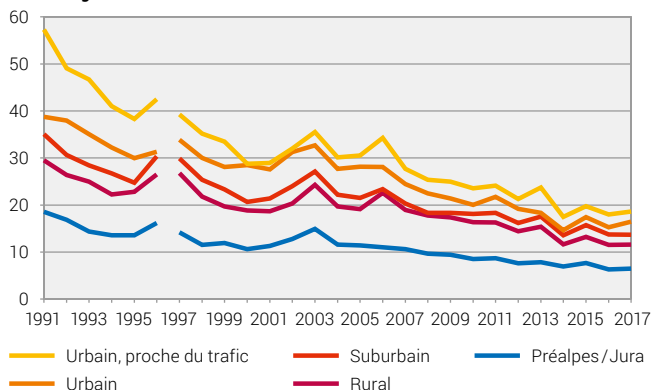
Les pollutions de l'air, de l'eau et des sols, les radiations, le bruit ou encore les situations météorologiques extrêmes (comme des canicules prolongées) sont des facteurs qui peuvent influencer négativement sur la santé. La pollution atmosphérique est aujourd'hui une des principales causes d'atteinte à la santé d'origine environnementale. Elle peut induire des maladies respiratoires (toux chroniques, bronchites, poussées d'asthme), des cancers et des maladies cardiovasculaires. La concentration de particules fines (PM10), pouvant pénétrer profondément dans les poumons, a diminué, sous l'effet du renforcement des prescriptions en la matière (G3.4). Mais les valeurs limites sont parfois dépassées en ville et le long de routes très fréquentées. Des concentrations particulièrement élevées apparaissent lors de situations d'inversion hivernales qui confinent les polluants dans les basses couches de l'atmosphère (smog hivernal). L'ozone au sol peut également être une cause d'inflammation des voies respiratoires. Ses valeurs limites sont encore souvent dépassées durant les mois d'été.

Concentrations de particules fines

Concentrations annuelles moyennes de PM10

G3.4

En microgrammes / mètre cube



Les valeurs avant 1997 ont été obtenues par une méthode différente. Valeur limite pour la Suisse: moyenne annuelle 20µg/m³.

Source: OFEV – Réseau national d'observation des polluants atmosphériques (NABEL) © OFS 2019

La source de pollution intérieure la plus cancérigène est le radon, un gaz incolore et inodore se formant naturellement dans le sol. Il est considéré comme la cause la plus fréquente de cancer du poumon après le tabac. Le radon pénètre dans les bâtiments par les interstices dans les planchers, ainsi que par les fissures dans le béton et dans les murs. Les régions à plus forte concentration sont le Tessin, les Grisons, les zones karstiques de l'Arc jurassien et certaines parties du Valais.

3.4 Conditions d'habitat

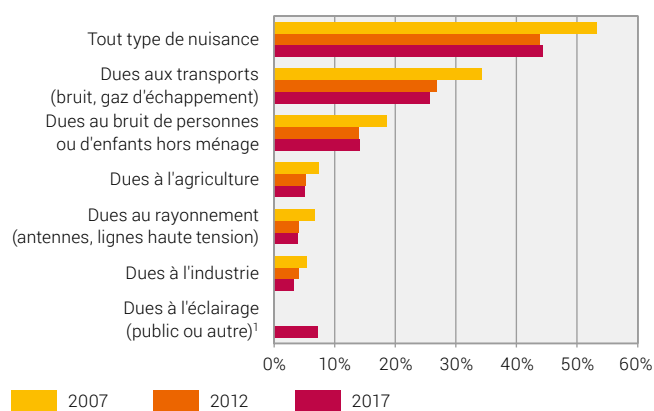
Différentes caractéristiques des conditions d'habitation (pollution sonore ou atmosphérique, degré d'insalubrité, exigüité, etc.) sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé physique ou psychique des personnes exposées.

En 2017, plus de deux personnes sur cinq (44%) de 15 ans et plus vivant en ménage privé déclaraient être exposées à des nuisances sur leur lieu d'habitation. Cette proportion est stable depuis 2012, mais inférieure à celle observée en 2007 (G3.5). Les nuisances les plus fréquentes en 2017 sont celles liées aux transports (bruit et pollution atmosphérique: 26% de la population) et celles provoquées par le bruit de personnes ou d'enfants n'appartenant pas au ménage (14%). 7% de la population se plaint également de nuisances dues à la lumière de l'éclairage public ou d'autres sources de lumière artificielle.

Nuisances liées à l'habitat

Nuisances déclarées par les personnes interrogées
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.5



¹ question posée uniquement en 2017

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.5 Activité physique

Une activité physique régulière est reconnue comme étant bénéfique à la santé. Elle peut aider à prévenir notamment les troubles cardiovasculaires, le développement du diabète, les dorsalgies et les cancers du sein ou de l'intestin. Elle contribue également à éviter un excès de poids. Toutefois, les activités physiques doivent être pratiquées de façon régulière pour avoir un effet positif sur la santé.

Mesure du comportement en matière d'activité physique

L'enquête suisse sur la santé (ESS) renseigne sur l'ampleur et l'intensité de l'activité physique hebdomadaire durant les loisirs en distinguant les catégories de personnes suivantes:

- Les personnes *entraînées* pratiquent au moins trois fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration).
- Les personnes *suffisamment actives* pratiquent au moins deux fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou au moins 150 minutes par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement). Ces deux premières catégories répondent entièrement aux nouvelles recommandations établies en 2013 sur mandat de l'Office fédéral du sport (OFSP) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Les personnes *partiellement actives* pratiquent une fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou au moins 30 minutes par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement).
- Les personnes *inactives* pratiquent moins d'une fois par semaine une activité physique intense (avec transpiration) ou moins d'une demi-heure par semaine d'activité physique modérée (avec essoufflement).

En 2017, trois personnes sur quatre avaient durant leurs loisirs une activité physique suffisante pour être considérées comme actives. À l'opposé, 8% des personnes se mouvaient moins de 30 minutes par semaine et faisaient donc partie de la population inactive.

Plus de quatre jeunes adultes sur cinq de moins de 25 ans ont une activité physique suffisante durant leur temps libre (83%) et seuls 4% sont inactifs (G 3.6). Entre 25 et 74 ans, on ne constate guère de différences entre les classes d'âge. Durant leurs loisirs, les hommes sont un peu plus fréquemment actifs physiquement que les femmes (78% contre 74%). Plus le niveau de formation est bas, plus la part de personnes insuffisamment actives durant leurs loisirs est élevée (G 3.7).

En 2017, 64% de la population déclaraient pratiquer un sport, de la gymnastique ou du fitness, 42% à raison de 3 heures ou plus par semaine, 22% à raison de moins de 3 heures par semaine. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer ces activités au moins 3 heures par semaine (45% contre 39%), surtout entre 15 et 44 ans. Par contre, les femmes se déplacent plus souvent que les hommes chaque jour à pied ou à vélo pour se rendre au travail, faire leurs courses ou sortir (60% contre 52%).

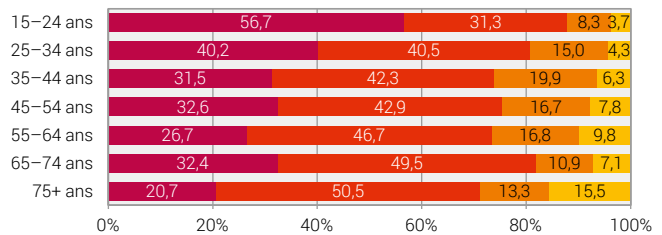
Depuis 2002, la part des personnes qui pratiquent une activité physique suffisante durant leurs loisirs a augmenté pour passer de 62% à 76%, tandis que la part des personnes inactives ou partiellement actives a diminué, passant de 38% à 24% (G 3.8). La part des inactifs affiche une diminution notable (de 19% à 8%).

Activité physique selon l'âge, en 2017

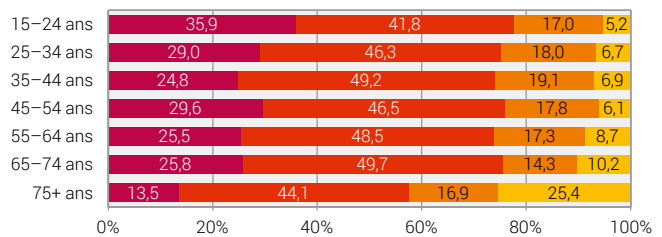
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.6

Hommes



Femmes



Entraîné Suffisamment actif Actif partiel Inactif

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

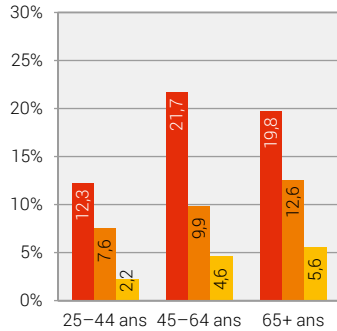
© OFS 2019

Inactivité physique selon le niveau de formation, en 2017

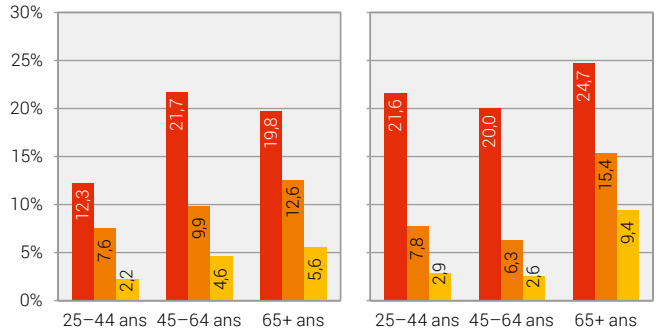
Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.7

Hommes



Femmes



Scolarité obligatoire Degré secondaire II Degré tertiaire

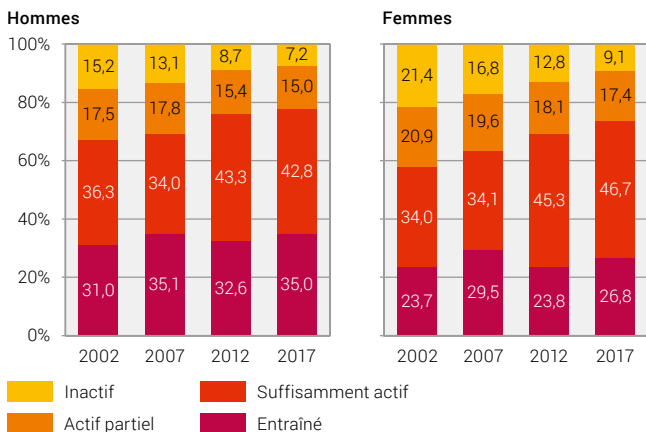
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Activité physique

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.6 Alimentation

Les habitudes alimentaires sont importantes pour la santé de la population. Une alimentation déséquilibrée peut en particulier accroître le risque de surpoids, de cancer, de diabète, d'hypertension artérielle ou de maladies cardiovasculaires.

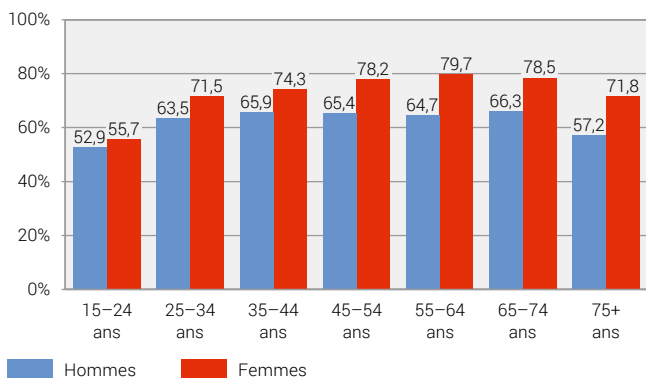
Attention accordée à l'alimentation

68% de la population déclaraient en 2017 faire attention à certains aspects de leur alimentation (G3.9). Cette attention est moins fréquente chez les hommes (63%) que chez les femmes (73%). Elle est également plus faible parmi les adolescents et les jeunes adultes (54%). Les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (75%) sont plus attentives à leur alimentation que celles n'ayant accompli que la scolarité obligatoire (61%).

Attention accordée à l'alimentation, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

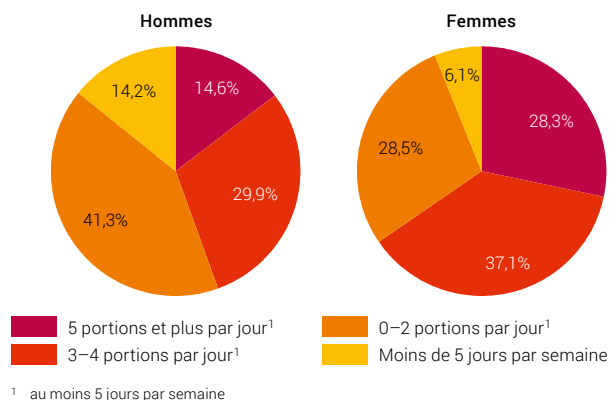
Comportements alimentaires

Les fruits et légumes constituent une composante essentielle d'une alimentation saine en assurant l'apport en vitamines, sels minéraux et fibres alimentaires. Il est recommandé, dans la pyramide alimentaire suisse, de consommer au moins cinq portions de fruits et/ou de légumes par jour. 21% de la population suivent cette recommandation au moins 5 jours par semaine (G3.10). Dès 25 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses à le faire que les hommes (28% contre 15%). Ce sont les personnes ayant une formation supérieure qui sont les plus nombreuses à manger régulièrement des fruits ou des légumes. Les jeunes hommes (15 à 24 ans) sont plus nombreux qu'en 2012 à suivre les recommandations (19% contre 13%).

Consommation de fruits et légumes, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.10



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les diététiciens déconseillent de consommer de la viande plus souvent que quatre fois par semaine. Compte tenu de ces recommandations, 46% des hommes et 25% des femmes mangeaient trop souvent de la viande en 2017. La part des personnes qui ne consomment pas plus de quatre fois par semaine de la viande a cependant augmenté de 8 points de pourcentage entre 1992 et 2017 pour atteindre 65%. On constate une diminution de la consommation de viande depuis 1992, en particulier chez les femmes de 25 à 64 ans. Elles sont moins nombreuses à manger de la viande quotidiennement (10% contre 20%) et la part de celles qui n'en mangent jamais a triplé (6% contre 2%). Il est recommandé de manger du poisson une à deux fois par semaine. La part de personnes déclarant manger du poisson au moins une fois par semaine est passée de 56% en 1992 à 64% en 2017.

Les sucreries et desserts, les boissons sucrées et les snacks salés appartiennent au dernier étage de la pyramide alimentaire. Ils apportent beaucoup d'énergie à l'organisme sous forme de sucre et/ou de matière grasse. De plus, les snacks salés contiennent du sel en grande quantité. Ces aliments devraient être consommés en petite quantité, environ une petite portion par jour. 13% de la population mangeaient trop de sucreries ou de desserts en 2017, c'est-à-dire deux portions ou plus par jour.

Il n'y a pas de différence selon le sexe. Par contre, les variations sont importantes selon le niveau de formation et la région linguistique. Ainsi, 15% des personnes avec une formation tertiaire ont consommé deux portions ou plus de desserts par jour contre 8% de celles ayant achevé uniquement la scolarité obligatoire; 14% des personnes résidant en Suisse allemande en ont consommé deux portions ou plus par jour contre seulement 8% des personnes habitant les parties italophones de la Suisse. Concernant les boissons sucrées, 12% de la population en buvaient deux verres ou plus par jour en 2017, les hommes plus de deux fois plus souvent que les femmes (17% contre 7%) et ceci à tous les âges. Par ailleurs, 11% des personnes ayant achevé uniquement la scolarité obligatoire buvaient deux verres ou plus de boissons sucrées contre 7% des personnes avec une formation tertiaire. Les snacks salés sont consommés de manière plus occasionnelle puisque seul 1% de la population en mangeait deux portions ou plus par jour. Au total, 25% de la population consommaient en 2017 trop de boissons sucrées, de sucreries et desserts ou de snacks salés, 29% des hommes et 21% des femmes.

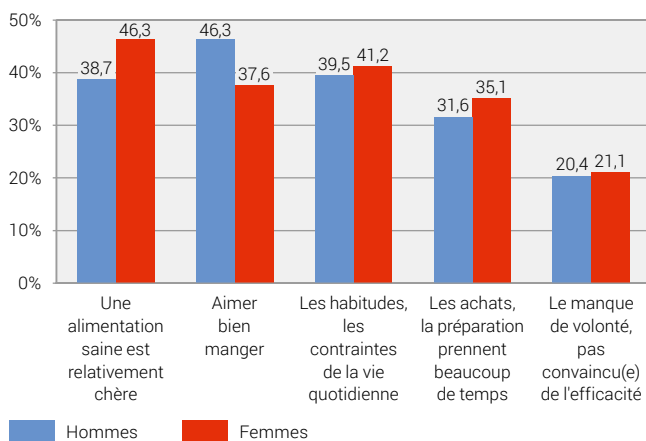
Obstacles à une alimentation saine

Pour 46% des femmes, le principal obstacle à une alimentation saine était en 2017 le fait qu'elle est «relativement chère» (G3.11). De leur côté, les hommes citaient en premier lieu le fait qu'ils aiment «bien manger» (46%). Cet argument est particulièrement fréquent à partir de 55 ans. Les hommes et les femmes entre 25 et 54 ans incriminent souvent «les habitudes et contraintes de la vie quotidienne» (48%).

Obstacles à une alimentation saine, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.11



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.7 Excès de poids

Le surpoids se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle. Sa forme extrême, l'obésité, a été reconnue comme maladie par l'OMS en 1997. La cause fondamentale du surpoids et de l'obésité réside dans le déséquilibre énergétique entre les calories consommées (alimentation trop riche) et dépensées (insuffisance de l'activité physique). Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers (du sein et du côlon en particulier) et des troubles musculo-squelettiques, comme l'arthrose. L'indice de masse corporelle (IMC) est l'instrument le plus courant pour repérer le surpoids ou l'obésité.

L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC; en anglais: BMI pour Body Mass Index) se calcule en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètre) au carré. L'OMS distingue les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus: sous-poids (IMC < 18,5 kg/m²), poids normal (IMC compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²), surpoids (IMC entre 25 et 29,9kg/m²) et obésité (IMC ≥ 30 kg/m²). Les seuils sont adaptés pour les jeunes de 15 à 17 ans.

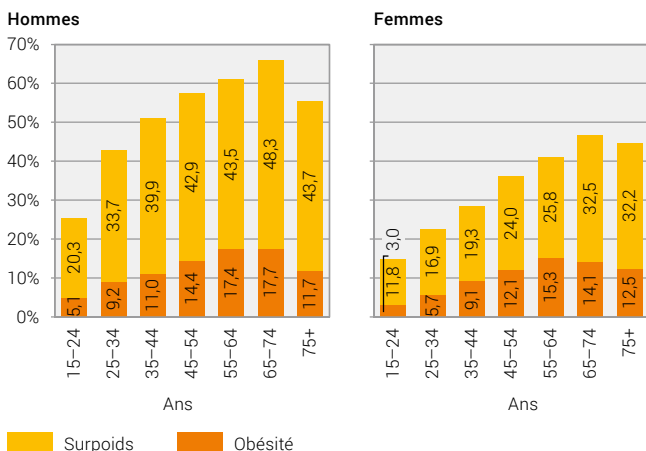
En 2017, les hommes étaient nettement plus nombreux à présenter un surpoids que les femmes (39% contre 23% respectivement). Les hommes sont aussi un peu plus souvent obèses que les femmes (12% et 10% respectivement). Au total, 42% de la population sont en surpoids ou obèses; cette part augmente avec l'âge, jusqu'à 74 ans (G3.12). À partir de 35 ans, une majorité des hommes sont en surpoids ou obèses. Néanmoins, la Suisse est un des pays au monde où la part des personnes avec un excès de poids est la moins élevée.

Il existe un important gradient social en matière d'obésité (G3.13). Les hommes avec un niveau de formation correspondant à l'école obligatoire ont deux fois plus de risque d'être obèses que ceux avec une formation universitaire (20% contre 10%, respectivement). L'écart est encore plus important chez les femmes (21% contre 6%, respectivement). Pour le surpoids, on ne constate une différence nette que chez les femmes (34% contre 18%, respectivement). La part des personnes avec un surpoids ou obèses a régulièrement augmenté entre 1992 et 2017, passant de 30% à 42%, avec une stabilisation depuis 2012 (G3.14). La part des personnes avec un bas niveau de formation étant obèses a crû en 25 ans de quelque 11 points de pourcentage pour atteindre 21%, alors que parmi les personnes avec une formation tertiaire, cette part passait de 5% à 10% chez les hommes et de 2% à 6% chez les femmes.

Surpoids et obésité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.12



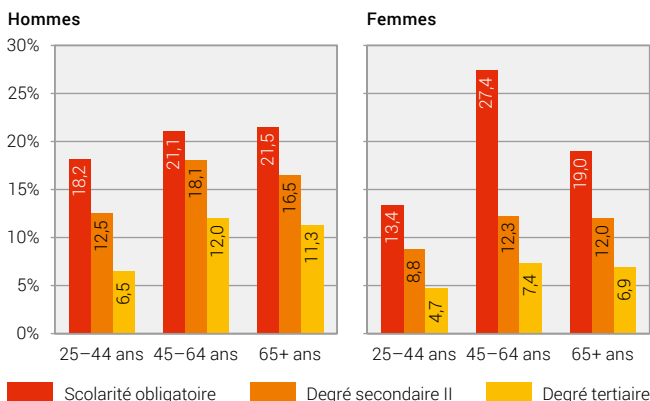
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Obésité selon le niveau de formation, en 2017

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G3.13



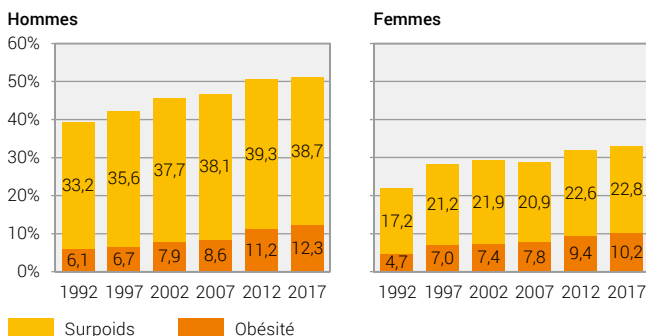
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Surpoids et obésité

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.14



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.8 Tabac

Le tabagisme est un facteur de risque de premier ordre pour nombre de maladies telles que les affections cardiovasculaires, les maladies pulmonaires chroniques (bronchite, emphyseme), ainsi que les tumeurs malignes des poumons, des bronches, de la cavité buccale, de l'oesophage, des reins et du pancreas. Plus d'un décès sur dix est imputable à des maladies en lien avec la fumée.

En 2017, la part des fumeuses et des fumeurs dans la population était de 27%, 31% pour les hommes et 23% pour les femmes (G.3.15). Une personne sur deux (51%) n'a jamais fumé. Le pourcentage de fumeurs était le plus élevé chez les hommes de 15 à 44 ans. La part des anciens fumeurs augmente fortement avec l'âge chez les hommes. Chez les femmes, elle reste approximativement la même entre 55 et 74 ans, puis recule. Après une forte hausse entre 1992 et 1997, la part des fumeurs a reculé ces vingt dernières années, passant de 33% en 1997 à 27% en 2017. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, cette part a diminué dans le même temps de 44% à 32%. La quantité de cigarettes consommées a nettement reculé ces 25 dernières années. Parmi les fumeurs, 26% des hommes et 15% des femmes fumaient au moins 20 cigarettes par jour en 2017. En 1992, ces proportions s'élevaient encore à respectivement 47% et 32% (G3.16). Le recul de la part des personnes fumant au moins 20 cigarettes par jour concerne surtout les classes d'âge les plus jeunes.

En 2017, 61% des fumeuses et fumeurs, sans différence de sexe, auraient aimé arrêter de fumer. Cette proportion a augmenté de 5 points depuis 1992, davantage chez les hommes que chez les femmes. 28% des fumeuses et fumeurs avaient entrepris durant l'année précédente une tentative sérieuse mais infructueuse d'abandonner le tabac, en passant au moins deux semaines sans fumer.

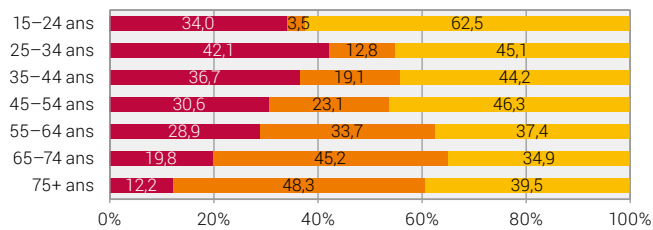
Le tabagisme passif nuit à la santé de manière analogue au tabagisme. La fumée passive a reculé depuis l'entrée en vigueur en 2010 de la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif: la part des non-fumeurs exposés au moins une heure par jour à la fumée d'autrui a chuté de 16% en 2007 à 6% en 2012 et est demeurée à 6% en 2017 (G3.17). La plus forte réduction est intervenue chez les 15-24 ans, qui restent néanmoins les plus exposés au tabagisme passif.

Consommation de tabac, en 2017

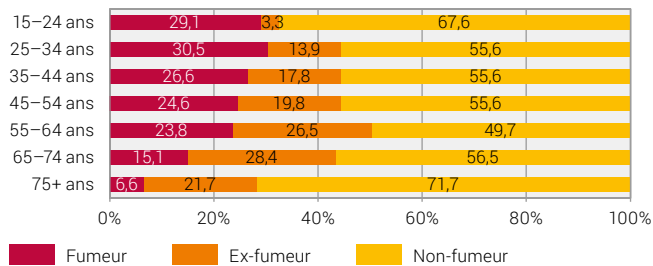
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.15

Hommes



Femmes



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

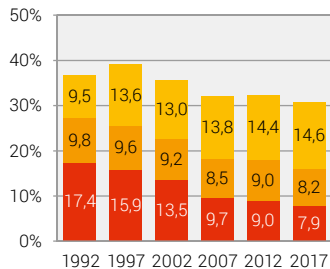
© OFS 2019

Fumeurs selon le nombre de cigarettes par jour

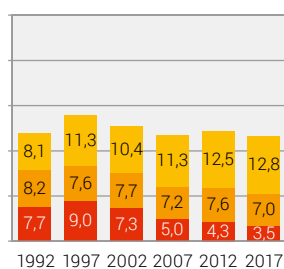
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.16

Hommes



Femmes



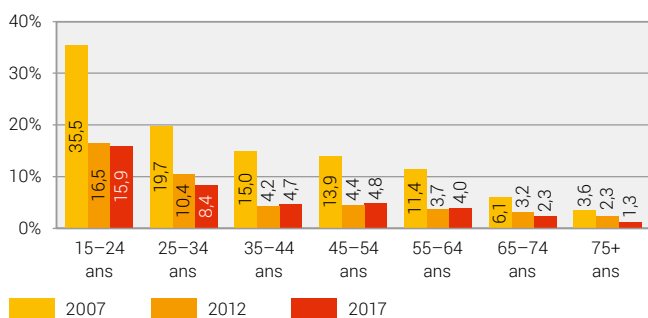
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Tabagisme passif

Part des non-fumeurs exposés à la fumée d'autrui au moins une heure par jour

G3.17



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.9 Alcool

La consommation excessive d'alcool est l'une des causes principales de décès prématurés et d'atteintes à la santé physique ainsi qu'à la santé psychique et sociale. Elle accroît le risque d'accident ou de blessure, la propension à la violence, les risques d'incapacités précoces, d'absentéisme, de marginalisation ou d'exclusion sociale. En 2011, un peu moins de 9% des décès de personnes âgées de 15 à 74 ans étaient attribuables à la consommation d'alcool (Marmet et alii, 2013, *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*, Lausanne).

Consommation d'alcool présentant un risque

Deux formes de consommation d'alcool représentent un risque pour la santé: boire régulièrement trop (consommation chronique à risque) et boire trop en une seule occasion (ivresse ponctuelle). Elles peuvent se cumuler chez certains individus.

La consommation chronique à risque correspond, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à une consommation quotidienne d'au moins 4 verres d'une boisson alcoolisée standard (par ex. une bière) pour les hommes, et d'au moins 2 verres pour les femmes.

L'ivresse ponctuelle correspond à la consommation d'au moins 5 verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion pour les hommes et d'au moins 4 verres pour les femmes. On parle de risque lorsqu'elle intervient une fois par mois ou plus souvent.

En 2017, la grande majorité (82%) de la population de 15 ans et plus buvait de l'alcool. Les hommes consomment plus souvent de l'alcool que les femmes et en bien plus grande quantité. 68% des hommes et 49% des femmes disent boire de l'alcool au moins une fois par semaine (G3.18). Un homme sur sept boit de l'alcool chaque jour, contre une femme sur quatorze. La proportion des femmes abstinentes est environ le double de celle des hommes (23% contre 13%). Chez les adolescents et les jeunes adultes, la consommation d'alcool est plutôt sporadique, ce qui la rend partiellement incontrôlée. La régularité de la consommation d'alcool s'accroît de façon continue avec l'âge. Depuis 1992, la part des personnes consommant quotidiennement de l'alcool a diminué, essentiellement chez les moins de 65 ans, au profit d'une consommation occasionnelle qui, elle, a augmenté (G3.19).

En 2017, 5% de la population avaient une consommation chronique à risque et 16% s'enivraient au moins une fois par mois; globalement, 18% de la population étaient exposés à l'un ou l'autre de ces deux types de consommation à risque (G3.20). L'ivresse ponctuelle est un phénomène concernant majoritairement les jeunes hommes: 8% des hommes entre 15 et 34 ans s'enivraient hebdomadairement et 22% mensuellement, contre respectivement 4% et 15% des femmes du même âge. Entre 2007 et 2017, la part des personnes avec une ivresse ponctuelle au moins une fois par mois a augmenté de 6% à 11% chez les femmes et de 16% à 21% chez les hommes. Cette hausse a

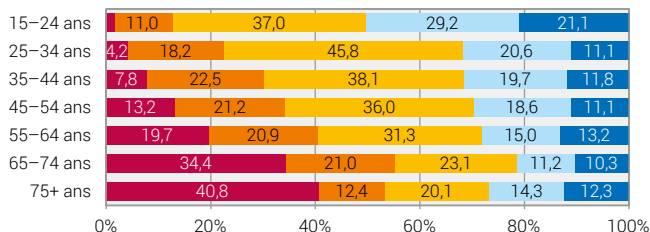
touché presque toutes les classes d'âge, mais elle était particulièrement marquée chez les jeunes femmes (15 à 24 ans), où la part est passée de 12% en 2007 à 24% en 2017.

Consommation d'alcool selon l'âge, en 2017

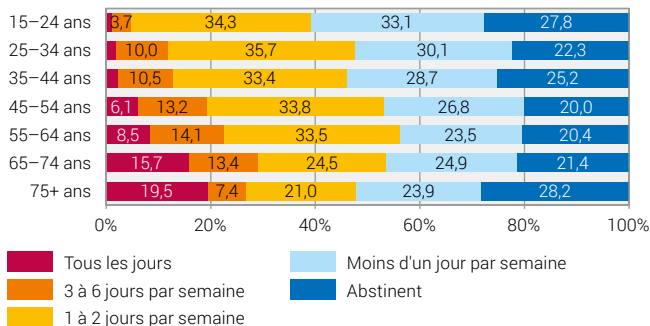
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.18

Hommes



Femmes



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

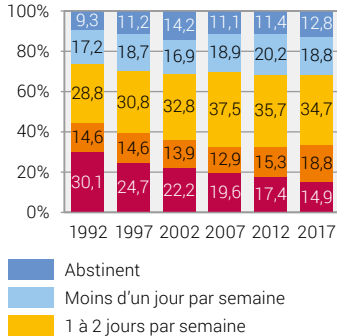
© OFS 2019

Consommation d'alcool

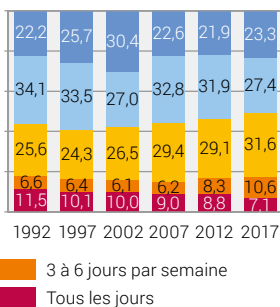
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.19

Hommes



Femmes



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

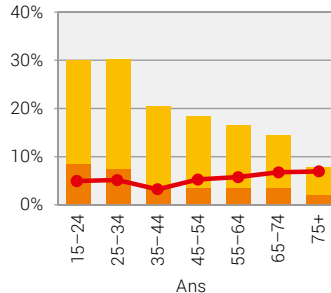
© OFS 2019

Consommation d'alcool à risque, en 2017

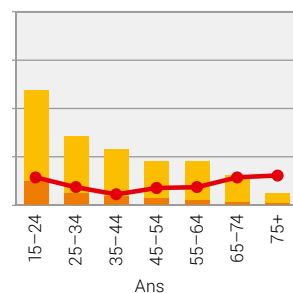
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3.20

Hommes



Femmes



Ivresse ponctuelle au moins une fois par mois¹
Ivresse ponctuelle au moins une fois par semaine¹
Consommation chronique à risque²

¹ ivresse ponctuelle: en verres d'alcool standard en une occasion: H: ≥ 5, F: ≥ 4

² consommation chronique à risque, en verres d'alcool standard par jour: H: ≥ 4, F: ≥ 2

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

3.10 Drogues illicites

Le terme de «drogues» désigne des substances psychoactives qui modifient l'état de conscience, la perception ou la pensée. La loi sur les stupéfiants interdit la détention, le commerce ou la consommation d'hallucinogènes (par exemple le cannabis), de psychostimulants (cocaïne et ecstasy, par exemple) ou d'opiacés, comme l'héroïne. La consommation d'opiacés et de cocaïne présente un risque d'accoutumance important et peut avoir un impact grave sur la santé et sur les rapports sociaux du consommateur. L'usage fréquent de cannabis peut engendrer une dépendance psychique et physique et avoir des répercussions sur le développement psychosocial de la personne.

Les expériences de consommation de drogues illicites sont majoritairement liées au cannabis. En 2017, 33% des hommes et 23% des femmes de moins de 75 ans avaient déjà fait l'expérience de fumer du cannabis. La consommation de cannabis représente souvent un phénomène limité dans le temps. Pour quatre personnes sur cinq de 25 à 74 ans ayant au moins une fois fumé du cannabis, cette expérience est liée à une période révolue de leur vie; parmi les 15-24 ans cette proportion n'atteint même pas la moitié. 10% des hommes de 15 à 34 ans ont consommé en 2017 du cannabis au cours des 30 derniers jours (G3.21), dont 36% plusieurs fois par semaine. Les valeurs correspondantes pour les femmes étaient respectivement de 4% et de 35%. À partir de 45 ans, la part des personnes ayant consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours ne dépasse pas 2%.

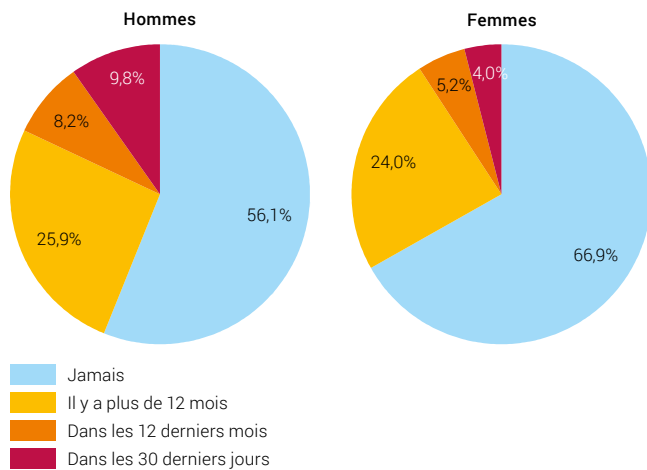
Après le cannabis, la cocaïne était la drogue illégale la plus consommée en 2017, avec 7% de la population âgée de 15 à 49 ans en ayant fait usage au moins une fois dans leur vie (G3.22). Parmi les hommes de 25 à 44 ans, cette proportion s'élève à un sur dix. La consommation d'ecstasy s'est répandue avec l'avènement de la scène musicale techno depuis le début des années 90. Au total, 6% de la population âgée de moins de 50 ans en 2017 ont consommé de l'ecstasy au moins une fois

dans leur vie. Cette expérience concerne avant tout la population des 25–44 ans (9% des hommes et 5% des femmes en 2017). La proportion des consommateurs d'héroïne est restée stable.

Consommation de cannabis, en 2017

Population de 15 à 34 ans vivant en ménage privé

G3.21



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

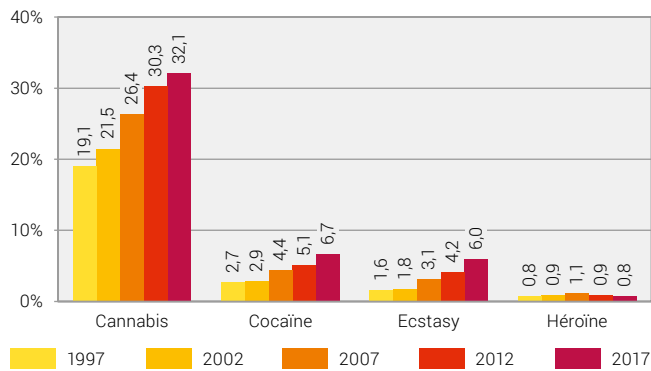
© OFS 2019

Consommation de drogues illégales

Au moins une fois au cours de la vie

Part de la population vivant en ménage privé¹

G3.22



¹ pour le cannabis: 15–59 ans; pour la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy: 15–49 ans

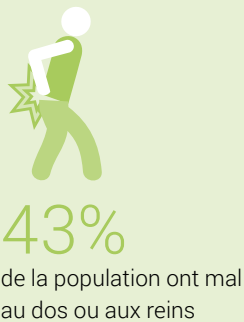
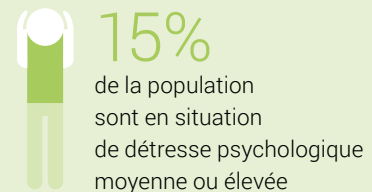
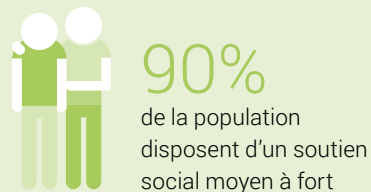
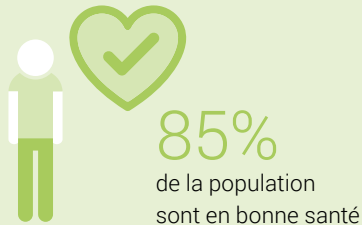
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

État de santé de la population

14 Santé

2017



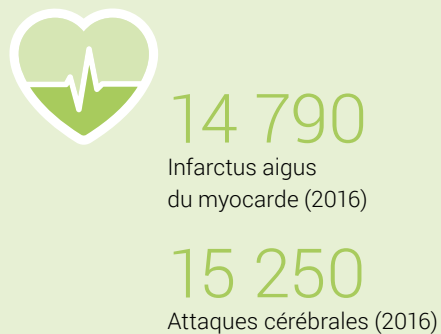
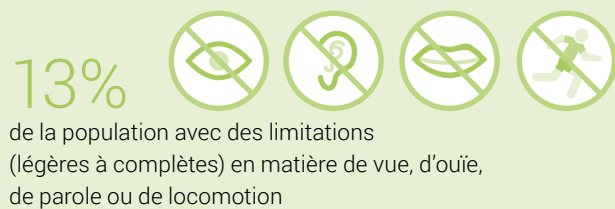
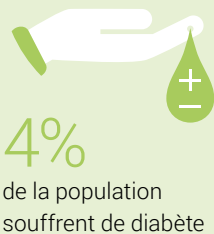
Maladies cardiovasculaires 20 712

Cancer 17 201

Démence 5 764

Accidents 2 552

Suicide 1 016



Sources: OFS – BEVNAT, CoD, ESS, MS, NKS

www.statistique.ch

© OFS 2019

4 État de santé et recours aux soins

4.1 Espérance de vie et santé

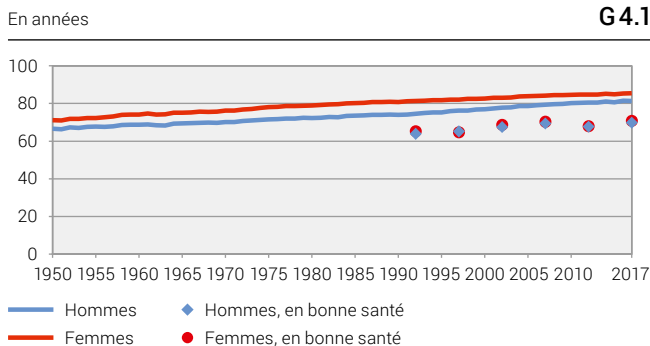
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle prend ainsi le contre-pied d'une définition principalement négative de la santé, caractérisée par l'absence de maladie ou de handicap.

Le chapitre 4.1 est consacré à une vue d'ensemble de la santé de la population. Les chapitres 4.2 à 4.13 présentent des données plus détaillées pour plusieurs dimensions de la santé physique et psychique ainsi que pour la santé de groupes de la population.

Espérance de vie et mortalité

En 2017, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 81,4 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes. Elle est une des plus élevées au monde. Elle a doublé depuis 1876 et cette croissance s'est poursuivie de manière régulière jusqu'à aujourd'hui. Entre 2000 et 2017, l'espérance de vie à la naissance a encore augmenté de 4,5 ans pour les hommes et de 2,8 ans pour les femmes (G4.1). À la fin du XIX^e siècle et durant la première moitié du XX^e, la chute de la mortalité infantile a joué un rôle majeur dans cette évolution. Depuis quelques décennies, la mortalité infantile ne recule plus beaucoup, par contre l'espérance de vie continue à croître aux âges avancés.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, à la naissance



Les données 2012 relatives à l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas directement comparables à celles des autres années, compte tenu d'un changement dans les modalités de réponse à la question portant sur l'état de santé auto-évalué.

Sources: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP, ESS

© OFS 2019

L'espérance de vie en bonne santé combine les informations concernant la mortalité à celles relatives à la santé auto-évaluée de chaque groupe d'âge. En 2017, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élevait à 69,8 ans pour les hommes et 70,8 ans pour les femmes (G4.1). Le faible écart entre hommes et femmes signifie que la longévité plus élevée des femmes correspond, pour une part importante, à des années qui ne sont pas vécues en bonne santé.

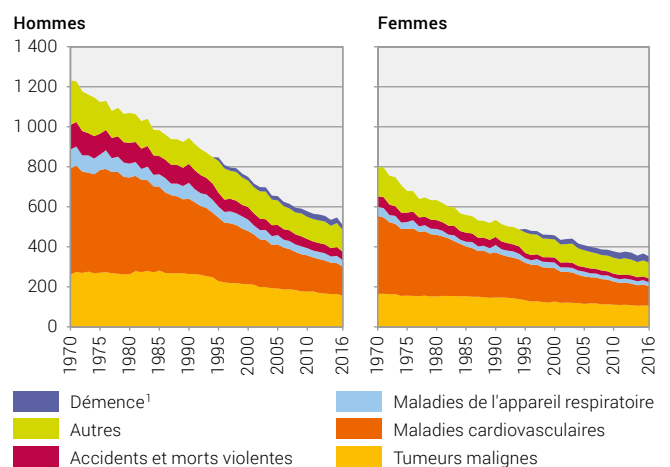
L'augmentation de l'espérance de vie a pour corollaire une diminution du taux de mortalité. Celui-ci, standardisé selon l'âge, a baissé de plus de la moitié entre 1970 et 2016 (G4.2). Le recul de plus de sept dixièmes du taux de mortalité standardisé pour les maladies cardiovasculaires a apporté une contribution décisive à cette évolution. Ce taux a également reculé de plus de trois cinquièmes pour les maladies de l'appareil respiratoire et pour les accidents et morts violentes. Pour le cancer la diminution du taux de mortalité est plus limitée, de presque deux cinquièmes.

L'âge auquel les personnes décèdent s'est profondément modifié suite à ces évolutions. En 1950, 44% des hommes et 34% des femmes avaient moins de 65 ans au moment de leur décès. En 2017, ces parts s'étaient réduites à 17% et 9% respectivement (G4.3). À l'inverse, seuls un peu plus de 1% des hommes et 3% des femmes morts en 1950 avaient 90 ans et plus, contre 18% et 35% respectivement en 2017. Plus de trois personnes sur

Taux de mortalité standardisé

Pour 100 000 habitants

G 4.2



¹ relevé à partir de 1995

Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

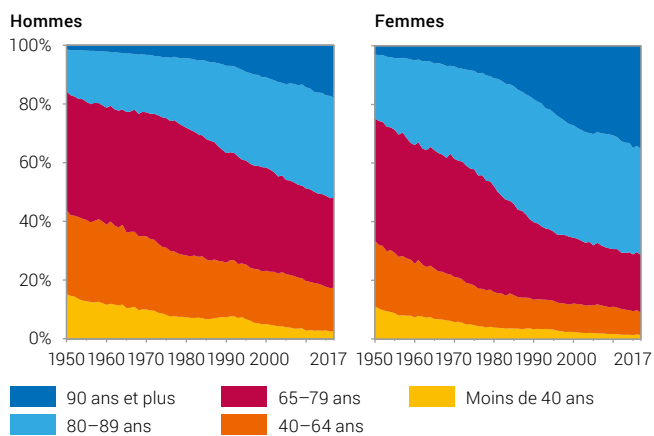
© OFS 2019

cinq qui décèdent ont au moins 80 ans. Malgré cette évolution et l'important recul de la mortalité infantile (→ chapitre 4.11), le taux de décès lors de la première année de vie reste cependant comparativement élevé (G4.4).

La position sociale, appréhendée ici par le niveau de formation, a une grande importance pour l'état de santé. Au début des années 2010, un homme de 30 ans avec un bas niveau de formation, correspondant au mieux à la scolarité obligatoire, pouvait espérer vivre jusqu'à 79,2 ans, contre 83,2 ans pour son contemporain avec une formation universitaire, ce qui représente une différence de 4 ans (G4.5). Cette différence était de 1,3 ans pour les femmes (85,2 ans et 86,5 ans, respectivement). L'écart se réduit avec l'âge, mais il ne disparaît pas.

Âge lors du décès

G 4.3

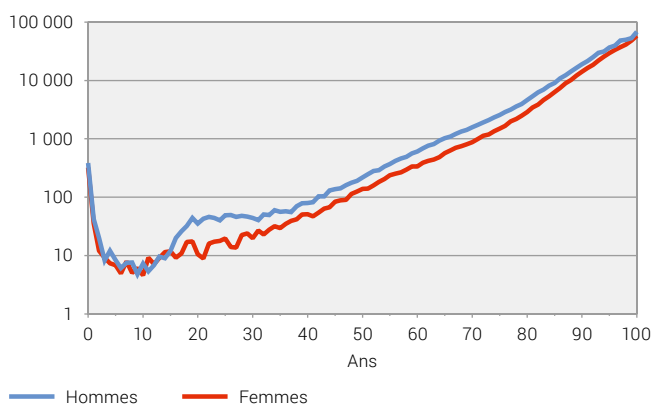


Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) © OFS 2019

Taux de mortalité selon l'âge, en 2013–2017

Pour 100 000 habitants, échelle logarithmique

G 4.4

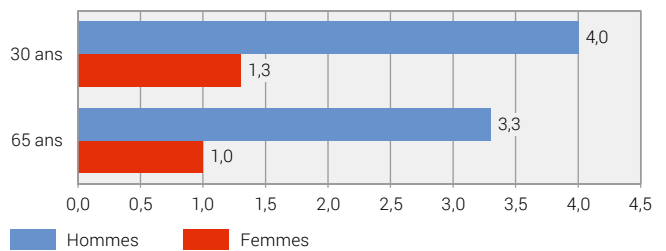


Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) © OFS 2019

Écart d'espérance de vie entre niveaux de formation selon l'âge, en 2011–2014

En années entre le niveau le plus élevé (tertiaire) et le plus bas (scolarité obligatoire ou moins)

G 4.5



Source: Swiss National Cohort (SNC) © OFS 2019

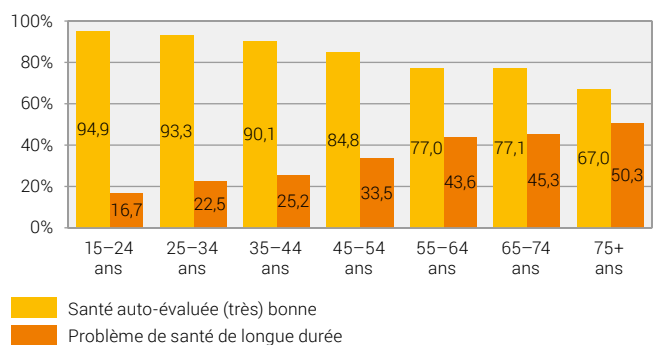
Santé auto-évaluée

En 2017, cinq personnes sur six âgées d'au moins 15 ans et vivant en ménage privé déclaraient être en bonne ou en très bonne santé. La part de celles considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'était que de 4%. La part des personnes en bonne santé recule avec l'âge, avec toutefois une stabilisation pour la classe d'âge des 65–74 ans, qui suit directement l'entrée à la retraite (G4.6). Le niveau de formation joue un rôle important, particulièrement pour les personnes de 45 à 64 ans (G4.7). Près d'un tiers de la population souffre par ailleurs d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de longue durée (G4.6). La part des personnes concernées – sans différences significatives entre les hommes et les femmes – croît rapidement avec l'âge. Elle est également plus élevée parmi les personnes avec un bas niveau de formation.

Santé auto-évaluée et problème de santé de longue durée, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.6

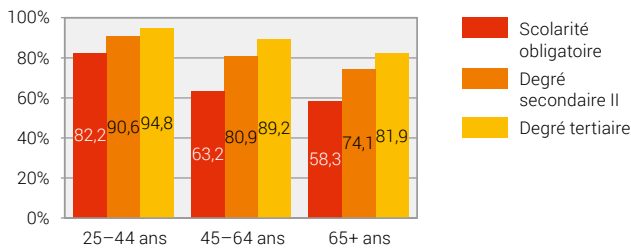


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2019

Santé auto-évaluée (très) bonne selon le niveau de formation, en 2017

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé

G4.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

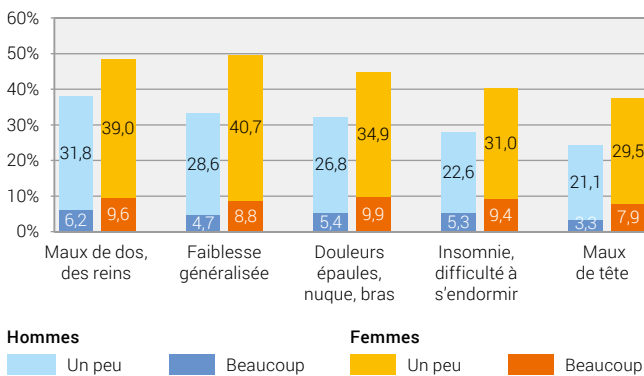
© OFS 2019

Les maux de dos ou aux reins ainsi que le sentiment de faiblesse généralisée sont les troubles physiques les plus fréquents: deux personnes sur cinq en souffrent un peu ou beaucoup, les femmes nettement plus souvent que les hommes (G4.8). Les personnes avec un bas niveau de formation sont plus nombreuses à déclarer des troubles physiques que celles avec une formation universitaire. L'origine de ces troubles est en partie associée aux caractéristiques psychosociales des conditions de vie, comme le stress.

Principaux troubles physiques, en 2017

Sur une période de quatre semaines; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

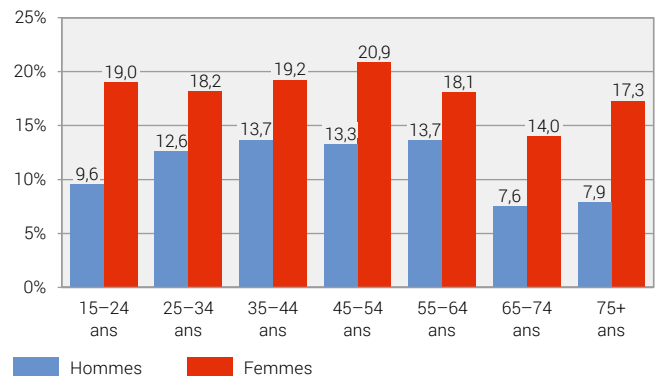
© OFS 2019

Les symptômes d'une détresse psychologique moyenne ou élevée sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (18% contre 12%). Un fort gradient social est également perceptible, surtout aux âges correspondant à la vie active. Contrairement aux problèmes de santé de longue durée, la fréquence des symptômes de détresse psychologique n'augmente pas avec l'âge (G4.9).

Détresse psychologique moyenne ou élevée, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.9



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Symptômes de détresse psychologique

L'indicateur de détresse psychologique, établi sur la base d'un instrument international, le Mental Health Inventory, évalue la qualité de la vie liée à l'état de santé mentale en mesurant la fréquence, sur une période de quatre semaines, de cinq états émotionnels (se sentir très nerveux, avoir le cafard, se sentir abattu et déprimé, se sentir calme et paisible, se sentir heureux).

Les problèmes de santé peuvent être un obstacle à l'exercice des activités habituelles, en particulier de l'activité professionnelle (pour les handicaps → chapitre 4.8). En 2017, 12% de la population de 15 ans et plus exerçant une activité professionnelle n'ont pas pu aller à leur travail en raison de maladie ou d'accident, durant au moins une journée sur une période de quatre semaines. La durée de cette incapacité a été d'au moins quatre jours pour 4% des personnes actives professionnellement. Les incapacités d'au moins 4 jours sont plus fréquentes chez les personnes de 55 à 64 ans (6%) ainsi que chez celles avec une formation ne dépassant pas la scolarité obligatoire (7%).

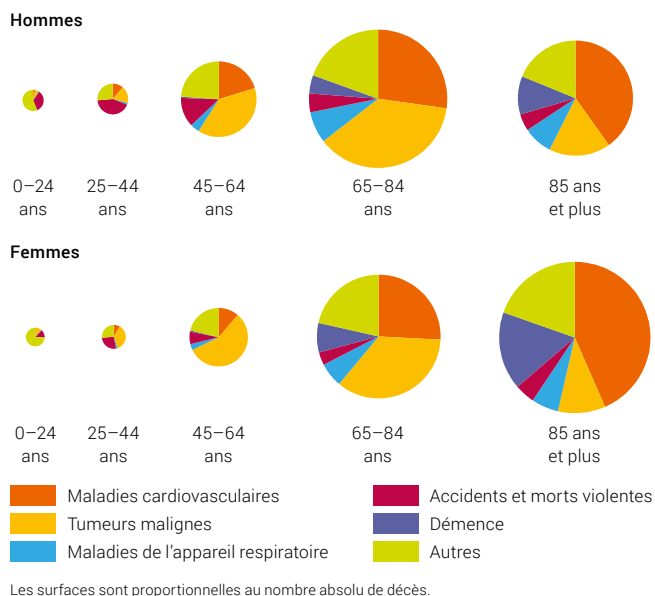
Problèmes de santé diagnostiqués

Il n'existe pas de données systématiques et exhaustives au sujet des problèmes de santé diagnostiqués au sein de la population (la «santé objective»). Les seules données disponibles se rapprochant de cette notion, mises à disposition par des professionnels de la santé, concernent les causes de décès ainsi que les diagnostics associés à une hospitalisation. Au moment de les utiliser, il ne faut cependant pas oublier qu'elles offrent une vue partielle du tableau épidémiologique de la population. En effet, premièrement, la plupart des maladies sont soignées de manière ambulatoire ou sans même recourir aux conseils d'un professionnel de la santé et le séjour hospitalier intervient plutôt en cas de problème de santé sévère. Deuxièmement, les maladies dont on souffre au cours de la vie ne sont souvent pas la cause du décès.

Quatre groupes de maladies (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, maladies de l'appareil respiratoire et démence) ainsi que les accidents et morts violentes sont les causes de près de 80% des décès (G 4.10). Les maladies cardiovasculaires sont les causes de décès les plus fréquentes. Cela n'est toutefois vrai que pour les décès considérés dans leur totalité et pour ceux des femmes. Il en va autrement pour les décès des hommes dans leur ensemble: en 2016, ces derniers ont été pour la première fois plus nombreux à mourir d'un cancer que d'une maladie cardiovasculaire. Les maladies congénitales sont la cause de décès dominante jusqu'à 2 ans. Entre 2 et 15 ans, les très rares cas de décès se répartissent entre un grand nombre de causes. Les accidents et les suicides prédominent chez les adolescents et les jeunes adultes de 16 ans et plus. Le cancer est la principale cause de décès chez les femmes de plus de 30 ans et chez les hommes de plus de 40 ans. Il est supplanté par les maladies cardiovasculaires aux alentours de 80 ans.

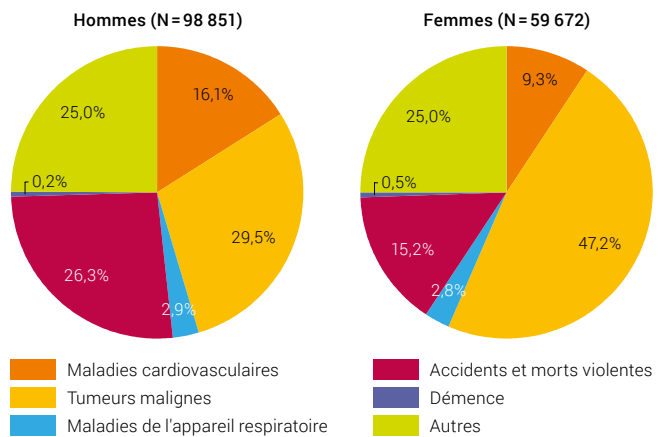
L'importance respective de ces groupes de maladie se modifie si l'on se focalise sur les décès considérés comme prématurés (avant 70 ans), en calculant les années potentielles de vie perdues (G 4.11). Globalement, le cancer est la principale cause de mortalité prématurée (36% du total). Chez les hommes, la part des accidents et des morts violentes (dont les suicides) est presque aussi importante que celle du cancer. À l'inverse, les maladies cardiovasculaires, et encore plus la démence, sont des causes nettement moins fréquentes de décès prématuré.

Principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2016 G 4.10



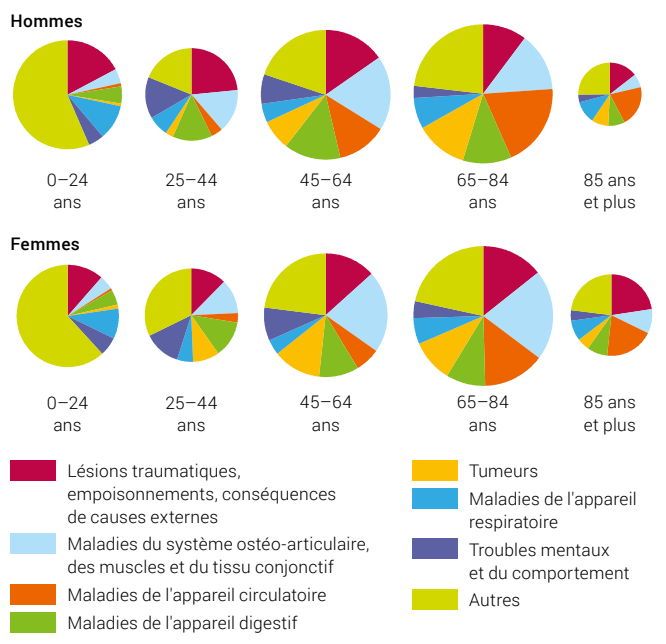
Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD) © OFS 2019

Années potentielles de vie perdues selon les principales causes de décès, en 2016 G 4.11



Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD) © OFS 2019

Principaux diagnostics pour les personnes hospitalisées selon l'âge, en 2017 G 4.12



Les surfaces sont proportionnelles au nombre absolu de personnes hospitalisées. Hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité exclues.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2019

Le tableau change lorsqu'on considère les personnes hospitalisées (G 4.12). Les lésions traumatiques (accidents) et autres causes externes ainsi que les maladies de l'appareil musculo-squelettique sont les deux principales raisons d'un traitement hospitalier (15% du total). C'est parmi les hommes de moins de 45 ans et les femmes de 85 ans et plus que la part des hospitalisations pour les lésions traumatiques par rapport à l'ensemble des hospitalisations est la plus élevée. Ces deux groupes de la population sont surexposés aux accidents de la circulation routière et de sport (pour les hommes) et aux chutes

(pour les femmes). Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont le motif de, respectivement, 11% et 8% des hospitalisations. C'est nettement moins que la part respective de ces groupes de maladie dans les causes de décès (32% et 26%). Cela reflète le fait qu'une fraction prépondérante des hospitalisations est occasionnée par d'autres affections que celles qui sont à l'origine d'un décès. 7% des personnes hospitalisées l'ont été pour troubles mentaux ou du comportement. C'est parmi les 25–44 ans que la part des hospitalisations pour ces troubles par rapport à l'ensemble des hospitalisations est la plus grande.

4.2 Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies concernant le cœur et la circulation sanguine. Cela comprend, d'un côté, des affections comme l'infarctus aigu du myocarde ou l'attaque cérébrale, dont la fréquence n'est pas très élevée mais qui ont un impact sévère voire fatal, particulièrement parmi les personnes d'âge moyen. De l'autre, cela regroupe des

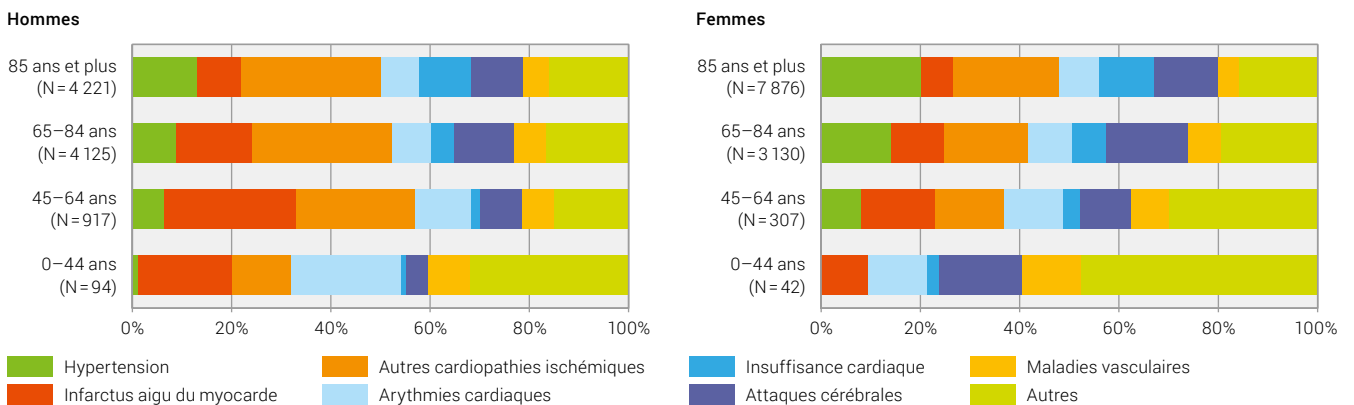
maladies comme celles des vaisseaux sanguins, plus courantes en particulier parmi les personnes plus jeunes, mais avec un pronostic moins négatif. Les personnes d'un très grand âge (85 ans et plus) souffrent fréquemment d'un affaiblissement généralisé de leur système cardiovasculaire, qui ne correspond pas nécessairement à une maladie cardiovasculaire spécifique.

Les décès à cause d'une maladie cardiovasculaire sont globalement plus nombreux d'un cinquième chez les femmes que chez les hommes (11 355 contre 9357 en 2016). Cependant, dans toutes les classes d'âge jusqu'à 84 ans, le rapport est inverse et ce sont les hommes qui sont plus nombreux que les femmes à décéder de maladies cardiovasculaires. Par exemple, entre 45 et 64 ans, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à décéder de ces maladies (917 contre 307; G 4.13). Dans cette tranche d'âge, les décès provoqués par des cardiopathies ischémiques (y compris l'infarctus aigu du myocarde) dominent et ils sont cinq fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (463 contre 88).

Décès pour maladies cardiovasculaires, en 2016

Selon les principales causes et l'âge

G4.13



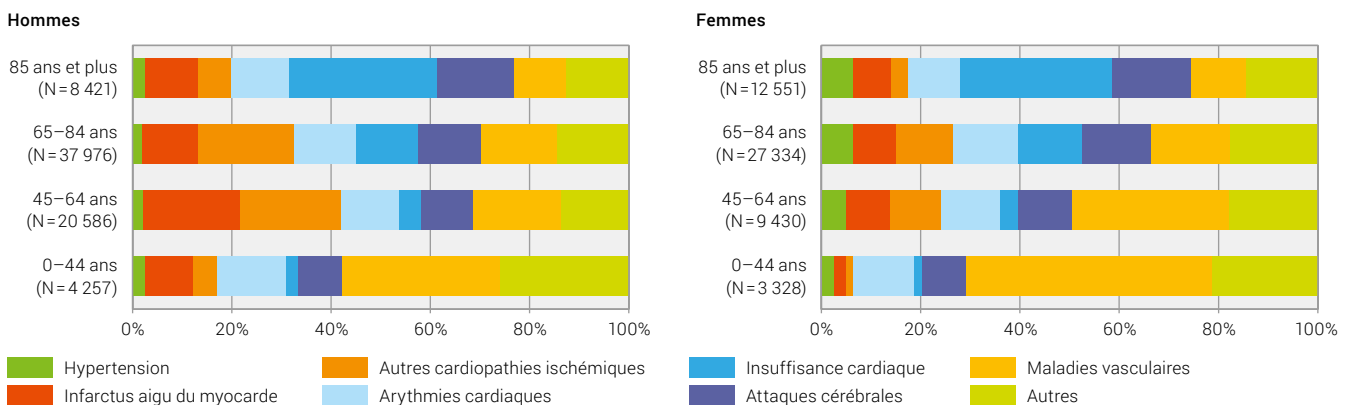
Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

© OFS 2019

Personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires, en 2017

Principaux diagnostics selon l'âge

G4.14



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

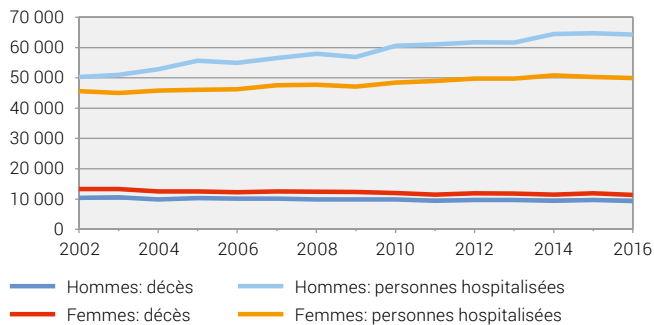
© OFS 2019

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être hospitalisés en raison d'une maladie cardiovasculaire (71 240 contre 52 643 en 2017). Entre 45 et 64 ans, il y a deux fois plus d'hommes que de femmes dans ce cas et ils sont même quatre fois plus nombreux à être hospitalisés pour des cardiopathies ischémiques, infarctus du myocarde compris (8233 contre 1791). Les maladies vasculaires sont la principale cause d'hospitalisations chez les hommes jusqu'à 44 ans et chez les femmes de moins de 65 ans (G4.14). La part des hospitalisations pour attaque cérébrale, et plus encore pour insuffisance cardiaque, ne cesse de croître avec l'âge, chez les deux sexes.

Depuis 2002, le nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires a crû de 22%, sous l'effet de l'augmentation de la population et de son vieillissement en premier lieu. Durant la même période, le nombre de décès provoqués par ces maladies a par contre reculé de 13% (G4.15).

Décès et personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires

G4.15



Sources: OFS – Statistique des causes de décès (CoD),
Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Infarctus aigu du myocarde

L'infarctus aigu du myocarde fait partie des maladies qui ont un impact le plus souvent immédiat et sévère sur l'état de santé. Dans la très grande majorité des cas, il débouche sur une hospitalisation, ou sur un décès avant même que l'hospitalisation ne puisse intervenir. Le nombre d'infarctus aigus du myocarde en 2016 est estimé à 14 792 (hommes: 9757, femmes: 5035). Ils ont occasionné 2166 décès (1273 hommes et 893 femmes).

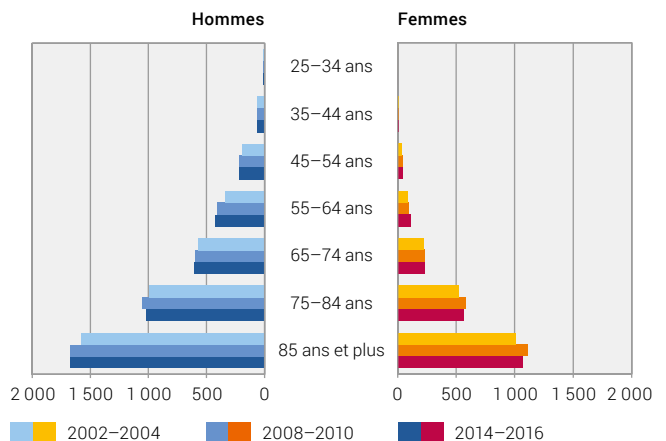
L'incidence de l'infarctus aigu du myocarde augmente fortement avec l'âge (G4.16). Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; cette différence se réduit cependant avec l'âge, de manière accélérée dès 65 ans. L'incidence de l'infarctus aigu du myocarde, en hausse durant la première décennie des années 2000, recule légèrement depuis 2010 chez les personnes les plus âgées.

La part des personnes qui décèdent suite à un infarctus aigu du myocarde (la létalité) a diminué de moitié entre 2002 et 2016, de 31% à 15%. La létalité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (18% contre 14% en 2016), mais l'écart s'est légèrement réduit au cours des dernières années.

Infarctus aigu du myocarde selon l'âge

Taux pour 100 000 habitants

G4.16



incidence: personnes hospitalisées ou décédées suite à un infarctus aigu du myocarde

Sources: OFS – Statistique des causes de décès (CoD),
Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Attaque cérébrale

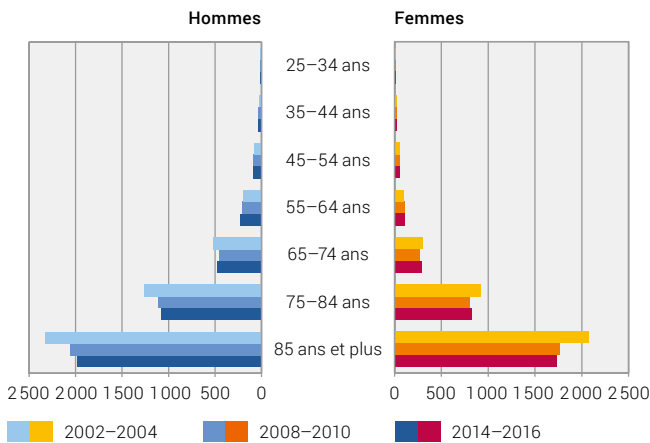
L'attaque cérébrale est une maladie grave, comme l'infarctus du myocarde, qui est à l'origine de 2771 décès en 2016 (1086 hommes et 1685 femmes). Le nombre d'attaques cérébrales est estimé à 15 254 en 2016 (7873 hommes et 7381 femmes). Les hommes sont un peu plus souvent victimes que les femmes d'attaque cérébrale (G4.17); la différence est cependant moins grande que dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde. Les attaques cérébrales interviennent par ailleurs à un âge plus avancé que l'infarctus aigu du myocarde: en 2016, 56% des victimes d'une attaque cérébrale avaient 75 ans et plus contre 43% des victimes d'un infarctus aigu du myocarde. L'incidence de l'attaque cérébrale est en net recul depuis 2002 chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Comme pour l'infarctus, la létalité suite à une attaque cérébrale a diminué, de 32% en 2002 à 19% en 2016. La létalité est également plus élevée chez les femmes que chez les hommes (23% contre 14% en 2016) mais, contrairement à l'évolution pour l'infarctus aigu du myocarde, l'écart s'est plutôt accru tout au long de la période.

Attaque cérébrale selon l'âge

Taux pour 100 000 habitants

G 4.17



incidence: personnes hospitalisées ou décédées suite à une attaque cérébrale

Sources: OFS – Statistique des causes de décès (CoD), Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2019

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme (→ chapitre 3.8), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le manque d'activité physique (→ chapitre 3.5) ainsi que le diabète (→ chapitre 4.3) et l'excès de poids (→ chapitre 3.7).

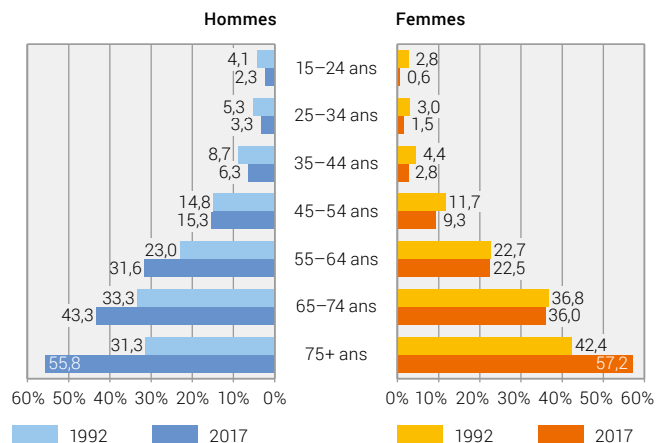
En 2017, 19% des hommes et 16% des femmes souffraient d'hypertension ou prenaient des médicaments pour la soigner. Les proportions augmentent progressivement avec l'âge: à partir de 65 ans, 47% de la population, femmes et hommes dans la même mesure, sont atteints d'hypertension (G 4.18). Des différences selon le niveau de formation s'observent par ailleurs au sein de cette classe d'âge: en 2017, les personnes sans formation postobligatoire souffraient plus fréquemment (53%) d'hypertension que les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (42%). Entre 1992 et 2017, l'hypertension artérielle n'a cessé de se propager: sa prévalence est passée de 14% à 18% dans l'ensemble de la population et de 36% à 47% parmi les personnes de 65 ans et plus.

L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique. Elle est moins souvent contrôlée que l'hypertension: en 2017, 45% des hommes et 47% des femmes ont fait contrôler leur cholestérol au cours d'une année, alors que les proportions atteignaient 71% des hommes et 82% des femmes pour la mesure de la tension artérielle. En 2017, 13% de la population souffraient d'un taux de cholestérol trop élevé ou prenaient des médicaments pour l'abaisser (G 4.19). Parmi les 65 ans et plus, ce problème touche 32% de la population, les hommes de cette classe d'âge étant plus souvent atteints (36%) que les femmes (28%). En 2002, la proportion était nettement plus faible (18%) chez les personnes de 65 ans et plus et aucun écart significatif ne séparait les sexes (hommes: 19%; femmes: 17%).

Personnes souffrant d'hypertension

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.18

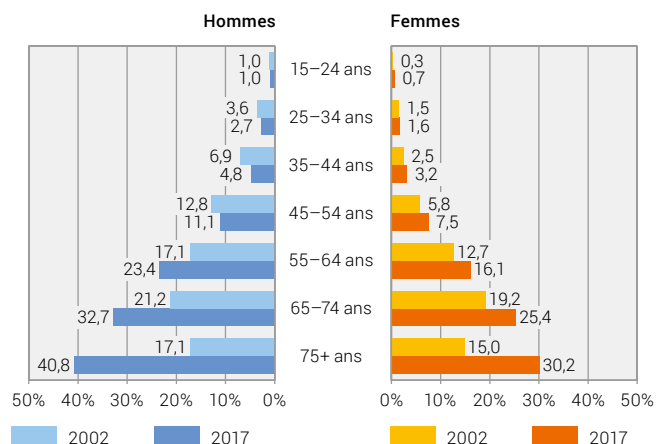


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2019

Personnes avec un taux de cholestérol trop élevé

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.19



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2019

4.3 Diabète

Le diabète est une maladie qui constitue un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, car il favorise l'artériosclérose des vaisseaux sanguins. Il existe deux principaux types de diabète. Le diabète de type I, relativement rare, est dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas. Il peut survenir dès l'enfance et prendre une forme aiguë. Le diabète de type II provient d'une résistance à l'insuline. Il est beaucoup plus fréquent que le diabète de type I (90 à 95% de tous les cas de diabète) et il apparaît typiquement à un âge avancé. Il tend cependant à devenir plus fréquent chez des personnes plus jeunes, en particulier chez celles souffrant d'un fort excès de poids (→ chapitre 3.7).

En 2017, 4% de la population souffraient du diabète ou prenaient des médicaments pour diminuer le taux de sucre dans le sang ou alors s'injectait de l'insuline. La maladie atteint 11% des

personnes de 65 ans et plus, les hommes de cette classe d'âge étant plus fréquemment touchés que les femmes (14% contre 9%, G 4.20). Ces proportions n'ont guère augmenté depuis 2007 (hommes: 11%; femmes: 8%). Parmi les personnes sans formation au-delà de la scolarité obligatoire, 8% disent souffrir de diabète, alors que la proportion atteint 5% chez celles ayant achevé le degré secondaire II et 4% parmi les diplômés du degré tertiaire.

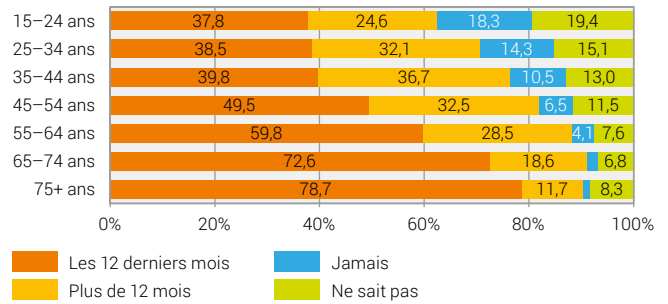
Le diabète de type II peut se développer longtemps sans symptôme. La prévention joue par conséquent un rôle important. En 2017, la part des personnes ayant fait contrôler leur taux de glucose dans le sang au cours des douze derniers mois se situait entre 40% chez les 35-44 ans et 79% chez les personnes de 75 ans et plus (G 4.21). Les différences entre hommes et femmes sont peu importantes.

Les hospitalisations provoquées par un diabète de type I (diagnostic principal) sont peu nombreuses (1317 personnes en 2017). Mais, la même année, ce type de diabète a également été diagnostiqué auprès de 2362 personnes hospitalisées pour d'autres motifs. Le taux d'hospitalisation pour diabète de type I est relativement stable depuis le milieu des années 2000. Il est le plus élevé parmi les jeunes adultes de moins de 25 ans. Cela correspond au fait que ce type de diabète peut assez fréquemment prendre une forme aiguë au moment de son apparition. Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de type II sont beaucoup plus nombreuses (77 442 personnes en 2017, dont 58% d'hommes). Dans la très grande majorité des cas (73 031), le diabète de type II ne constitue cependant pas le motif premier de l'hospitalisation, mais un diagnostic secondaire. Les personnes hospitalisées avec un diabète de type II sont rares jusqu'à 34 ans, mais leur fréquence augmente ensuite rapidement (G 4.22). En cinq ans, le nombre de personnes hospitalisées avec un diabète de type II a crû de près de 20%. Par ailleurs, 3742 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic de diabète sans précision, plus de neuf fois sur dix (95%) comme diagnostic secondaire.

Dépistage du diabète, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.21



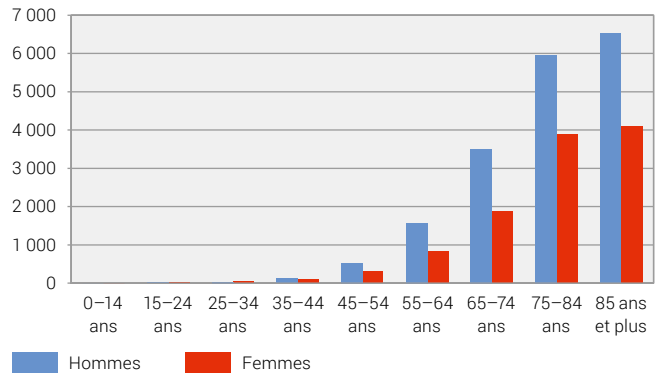
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Personnes hospitalisées avec un diabète de type II, en 2015-2017

Taux pour 100 000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.22



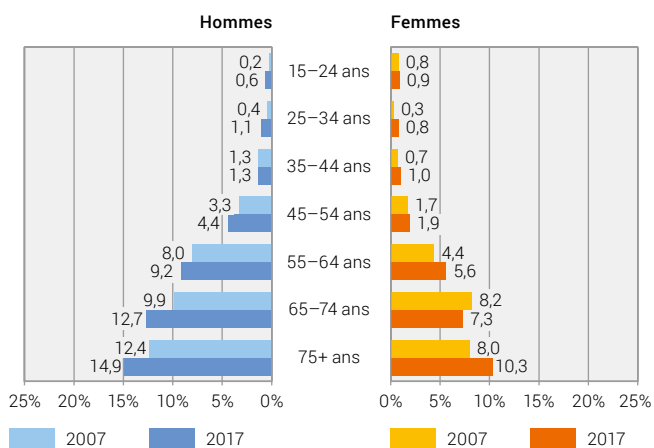
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Personnes souffrant du diabète

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.20



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

4.4 Cancer

Entre 2011 et 2015, environ 21 800 hommes et 18 680 femmes ont développé un cancer chaque année. Les cancers de la prostate (6070 cas), du sein (6040), le cancer colorectal (4300) et le cancer du poumon (4250) totalisent un peu plus de la moitié des cas (G 4.23).

Le cancer peut survenir à n'importe quel âge, mais le risque augmente avec les années. Le risque d'être atteint d'un cancer avant l'âge de 70 ans est de 24% chez les hommes et de 21% environ chez les femmes. Aujourd'hui, 48% des hommes et 42% des femmes doivent s'attendre à développer un cancer au cours de leur vie.

La relation entre l'incidence et l'âge n'est pas la même selon le sexe (G 4.24). Avant 55 ans, les femmes sont plus touchées par le cancer que les hommes. Après cet âge, le rapport s'inverse: chez les plus de 70 ans, le taux d'incidence du cancer chez l'homme est presque deux fois plus élevé que chez la femme.

Environ 16 700 personnes (près de 9260 hommes et 7460 femmes) sont décédées chaque année d'un cancer au cours de la période 2011-2015. Un homme sur quatre et une femme sur six décède d'un cancer (risque vie entière jusqu'à 85 ans). Chez

les hommes, le cancer responsable du plus grand nombre de décès est le cancer du poumon (G 4.23), avec 2000 décès par an (22% des décès par cancer). Suivent le cancer de la prostate (1340 décès) et le cancer colorectal (935 décès), responsables pour le premier de 15% et pour le second de 10% des décès par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein, avec 1370 décès par an (18%), est la principale cause de décès par cancer. Suivent le cancer du poumon (1170 décès, 16%) et le cancer colorectal (760 décès, 10%).

Évolution temporelle

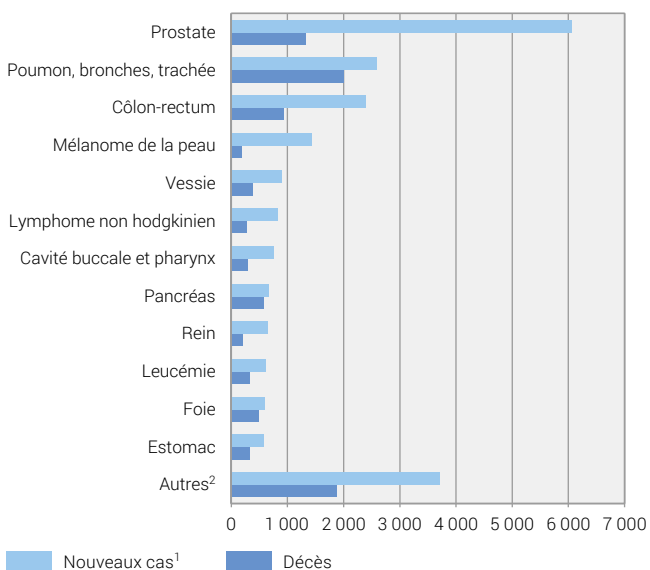
Au cours des trente dernières années, les taux de mortalité standardisés par âge ont diminué de 27% chez les femmes et de 37% chez les hommes. Dans le même temps, les taux d'incidence ont à l'inverse légèrement progressé. Au cours de la dernière période (2011–2015), un faible recul des taux d'incidence est toutefois observable en comparaison des années précédentes, au moins chez les hommes, alors que chez les femmes, les taux d'incidence semblent stagner (G 4.25).

Nouveaux cas et décès selon la localisation cancéreuse, en 2011–2015

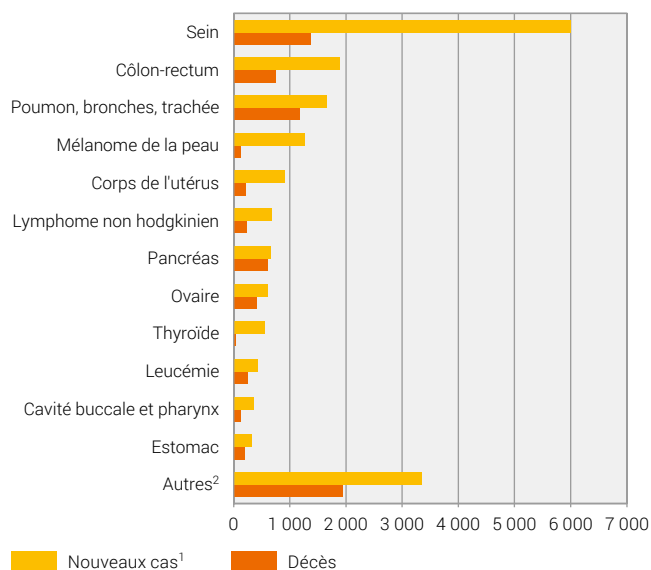
Nombre moyen par an

G4.23

Hommes



Femmes



¹ nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs
² nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

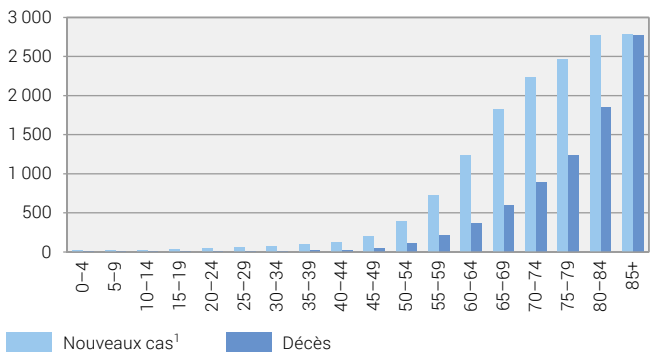
© OFS 2019

Ensemble des cancers selon l'âge, en 2011–2015

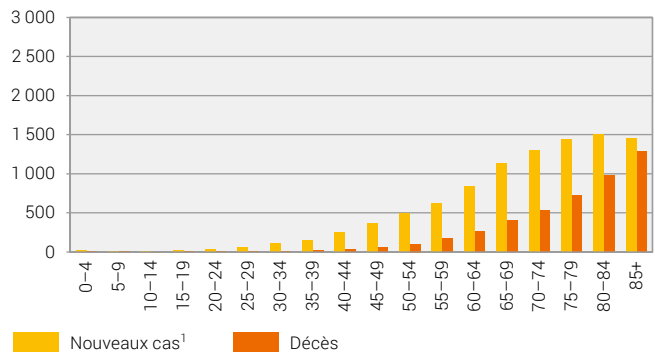
Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants

G4.24

Hommes



Femmes



¹ nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs, sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

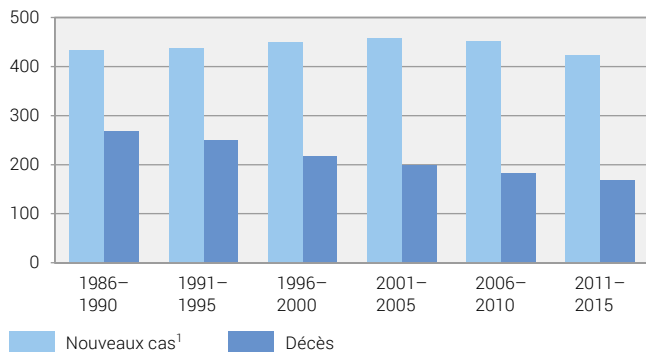
© OFS 2019

Ensemble des cancers: évolution temporelle

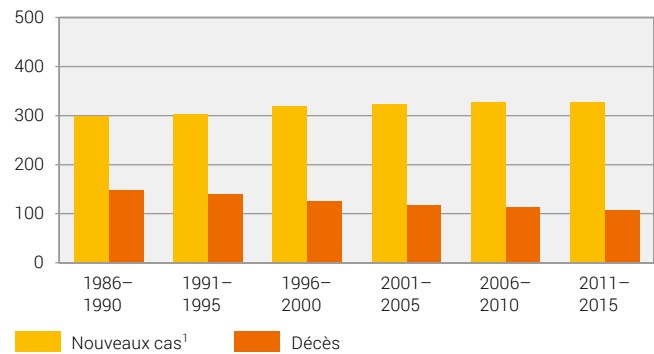
Taux pour 100 000 habitants, standard européen

G4.25

Hommes



Femmes



¹ nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs, sans les cancers non mélaniques de la peau

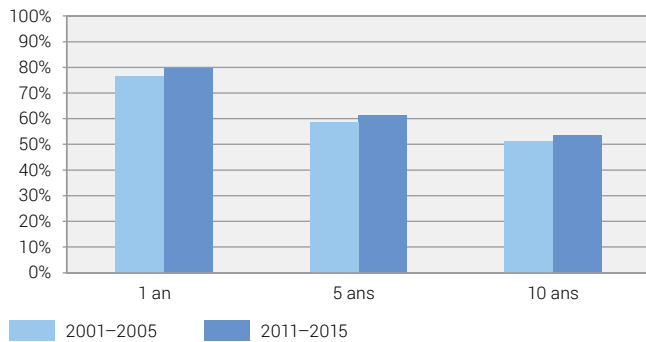
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2019

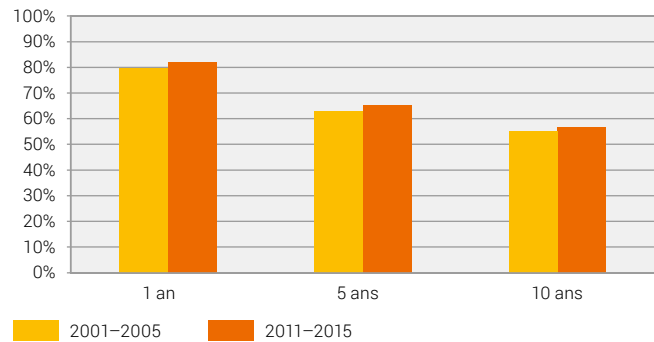
Ensemble des cancers: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G4.26

Hommes



Femmes



Source: NICER

© OFS 2019

L'évolution de l'incidence et de la mortalité entre 1986 et 2015 varie selon les localisations cancéreuses.

Après avoir augmenté entre 1986 et 2005, le taux d'incidence du cancer du sein reste stable depuis lors (quelque 110 nouveaux cas pour 100 000 habitantes chaque année). Le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes a beaucoup progressé (+60%) entre 1986 et 2005, pour ensuite reculer. Les deux taux de mortalité ont diminué de manière continue.

L'évolution du cancer des poumons est différente selon le sexe: chez les hommes, les taux d'incidence et de mortalité diminuent depuis 1986 (respectivement -36% et -45%), alors qu'ils augmentent chez les femmes (respectivement +94% et +88%).

En ce qui concerne le cancer colorectal, les taux d'incidence ont été stables jusqu'en 2005 et sont en léger recul ces dix dernières années. Depuis 1986, les taux de mortalité ont diminué de 42% chez les hommes comme chez les femmes.

Le taux d'incidence du mélanome de la peau a fortement progressé, de 97% chez les hommes et de 60% chez les femmes. Les taux de mortalité sont par contre restés stables.

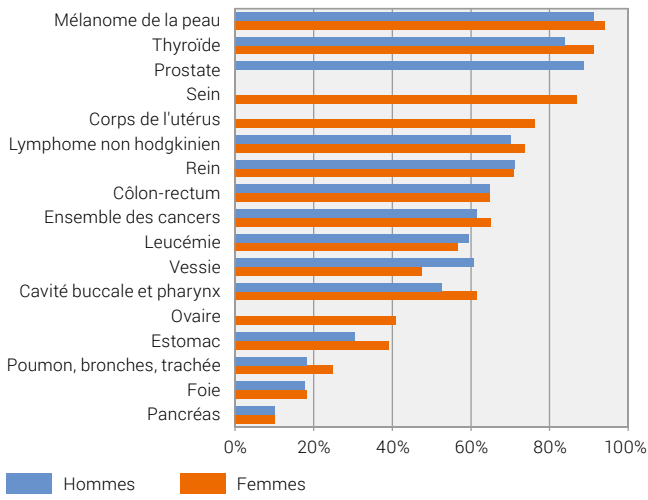
Taux de survie

Durant la période 2011-2015, 54% des hommes et 59% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer (taux de survie observé). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint, toutes localisations cancéreuses confondues, 61% chez les hommes et 65% chez les femmes (taux de survie relatif; G4.26). Cela représente une hausse de respectivement 3 et 2 points de pourcentage par rapport à la période 2001-2005 (hommes: 59%; femmes: 63%).

Les taux de survie ne sont cependant pas les mêmes selon les cancers. Les cancers du foie, du poumon, du pancréas, de même que les leucémies aiguës sont des cancers avec un mauvais pronostic. En revanche, le mélanome de la peau, le cancer de la thyroïde, le lymphome de Hodgkin, le cancer du sein et le cancer de la prostate ont un bon pronostic (G4.27).

Survie relative à 5 ans, selon la localisation cancéreuse, en 2011–2015

G 4.27



Source: NICER

© OFS 2019

Cancer chez les enfants

Le cancer est rare chez l'enfant. Seul 0,5% des tumeurs apparaît pendant l'enfance (0–14 ans), ce qui correspond à environ 210 nouveaux cas par an (entre 2011 et 2015). Ce nombre varie légèrement d'une année à l'autre en raison du faible nombre de cas; en revanche, la mortalité est en recul au fil des ans. Le cancer représente cependant, comme chez l'adulte, la deuxième cause de mortalité, avec 26 décès enregistrés en moyenne chaque année.

Le cancer se développe plus souvent chez les nourrissons et chez les enfants de 1 à 4 ans que chez ceux en début de scolarité (G 4.28). Le taux de nouveaux cas augmente à nouveau lentement à partir de l'adolescence. Pratiquement toutes les tumeurs sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

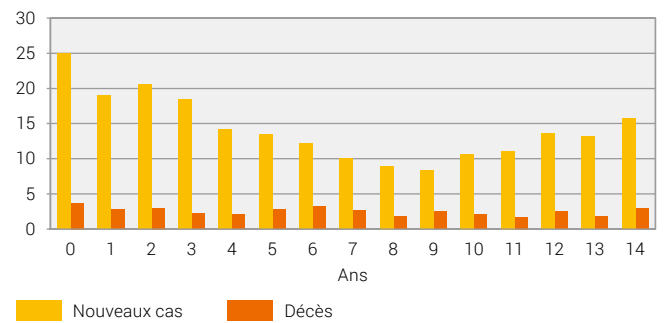
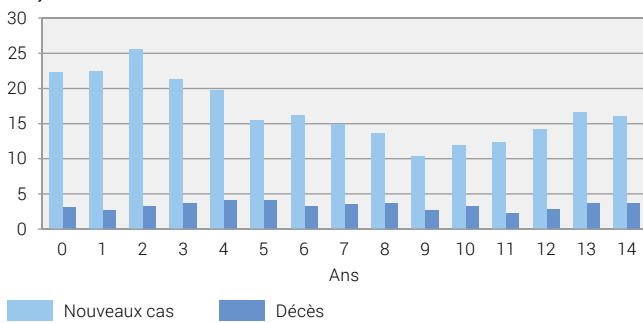
Chez les enfants, les tumeurs ne sont pas classées selon la localisation, mais selon leur histologie (type de tissu), en suivant la classification internationale des cancers de l'enfant, ICC3 (G 4.29). Les tumeurs les plus fréquentes sont les leucémies (32%), suivies des tumeurs du système nerveux central (23%,

Cancers chez les enfants selon l'âge, en 1986–2015

Taux spécifique par âge, pour 100 000 enfants

G 4.28

Garçons



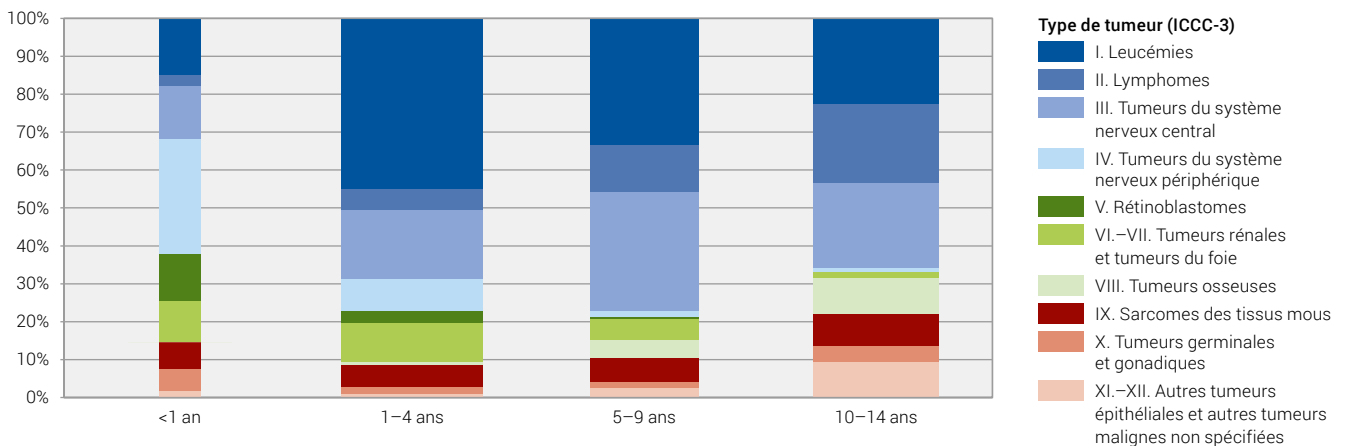
Toutes les tumeurs du système nerveux central sont incluses (indépendamment de leur caractère malin ou bénin).

Sources: RSCE – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2019

Cancers chez les enfants: type de tumeur selon la classe d'âge, en 1986–2015

G 4.29



Les surfaces sont proportionnelles au nombre de nouveaux cas.

Source: RSCE

© OFS 2019

surtout des tumeurs cérébrales) et des lymphomes (12%). La part des différents types de tumeurs évolue nettement au cours de l'enfance.

Les chances de guérison se sont nettement améliorées : inférieures à 20% en 1950, elles dépassent aujourd'hui les 80%. Avec l'Autriche, la Norvège et le Danemark, la Suisse compte parmi les pays où les traitements donnent les meilleurs résultats. Ces derniers varient toutefois selon la tumeur. Si le taux de guérison est de plus de 95% pour les lymphomes, il est moins favorable pour les tumeurs du système nerveux central, les tumeurs du système nerveux périphérique à un stade avancé et les tumeurs osseuses.

4.5 Maladies de l'appareil musculo-squelettique

Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent toucher autant le squelette que les muscles, les tendons, les cartilages et les ligaments. Elles peuvent avoir pour origine des maladies (comme l'ostéosclérose ou des maladies inflammatoires des articulations) ou des malformations (comme des malpositions articulaires), mais, dans le cas des dorsopathies et des arthropathies, elles peuvent également apparaître à la suite d'accidents ou de sollicitation excessive des articulations, par exemple au travail ou lors d'activités sportives. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent provoquer des troubles légers, diffus et passagers, jusqu'à des lésions irréversibles, synonymes d'incapacité chronique. Elles sont par contre très rarement une cause de décès. Les maladies de l'appareil musculo-squelettique peuvent réduire considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elles sont à l'origine de coûts socio-économiques importants et constituent le deuxième motif le plus fréquent d'hospitalisation.

Douleurs au dos, aux membres et aux articulations

Les douleurs au dos, aux membres ou aux articulations peuvent être des symptômes de maladies musculo-squelettiques. En 2017, 35% de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé déclaraient souffrir un peu de maux de dos et aux reins (sans fièvre), et 8% beaucoup. La fréquence de ces douleurs augmente avec l'âge. La part des personnes avec un niveau de formation correspondant à la scolarité obligatoire souffrant beaucoup de telles douleurs est presque trois fois plus importante que celle parmi les personnes avec une formation universitaire (14% contre 5%). Ces douleurs peuvent aussi être associées à des facteurs socioéconomiques et des problèmes psychosociaux (stress, etc.).

Les douleurs à la nuque, aux épaules ou aux bras sont un peu moins fréquentes : 31% de la population en souffrent un peu et 7% beaucoup. Deux fois sur cinq, les personnes concernées attribuent ces douleurs à leur travail. La proportion est semblable pour les maux de dos.

Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie générale du squelette, caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une baisse des qualités de l'os augmentant le risque de fracture. Les femmes en post-ménopause sont les plus exposées. En 2017, 7% des femmes de 45 ans et plus et 2% des hommes de 55 ans et plus avaient pris des médicaments contre l'ostéoporose. Le recours à ce traitement croît fortement avec l'âge. La mesure de la densité osseuse permet de dépister l'ostéoporose. En 2017, 37% des femmes de 45 ans et plus et 12% des hommes de 55 ans et plus avaient fait cet examen au moins une fois au cours de leur vie. La fréquence de ce contrôle augmente fortement avec l'âge chez les femmes et elle est la plus élevée à partir de 65 ans (55%).

Hospitalisations

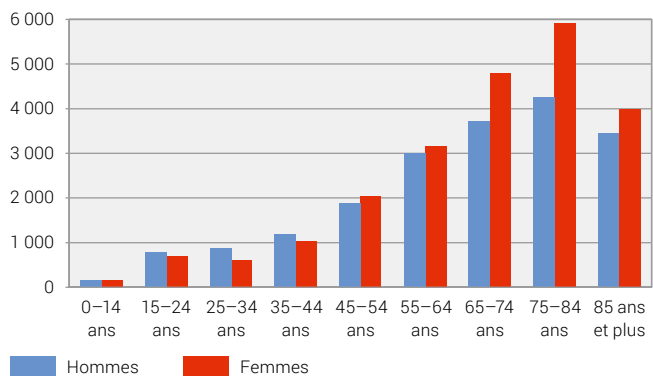
En 2017, 154 637 personnes (dont 45% d'hommes) ont été hospitalisées pour des atteintes à l'appareil musculo-squelettique. 55% d'entre elles ont été hospitalisées pour des arthropathies et 22% pour des dorsopathies. Le nombre d'hospitalisations pour les maladies musculo-squelettiques a augmenté depuis 2002 (+41% pour les hommes, +45% pour les femmes). Jusqu'à 44 ans, les hommes sont un peu plus souvent hospitalisés que les femmes (G4.30). La tendance s'inverse à partir de cet âge et l'écart croît jusqu'à 84 ans. À partir de 85 ans, les hospitalisations ayant pour motif principal le traitement de ces affections sont moins fréquentes.

85 192 personnes ont été hospitalisées pour une arthropathie en 2017. Les arthropathies sont des maladies des articulations des membres. Les plus fréquentes sont les arthroses (maladies dégénératives des articulations) et les arthrites (inflammation des articulations). Le taux d'hospitalisation augmente fortement avec l'âge, dès 45 ans. Entre 2002 et 2017, le taux d'hospitalisation pour arthropathies a augmenté de plus d'un quart, ce qui est imputable en grande partie à l'hospitalisation croissante de personnes de 55 ans et plus.

Personnes hospitalisées pour maladies de l'appareil musculo-squelettique, en 2015–2017

Taux pour 100 000 habitants

G4.30



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

34 512 personnes ont été admises à l'hôpital en 2017 en raison d'une maladie du dos. Les dorsopathies sont des maladies qui touchent le dos et la colonne vertébrale, comme les hernies discales, les malformations de la colonne et les inflammations des disques. C'est à partir de 65 ans que les femmes sont plus fréquemment hospitalisées pour dorsopathies que les hommes. Le taux d'hospitalisation pour dorsopathies est resté globalement stable entre 2002 et 2017 chez les hommes; chez les femmes il a augmenté de 10%.

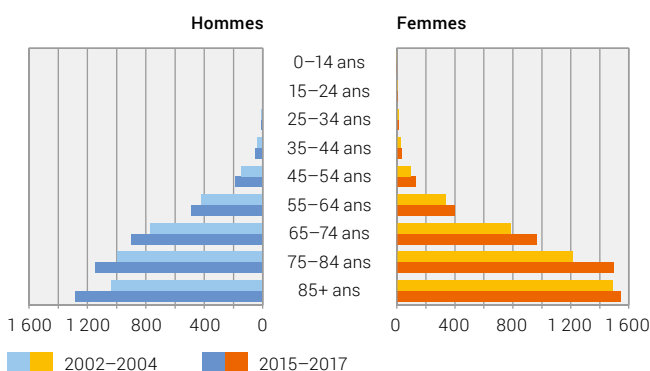
Prothèses

Les troubles de l'appareil musculo-squelettique nécessitent parfois de remplacer certaines articulations par des prothèses. Les poses de prothèse de la hanche, qui peuvent notamment faire suite à une fracture du col du fémur, sont les plus nombreuses (24 937 en 2017, +63% par rapport à 2002). Elles concernent davantage les femmes (55%) (G 4.31). Le taux d'hospitalisation

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse de la hanche

Taux pour 100 000 habitants

G 4.31



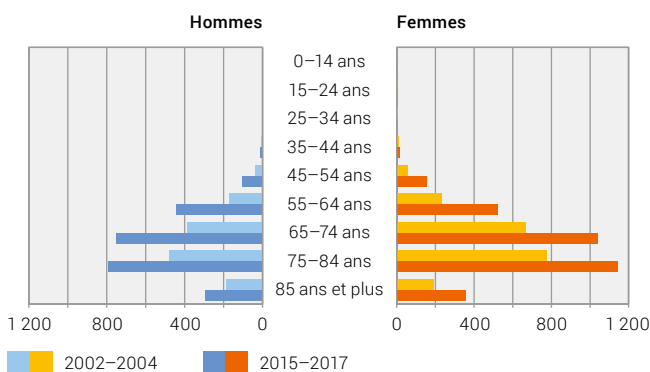
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Personnes hospitalisées pour pose de prothèse du genou

Taux pour 100 000 habitants

G 4.32



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

pour prothèse de la hanche continue à croître jusqu'à la classe d'âge la plus élevée, contrairement à ce qui se passe pour la prothèse du genou. Les poses de cette dernière sont moins nombreuses (20 409 en 2017), mais elles ont été multipliées par deux et demi depuis 2002 (7646). Les femmes représentent 59% des personnes ayant bénéficié de ce traitement, cette part est cependant en diminution régulière depuis 2002 (67%). C'est entre 65 et 84 ans que la pose de prothèses de genou est la plus fréquente (G 4.32).

4.6 Maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire

Les maladies infectieuses sont provoquées par la transmission d'un microorganisme tel que virus, bactérie, parasite ou champignon. Elles se distinguent selon le type de réservoir de l'agent infectieux (homme, animal, autre élément) et la voie de transmission (aérienne, alimentaire, sanguine, rapports sexuels). Des infections peuvent être une cause importante de maladies aiguës de l'appareil respiratoire, comme la grippe ou la pneumonie. Par contre, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, comme la bronchite chronique obstructive ou l'asthme, sont associées à d'autres facteurs: tabagisme, pollution atmosphérique, polluants industriels ou agents allergènes, par exemple.

Maladies infectieuses

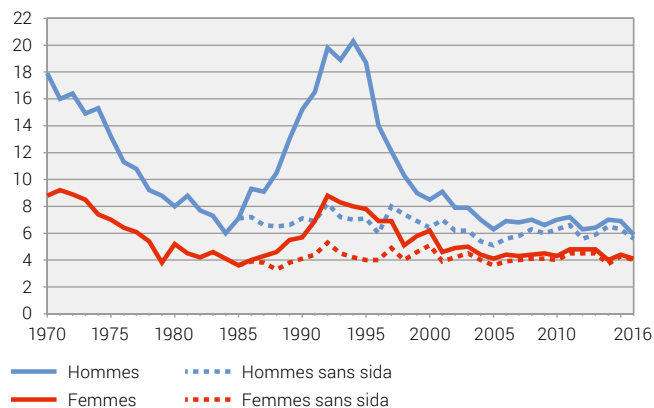
Au début du XX^e siècle, environ un décès sur cinq en Suisse était dû aux maladies infectieuses (dont la tuberculose, pour près des trois quarts). L'amélioration générale de l'hygiène publique et personnelle, les meilleures conditions de vie, de logement et d'alimentation, les vaccins, de nouveaux médicaments comme les antibiotiques ont permis de réduire massivement l'impact de ces maladies sur la santé de la population et sur la mortalité (1% des décès dans les années 2000). Le taux de décès standardisé pour maladies infectieuses a ainsi baissé jusqu'en 1984 (G 4.33). Puis, sous l'impact de l'épidémie de sida, il est reparti à la hausse et a atteint un maximum entre 1992 et 1994. Sans les décès provoqués par le sida, il serait resté stable depuis le début des années 80. L'éclatement de l'épidémie de sida a montré que les maladies infectieuses sont loin de pouvoir être considérées comme vaincues. Elles continuent ainsi à faire l'objet d'une surveillance particulière (déclaration obligatoire des médecins ou des laboratoires).

La tuberculose reste une maladie à déclaration obligatoire importante. Le nombre de nouveaux cas a été divisé par deux entre la fin des années 80 du siècle dernier et le milieu des années 2000. Depuis, il ne diminue plus, fluctuant autour de 500 à 600 cas par année. Environ sept nouveaux cas sur dix se présentent chez des personnes de nationalité étrangère.

En 2017, pour la première fois depuis trois décennies, le nombre de nouveaux diagnostics de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été inférieur à 500 (G 4.34). Ce nombre avait déjà fortement reculé au cours des années 1990. Il est ensuite remonté pour se stabiliser entre 700 et 800 nouveaux cas par an

Taux de mortalité pour maladies infectieuses

Taux standardisé pour 100 000 habitants

G4.33

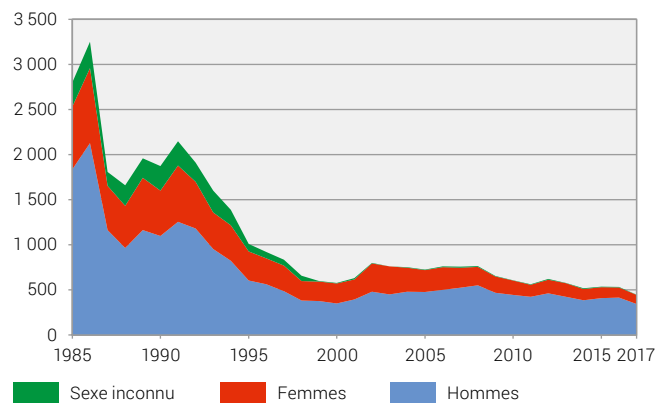
Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

© OFS 2019

jusqu'en 2008, avant de diminuer à nouveau. 22% des diagnostics déclarés en 2017 concernent des femmes et 42% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les traitements antirétroviraux ont permis à partir de 1995 de fortement endiguer la progression du sida parmi les personnes infectées au VIH et le nombre de nouveaux cas de sida est inférieur à 200 depuis 2005 et à 100 depuis 2014 (contre environ 700 au début des années nonante du siècle dernier, au sommet de l'épidémie). Les traitements antirétroviraux ont également contribué au recul des décès provoqués par le sida. Entre 2012 et 2016, cette maladie a provoqué la mort de 34 personnes en moyenne, dont presque trois quarts d'hommes.

Diagnostics du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Déclarations de laboratoire

G4.34

état des données: octobre 2018

Source: OFSP – Système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire

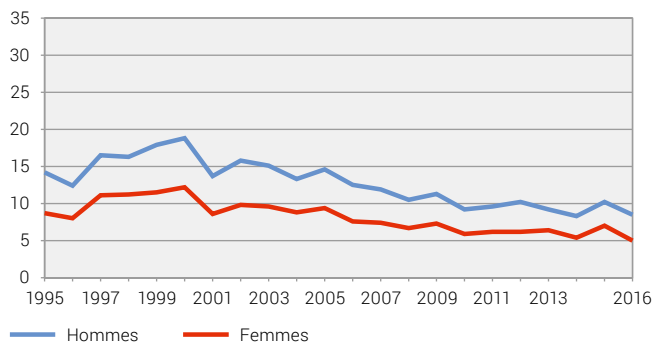
© OFS 2019

Maladies de l'appareil respiratoire

La pneumonie et la bronchite chronique obstructive sont les deux maladies de l'appareil respiratoire à l'origine du plus grand nombre de décès (1190 et 1914 respectivement en 2016). La gravité de la pneumonie est plus prononcée lorsque la maladie touche des enfants très jeunes ou des personnes âgées. Le taux de décès pour la pneumonie, plus élevé chez les hommes, a reculé depuis 1995 (G4.35). Environ deux tiers des personnes décédées de cette maladie ont 85 ans et plus. La bronchite chronique obstructive se caractérise par une obstruction lente de voies respiratoires et des poumons, le tabac étant le facteur de risque essentiel de cette maladie. Le taux standardisé de décès chez les hommes est trois quarts plus élevé que celui chez les femmes. Il a cependant reculé depuis la fin des années 90, alors que celui des femmes est en hausse. Ces évolutions différentes sont à associer avec le fait que les hommes fument davantage que les femmes, mais que la part des fumeurs a continué à croître plus longtemps chez les femmes que chez les hommes (→ chapitre 3.8).

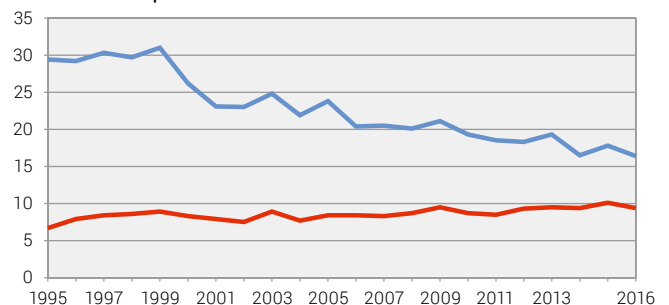
Taux de mortalité pour pneumonie ou bronchite chronique obstructive

Taux standardisé pour 100 000 habitants

G4.35**Pneumonie**

Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

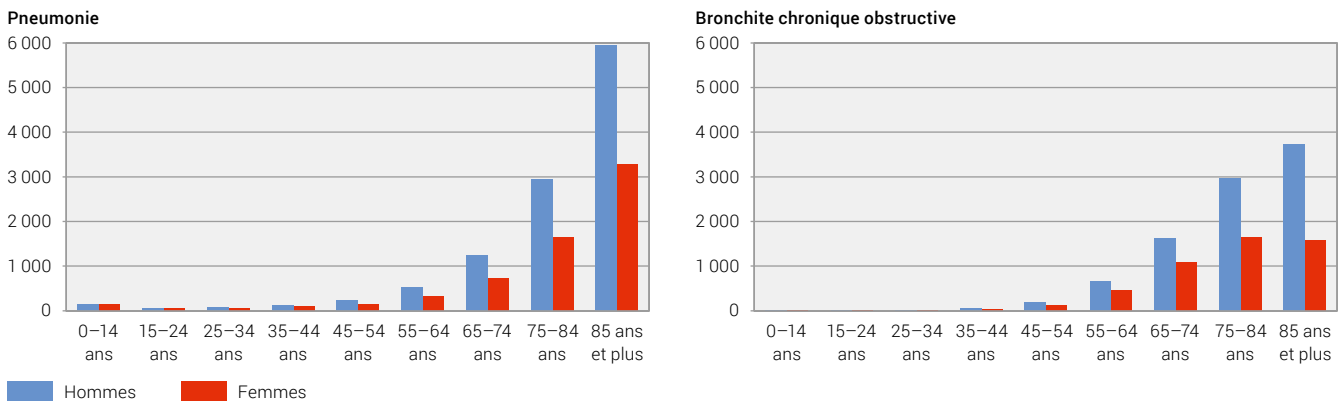
© OFS 2019

Bronchite chronique obstructive

Personnes hospitalisées avec une pneumonie ou une bronchite chronique obstructive, en 2015–2017

Taux pour 100 000 habitants, diagnostics principaux et secondaires

G 4.36



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

En 2017, un nombre un peu plus élevé de personnes ont été hospitalisées alors qu’elles souffraient de pneumonie que d’une bronchite chronique obstructive (38 897 contre 35 650, respectivement). La pneumonie est dans la moitié des cas le motif d’hospitalisation (diagnostic principal), alors que la bronchite chronique obstructive figure trois fois sur quatre parmi les diagnostics secondaires accompagnant une hospitalisation pour d’autres motifs. Le taux d’hospitalisation pour la pneumonie et celui pour la bronchite chronique obstructive augmentent fortement avec l’âge dès 55 ans (G 4.36). Près de six personnes sur dix hospitalisées avec ces maladies sont des hommes; cette part est stable depuis 2002 pour la pneumonie (56% en 2017) et en lent recul pour la bronchite chronique obstructive (de 64% à 58%).

temps ou la plupart du temps «calmes et paisibles» ou «heureuses» au cours des quatre semaines précédant l’entretien (G 4.37). Les résultats sont les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Les personnes diplômées du degré tertiaire sont plus souvent paisibles (85%) que celles sans formation postobligatoire (72%). La part des personnes se déclarant paisibles augmente également avec l’âge, passant de 79% chez les 15 à 24 ans à 85% chez les 75 ans et plus. Dans toutes les classes d’âge, seule une proportion relativement faible de personnes (moins de 15%) fait part d’émotions négatives comme le fait d’être abattu, déprimé ou d’avoir le cafard. Le sentiment négatif le plus répandu en 2017 était la nervosité: 29% des femmes et 20% des hommes déclaraient s’être sentis parfois ou la plupart du temps «très nerveux».

4.7 Santé psychique

La santé psychique d’une personne se manifeste au travers de son bien-être émotionnel, de son estime de soi, de sa satisfaction, de ses performances, ainsi que de sa capacité à prendre part à la vie sociale et à cultiver des liens sociaux satisfaisants. Elle résulte de la capacité à mobiliser des ressources internes et externes pour faire face aux multiples exigences et difficultés rencontrées quotidiennement et au cours de la vie. À l’inverse, des problèmes psychiques peuvent apparaître en cas de troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux ou de difficultés à établir des relations saines avec ses semblables. Ces problèmes peuvent à leur tour engendrer souffrance personnelle et maladies physiques, altérer la capacité de travailler voire pousser une personne à se réfugier dans la consommation de substances psychoactives ou à se couper du monde.

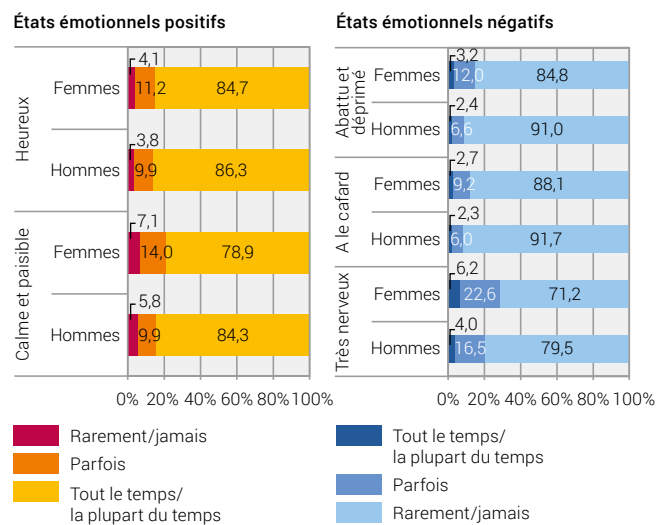
Bien-être psychique

La grande majorité de la population déclarait en 2017 ressentir bien plus souvent des émotions positives que négatives. La plupart des personnes interrogées indiquaient s’être senties tout le

État émotionnel, en 2017

Sur une période de quatre semaines; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.37



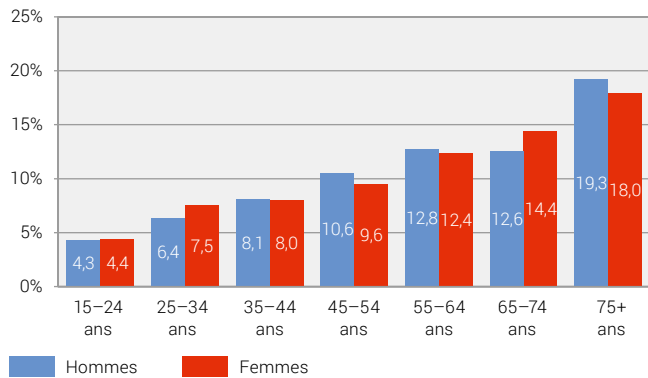
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Soutien social faible, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.38



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Des relations sociales suffisantes et de qualité sont une condition importante du bien-être psychique et de l'absence de maladies psychiques. Un soutien solide apporté par des proches ou des connaissances aide en effet à faire face aux difficultés de la vie. En 2017, 10% de la population déclaraient ne recevoir qu'un faible soutien social. Avec l'âge, la part des personnes se trouvant dans cette situation augmente, le plus nettement à partir de 75 ans (G4.38). Indépendamment de l'âge, la part des personnes sans formation postobligatoire qui ne peuvent compter que sur un soutien social faible est plus grande que chez les titulaires d'un diplôme du degré tertiaire (19% contre 8%).

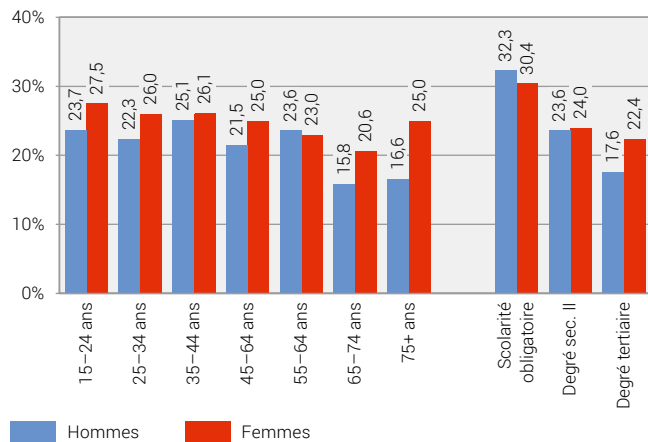
Le sentiment de maîtrise désigne la sensation qu'une personne a d'avoir le contrôle sur sa vie et d'en déterminer soi-même le cours. Il représente une autre ressource importante qui aide à surmonter les problèmes quotidiens et les crises. Les personnes qui ont l'impression de n'avoir aucune prise sur les événements sont davantage sujettes aux humeurs dépressives. Moins de 1% des personnes ayant un fort sentiment de maîtrise déclaraient en 2017 une détresse psychologique élevée, contre 12% de celles avec un sentiment de maîtrise faible. De même, les premières étaient à peine 1% à suivre un traitement pour des problèmes psychiques prescrit par un médecin, contre 16% chez les secondes.

Les personnes sans formation postobligatoire sont nettement plus souvent exposées que les diplômés universitaires au risque de n'avoir qu'un faible sentiment de maîtrise (31% contre 20%) (G4.39). Cela peut s'expliquer par le fait qu'une formation plus élevée permet d'acquérir de meilleures compétences pour orienter sa vie, ainsi que par des marges de manœuvre et les pouvoirs de décision accrus dont bénéficient les personnes exerçant des professions avec des exigences élevées. Alors que les hommes à la retraite se disent moins exposés que les plus jeunes aux influences et aux contraintes extérieures, la part des femmes ayant un faible sentiment de maîtrise diminue à l'entrée à la retraite pour ensuite remonter à partir de 75 ans.

Sentiment de maîtrise, en 2017

Personnes avec le sentiment de maîtrise le plus faible, selon l'âge et la formation. Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé¹

G4.39



¹ pour la formation, population de 25 ans et plus

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

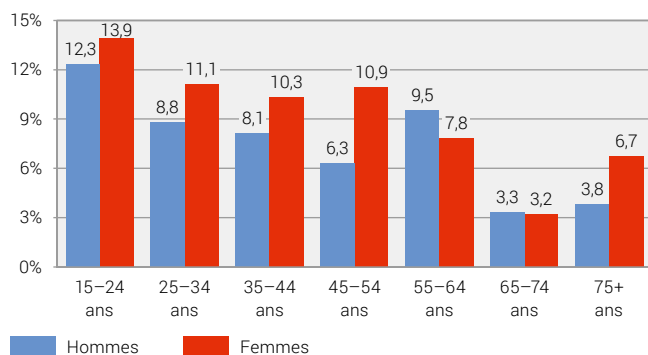
Dépression

La dépression est la maladie psychique la plus fréquente. La charge de morbidité qu'elle occasionne, avec les troubles somatiques qui l'accompagnent, en fait un des principaux problèmes de santé des sociétés développées. Son tableau clinique comprend notamment les symptômes suivants: sentiment d'indifférence (incapacité d'éprouver de la joie ou de l'empathie, absence de réaction aux encouragements d'autrui), perte de motivation, agitation, inhibition de la pensée et troubles du sommeil. En 2017, la situation décrite par près de 8% des hommes et 9% des femmes correspondait à un état de dépression majeure. Le risque de dépression majeure tend à diminuer avec l'âge (G4.40).

Dépression majeure, en 2017

Personnes avec une dépression modérée à grave; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.40



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

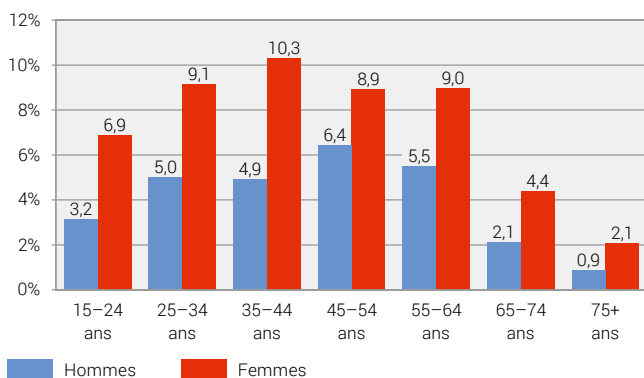
Traitement de problèmes psychiques

Sur une période d'une année, 6% de la population ont reçu un traitement pour des troubles psychiques, les femmes un peu plus souvent que les hommes (8% contre 4%). 29% des personnes traitées présentaient les symptômes d'une dépression majeure. Les classes d'âge intermédiaires sont celles qui sollicitaient le plus l'aide de professionnels, alors que les personnes de moins de 25 ans et celles de 65 ans et plus y recourent le moins (G 4.41). Les professionnels le plus souvent consultés sont les psychiatres (53%), suivis des psychologues et psychothérapeutes (40%) et des médecins généralistes (16%). Les hommes s'adressent moins souvent que les femmes à des psychologues/psychothérapeutes (35% contre 42%).

Traitement pour problèmes psychiques, en 2017

Sur une période d'une année.
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.41



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Hospitalisations

69 898 personnes ont été hospitalisées en 2017 pour des troubles mentaux ou du comportement, ce qui correspond à 7% de toutes les personnes hospitalisées. Au cours d'une année, il est relativement fréquent qu'une même personne soit hospitalisée plus d'une fois pour différents troubles mentaux ou du comportement.

Les troubles de l'humeur sont la cause la plus fréquente (31%) des hospitalisations pour troubles psychiques et du comportement et, dans 87% des cas, il s'agit d'une grave dépression. C'est la classe d'âge des 45 à 64 ans qui est la plus touchée: 44% des femmes et 35% des hommes hospitalisés pour des troubles psychiques et du comportement souffrent de tels troubles (G.4.42). Pour les deux sexes, c'est la tranche d'âges des 45–54 ans qui est la plus touchée.

Chez les hommes, la part des troubles liés à la consommation d'alcool parmi les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement est la plus élevée entre 45 et 64 ans et atteint 26% (G 4.42). Pour les troubles liés à la consommation d'autres substances psychoactives (drogues), c'est entre 25 et 44 ans que cette part est la plus grande (15%). Chez les femmes, ces proportions sont nettement plus faibles (respectivement 13% et 6%). La

part des hospitalisations dues à la schizophrénie, à des troubles schizotypiques ou à des troubles délirants s'élève à 12%. Jusqu'à 44 ans, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes pour ce genre de troubles. Au-delà de cet âge, les femmes sont majoritaires. La démence concerne avant tout des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes de 85 ans et plus hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, 28% souffrent de démence.

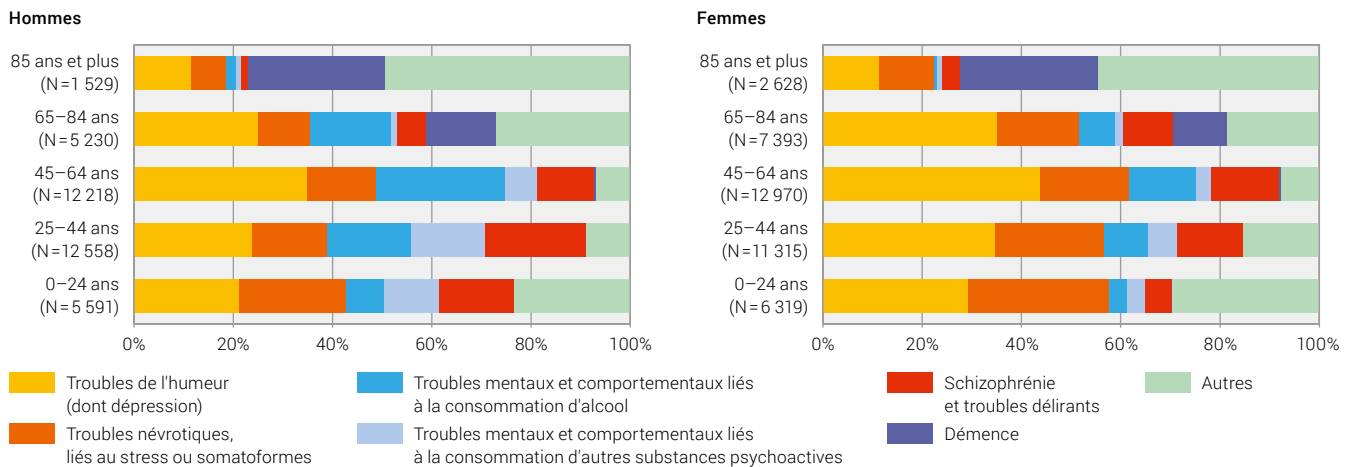
Troubles mentaux et du comportement

- *Troubles de l'humeur (ou troubles affectifs)*: changement de l'affect ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété) ou d'un état d'exaltation, généralement accompagné d'une modification du niveau global d'activité.
- *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes*: troubles se traduisant par des sentiments d'anxiété déclenchés par des situations ne présentant pas de danger. Ces situations sont évitées ou endurées avec angoisse. Les troubles peuvent se traduire p. ex. par des palpitations cardiaques ou des sensations de faiblesse, et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*: troubles de divers ordres causés par la consommation d'alcool. Exemples de symptômes: intoxication aiguë, syndrome de dépendance ou troubles psychotiques.
- *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*: comme ci-dessus, mais avec pour origine des substances psychoactives autres que l'alcool.
- *Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants*: troubles graves de la pensée et de la perception, doublés de troubles de l'humeur ou d'un émoussement affectif. Exemples de symptômes: impression d'entendre ses pensées, voix imaginaires commentant à la troisième personne les faits et gestes du patient, hallucinations, sentiment d'être manipulé ou contrôlé, surinterprétation des événements, etc.
- *Démence*: syndrome dû à une maladie cérébrale, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions, comme la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le jugement, etc. sans que la conscience s'en trouve brouillée.

Personnes hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement, en 2017

Principaux diagnostics selon l'âge

G4.42



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

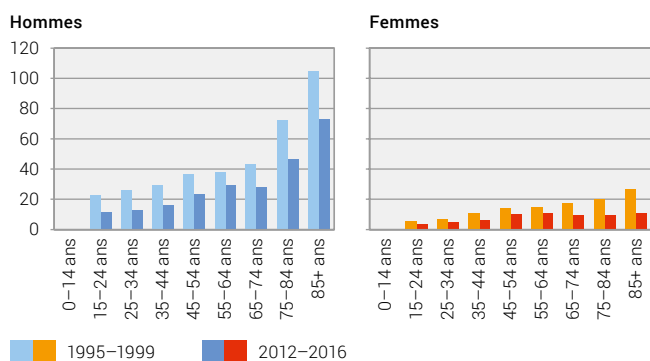
Suicide

1016 personnes (759 hommes et 257 femmes) se sont suicidées en 2016 (les cas d'assistance au suicide exclus). Entre 1995 et 2016, le taux standardisé de suicide a baissé de deux cinquièmes. Le taux de suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes (G 4.43). Chez les femmes, les différences selon l'âge sont moins importantes. Lorsqu'une maladie concomitante est indiquée lors de l'annonce du suicide, il s'agit six fois sur dix d'une dépression.

Suicide selon l'âge et le sexe (suicide assisté exclu)

Taux pour 100 000 habitants

G 4.43



Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

© OFS 2019

4.8 Handicap

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on parle de handicap lorsqu'un problème de santé affecte les fonctions et structures anatomiques de la personne (déficience), sa capacité à réaliser certaines activités (limitation d'activité) ou ses performances dans son environnement social (restriction de participation). Le handicap n'est donc pas seulement un problème biologique, mais également un problème social, qui survient lorsqu'une personne ne peut pas réaliser les activités élémentaires de la vie humaine ou participer pleinement à la société pour une raison de santé. Le risque de rencontrer un problème de santé handicapant augmente avec l'âge. Le processus naturel de vieillissement réduit le bon fonctionnement de l'organisme de telle sorte que le handicap accompagne très souvent les dernières années de vie (→ chapitre 4.12).

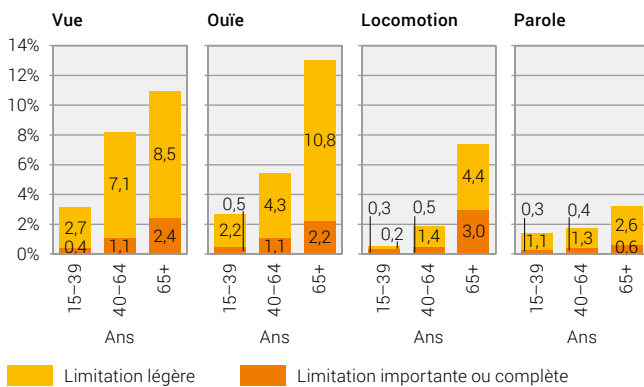
Limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne

En 2017, 13% de la population âgée de 15 ans et plus et vivant à domicile souffraient d'au moins une limitation fonctionnelle en matière de vue, d'ouïe, de locomotion ou de parole (→ glossaire; les personnes vivant en institution pour personnes handicapées et celles vivant dans des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ne sont pas prises en considération). Cette valeur moyenne masque le fait que ce sont surtout les personnes de 65 ans et plus qui souffrent de ces limitations (G 4.44). Celles-ci sont par ailleurs légères dans la majorité des cas. Femmes et hommes sont confrontés de manière similaire aux limitations fonctionnelles. En 10 ans, les limitations fonctionnelles légères ont augmenté, passant de 7% en 2007 à 10% en 2017, alors que la part des personnes affectées par des limitations importantes restait stable (3%).

Limitations fonctionnelles, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.44



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne (→ glossaire), comme prendre un bain ou une douche, se lever ou se coucher, s'habiller, manger et aller aux toilettes, touchent une part nettement plus faible de la population (3%). Dans ce cas également, les personnes âgées de 65 ans et plus sont beaucoup plus concernées (G 4.45). Les femmes déclarent un peu plus souvent une ou plusieurs de ces limitations.

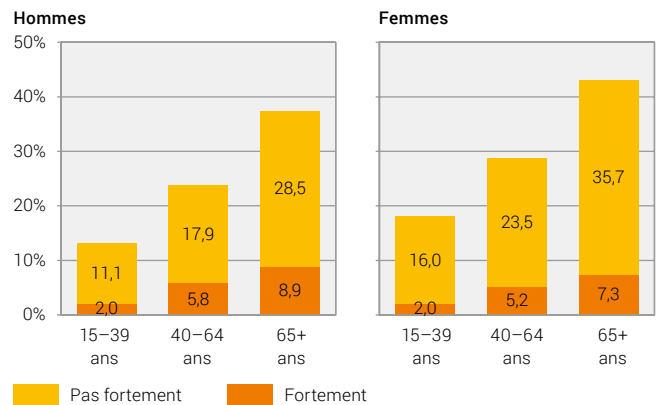
Restrictions de participation

Une personne sur quatre (25%) connaît, en raison d'un problème de santé, des limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle, comme par exemple préparer à manger, se rendre à son travail ou des activités plus générales comme se former, élever des enfants ou participer à des associations. Ces limitations d'activité restent le plus souvent légères: seuls 5% de la population indiquent être fortement limités. Elles augmentent avec l'âge, en fréquence et en gravité (G 4.46).

Limitations d'activités depuis au moins six mois, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.46



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les femmes déclarent plus souvent connaître des limitations d'activité depuis au moins six mois que les hommes (28% contre 22%). La différence concerne essentiellement les limitations légères. Les différences observées peuvent être reliées à des éléments de subjectivité (attention portée aux problèmes de santé et à leurs conséquences) mais aussi à des éléments objectifs: les femmes assument une plus grande variété d'activités que les hommes – professionnelles, familiales, bénévoles, etc. – et ont donc plus de probabilité d'être gênées par un problème de santé dans au moins une activité.

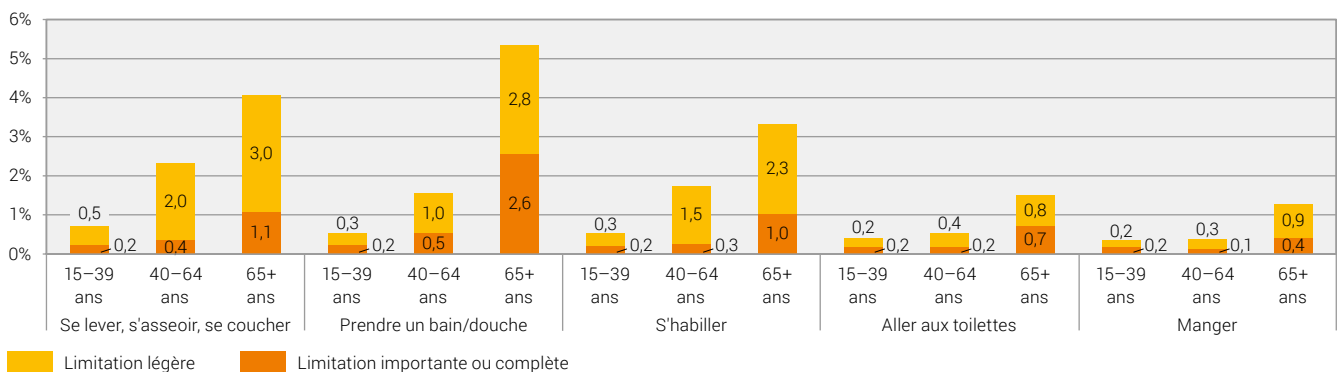
Personnes avec handicap

18% de la population de 15 ans et plus vivant à domicile peuvent être considérés en 2017 comme ayant un handicap au sens de la loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHAND) (→ glossaire), soit environ 1 264 000 personnes (G 4.47). Cette définition repose sur les autoévaluations à propos des limitations

Limitations dans les activités de la vie quotidienne, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.45

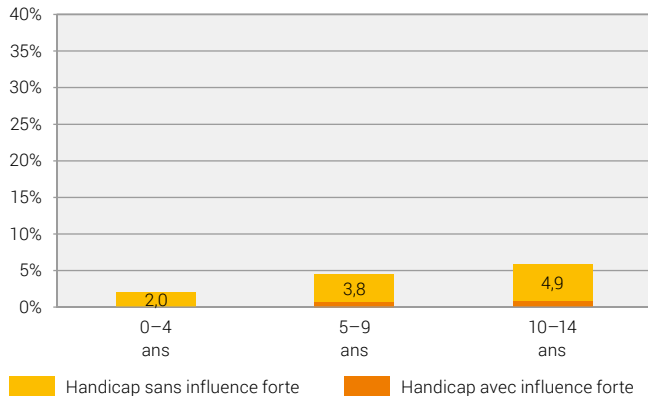


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Personnes avec handicap selon le groupe d'âge, en 2017

G4.47

Enfants vivant en ménage privé¹¹ Selon la personne de 15 ans et plus ayant répondu à l'enquête.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

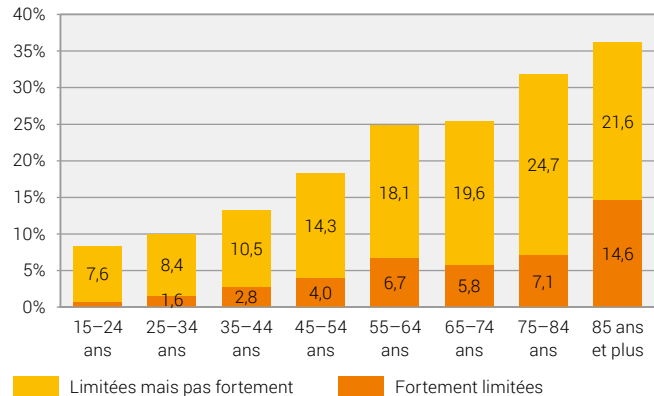
d'activité depuis au moins six mois présentées dans la section précédente. L'influence de l'âge et du sexe y est donc similaire: la part de personnes avec handicap augmente avec l'âge (de 8% parmi les 15–24 ans à 36% parmi les 85 ans et plus, avec un effet de palier juste après l'entrée en retraite) et les femmes sont davantage concernées que les hommes. Ces résultats sont comparables à ceux de 2012.

Parallèlement, 4,2% des enfants de 0 à 14 ans souffrent d'un handicap en 2017, selon les réponses des personnes interrogées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé à propos des enfants vivant avec elles (G4.47). Ce chiffre a fluctué sans réelle évolution depuis 1992. En 2017, il correspond à 41 000 filles et 68 000 garçons. Pour une large majorité des cas (85%), le handicap n'a qu'une influence nulle à modérée sur l'aptitude de l'enfant à fréquenter l'école ou à entreprendre d'autres activités habituelles pour des enfants du même âge.

Type de handicap

Les personnes avec handicap vivant à domicile indiquent dans trois quarts des cas que le problème de santé qui les limite dans leurs activités a une cause physique (G4.48). Les problèmes ayant une cause psychique, mixte ou autre (catégorie pouvant correspondre aux handicaps sensoriels par exemple) ne concernent donc qu'une minorité. En cas de limitations fortes, les causes psychiques sont un peu plus fréquentes. Parmi les enfants aussi, les causes physiques dominent, mais moins nettement que parmi les adultes (deux enfants avec handicap sur cinq). Les autres causes pouvant être indiquées (sensorielles, mentales ou liées à des troubles du comportement) regroupent chacune environ un enfant avec handicap sur cinq. En cas de handicap ayant une influence forte sur la vie de l'enfant, ce sont les causes mentales qui dominent: elles touchent un enfant sur deux dans cette situation.

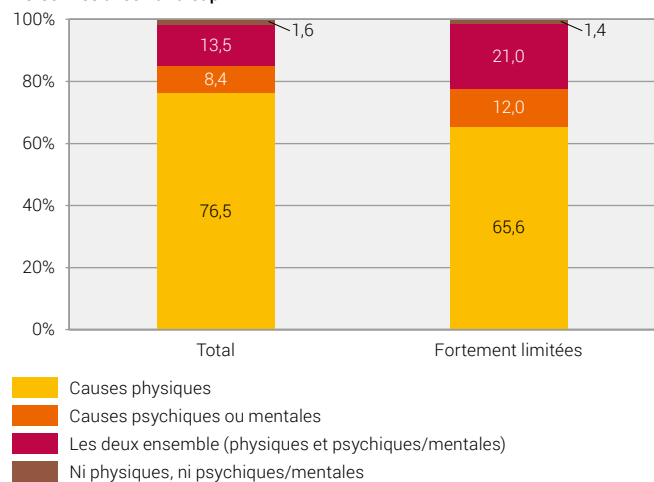
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



Type de handicap, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.48

Personnes avec handicap¹¹ Personnes qui ont un problème de santé durable et se disent limitées (fortement ou faiblement) dans les activités de la vie ordinaire.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

4.9 Accidents

Les accidents sont une des principales causes de mortalité prématurée ainsi qu'un motif important d'hospitalisation (→ chapitre 4.1). Dans la mesure où ils sont potentiellement évitables, ils constituent un enjeu majeur de santé publique et de prévention. Il est habituel de distinguer quatre grandes catégories d'accident, selon les circonstances de leur déroulement: accidents du travail, de la circulation routière, de sport et, enfin, dans l'habitat ou durant les loisirs.

Accidents du travail

Près de 269 000 personnes actives professionnellement ont été victimes en 2017 d'un accident professionnel (les accidents non déclarés à l'assurance-accidents ne sont pas répertoriés). C'est près de 12 000 de plus (+4%) qu'en 2003 (G 4.49). Durant la même période, le nombre de personnes actives occupées a crû de plus d'un cinquième. Cette croissance moins rapide des accidents professionnels que de l'emploi peut s'expliquer à la fois par les modifications structurelles du marché de l'emploi (baisse de l'emploi dans le secteur secondaire, où le risque d'accident est plus élevé, et hausse de l'emploi dans les services) et par les effets des politiques de prévention.

Les hommes ont été en 2017 presque trois fois plus nombreux à être victimes d'accidents professionnels que les femmes (198 971 contre 69 866). Le taux d'activité plus élevé des hommes et leur présence dominante dans les branches où le risque d'accident professionnel est le plus élevé, comme la construction, expliquent une partie de cette différence. Le nombre d'accidents professionnels dont sont victimes les hommes est en léger recul depuis 2011 (-5%), alors que chez les femmes le nombre d'accidents professionnels est en hausse sur toute la période (+30% entre 2003 et 2017).

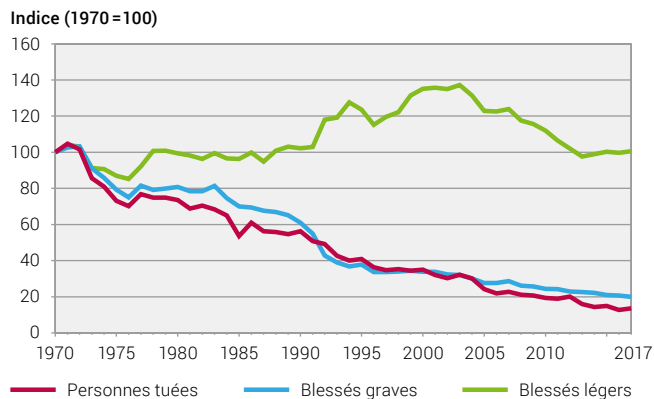
Accidents de la circulation routière

17 799 accidents de la route ayant occasionné des dommages corporels ont été enregistrés par la police en 2017. Ils ont causé le décès de 230 personnes; 3654 autres personnes ont été grièvement blessées et 17 759 légèrement. Les estimations du Bureau de prévention des accidents (BPA), tenant compte de l'ensemble des accidents de la route (enregistrés ou non par la police), évaluent le nombre de blessés à quelque 82 000 en 2015, dont plus de 80% de blessés légers.

Depuis le début des années 1970, le nombre de tués et de blessés graves de la route n'a cessé de reculer (G 4.50). Cette amélioration continue de la sécurité routière s'explique par la

Victimes de la circulation routière

G 4.50



Source: OFS, OFROU – Accidents de la circulation routière

© OFS 2019

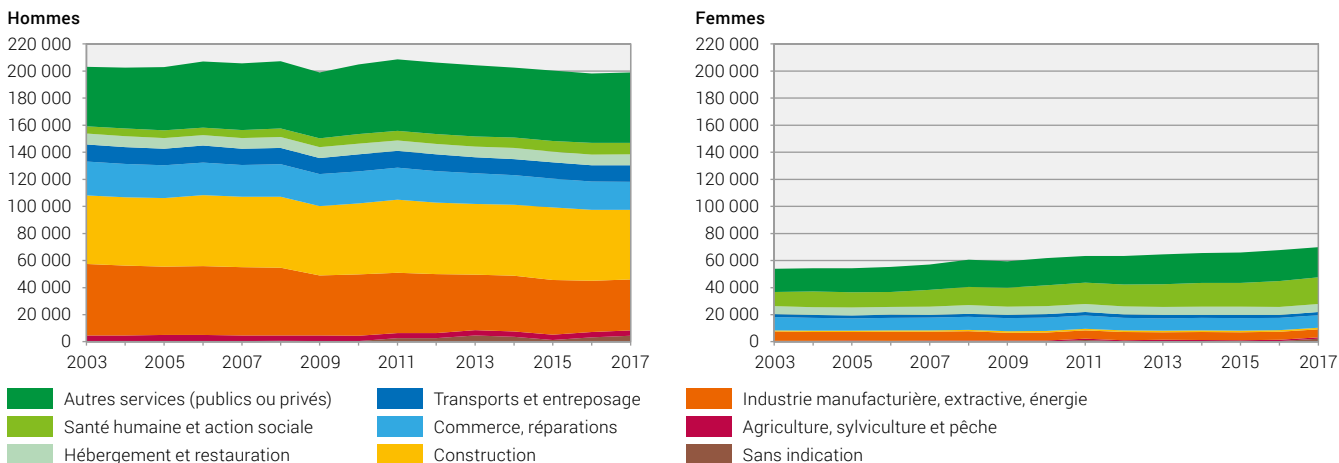
mise en œuvre d'un ensemble de mesures d'ordre juridique, technique et pédagogique, comme les limitations de vitesse, la baisse des valeurs limites pour le taux d'alcoolémie, le port obligatoire des ceintures de sécurité, les améliorations dans les techniques des véhicules, les améliorations du réseau routier ou encore le renforcement des mesures éducatives. Le risque de décéder d'un accident de la circulation est le plus élevé chez les jeunes adultes et, davantage encore, chez les personnes très âgées. Les hommes sont près de trois fois plus nombreux à décéder d'un accident de la circulation que les femmes.

Accidents de sport

Entre 2011 et 2015, quelque 412 210 personnes se sont blessées en moyenne chaque année lors d'accidents de sport. 30% des victimes de ces accidents avaient moins de 17 ans, alors que seuls 5% avaient 65 ans et plus. Les jeux de balle et le football en particulier (136 120 et 82 350 accidents, respectivement) ainsi que les sports d'hiver (90 880) sont les activités sportives lors

Accidents du travail selon la branche d'activité

G 4.49



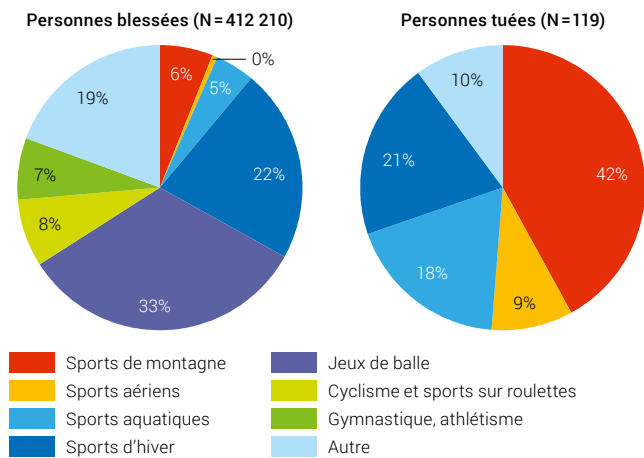
Source: Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents

© OFS 2019

Personnes blessées et tuées par un accident de sport

Blessés: moyenne annuelle entre 2011 et 2015;
tués: moyenne annuelle entre 2008 et 2017

G 4.51



Source: Bureau de prévention des accidents, Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse © OFS 2019

desquelles se produisent le plus grand nombre de blessures (G 4.51). Les sports de montagne sont ceux qui occasionnent le plus grand nombre de tués: 50 en moyenne annuelle entre 2008 et 2017, sur un total de 119 décès de personnes résidant en Suisse provoqués par des accidents de sport survenus sur le territoire national.

Accidents dans le cadre de l'habitat ou des loisirs

C'est dans le cadre de l'habitat ou des loisirs que le plus grand nombre de personnes se blessent accidentellement: 570 150 personnes par an en moyenne entre 2011 et 2015. 25% des victimes de ces accidents avaient moins de 17 ans, 22% 65 ans et plus. Les blessures provoquées par des chutes représentent 50% du total. Cette part augmente avec l'âge et atteint 70% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (→ chapitre 4.12 pour les chutes chez les personnes âgées). Les chutes sont également la cause de 82% des décès provoqués par un accident dans l'habitat ou durant les loisirs (1953 décès au total en moyenne entre 2011 et 2015); 95% des victimes de ces chutes mortelles sont âgées de 65 ans et plus.

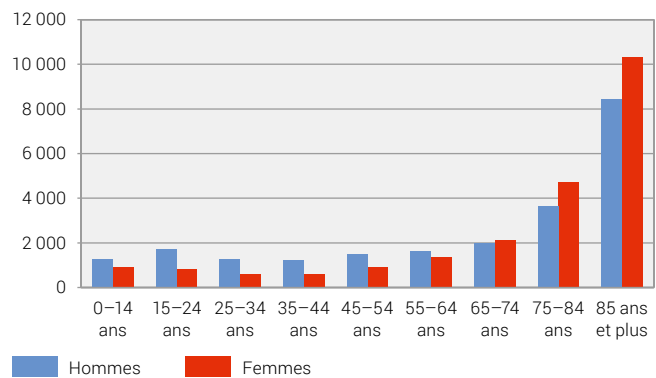
Hospitalisations

141 084 personnes ont été hospitalisées suite à un accident en 2017. À partir de 65 ans, le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les femmes et il augmente fortement dès 75 ans (G 4.52). Les chutes y contribuent certainement de manière importante. Jusqu'à 64 ans, c'est le taux d'hospitalisation des hommes qui est le plus haut. Les jeunes hommes de 15 à 24 ans, particulièrement exposés aux accidents de sport et de la circulation routière, se distinguent par un taux d'hospitalisation plus élevé.

Personnes hospitalisées suite à un accident, en 2015–2017

Taux pour 100 000 habitants

G 4.52



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

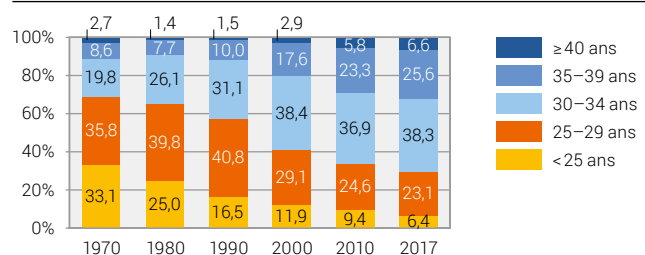
4.10 Santé reproductive

La santé reproductive constitue un aspect important de la santé des femmes en âge de procréer. Le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement a également un impact considérable sur la santé des nouveau-nés (→ chapitre 4.11) et sur celle des individus tout au long de leur vie et donc, par conséquent, sur les coûts du système de santé.

Actuellement, les femmes ont en moyenne 1,5 enfant au cours de leur vie. Environ une femme sur cinq n'aura pas d'enfant durant sa vie. Cette proportion augmente avec le niveau de formation. Les femmes retardent également de plus en plus leur maternité. Si, en 1970, un tiers des femmes ayant accouché dans l'année avaient moins de 25 ans, elles sont une sur quinze en 2017. Dans le même temps, la proportion des femmes ayant donné naissance à l'âge de 35 ans et plus a quasiment triplé et elles constituent actuellement 32% des femmes qui accouchent (G 4.53). En comparaison internationale, la Suisse est un des pays d'Europe où l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est le plus élevé (30,7 ans en 2017). Le fait que les femmes choisissent d'avoir des enfants plus tard a bien entendu certains effets comme une baisse de la fertilité et l'augmentation de certains risques comme les grossesses gémellaires spontanées ou les anomalies chromosomiques. En 2017, 2,8% des femmes entre 15 et 49 ans ayant participé à l'enquête suisse sur la santé ont dit être enceintes.

Naissances vivantes selon l'âge de la mère

G 4.53



Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEV NAT)

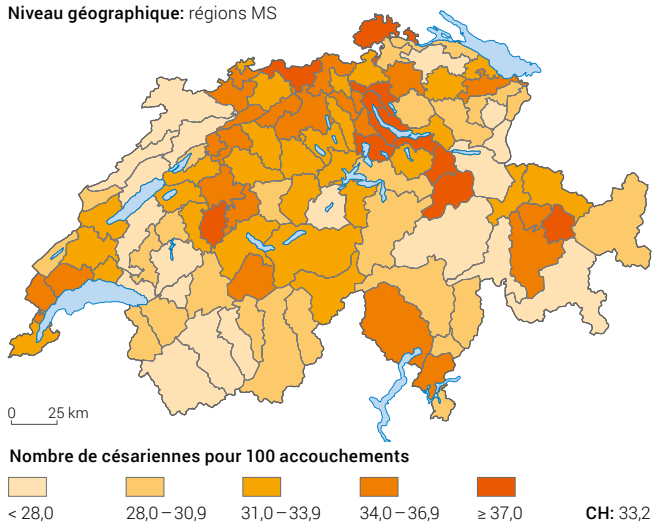
© OFS 2019

L'immense majorité des accouchements (97%) ont lieu à l'hôpital. Les autres se déroulent dans une maison de naissance, à domicile ou à l'étranger. Deux tiers des accouchements ayant lieu à l'hôpital sont des accouchements vaginaux, dont un sur six avec l'aide d'une ventouse ou de forceps. Un tiers des accouchements ont lieu par césarienne. La proportion de naissances par césarienne dans les hôpitaux de Suisse s'est stabilisée après avoir augmenté de manière régulière ces dernières années, passant de 22,7% en 1998 à 32,3% en 2017. Le recours à une césarienne varie considérablement d'une région à l'autre. Pour la période 2013–2017, 21,5% des naissances sont concernées dans le Jura, contre près du double dans d'autres régions de Suisse (G4.54).

Taux de césariennes, 2013–2017

G 4.54

Niveau géographique: régions MS

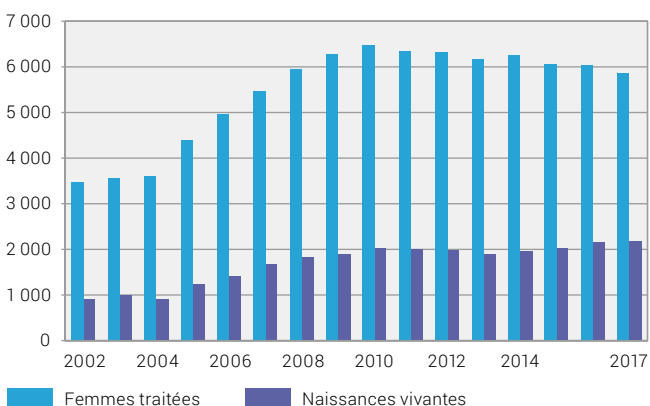


Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Procréation médicalement assistée¹

G 4.55



¹ méthodes de fécondation extra-utérine

Source: OFS – Statistique de la procréation médicalement assistée

© OFS 2019

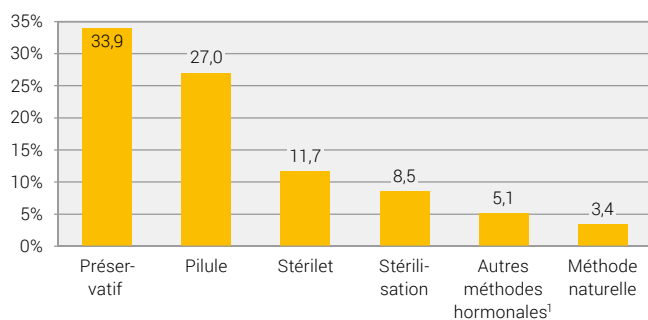
Après avoir régulièrement augmenté entre 2004 et 2010, le nombre de femmes recourant aux méthodes de fécondation extra-utérine de la procréation médicalement assistée (PMA) a faiblement diminué, alors que le nombre d'enfants nés suite à une telle procédure a légèrement augmenté (G 4.55). En 2017, plus de 2% des enfants sont nés grâce à une PMA.

La contraception est largement utilisée en Suisse. En 2017, 78% des personnes de 15 à 49 ans ayant eu au moins un ou une partenaire dans les 12 derniers mois ont dit qu'eux-mêmes ou leur partenaire utilisaient un moyen de contraception. Le préservatif est mentionné comme moyen de contraception par un tiers des personnes de 15 à 49 ans sexuellement actives et la pilule par 27%, dont 9% en combinaison avec le préservatif (G 4.56). 9% ont dit qu'elles ou leur partenaire avaient choisi la stérilisation (ligature ou vasectomie). La stérilisation concerne avant tout des personnes de 35 ans et plus.

Recours à la contraception, en 2017

Moyens de contraception mentionnés par les personnes sexuellement actives entre 15 et 49 ans

G 4.56



¹ anneau, patch, implant ou injection trimestrielle

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

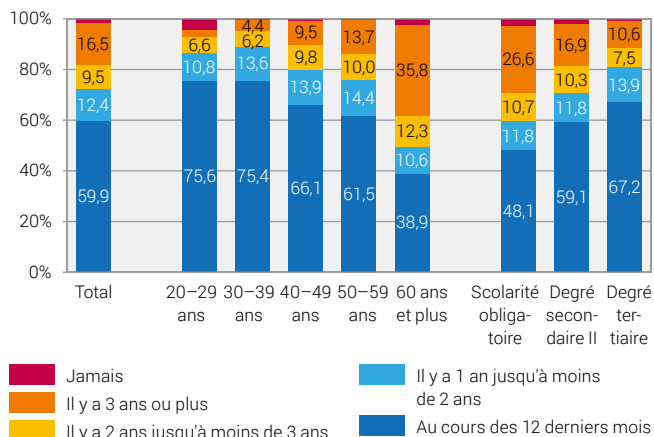
Le recours à l'interruption de grossesse est faible en comparaison internationale. Depuis 2004, le taux d'interruption de grossesse a régulièrement diminué pour atteindre en 2017 6,2 interruptions de grossesse pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans. Chez les adolescentes de 15 à 19 ans résidant dans notre pays, ce taux était de 3,3 % en 2017.

Les contrôles gynécologiques permettent notamment de procéder au frottis (dépistage de stades précurseurs du cancer du col de l'utérus) et de vérifier la santé des organes génitaux. Six femmes sur dix ont consulté un ou une gynécologue au cours des douze derniers mois (G 4.57). Les femmes de moins de 40 ans sont celles qui consultent le plus, alors que seuls 39% des femmes de 60 ans et plus ont consulté dans les douze derniers mois. On constate aussi que plus une femme a un niveau de formation élevé, plus elle consulte fréquemment. Ces effets de l'âge et de la formation s'observent également pour le recours au frottis.

Consultation gynécologique, en 2017

Femmes de 20 ans ou plus

G4.57



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

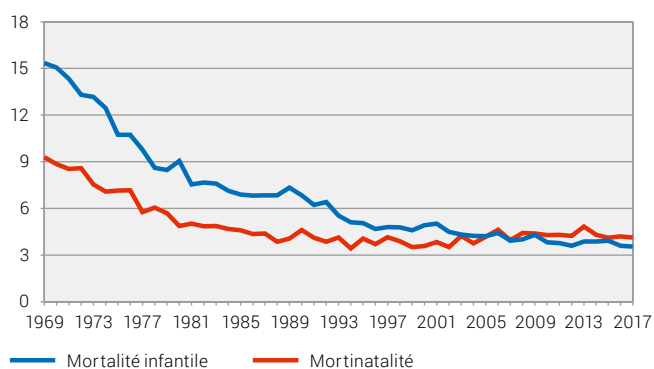
4.11 Nouveau-nés

L'état de santé des enfants à la naissance a une influence déterminante sur leurs chances de survie durant les premiers mois de vie ainsi que sur leur santé future. Après avoir fortement diminué durant des décennies, la mortalité infantile a poursuivi ces dernières années son recul de manière plus lente, pour se situer en 2017 à 3,5 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes (G4.58). Ces décès se concentrent de plus en plus durant les heures et les jours suivant la naissance. Parmi les 310 décès d'enfants de moins de 1 an qui ont été enregistrés en 2017, plus de la moitié ont eu lieu durant les 24 heures suivant la naissance. Les décès infantiles concernent avant tout des enfants avec un très faible poids de naissance ou nés avec une prématurité importante (les deux étant souvent liés). Les naissances avant 28 semaines représentent ainsi 0,4% des naissances vivantes, mais un peu plus de 50% des cas de mortalité infantile.

Mortinatalité et mortalité infantile

Taux pour 1000 naissances vivantes¹

G4.58

¹ mortinatalité: pour 1000 naissances

Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT)

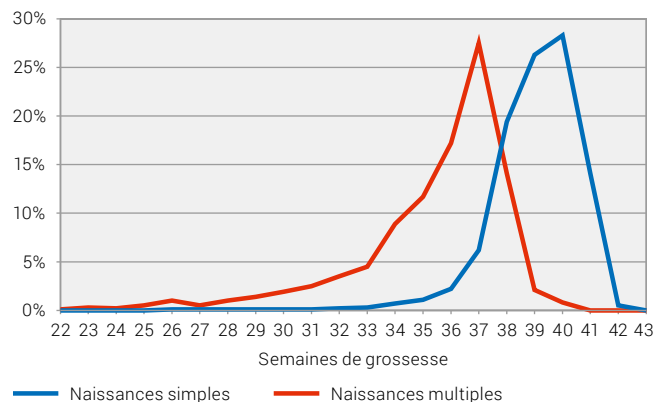
© OFS 2019

En 2017, 7,0% des enfants sont nés prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines révolues de gestation. Une naissance prématurée peut se produire spontanément, en lien avec de nombreux facteurs de risque (hypertension, infection chez la mère, rupture prématurée de la poche des eaux, mère très jeune ou âgée, tabagisme, ...). Elle peut également être provoquée pour raison médicale, lorsque la poursuite de la grossesse est plus risquée que la naissance avant terme. La prématurité est particulièrement fréquente lors de naissances gémellaires: 60% d'entre elles se produisent en effet avant terme. En comparant la répartition des naissances selon l'âge gestationnel, on remarque que les naissances multiples interviennent en moyenne 3 semaines plus tôt que les naissances simples (G4.59).

Naissances simples et multiples, en 2017

Répartition de chaque type de naissance selon la semaine de grossesse

G4.59



Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT)

© OFS 2019

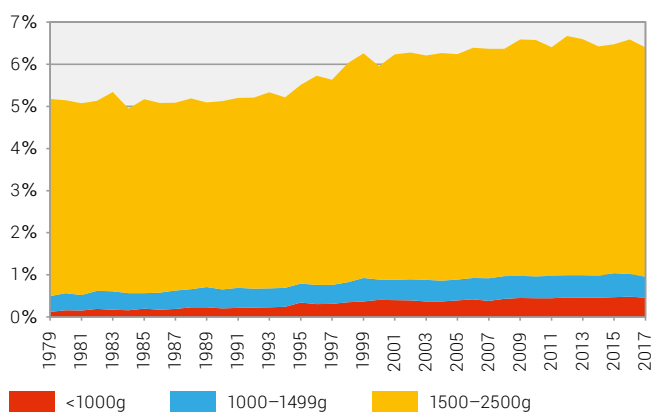
Aujourd'hui, on compte plus de 36 naissances multiples pour 1000 naissances vivantes (soit 18 grossesses sur 1000), ce qui correspond à un doublement depuis 1970. Cette évolution s'explique par l'élévation de l'âge des mères et par le recours plus fréquent à la médecine de la reproduction (→ chapitre 4.10).

La proportion de naissances de faible poids est également en augmentation et les naissances de moins de 1000g enregistrées comme vivantes ont presque triplé en trente ans (G4.60). Les enfants issus de naissances multiples sont plus légers que ceux de naissances simples (2327g contre 3331g en 2017) tout comme les enfants prématurés (2261g contre 3371g en 2017). Le poids des nouveau-nés augmente en moyenne d'environ 130g par semaine entre la 22^e et la 32^e semaine de gestation, puis d'environ 230 à 250g par semaine supplémentaire.

Le recours au dépistage prénatal permet de détecter certaines malformations congénitales et anomalies chromosomiques et aboutit, dans certains cas, à une interruption de grossesse. Cela entraîne une réduction du nombre de malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques enregistrées à la naissance (T4.1). Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques sont à l'origine de plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de 1 an en 2016.

Naissances vivantes de faible poids

G 4.60



Source: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) © OFS 2019

Quelques malformations chez les nouveau-nés vivants, période 2013 – 2017

Détectées à la naissance (naissances à l'hôpital ou dans certaines maisons de naissance, nouveau-nés domiciliés en Suisse)

T 4.1

Malformations et anomalies chromosomiques	Nombre de cas	Proportion d'enfants concernés
Malformations congénitales cardiaques	2 367	1/178
Chez le garçon, méat urinaire sur la face inférieure du pénis (Hypospadias)	1 017	garçons: 1/213
Fissure de la lèvre supérieure ou absence de soudure de la voûte du palais (Fente labiale et/ou palatine)	526	1/802
Trisomie 21 (Syndrome de Down)	341	1/1 237
Trisomie 18 ou 13 (Syndrome d'Edwards ou de Patau)	44	1/9 586
Absence de fermeture postérieure de la colonne vertébrale (Spina bifida)	64	1/6 590

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2019

4.12 Personnes âgées

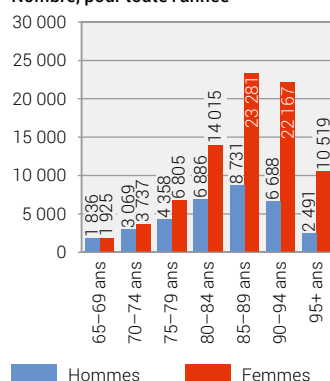
L'espérance de vie augmente depuis des décennies et, en 2017, 18,3% de la population (1,6 million) étaient âgés de 65 ans et plus. Néanmoins, l'état de santé des personnes âgées reste très hétérogène, non seulement du point de vue de l'âge et du sexe, mais également selon le lieu de vie. En 2017, 8% des personnes de 65 ans et plus (116 508) ont fait un séjour de longue durée dans un établissement médico-social (EMS), c'est-à-dire une maison pour personnes âgées ou un home médicalisé. Avec l'âge, la proportion de résidents en EMS augmente sensiblement (G 4.61). Elle est la même selon le sexe jusqu'à environ 80 ans, puis les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes. Sept personnes sur dix vivant en EMS sont des femmes (71%).

Quatre personnes âgées sur dix vivant en ménage privé (les personnes en EMS ne sont pas prises en compte dans ce qui suit) sont restreintes ou fortement limitées depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé.

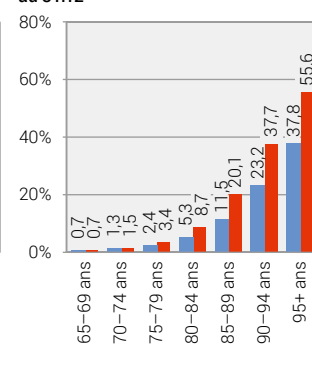
Personnes vivant en établissement médico-social, en 2017

G 4.61

Nombre, pour toute l'année



Par rapport à la population totale, au 31.12



Sources: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © OFS 2019

Ces limitations augmentent avec l'âge: la part des personnes concernées passe de 37% parmi les 65–79 ans à 50% chez les 80 ans et plus.

Les limitations fonctionnelles (affectant la vue, l'ouïe et la locomotion) augmentent également avec l'âge. Les problèmes de vue et/ou d'ouïe doublent avec l'âge, passant de 2% chez les 65–79 ans à 4% chez les 80 ans et plus. 14% des personnes de 65 ans et plus portent un appareil auditif mais 6% d'entre elles ne peuvent néanmoins pas suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes. Les problèmes de locomotion passent de moins de 2% chez les 65–79 ans à 8% chez les 80 ans et plus.

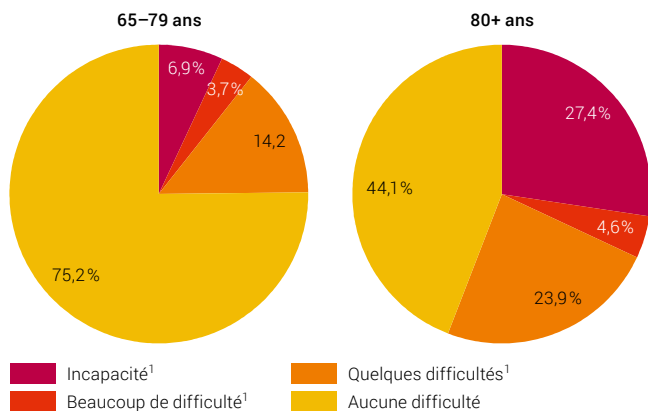
Une personne âgée rencontre des problèmes d'autonomie lorsqu'elle n'est plus capable d'accomplir sans aide une série d'activités, comme préparer les repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des travaux ménagers, les comptes ou utiliser les transports publics. 16% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ont beaucoup de difficulté ou sont incapables d'accomplir au moins une de ces activités. Les personnes de 80 ans et plus sont presque trois fois plus nombreuses à être dans ce cas que celles entre 65 et 79 ans (32% contre 11%; G 4.62). Cette perte d'autonomie s'aggrave encore lorsqu'une personne rencontre des difficultés à accomplir, sans aide extérieure, des gestes élémentaires de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver ainsi que se lever, s'asseoir et se coucher. 3% des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé sont limitées dans au moins l'une de ces activités de la vie quotidienne. Il n'y a pas de différence importante selon le sexe. La part des personnes concernées passe de 2% entre 65 et 79 ans à 6% dans le groupe de 80 ans et plus.

Les chutes constituent une part importante des accidents, particulièrement chez les personnes âgées (→ chapitre 4.9). 26% des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé sont tombées au moins une fois sur une période d'une année. Parmi les personnes ayant chuté, 13% l'ont fait en raison

Degré de limitation dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), en 2017

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.62



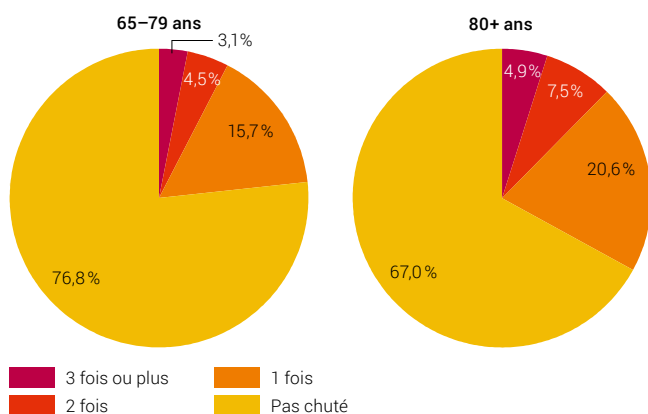
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Chutes au cours d'une année, en 2017

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.63



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

de vertiges et 34% ont chuté plusieurs fois (G 4.63), sans distinction de sexe. Les personnes de 80 ans et plus chutent davantage que les 65 – 79 ans (33% contre 24%).

77% des personnes âgées consomment au moins un médicament par semaine, les hommes dans la même proportion que les femmes. Cette part est de 74% chez les personnes de 65 – 79 ans et passe à 86% chez les 80 ans et plus. 45% des aînés prennent des médicaments contre l'hypertension et un quart des antidouleurs (26%) ou des médicaments contre le cholestérol (26%). La consommation de médicaments diffère selon le sexe. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à prendre des médicaments contre le cholestérol (31% contre 22%), pour le cœur (26% contre 18%) et contre le diabète (12% contre 7%), tandis que les femmes prennent davantage d'antidouleurs (31% contre 19%), de somnifères (14% contre 6%), de médicaments

contre l'ostéoporose (12% contre 2%), de calmants (8% contre 4%) et d'antidépresseurs (7% contre 4%). Parmi une liste de neuf médicaments, les personnes âgées consomment en moyenne 1,6 médicament par semaine. Cette moyenne augmente avec l'âge.

4.13 Personnes migrantes

En 2017, la population issue de la migration, c'est-à-dire les personnes ayant immigré et celles dont les parents ont immigré (membres de la 2^e génération), représentait 37,2% de la population résidante permanente de 15 ans et plus, dont un peu plus d'un tiers ayant acquis la nationalité suisse. Il est important de savoir si cette population est confrontée à des problèmes particuliers en termes de santé ou de recours aux soins. La population issue de la migration est très hétérogène, notamment en termes de structure par âge, de conditions de vie dans le pays d'origine, de culture, de durée de séjour en Suisse et de statut, de niveau de formation et de profession exercée, de revenus ou d'expérience éventuelle de discriminations en Suisse. Ces différences portent sur des caractéristiques qui sont de puissants déterminants de la santé. Les données présentées ici se réfèrent aux personnes de nationalité étrangère qui ont une autorisation d'établissement en Suisse. Pour une meilleure lisibilité, les pays d'origine ont été regroupés en 4 régions (→ glossaire). Les personnes ne maîtrisant pas suffisamment bien une des langues nationales ou ayant un autre statut de séjour n'ont pas pu être interrogées. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population migrante, en particulier aux personnes avec les statuts les plus précaires (requérants d'asile, personnes sans papiers).

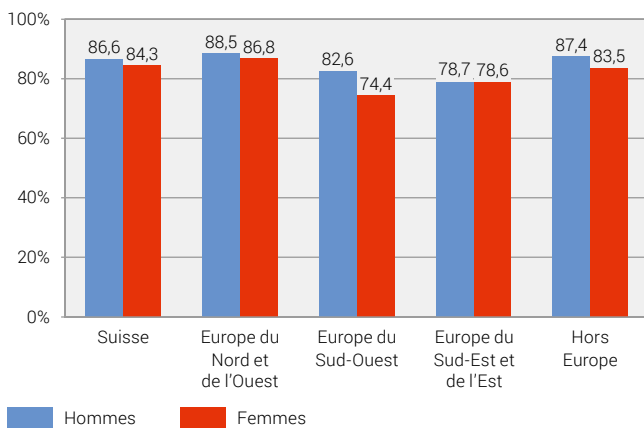
État de santé

Parmi les personnes de nationalité étrangère, celles originaires de l'Europe du Sud-Ouest ainsi que de l'Europe du Sud-Est et de l'Est, déclarent moins souvent que les Suissesses et les Suisses que leur santé est bonne ou très bonne (G 4.64). Dans la catégorie d'âge la plus jeune (les moins de 40 ans), les différences sont encore peu marquées. Elles augmentent avec l'âge. L'évaluation de l'état de santé est toutefois influencée par les systèmes de valeurs culturels, ce qui rend plus difficile l'interprétation des différences entre nationalités. On constate cependant que la population étrangère, des deux sexes, est moins touchée par les problèmes de santé de longue durée (G 4.65). Les immigrés récents, en particulier, présentent moins souvent des problèmes de santé de longue durée que les personnes de nationalité suisse.

Santé auto-évaluée bonne ou très bonne selon la nationalité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.64



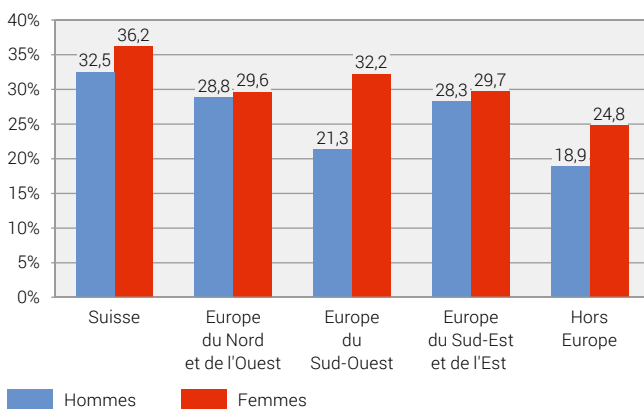
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Problème de santé de longue durée selon la nationalité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.65



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

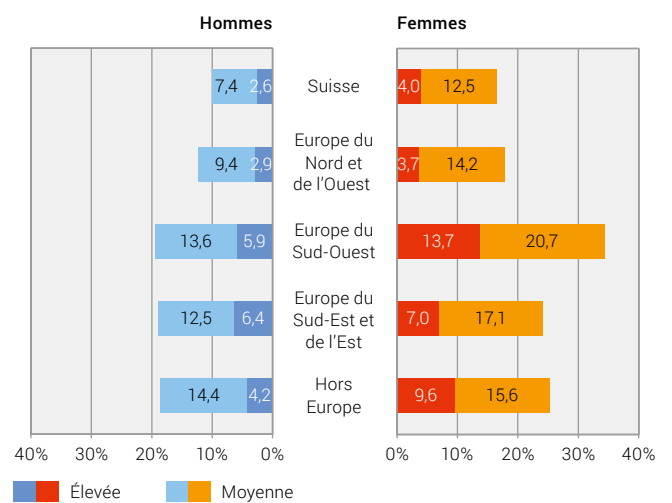
© OFS 2019

Les problèmes psychiques sont par contre plus fréquents chez les personnes de nationalité étrangère, à l'exception de celles originaires de l'Europe du Nord et de l'Ouest, que chez celles de nationalité suisse (G4.66). Une personne sur quatre originaire d'Europe du Sud-Ouest, ainsi que d'Europe du Sud-Est et de l'Est ou encore de pays extra-européens souffre de détresse psychologique moyenne ou élevée. Chez les femmes originaires d'Europe du Sud-Ouest, la proportion s'élève même à une sur trois. Des symptômes de détresse psychologique sont d'autant plus fréquents que les personnes de nationalité étrangère ont une formation dont le niveau ne dépasse pas celui de l'école obligatoire. Le recours aux soins en raison de problèmes psychiques n'en est pas pour autant plus élevé. Les personnes de nationalité étrangère peuvent aussi moins compter sur un soutien social que la population de nationalité suisse et elles ont plus souvent le sentiment de manquer de maîtrise de leur vie. Il en va ainsi de

Détresse psychologique selon la nationalité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.66



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

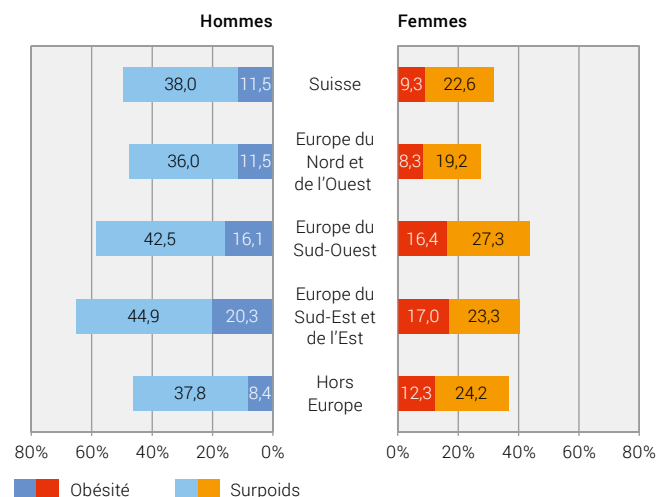
tous les ressortissants étrangers, quelle que soit leur durée de séjour en Suisse, à l'exception des personnes originaires d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest. De manière générale, la détresse psychologique augmente lorsque diminue le soutien social ou le sentiment de maîtrise de la vie, que les personnes soient de nationalité suisse ou de nationalité étrangère.

Le risque d'être en surpoids et, surtout, obèse est particulièrement élevé chez les personnes originaires d'Europe du Sud-Ouest, ainsi que d'Europe du Sud-Est et de l'Est (G4.67). L'écart avec les Suisses se creuse avec l'âge. Les personnes venant d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest sont en revanche un peu moins touchées par le surpoids et l'obésité que les Suissesses et les Suisses.

Surpoids et obésité selon la nationalité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4.67



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Ces quelques indicateurs de l'état de santé mettent donc en évidence des situations différentes selon le groupe de population migrante:

- Les personnes d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest ont une position socioéconomique supérieure à celle des ressortissants suisses. De plus, environ un cinquième d'entre elles vit depuis moins de cinq ans en Suisse et leur état de santé est souvent meilleur que celui des personnes de nationalité suisse.
- Les personnes originaires d'Europe du Sud-Ouest et d'Europe du Sud-Est et de l'Est ont respectivement 5 ans et 9 ans de moins que les ressortissants suisses. Cela pourrait expliquer que ces populations, les hommes en premier lieu, souffrent relativement peu de problèmes de santé de longue durée, bien que leur niveau de formation soit globalement bas. C'est une illustration du phénomène bien connu que les personnes qui immigreront sont souvent jeunes et en bonne santé (healthy migrant effect).
- Avec l'âge, l'écart entre la population de nationalité étrangère et celle de nationalité suisse se creuse. L'état de santé des personnes de nationalité étrangère âgées et vivant en Suisse depuis longtemps est nettement moins bon, exception faite de celui des personnes originaires d'Europe du Nord et d'Europe de l'Ouest. On peut identifier ici l'effet d'un gradient social en santé. Une grande partie de la population de nationalité étrangère appartient souvent aux couches sociales inférieures, que ces dernières soient mesurées par le niveau de formation ou par le revenu. À cela s'ajoute un lien entre la migration, d'une part, et le manque de soutien social et une détresse psychologique plus élevée, d'autre part.

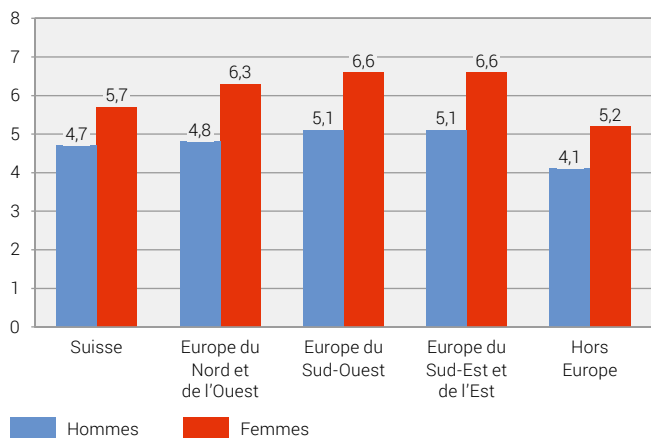
Recours aux soins

Il n'y a, en règle générale, pas de différence significative selon la nationalité dans la part des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin sur une période d'une année. Il n'y a pas non plus de différence significative entre le nombre de visites médicales par patient selon la région d'origine (G 4.68). On observe par contre des différences pour ce qui est du type de médecin choisi: comparées à la population de nationalité suisse, les personnes de nationalité étrangère, à l'exception de celles originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest, consultent davantage les généralistes que les spécialistes.

Consultations chez le médecin selon la nationalité, en 2017

Moyenne par patient au cours d'une année
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 4.68



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Les femmes originaires d'Europe du Sud-Ouest (24%) et de l'Europe du Sud-Est et de l'Est (22%) se rendent nettement plus souvent que les Suissesses (16%) aux urgences d'un hôpital, dans un service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique. On ne relève toutefois pas de différence significative entre ces deux populations dans le nombre de consultations par patient en raison d'une urgence imprévue.

Système de santé

14 Santé

2017



12%
de la population ont été hospitalisés
au moins 1x dans l'année

5,3 jours
de durée moyenne
lors d'une hospitalisation
en soins aigus

2235 fr.
pour une journée
d'hospitalisation
en soins aigus



16%
des 80 ans et plus
résident en établissement
médico-social (EMS)

2,4 ans
de durée moyenne
du séjour en EMS

299 fr.
pour une journée en EMS



28%
des 80 ans et plus bénéficient
des services de soins à domicile



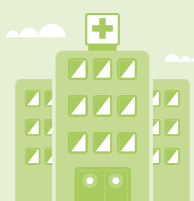
325 908
Emplois équivalents plein temps

Hôpitaux **164 964**

Établissements médico-sociaux **94 256**

Cabinets médicaux **44 028**

Aide et soins à domicile **22 660**



2,2
médecins exerçant
dans des cabinets médicaux
et centres ambulatoires
pour 1000 habitants

81%
de la population
ont consulté un médecin
au moins 1x dans l'année



0,5
dentiste pour
1000 habitants

60%
de la population
ont consulté un dentiste
au moins 1x dans l'année

Sources: OFS – ESS, KS, MAS, MS, SOMED, SPITEX; FMH; SSO

 www.statistique.ch

© OFS 2019

gfr-14-01-04-2019

5 Système de santé

Le système de santé peut être divisé en deux grands secteurs: les prestataires de services ambulatoires et les prestataires de services en milieu hospitalier. Ces derniers comprennent les départements hospitaliers des hôpitaux (hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées y compris les maisons de naissance), les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ainsi que les «institutions spécialisées» (établissements pour personnes handicapées, ayant des problèmes psychosociaux ou de dépendance). En 2017, les établissements médico-sociaux proposaient le plus grand nombre de lits (99 242), suivis des hôpitaux (38 157 lits).

De son côté, le secteur ambulatoire se compose d'une grande variété de prestataires. Il comprend en particulier les services ambulatoires des hôpitaux, les cabinets privés médicaux ou dentaires, les sages-femmes indépendantes, les services de soins à domicile ainsi que diverses offres paramédicales (physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, chiropratique, services de transport, laboratoires médicaux, etc.). Les nombreuses offres dans le domaine des médecines alternatives et du conseil (par ex. médecine chinoise traditionnelle, massages et thérapies corporels, thérapies de couple) peuvent moins clairement être délimitées et restent difficiles à relever; elles ne seront pas traitées ici. Le commerce de détail représente un domaine propre dans le système de santé. Il comporte notamment les pharmacies, les drogueries et les points de vente d'appareils médicaux (pour lunettes, appareils auditifs, moyens auxiliaires, etc.). Compte tenu de l'état des données, seul un petit nombre de ces prestataires seront considérés ci-après.

5.1 Hôpitaux

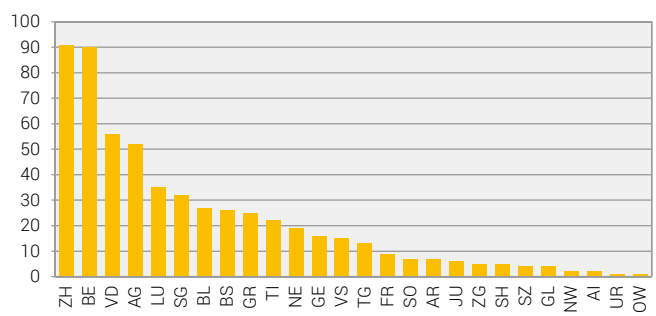
En 2017, on recensait 281 établissements proposant des traitements sur 572 sites. Les cantons fortement peuplés de Berne, Zurich et Vaud comptent un nombre de sites particulièrement élevé (G5.1).

Sur les 102 établissements hospitaliers de soins généraux, 44 assurent une prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et grands hôpitaux cantonaux) et 58 sont des hôpitaux de soins de base (hôpitaux régionaux et autres hôpitaux de petite taille). Le nombre des établissements de soins généraux a reculé de 41,3% entre 2002 et 2017 (G5.2). Cette baisse est d'une part imputable à des fusions d'hôpitaux et d'autre part, depuis 2010, à un changement méthodologique au niveau statistique. Les données à partir de 2010 ne sont de ce fait que partiellement comparables avec celles des années antérieures. Ces deux

raisons expliquent que le nombre de lits a diminué beaucoup moins fortement que celui des établissements durant cette même période.

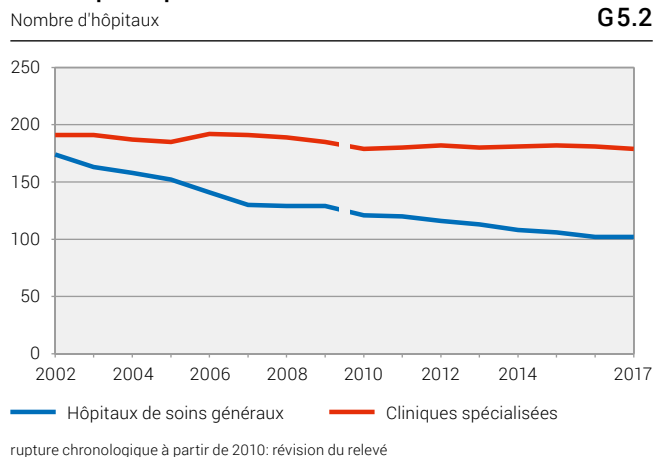
Sur les 179 cliniques spécialisées que comptait la Suisse en 2017, un chiffre en baisse de 4,2% par rapport à 2002, 51 étaient des cliniques psychiatriques, 53 des cliniques de réadaptation et 75 des autres cliniques.

Sites hospitaliers selon le canton, en 2017 G5.1



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS) © OFS 2019

Hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées G5.2



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS) © OFS 2019

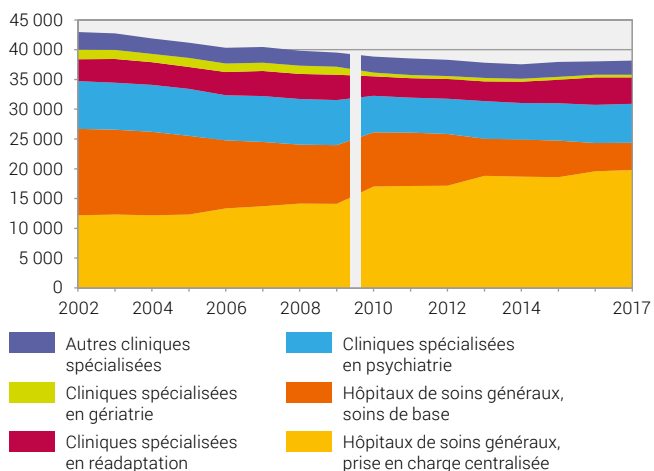
Offre de lits

En 2017, 38 157 lits étaient proposés pour la prise en charge en milieu hospitalier (sans les lits pour nouveau-nés), ce qui représente une densité de 4,5 lits pour 1000 habitants (G5.3). Cette valeur varie cependant entre 1,4 dans le canton d'Obwald et 11,0 à Bâle-Ville (G5.4). Entre 2002 et 2017, le nombre total de lits a baissé de 11,2%. Les quelque 38 000 lits disponibles en 2017 se répartissaient entre les trois grands domaines d'activité suivants: soins aigus 61%, psychiatrie 20%, réadaptation-gériatrie 19%.

Lits d'hôpitaux selon le type d'établissement

Nombre de lits

G5.3



rupture chronologique à partir de 2010: révision du relevé

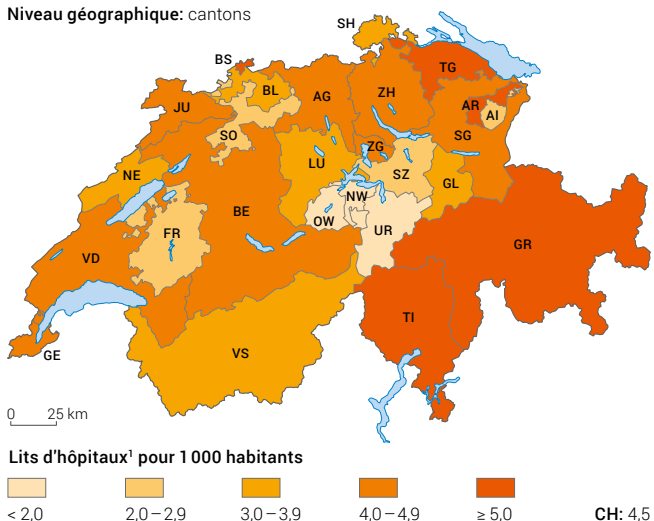
Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© OFS 2019

Lits d'hôpitaux, en 2017

G5.4

Niveau géographique: cantons



¹ tous types d'hôpitaux et de cliniques

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© OFS 2019

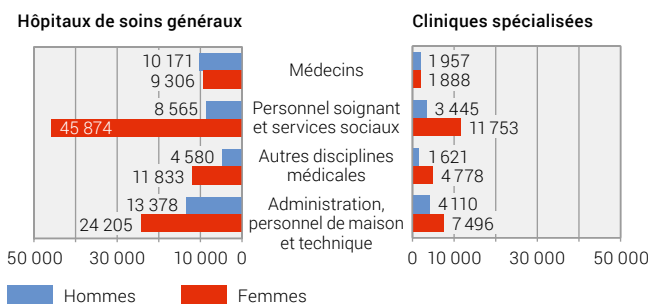
Emplois

En 2017, le personnel des hôpitaux comptait 212 090 personnes au total, représentant 164 964 équivalents plein temps. 77% travaillaient dans des hôpitaux de soins généraux. Le nombre d'équivalents plein temps s'est accru de 37,5% depuis 2002. L'augmentation du nombre de traitements ambulatoires réalisés dans les hôpitaux a pu contribuer à cette croissance supérieure à celle du nombre de cas hospitaliers. Le personnel se compose pour 14% de médecins, pour 42% de personnel soignant, pour 14% de spécialistes d'autres disciplines médicales ainsi que pour 30% de personnes dans les services centraux (administration: 15%, services de maison et transport: 12%, services techniques: 3%). Si la proportion de femmes est presque égale à celle des hommes dans le corps médical (G5.5), elle est bien supérieure dans le personnel soignant et dans les autres disciplines médicales (81% dans les hôpitaux de soins généraux et 77% dans les cliniques spécialisées).

Personnel des hôpitaux selon la fonction et le sexe, en 2017

En équivalents plein temps

G5.5



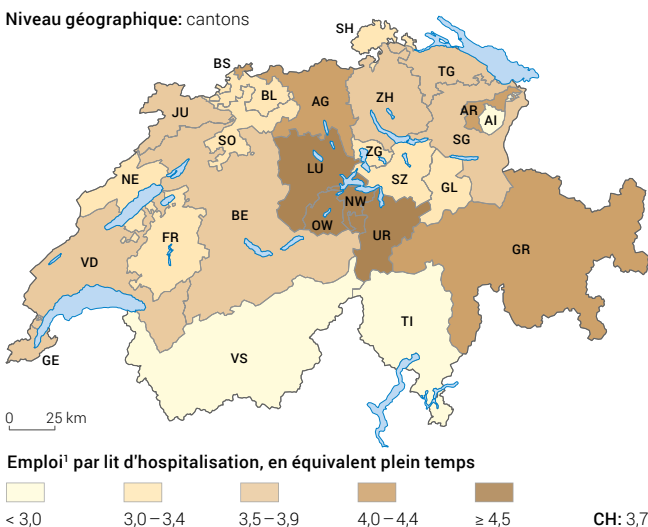
Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© OFS 2019

Personnel hospitalier, en 2017

G5.6

Niveau géographique: cantons



¹ uniquement personnel des soins

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© OFS 2019

Il faut en moyenne 3,7 postes à plein temps pour les soins par lit d'hôpital. On observe ici toutefois des différences parfois considérables selon les régions (G5.6): cette valeur est la plus élevée dans les cantons d'Uri (5,3) et d'Obwald (4,7) et la plus faible dans les cantons du Valais (2,7) et du Tessin (2,7).

Recours aux prestations hospitalières

1 468 242 cas d'hospitalisation ont été enregistrés en 2017. La grande majorité d'entre eux ont été pris en charge dans des hôpitaux de soins aigus suite à une maladie aiguë ou à un accident. 5,8% des cas ont été enregistrés dans une unité psychiatrique d'un hôpital ou une clinique spécialisée en psychiatrie et 7,7% concernaient des admissions dans d'autres types de services, surtout en réadaptation et en gériatrie. À noter qu'une personne hospitalisée à plusieurs reprises est comptabilisée comme autant de cas hospitaliers. En 2017, le nombre d'hospitalisations s'est élevé à 687 670 pour les hommes et 780 574 pour les femmes. Sans les séjours attribués à des grossesses et des accouchements, le nombre total d'hospitalisations des femmes et des hommes est très proche. Jusqu'à 74 ans, les hospitalisations d'hommes sont en général plus nombreuses que celles de femmes, puis c'est l'inverse (G5.7).

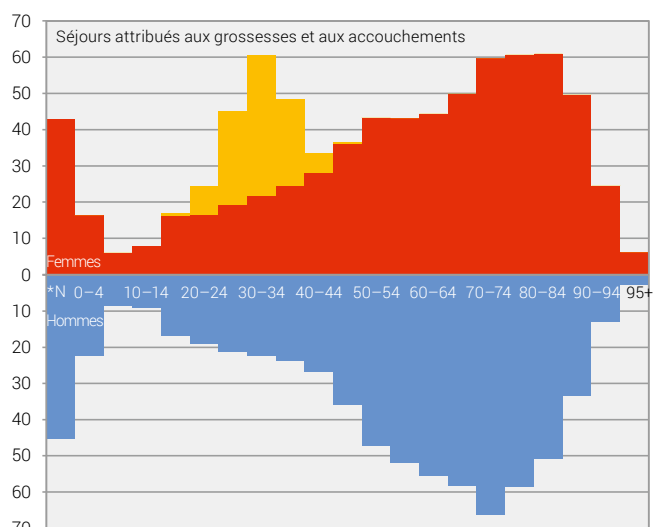
Le total des hospitalisations recensées en 2017 représente un taux d'hospitalisation de 16 875 cas pour 100 000 habitants. 81% des cas concernent des personnes habitant dans le canton, 17% des personnes domiciliées dans d'autres cantons et 2% des personnes vivant à l'étranger.

Les hôpitaux de Bâle-Ville présentent de loin les plus forts taux d'hospitalisation (42 453 cas pour 100 000 habitants), mais seuls 48,5% de ces cas concernent des habitants du canton (G5.8).

À l'inverse, ce canton n'«exporte» que peu de patients vers d'autres cantons. Cela illustre l'importante collaboration intercantonale avec Bâle-Campagne ainsi que la force d'attraction des hôpitaux de Bâle-Ville. Mais c'est Appenzell Rhodes-Extérieures qui compte la part la plus élevée de cas traités concernant des personnes domiciliées hors du canton (66%), un phénomène qui s'explique par la vaste offre de cliniques de réadaptation et de cliniques spécialisées en chirurgie dans ce canton. Parmi les cantons présentant une part relativement élevée d'habitants hospitalisés dans d'autres cantons, on trouve Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Campagne, Obwald, Schwyz, Soleure, Uri et Nidwald.

Cas d'hospitalisation selon l'âge, en 2017

Nombre de cas en milliers G5.7



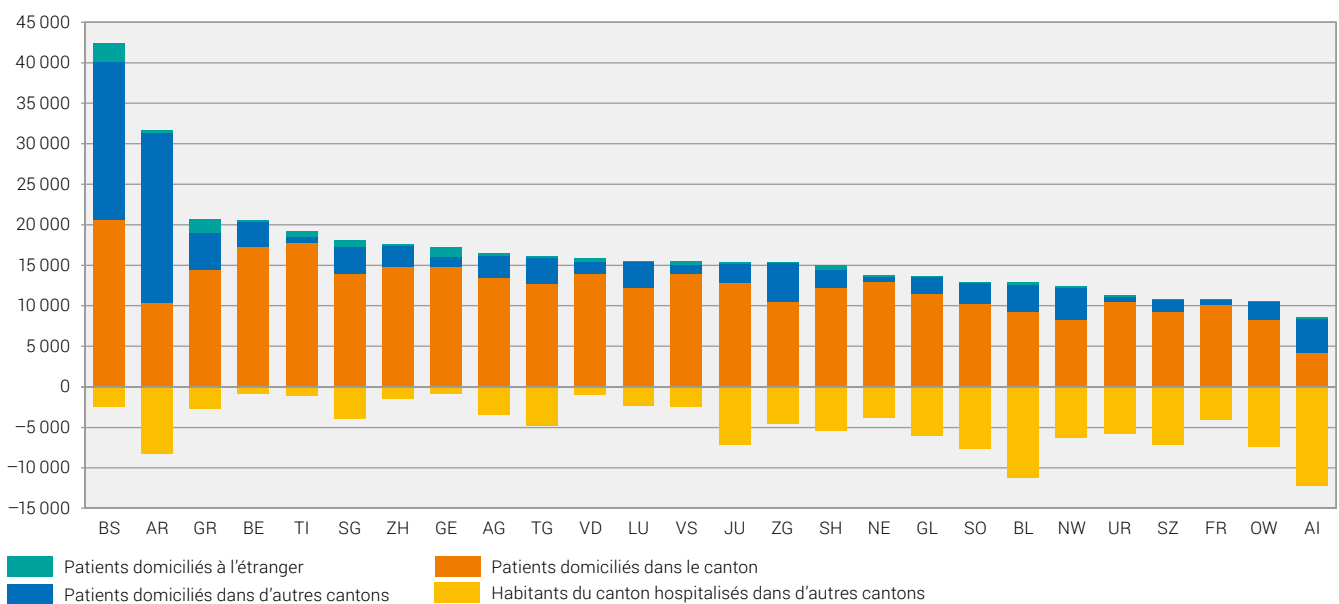
*N nouveau-nés

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2019

Taux d'hospitalisation par canton, en 2017

Nombre de cas pour 100 000 habitantes et habitants G5.8



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

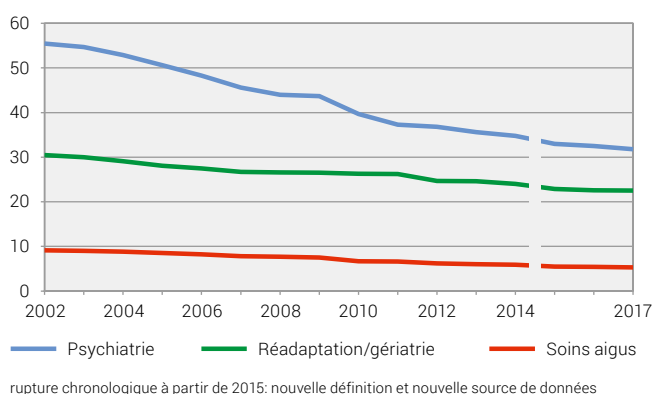
© OFS 2019

La durée moyenne des séjours hospitaliers en soins aigus était de 5,3 jours en 2017, contre 9,1 jours en 2002. En 2017, les patients ont séjourné en moyenne 31,8 jours en psychiatrie et 22,5 jours en réadaptation/gériatrie (G5.9).

Une partie des personnes ont été hospitalisées plusieurs fois; en 2017, cette proportion se situait à environ un quart (G5.10). La classe d'âge des 85 ans et plus compte la part la plus élevée d'hospitalisations multiples.

Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux

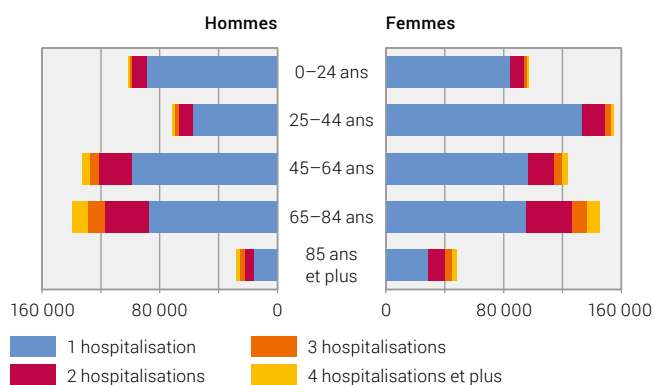
En jours **G5.9**



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique médicale des hôpitaux (MS) dès 2015 © OFS 2019

Hospitalisations multiples, en 2017

Nombre de patientes et patients, selon l'âge et le nombre d'hospitalisations au cours de l'année **G5.10**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2019

Prestations ambulatoires des hôpitaux

En 2017, plus de 4 millions de patients ont eu recours à une prestation ambulatoire dans un hôpital de Suisse (soins, examens, mesures thérapeutiques): les traitements sont considérés comme ambulatoires si leur durée est inférieure à 24 heures et qu'aucun lit de nuit n'est occupé. Ce sont les personnes de la tranche d'âge 40-59 ans qui sont le plus représentées parmi la clientèle (28%),

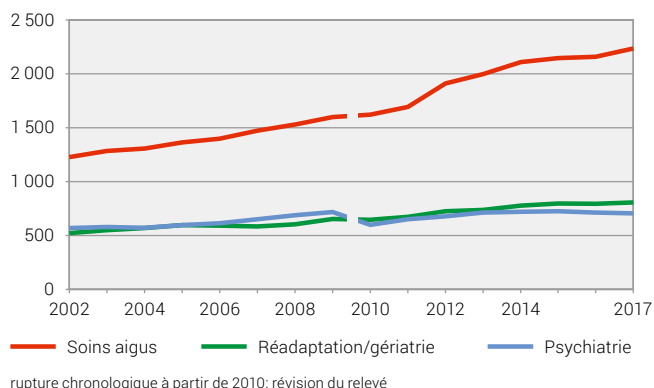
les 80 ans et plus l'étant le moins (6,7%). Au total, les 19,8 millions de contacts ambulatoires recensés dans les hôpitaux ont été facturés pour un montant de 6,9 milliards de francs.

Coûts

En 2017, une journée d'hospitalisation pour un patient coûtait en moyenne 1616 francs. Ce montant varie toutefois considérablement en fonction du type d'activité des établissements hospitaliers. Ainsi, le coût d'une journée d'hospitalisation dans un service de soins aigus s'élevait à 2235 francs, contre 703 francs en psychiatrie et 806 francs en réadaptation/gériatrie. L'augmentation des coûts la plus forte (+82% depuis 2002) a été enregistrée dans les hôpitaux de soins aigus (G5.11).

Coûts moyens des hôpitaux

En francs par journée et par patiente ou patient **G5.11**



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS) © OFS 2019

5.2 Établissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux (EMS) s'occupent de gériatrie somatique pour les personnes souffrant de troubles physiques liés à l'âge ou de psychogériatrie pour les personnes âgées atteintes dans leur santé psychique. Ils offrent des prestations dans les domaines de l'hébergement, de la restauration, des soins et de l'animation. Les hommes pour personnes âgées qui n'offrent aucune prestation médicale de soins ne sont pas considérés dans les informations ci-après (18 établissements en 2017).

En 2017, on recensait 1543 établissements médico-sociaux, dont 679 étaient des institutions privées non subventionnées par les pouvoirs publics, 463 des institutions privées subventionnées et 401 des institutions publiques. Le nombre de places d'hébergement proposées se montait en moyenne à 62 par établissement, la fourchette allant de près d'une dizaine à plus de 300 places dans des établissements de grande taille dont l'infrastructure est proche de celle d'un hôpital. Les établissements privés non subventionnés sont généralement plus petits (56 places en moyenne) que les établissements subventionnés (60 places) ou publics (74 places).

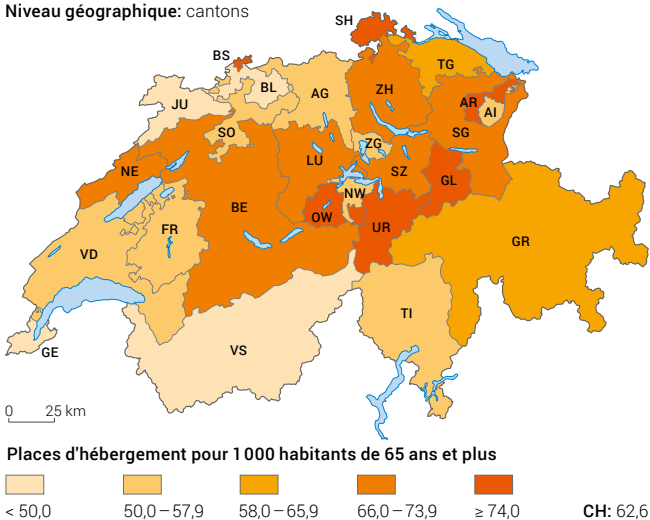
Offre de places

En 2017, les établissements médico-sociaux proposaient 97 122 places, soit 20% de plus qu'en 2002. Ce nombre correspond à 62,6 places pour 1000 habitants de 65 ans et plus. Ce taux varie cependant considérablement selon les cantons, allant de 48 places pour 1000 habitants (Valais) à 107 dans le demi-canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures (G5.12).

Places des établissements médico-sociaux, en 2017

G5.12

Niveau géographique: cantons



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© OFS 2019

Emplois

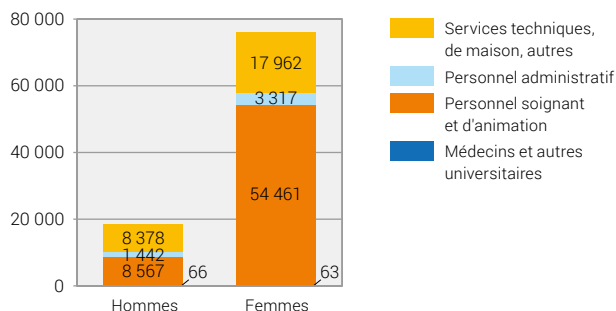
Au 31 décembre 2017, 130 969 employés travaillaient dans des établissements médico-sociaux, dont 83% étaient des femmes. Convertis en équivalents plein temps, les postes qu'ils occupaient n'atteignaient cependant que 94 256 unités, traduisant une proportion élevée de personnes travaillant à temps partiel. Le taux moyen d'occupation des femmes se situait à 70%, soit un niveau nettement inférieur au taux d'occupation moyen des hommes (81%). Depuis 2006, le volume de l'emploi s'est accru de 35,6%, plus fortement pour les hommes (+53,6%) que pour les femmes (+31,9%). Deux tiers des prestations de travail ont été consacrées aux soins et à l'animation, et près d'un tiers aux services de maison et aux services techniques (G5.13). Les traitements médicaux sont généralement fournis par des médecins externes, raison pour laquelle les médecins employés de manière permanente par les établissements ne représentent que 0,1% du personnel. On observe une nette différence entre les sexes au niveau de la répartition des rôles: les femmes travaillent très majoritairement dans les soins et l'animation, alors qu'un peu moins de la moitié des hommes sont actifs dans les services de maison.

Le taux d'encadrement est en moyenne suisse de 0,64 poste par place d'hébergement (G5.14). Cette valeur est relativement élevée dans le canton de Fribourg (0,84 poste) et relativement faible dans les cantons de Glaris (0,40) et d'Appenzell Rhodes-Extérieures (0,49).

Personnel des établissements médico-sociaux, selon le groupe professionnel et le sexe, en 2017

En équivalents plein temps

G5.13



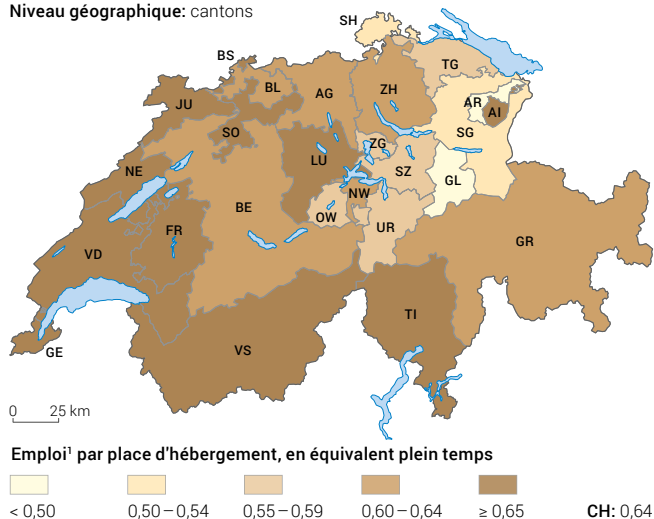
Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© OFS 2019

Personnel des établissements médico-sociaux, en 2017

G5.14

Niveau géographique: cantons



¹ uniquement personnel des soins

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© OFS 2019

Recours aux prestations

En 2017, 152 417 personnes au total ont recouru à des prestations des établissements médico-sociaux. Les quelque 5299 clients externes, utilisant exclusivement la structure de jour ou de nuit, ne sont pas considérés dans ces chiffres. 58% des clients avaient 85 ans et plus (G5.15). Parmi les clients de moins de 75 ans, on trouvait majoritairement des personnes souffrant de maladies chroniques ou de troubles psychiques, la représentation des sexes étant ici assez équilibrée.

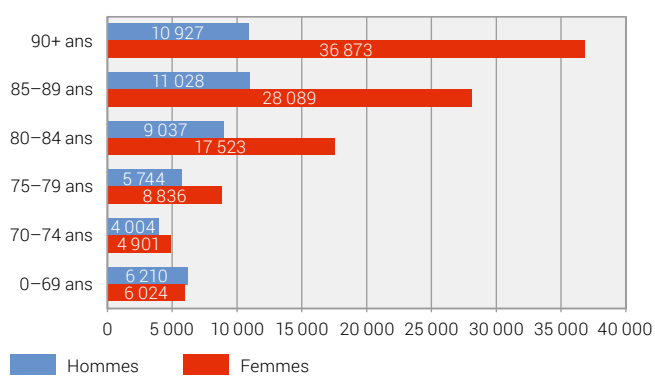
Avec l'âge, les femmes sont cependant de plus en plus surreprésentées. Cela tient en particulier au fait que dans les couples, ce sont fréquemment les hommes qui décèdent en premier. Ils ont généralement pu être soignés à domicile par leur partenaire alors que les femmes, du fait qu'elles vivent plus longtemps, doivent plus souvent recourir à des soins en institution.

40% des personnes résidant dans un établissement médico-social (EMS) en 2017 en sont sorties au cours de la même année. Dans un tiers des cas, il s'agissait de personnes en court séjour, entrées en EMS suite à une hospitalisation ou pour soulager des proches leur fournissant soins et assistance, par exemple. La durée moyenne de séjour de ces résidentes et résidents en court séjour était de 31 jours. Pour les personnes en long séjour ayant quitté un EMS en 2017, cette durée moyenne grimpe à 686 jours pour les hommes et 1005 jours pour les femmes. La part d'entre elles à avoir résidé au moins 5 ans en EMS s'élève à 10% pour les hommes et à 19% pour les femmes (G5.16).

Clients et clientes des établissements médico-sociaux, en 2017

Nombre selon la classe d'âge

G5.15

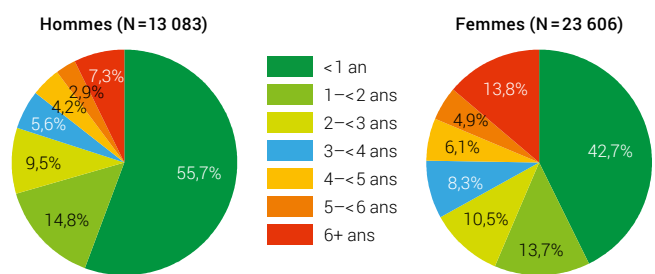


Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © OFS 2019

Durée de séjour dans les établissements médico-sociaux, en 2017

Personnes sorties de l'établissement en 2017

G5.16

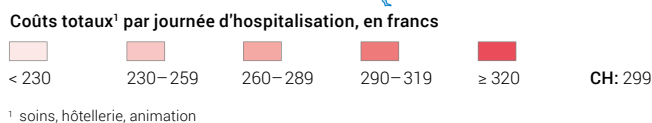
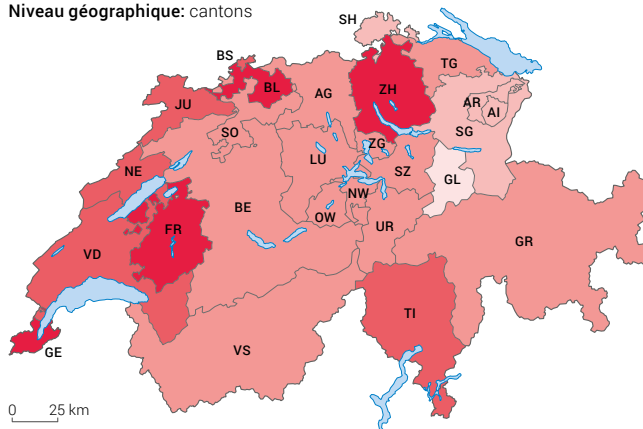


Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © OFS 2019

Coûts des établissements médico-sociaux, en 2017

G5.17

Niveau géographique: cantons



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © OFS 2019

Coûts

En 2017, les coûts globaux par journée d'hébergement se montaient en moyenne à 299 francs. Ils variaient cependant considérablement selon les cantons, allant de 220 francs dans le canton de Glaris à 402 francs dans celui de Genève (G5.17). Les prestations de soins sont en partie prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Les pouvoirs publics, les clients et les prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI) financent le solde.

5.3 Aide et soins à domicile

Les tâches de base des services d'aide et de soins à domicile comprennent les «prestations de soins» selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les prestations ménagères et les mesures de soutien social ainsi que le service des repas à domicile. La plupart des organisations d'aide et de soins à domicile proposent également d'autres prestations telles que les services sociaux, les consultations parentales, les soins thérapeutiques, les services de transport et les systèmes d'appels d'urgence.

Parmi les 2035 prestataires recensés en 2017, 28% étaient des organismes de droit public ou des entreprises à but non lucratif. Les infirmières et infirmiers indépendants représentaient 50% de l'effectif total, le solde correspondant à des entreprises privées à but lucratif (22%). La part des organisations à but non lucratif en termes de postes équivalents plein temps est cependant nettement plus élevée, avec 79%, contre 18% pour les entreprises à but lucratif et 3% pour les infirmières et infirmiers indépendants.

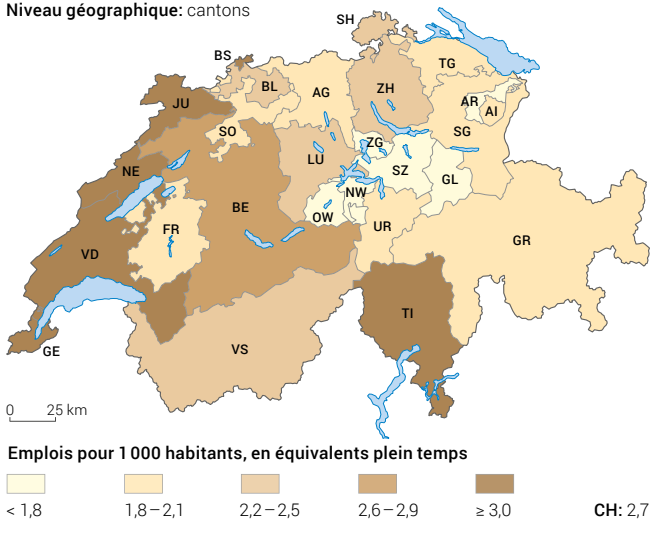
Emplois

22 660 postes équivalents plein temps sont à disposition pour fournir les prestations à domicile, soit 2,7 postes équivalents plein temps pour 1000 habitants (G5.18). La densité des services d'aide et de soins à domicile est généralement plus élevée en Suisse occidentale que dans le reste du pays. Les cantons de Vaud, Genève, du Jura et Bâle-Ville présentent une densité des services d'aide et de soins à domicile particulièrement élevée, avec plus de 3,9 postes équivalents plein temps pour 1000 habitants. Depuis 2002, l'emploi a crû régulièrement dans les services d'aide et de soins à domicile (G5.19). Les entreprises à but lucratif et les infirmières et infirmiers indépendants ne sont pris en compte que depuis 2010. On constate à partir de cette date une croissance de l'emploi dans les organismes à but non lucratif nettement moins rapide que chez les autres types de fournisseurs. Cette dernière pourrait cependant en partie être l'effet de l'amélioration du relevé.

Personnel des services d'aide et de soins à domicile, en 2017

G5.18

Niveau géographique: cantons



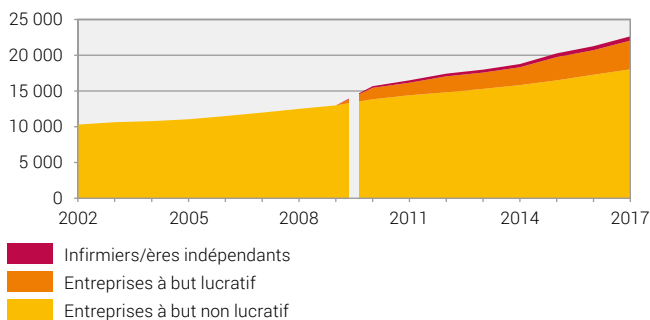
Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© OFS 2019

Emploi dans les services d'aide et de soins à domicile

G5.19

En équivalents plein temps



modification du relevé en 2010, avec intégration des entreprises à but lucratif et des infirmières et infirmiers indépendants

Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© OFS 2019

Recours aux prestations

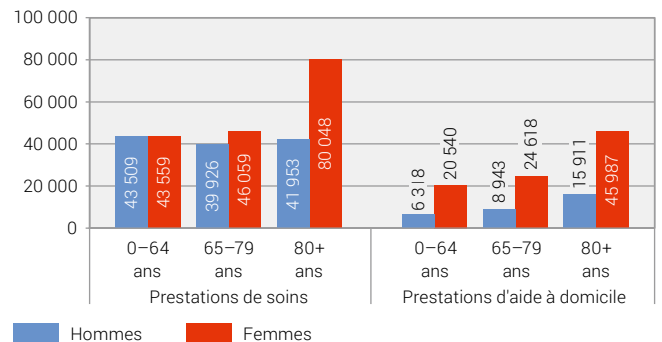
Les services d'aide et de soins à domicile se sont occupés de 350 218 clients en 2017 et ont fourni à ces personnes des prestations totalisant environ 23,4 millions d'heures de travail. 68% de ces dernières étaient des prestations de soins, 27% des prestations d'aide à domicile et 5% des autres prestations (par ex. service social, services de transport, systèmes d'appels d'urgence, etc.) (G5.20). Les femmes étant généralement plus jeunes que leur mari ou compagnon et ayant une espérance de vie plus élevée que celles des hommes, c'est plus souvent, dans un couple, les femmes qui assistent leur partenaire que l'inverse. Il en résulte que, jusqu'à 79 ans, 52% des prestations de soins proposées par les services d'aide et de soins à domicile ont été sollicitées par des femmes; à partir de 80 ans cette proportion passe même à 66%. En ce qui concerne les prestations d'aide à domicile, la part des femmes est encore plus importante en raison du phénomène évoqué ci-dessus, mais aussi de la répartition traditionnelle des rôles: elle se situait à 75% dans la classe d'âge la plus jeune et à 74% chez les 80 ans et plus.

Chaque recours à un type de prestation génère un cas. On comptabilise en moyenne 1,4 cas par personne (total: 482 357 cas). En 2017, le temps moyen investi par cas de prestation de soins variait entre 34 heures (0-64 ans) et 75 heures (80 ans et plus), celui par cas de prestation d'aide à domicile entre 34 et 64 heures (G5.21).

Clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile, en 2017

G5.20

Nombre selon le type de prestation et l'âge



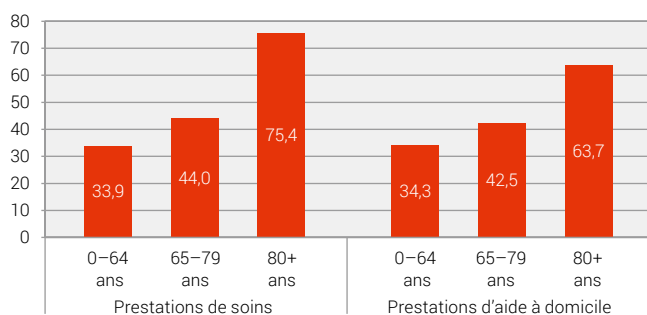
Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© OFS 2019

Volume des prestations des services d'aide et de soins à domicile, selon le type de prestation et l'âge, en 2017

Heures par cliente ou client

G5.21



Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© OFS 2019

Financement

Les pouvoirs publics (cantons et communes) ont financé 42% des prestations d'aide et de soins à domicile. L'assurance obligatoire des soins en a pris en charge 39%, correspondant aux prestations de soins selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance de base, le solde étant financé par d'autres sources (aide à domicile et repas payés directement par les clients, cotisations de membres, dons, etc.). En 2017, le coût facturé par les organisations d'aide et de soins à domicile s'élevait en moyenne à 7011 francs par client, tous types de prestation confondus, contre 4891 francs en 2002.

5.4 Cabinets médicaux et centres ambulatoires

Les cabinets médicaux et les centres ambulatoires sont en première ligne dans la prise en charge médicale de la population. En 2017, ils étaient 17 560 et déployaient leurs activités sur 17 860 sites (points of care). 99% des cabinets et centres ne comptaient qu'un seul site et 88% étaient organisés en entreprise individuelle. Le nombre moyen de médecins actifs varie fortement entre les différentes formes juridiques: il était de 1,2 dans les entreprises individuelles et de 3,7 dans les sociétés anonymes.

Le relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires

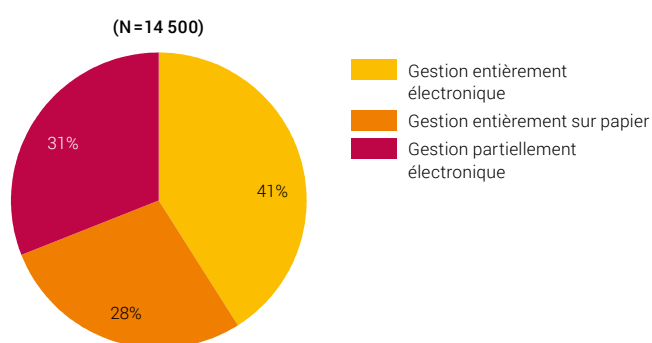
En 2017, 81% des cabinets médicaux et centres ambulatoires avaient réalisé un chiffre d'affaire annuel supérieur à 30 000 francs et disposaient de leur propre infrastructure pour la fourniture des prestations médicales. Dans le cadre du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS), ces entreprises fournissent des informations complètes sur leur situation (informations au niveau de l'entreprise et de ses sites, sur le personnel médical et non-médical). 19% des cabinets médicaux et centres ambulatoires avaient réalisé un chiffre d'affaire annuel inférieur ou égal à 30 000 francs ou ne disposaient pas d'une infrastructure propre. Ces entreprises fournissent des informations réduites (informations au niveau de l'entreprise et sur le personnel médical uniquement).

Offre

Parmi les sites des cabinets médicaux et centres ambulatoires ayant réalisé un chiffre d'affaire supérieur à 30 000 francs et disposant de leur propre infrastructure, 37% pratiquaient la médecine de premier recours (titres de spécialiste: médecine interne générale et pédiatrie; médecin praticien), 49% offraient des prestations de médecine spécialisée et 14% proposaient les deux types de médecine. 72% des sites géraient les dossiers médicaux des patients entièrement ou partiellement de manière électronique (G5.22). Parmi les sites de cabinets médicaux en entreprise individuelle, 28% faisaient partie d'un cabinet de groupe.

Gestion des dossiers médicaux dans les cabinets médicaux¹, en 2017

G5.22



¹ cabinets médicaux et centres ambulatoires avec infrastructure propre et chiffre d'affaire annuel > 30 000 fr.

Source: OFS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

© OFS 2019

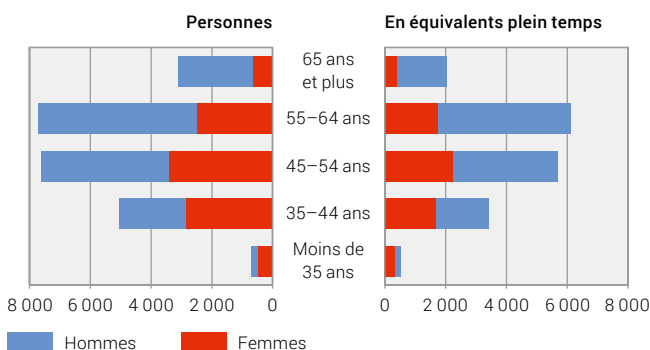
Personnel

24 424 médecins correspondant à 17 774 équivalents plein temps ont été actifs dans les cabinets médicaux et centres ambulatoires en 2017. Leur taux d'activité moyen était de 7,3 demi-journées par semaine.

L'âge moyen des médecins était de 53 ans et 41% d'entre eux étaient des femmes. Plus le groupe d'âge considéré est jeune, plus la part de femmes est importante (G 5.23). À tout âge, le taux d'activité des femmes est plus faible que celui des hommes. Par exemple, les femmes représentaient 56% des médecins âgés de 35 à 44 ans, mais 50% des équivalents plein temps.

Médecins dans les cabinets médicaux¹ selon l'âge et le sexe, en 2017

G 5.23



¹ cabinets médicaux et centres ambulatoires

Source: OFS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

© OFS 2019

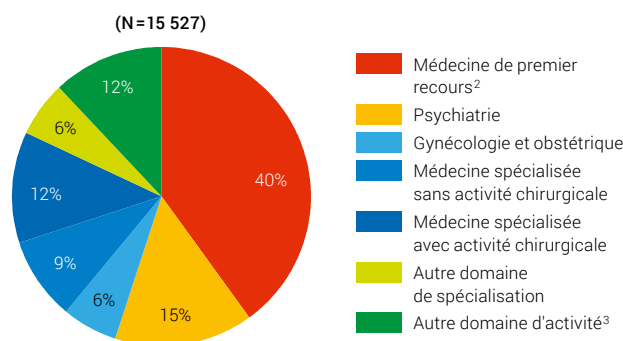
En 2017, la « médecine de premier recours » constituait le domaine d'activité de 40% des médecins, en équivalents plein temps, actifs sur les sites des cabinets médicaux et centres ambulatoires ayant réalisé un chiffre d'affaire supérieur à 30 000 francs et disposant de leur propre infrastructure (G5.24). Pour 15%, c'était la psychiatrie et pour 6% la gynécologie et l'obstétrique. Entre 1990 et 2017, la densité de médecins actifs dans des cabinets médicaux et centres ambulatoires a fortement augmenté, avec un taux passant de 154 à 222 médecins pour 100 000 habitants (G5.25).

L'effectif du personnel non médical des cabinets médicaux et centres ambulatoires atteignait 58 824 personnes en 2017. Avec un taux d'activité moyen de 45%, elles représentaient un total de 26 254 équivalents plein temps. 65% des employés en équivalents plein temps correspondaient à du personnel d'assistance médicale (G 5.26), 19% à du personnel d'autres professions du domaine des soins (physiothérapie, psychothérapie déléguée, etc.) et 16% à du personnel non médical hors du domaine des soins (direction commerciale, administration, entretien, etc.).

Domaine d'activité des médecins dans les cabinets médicaux¹, en 2017

En équivalents plein temps

G 5.24



¹ cabinets médicaux et centres ambulatoires avec infrastructure propre et chiffre d'affaire annuel > 30 000 fr.

² titres de spécialiste: médecine interne générale et pédiatrie; médecin praticien

³ activité principale ne correspondant à aucun titre de formation médicale post-graduée du médecin

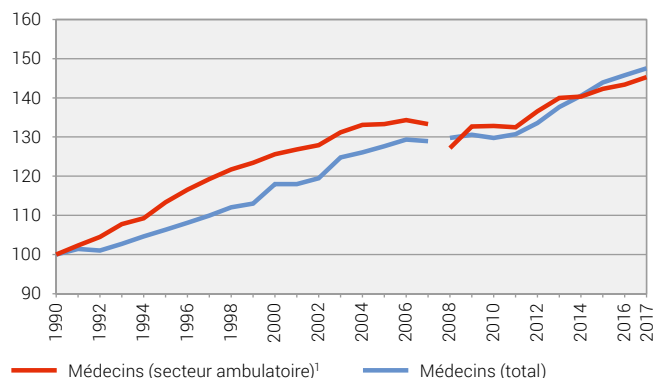
Source: OFS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

© OFS 2019

Évolution du nombre de médecins

Indices du nombre de médecins pour 100 000 habitants, 1990 = 100

G 5.25



¹ changement de méthodologie en 2008

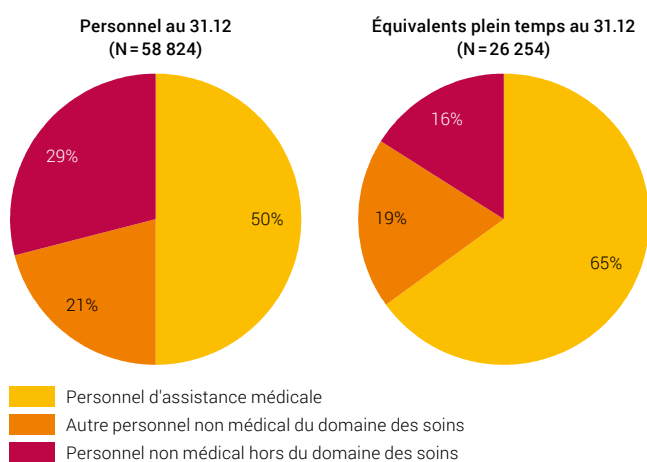
Source: FMH

© OFS 2019

Personnel non médical des cabinets médicaux¹, en 2017

Selon le groupe de professions

G5.26



¹ cabinets médicaux et centres ambulatoires avec infrastructure propre et chiffre d'affaire annuel > 30 000 francs

Source: OFS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) © OFS 2019

Patientèle et recours aux soins

Le nombre médian de patientes et de patients ayant reçu au moins une prestation en 2017 était de 1147 pour les sites pratiquant la médecine de premier recours, de 1006 pour les sites combinant médecine de premier recours et médecine spécialisée et de 531 pour les sites pratiquant uniquement la médecine spécialisée. Les sites de sociétés anonymes traitaient en moyenne deux fois et demie plus de patients (valeur médiane: 2111 patients) que les sites d'entreprises individuelles (valeur médiane: 839 patients).

En 2017, 74% des hommes et 88% des femmes se sont rendus au moins une fois dans un cabinet médical en l'espace de douze mois. La différence entre les sexes s'explique notamment par les visites chez le gynécologue. Le nombre moyen de consultations médicales parmi la population de 15 ans et plus est d'environ 4,3 sur une année (G5.27). Il est influencé par les personnes qui requièrent une prise en charge plus intensive.

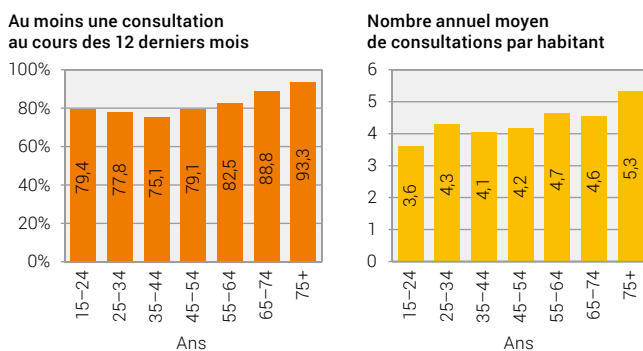
Le plus souvent, les gens s'adressent à un médecin généraliste. En 2017, 71% de la population a consulté au moins une fois un généraliste (G5.28). Le nombre moyen de consultations chez un généraliste est de 2,3 par habitant et il augmente rapidement avec l'âge, surtout à partir de 75 ans. La même année, 43% de la population a consulté un médecin spécialiste (sans compter la gynécologie), l'âge n'ayant ici pas d'influence particulière sur la fréquence des visites. Les personnes sans formation post-obligatoire ont consulté plus souvent des généralistes que les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (78% contre 66%), mais moins fréquemment des spécialistes (41% contre 45%).

Depuis 2002, la proportion des personnes qui consultent au moins un médecin en l'espace de douze mois est demeurée stable. Toutefois, le nombre de celles qui consultent un spécialiste a augmenté ces quinze dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (G5.28).

Consultations chez un médecin, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.27

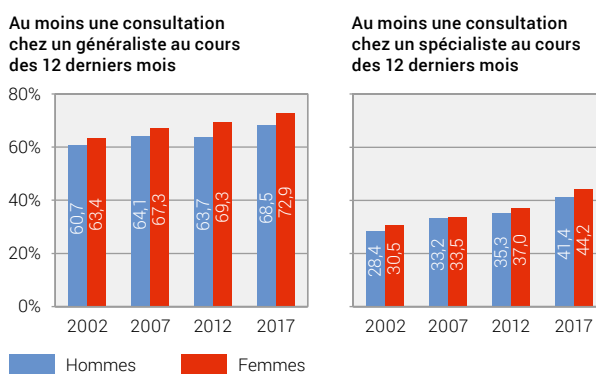


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2019

Consultations chez un généraliste ou un spécialiste

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.28



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2019

Finances

En 2017, les produits des cabinets médicaux organisés en entreprise individuelle s'élevaient à 428 000 francs (médiane), leurs charges atteignant 263 000 francs (médiane). Pour les cabinets médicaux et centres ambulatoires avec autre forme juridique, comme la société anonyme ou la société à responsabilité limitée, ces valeurs médianes étaient respectivement de 1,2 million et de 1 million de francs. Rapportées au nombre de patients traités sur les sites, les charges médianes annuelles s'élevaient à 412 francs par patient dans les cabinets et centres médicaux ne comptant qu'un seul site.

5.5 Autres prestataires

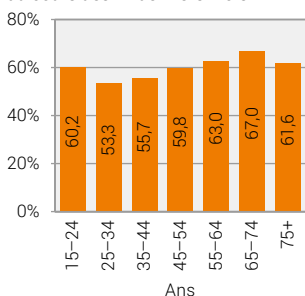
La prise en charge des soins dentaires était assurée en 2017 par 4361 dentistes, ce qui représente une densité moyenne de 51 dentistes pour 100 000 habitants.

Consultations chez un dentiste, en 2017

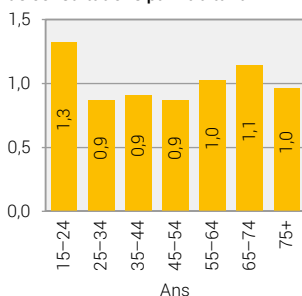
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.29

Au moins une consultation au cours des 12 derniers mois



Nombre annuel moyen de consultations par habitant



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

60% de la population est allée chez le dentiste au moins une fois dans l'année (G5.29), les personnes sans formation post-obligatoire moins souvent que celles ayant une formation du degré tertiaire (53% contre 60%). Par ailleurs, 57% de la population a recouru à des prestations d'un ou d'une hygiéniste dentaire.

Les pharmaciens sont fréquemment sollicités pour des conseils médicaux (G5.30). La population recourt plus rarement aux services de physiothérapeutes ou de psychologues. Toutefois, lorsqu'elle les sollicite, la fréquence de consultation est élevée. Les patients de physiothérapeutes ont consulté en moyenne 12 fois dans l'année, les patients de psychologues 11 fois.

5.6 Aides informelles

Une partie de la population a besoin d'aide en matière de soins ou pour l'accomplissement de tâches de la vie quotidienne. Cette aide contribue à la santé et au bien-être de ces personnes et elle permet, pour une partie d'entre elles, d'éviter un hébergement dans une institution (homes pour personnes âgées, etc.). À côté des services professionnels d'aide et de soins à domicile (→ chapitre 5.3), les proches et les connaissances contribuent, dans des proportions variables, à fournir l'aide nécessaire.

Aide informelle reçue

En 2017, sur une période de 12 mois, 13% de la population (10% des hommes et 15% des femmes) ont reçu pour des raisons de santé de l'aide de parents, connaissances ou voisins. Ce taux ne varie que légèrement jusqu'à 84 ans (G5.31), mais augmente ensuite fortement pour la dernière classe d'âge, atteignant 38% chez les femmes de 85 ans et plus alors qu'il reste à 20% chez les hommes du même âge.

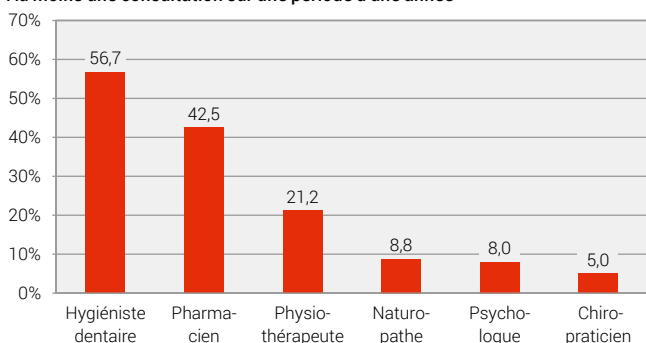
Les bénéficiaires indiquent le plus souvent comme objet de cette aide le ménage (80%), alors qu'ils ne sont que 28% à indiquer recevoir des soins corporels et médicaux. Et 72% disent recevoir une autre aide telle que transport, soutien moral ou tâches administratives (plusieurs réponses possibles). L'entourage familial joue un rôle déterminant: l'aide vient dans 87% des cas du ménage, dans 45% de la famille ou parenté hors ménage, dans 26% de voisins, connaissances ou amis. Et 4% disent en recevoir dans le cadre d'une association, d'une église ou d'une autre organisation.

Consultations chez un autre fournisseur de prestations, en 2017

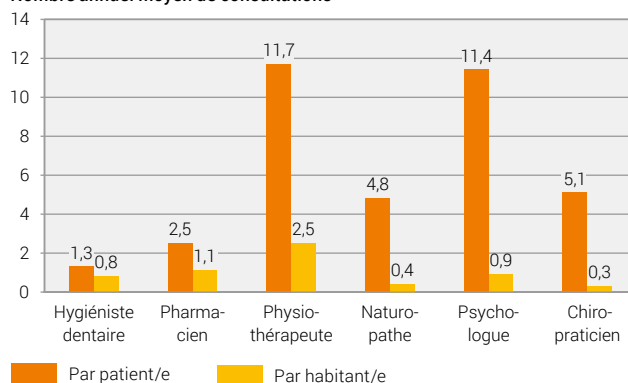
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.30

Au moins une consultation sur une période d'une année



Nombre annuel moyen de consultations



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Aide informelle apportée

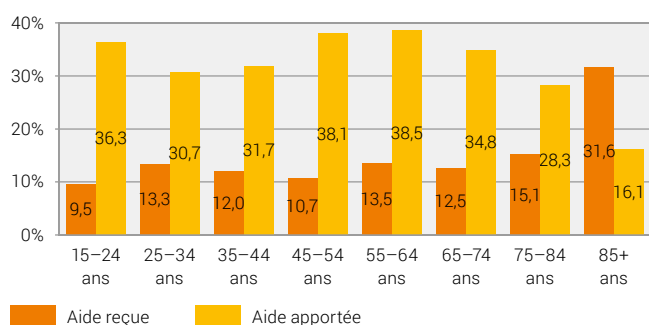
On constate que 17% des hommes et 23% des femmes ont aidé en 2017, au moins une fois par semaine et bénévolement, d'autres personnes, par exemple en rendant visite à des malades, des personnes handicapées ou des personnes âgées, en les aidant dans leur ménage, en leur apportant à manger ou en effectuant des transports. La part des personnes apportant une aide est la plus élevée entre 45 ans et 74 ans (G5.31).

Ce sont la famille et la parenté hors ménage (52%) qui sont le plus souvent mentionnées comme bénéficiaires de l'aide; les personnes à l'intérieur du ménage (34%) viennent ensuite, puis les voisins, connaissances ou amis (30%). 8% des personnes apportant de l'aide déclarent le faire dans le cadre d'une association, d'une église ou d'une autre organisation. L'aide pour le ménage est beaucoup plus fréquente que les soins médicaux et corporels (70% contre 22%). Ces derniers sont prodigués surtout au sein du ménage. Jusqu'à un âge avancé (84 ans), la part des personnes apportant de l'aide est largement supérieure à celle des personnes en recevant.

Aide informelle, en 2017

Sur une période d'une année
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.31



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Aides informelles et soins à domicile

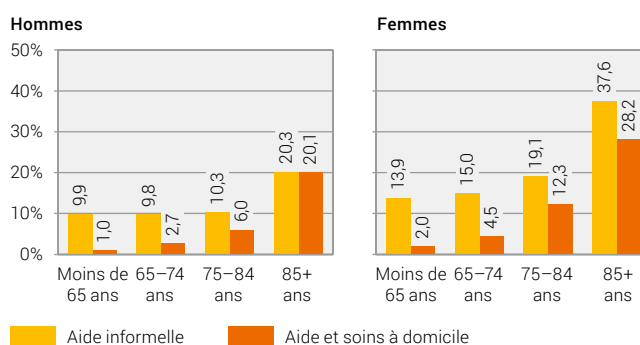
3% de la population font appel aux services d'aide et de soins à domicile. Cette proportion est de 9% parmi les personnes de 75 à 84 ans et de 25% parmi celles de 85 ans et plus (G5.32). Là aussi, cette proportion est plus forte chez les femmes, et elle augmente avec l'âge, particulièrement à partir de 75 ans.

Les prestations des services professionnels d'aide et de soins à domicile ne remplacent pas l'aide informelle: 59% des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également de l'aide informelle. Bénéficier d'une aide informelle n'est pas rare parmi les personnes de moins de 65 ans, contrairement au recours à l'aide et aux soins à domicile (12% contre 1%).

Recours à l'aide informelle et au service d'aide et de soins à domicile, en 2017

Sur une période d'une année
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5.32



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Dépenses de santé

14 Santé

2017^P

En francs

82,5

mrds de francs



12,3%

Par rapport au produit
intérieur brut (PIB)

États-Unis 17,2%

Suisse 12,3%

France 11,5%

Allemagne 11,3%

Autriche 10,3%

Italie 8,9%



Principales prestations

26,5%

Soins curatifs ambulatoires

19,0%

Soins curatifs hospitaliers

19,3%

Soins de longue durée

16,6%

Biens de santé



Principaux fournisseurs

35,2%

Hôpitaux

15,9%

Institutions
médico-sociales

19,8%

Cabinets médicaux et
centres ambulatoires

4,8%

Cabinets dentaires



814 fr.

Dépenses de santé par mois
et par habitant. Elles sont principalement
financées par:

Assurance maladie obligatoire **291 fr.**

Versements directs des ménages **233 fr.**

État et autres financements publics **176 fr.**

Assurances privées **53 fr.**

Autres assurances sociales **50 fr.**

Autre financement privé **11 fr.**

^P données provisoires

Source: OFS – COU

www.statistique.ch

© OFS 2019

gfr-14-01-02-2019

6 Coûts et financement du système de santé

6.1 Coûts du système de santé

Les coûts des prestations du système de santé se sont montés à 82,5 milliards de francs en 2017, ce qui correspondait à 12,3% du produit intérieur brut. Ils ont progressé en moyenne de 3,7% par an depuis 1995, les taux de croissance variant entre 1,4% (2006) et 6,4% (2001). On observe une hausse des coûts quasiment ininterrompue pour tous les types de prestations et la part respective de ces dernières dans le total n'a presque pas changé depuis 2010.

Dépenses de santé par habitant

En 2017, les dépenses de santé par personne domiciliée en Suisse se sont élevées à 814 francs par mois (G6.1). Les quatre grands types de prestations que sont les soins curatifs ambulatoires (216 francs), les soins de longue durée (157 francs), les soins curatifs hospitaliers (155 francs) et les biens de santé (135 francs) absorbent plus des quatre cinquièmes des dépenses totales de santé.

Dépenses de santé selon l'âge et le sexe

Les dépenses de santé augmentent fortement avec l'âge (G6.2). En 2017, les personnes de 61 ans et plus ont occasionné des coûts à peu près aussi élevés que celles de moins de 61 ans, bien que les premières ne représentaient que 22,8% de la population totale. Cet effet est encore plus accentué à un âge avancé: les personnes de 76 ans et plus, qui ne représentent que 7,8% de la population, occasionnent 28,2% des dépenses de santé. On ne peut cependant pas en déduire que la hausse des coûts de santé est due avant tout au vieillissement croissant de la population. La majeure partie des dépenses de santé surviennent en effet, quel que soit l'âge, durant les derniers six mois de vie. Autrement dit, avec l'allongement de l'espérance de vie, on observe aussi une augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé (et donc avec des dépenses de santé comparativement faibles).

En 2017, 56,3% des dépenses de santé étaient imputables aux femmes, et 43,7% aux hommes. Le tableau varie cependant selon les classes d'âge. Chez les enfants et les jeunes jusqu'à 15 ans, les dépenses de santé sont environ 14,9% plus basses chez les filles que chez les garçons, car ces derniers ont une constitution généralement plus faible (cf. la mortalité infantile, par exemple) et sont plus souvent victimes d'accidents. À l'âge de procréer, les

dépenses de santé des femmes augmentent fortement suite aux grossesses et aux accouchements. À l'exception des personnes de 86 ans et plus, la différence des coûts entre les sexes est la plus importante dans la classe d'âge de 31 à 35 ans, soit celle où se situe justement l'âge le plus fréquent auquel les femmes mettent des enfants au monde (32 ans). Cette différence entre les sexes s'amenuise ensuite avec l'âge. Ce n'est qu'à partir de 71 ans que les dépenses de santé sont à nouveau plus élevées chez les femmes, conséquence de leur dominance numérique.

Les dépenses de santé dans le contexte économique général

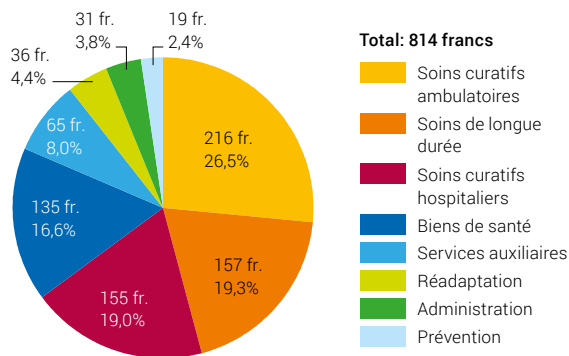
Pour apprécier l'évolution des coûts du système de santé dans un contexte économique général, l'indicateur privilégié est le rapport des dépenses de santé relativement au produit intérieur brut (PIB). Compte tenu de la faible croissance économique dans les années 1990, cet indicateur est passé de 7,8% (1990) à 10,9% en 2004. Le produit intérieur brut ayant à nouveau augmenté plus fortement que les dépenses de santé entre 2005 et 2008, le rapport de ces dernières au PIB est retombée à 10,0% en 2007. Le PIB a reculé de 1,9 point de pourcentage en 2009; le rapport des dépenses de santé est monté par conséquent à 10,8%, pour ensuite se stabiliser jusqu'en 2011. Depuis lors, le rapport des dépenses de santé au PIB augmente en moyenne de 0,2 point de pourcentage par an.

La Suisse occupait en 2017 le deuxième rang dans le classement des pays de l'OCDE établi sur la base de la part des dépenses de santé dans le PIB (G6.3). Cependant, la Suisse arrive aussi au deuxième rang sur le plan de l'espérance de vie (83,6 ans, derrière le Japon avec 84,2 ans). Selon l'OCDE, la Suisse dispose ainsi d'un système de santé performant, de bonne qualité et accessible à tous. Mais l'OCDE souligne aussi que d'autres pays membres arrivent à fournir des prestations de même valeur en matière de santé avec moins de ressources.

Dépenses de santé par habitant, en 2017^P

Francs par mois

G6.1

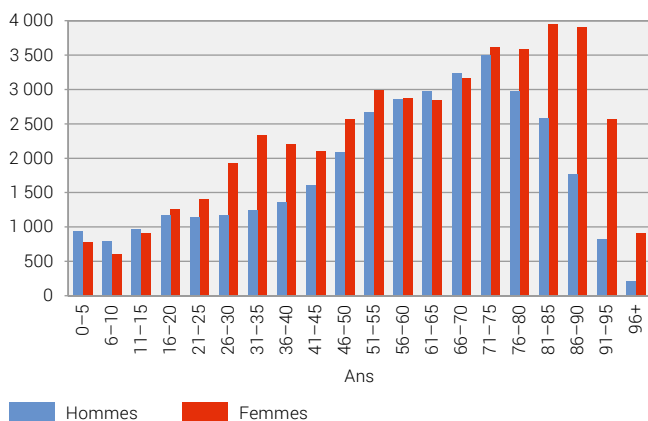
^P données provisoires

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU) © OFS 2019

Dépenses de santé selon la classe d'âge et le sexe, en 2017^P

Millions de francs

G6.2

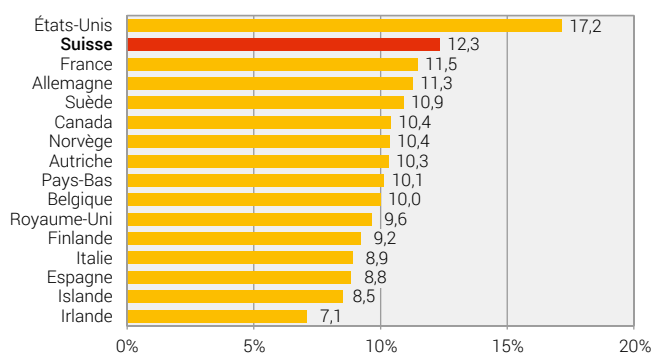
^P données provisoires

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU) © OFS 2019

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, en 2017^P

Dépenses de santé en rapport au produit intérieur brut

G6.3

^P données provisoiresSources: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU); © OFS 2019
OCDE – Statistiques sur la santé 2019

6.2 Financement du système de santé

Les institutions du système de santé sont financées par différents acteurs, notamment par les cantons, les communes, les assurances sociales, les assurances privées et les ménages. Mais les assurances sont elles-mêmes financées par les ménages (primes d'assurance, franchises, quotes-parts), par les entreprises et par les contributions publiques aux primes. L'analyse peut se concentrer sur différents points de cette chaîne de financement.

Financement selon le régime de financement

Dans l'analyse selon le régime de financement, on considère les agents économiques qui paient les prestations des fournisseurs de biens et services de santé. En 2017, la plus grande part (35,8%) a été payée par l'assurance obligatoire des soins, alors que les autres assurances sociales, à savoir l'assurance-accidents, l'AVS, l'AI et l'assurance militaire représentaient avec 6,1% une part nettement plus réduite (G6.4). Les ménages privés sont le deuxième plus important régime de financement, avec une part de 28,6%; les paiements directs des ménages comprennent en particulier leurs participations aux coûts de l'assurance maladie.

La part des pouvoirs publics était en 2017 de 18,1%, dont la majeure partie était supportée par les cantons (15,7%). Ceux-ci accordent des subventions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux et aux organisations d'aide et de soins à domicile, et ils fournissent des services à la population (santé publique, prévention, services de sauvetage). Les assurances privées, avec une part de 6,5%, jouaient un rôle bien moindre. Quant à la part des prestations sous condition de ressources (principalement les prestations complémentaires à l'AVS/AI), elle était de 3,6%, et celle des «autres financements privés» (dons ou legs à des organisations sans but lucratif) de 1,3%. La part de chacun de ces régimes au financement varie fortement selon le type de prestations prises en considération (G6.5). La part des ménages est la plus élevée pour les soins dentaires. La prise en charge en milieu hospitalier est couverte en grande partie par l'État et par l'assurance obligatoire des soins, alors que la prise en charge ambulatoire (par les hôpitaux, les médecins et d'autres prestataires) doit se passer de l'aide de l'État, sauf dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. La prise en charge ambulatoire est par contre financée de manière significative par d'autres assurances sociales et par les assurances privées (sur la base de la loi sur le contrat d'assurance, LCA).

Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement, en 2017^P

G6.5



^P données provisoires

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2019

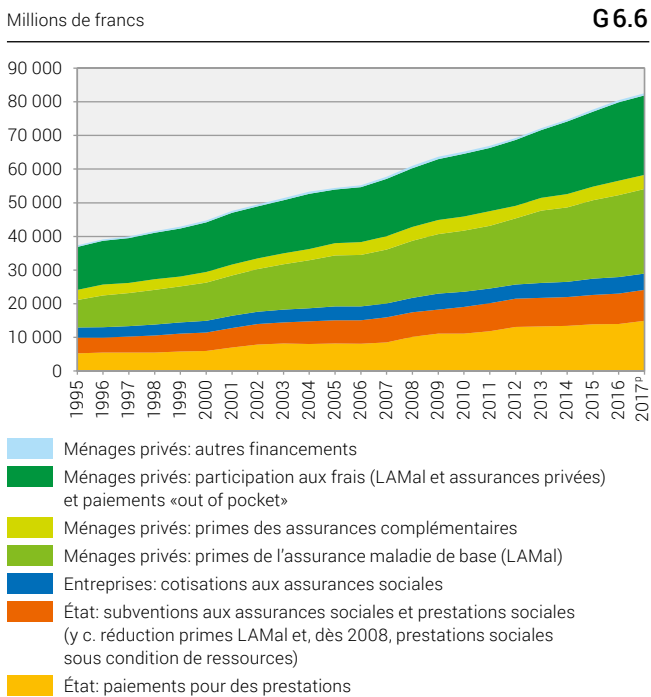
Le financement selon la source de financement

L'analyse selon la source de financement vise à déterminer quelle part du coût du système de santé est finalement supportée par les trois acteurs du circuit économique: l'État, les entreprises et les ménages. Dans ce but, les primes d'assurance-maladie (obligatoire et privée) sont imputées aux ménages, tandis que les prestations de transfert – réductions de primes, aide sociale, prestations complémentaires et allocations pour impotents de l'AVS et de l'AI – sont imputées à l'État (Confédération, cantons).

De ce point de vue, les ménages ont financé, en 2017, 64,9% des dépenses de santé et les pouvoirs publics 29,2% (G6.6). Les entreprises, par leurs contributions à l'assurance-accidents et au financement de l'AVS/AI (cotisations des employeurs, des salariés et des indépendants aux assurances sociales), ont financé 5,9% des coûts de la santé. Proportionnellement, la répartition n'a que peu évolué de 2012 à 2017: la part de l'État a diminué d'un point trois quarts, celle des entreprises d'un quart de point alors que la part des ménages augmentait de deux points de pourcentage.

Financement des dépenses de santé selon la source

G6.6



^P données provisoires

1995–2007: rétropolation / données révisées

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2019

Annexes

7 Abréviations

AI	Assurance-invalidité
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
BPA	Bureau de prévention des accidents
CoD	Statistique des causes de décès
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision
CN	Comptabilité nationale
COU	Statistique du coût et du financement du système de santé
EMS	Établissement médico-social
ESPA	Enquête suisse sur la population active
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population (1981 – 2010)
ESS	Enquête suisse sur la santé
FMH	Fédération des médecins suisses
IMC	Indice de masse corporelle
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MS	Statistique médicale des hôpitaux
NICER	Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFROU	Office fédéral des routes
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSP0	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
RCT	Registres cantonaux des tumeurs
RSCE	Registre suisse du cancer de l'enfant
SILC	Revenus et conditions de vie en Suisse
SNC	Swiss National Cohort
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
SSAA	Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents
SSO	Société suisse des médecins-dentistes
StatLPMA	Statistique de la procréation médicalement assistée
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise

8 Glossaire

Années potentielles de vie perdues

Indicateur de mortalité prématurée. Il se réfère à tous les décès ayant eu lieu avant un âge de décès théorique, fixé à 70 ans, et il se calcule en faisant la somme des différences entre l'âge du décès et cet âge théorique. Il peut aussi être exprimé sous forme de taux.

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques recouvrent un ensemble de troubles ou maladies consécutives à un arrêt ou une réduction de l'irrigation sanguine du muscle cardiaque, en lien généralement avec l'athérosclérose des artères coronaires. Elles se traduisent par différents syndromes : syndromes coronaires aigus et infarctus du myocarde, angine de poitrine, atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Comorbidité

Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Congénital

Présent à la naissance, dont l'origine se situe dans la vie intra-utérine.

Décès (cause de)

Maladie ou cause externe principalement responsable de la mort d'une personne. Le codage des causes de décès est effectué conformément à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision (CIM-10).

Dépistage (ou diagnostic) prénatal

Techniques médicales ayant pour but de détecter une éventuelle affection grave de l'embryon ou du fœtus dans le ventre de sa mère. On distingue les dépistages par échographie et les analyses génétiques.

Diagnostiques principaux et secondaires

Dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, est considérée comme diagnostic principal l'affection qui, au terme d'une hospitalisation, a essentiellement justifié le traitement et les examens prescrits. Des diagnostics secondaires peuvent être indiqués pour les comorbidités. Le codage des diagnostics s'effectue par groupe de maladies et organes spécifiques, répartis entre 21 chapitres (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes, dixième révision [CIM-10]).

Durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de cas d'hospitalisation.

Emplois en équivalents plein temps

Les emplois en équivalents plein temps résultent de la conversion du volume de travail (mesuré en termes d'occupation ou d'heures de travail) en emplois à plein temps. Le nombre d'emplois en équivalents plein temps se définit comme le nombre total d'heures travaillées divisé par la moyenne annuelle des heures travaillées dans les emplois à plein temps.

Espérance de vie

Nombre moyen des années (restantes) à vivre, compte tenu des taux actuels de mortalité pour l'âge considéré.

Espérance de vie en bonne santé

Nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie comme un état de santé auto-évalué bon ou très bon. Cet indicateur combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Il est très sensible aux différences méthodologiques, même minimes.

Forceps

Instrument en forme de pinces à branches séparables (cuillères) servant à saisir la tête de l'enfant pour en faciliter l'expulsion lors de certains accouchements.

Franchise

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la franchise correspond au montant annuel des prestations que la personne assurée doit entièrement prendre à sa charge, avant que l'assurance ne commence à rembourser les prestations. Le montant minimal de la franchise est de 300 francs par an pour les adultes. Les caisses maladie peuvent proposer des franchises plus élevées (jusqu'à 2500 francs).

Gradient social

L'OMS parle de gradient social pour désigner la relation entre position socio-économique et état de santé, les personnes avec la situation sociale la plus défavorable étant en règle générale en moins bonne santé.

Grandes régions

À des fins statistiques, la Suisse est divisée en sept grandes régions: région lémanique (Vaud, Valais, Genève), Espace Mittelland (Berne, Fribourg, Soleure, Neuchâtel, Jura), Suisse du Nord-Ouest (Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie), Zurich, Suisse orientale (Glaris, Schaffhouse, Appenzell Rh.-Ext., Appenzell Rh.-Int., Saint-Gall, Grisons, Thurgovie), Suisse centrale (Lucerne, Uri, Schwytz, Obwald, Nidwald, Zoug) et Tessin.

Hormonothérapie de substitution

Traitement hormonal ayant généralement pour objectif de limiter les troubles liés à la ménopause.

Incidence

Fréquence des nouveaux cas d'une maladie dans une population définie et durant une période donnée. L'incidence des cancers est souvent exprimée sous forme de taux annuels pour 100 000 habitants.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Les personnes sont interrogées sur leur capacité (sans aide) à: a) manger, b) se coucher, sortir du lit et se lever d'un fauteuil, c) s'habiller et se déshabiller, d) aller aux toilettes et e) prendre un bain ou une douche. Les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, avec quelque difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète).

Limitations fonctionnelles

Les personnes sont interrogées sur leur capacité à: a) lire un livre ou un journal [ou regarder la télévision], y compris avec des lunettes (vue), b) suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes, y compris avec un appareil auditif (ouïe), c) marcher seules, sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodées (locomotion) ou d) parler (parole). À ces questions, les personnes peuvent répondre: «oui, sans difficulté» (pas de limitation), «oui, sans trop de difficulté» (limitation légère), «oui, mais avec beaucoup de difficulté» (limitation importante) ou «non» (limitation complète). Pour la locomotion, les réponses possibles sont: «200 mètres ou plus» (pas de limitation), «plus de quelques pas mais moins de 200 mètres» (limitation faible), «seulement quelques pas» (limitation importante) et «je ne peux pas me déplacer» (limitation complète).

Médiane

La médiane ou valeur centrale partage l'ensemble des valeurs observées (et ordonnées selon leur grandeur) en deux moitiés de taille égale, l'une comprenant les valeurs supérieures à la médiane, l'autre les valeurs inférieures à celle-ci. À la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes.

Mortalité

Fréquence des décès dans une population définie durant une période donnée (ou pour des causes spécifiques).

Nationalité (regroupement des pays)

Les pays d'origine des personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse sont regroupés en quatre régions: *Europe du Nord et de l'Ouest*: Allemagne, Autriche, France, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Irlande, Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Monaco; *Europe du Sud-Ouest*: Portugal, Espagne, Italie, Vatican, Malte, Saint-Marin; *Europe du Sud-Est et de l'Est*: Turquie, Serbie, Croatie, Slovénie, Bosnie et Herzégovine, Monténégro, Macédoine, Kosovo, Albanie, Grèce, Chypre, Bulgarie, Roumanie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Hongrie, Slovaquie, Rép. Tchèque, Moldavie, Russie, Ukraine, Biélorussie; *Hors Europe*: tous les pays hors Europe.

Niveau de formation

Le niveau de formation atteint peut être classé en trois grandes catégories: scolarité obligatoire (correspondant, en règle générale, à neuf années de scolarité, regroupant l'enseignement du degré primaire et celui du degré secondaire I), secondaire II (filiales de formation professionnelle débouchant sur un diplôme ou un certificat fédéral de capacité, filiales de formation générale: maturité gymnasiale, école de culture générale) et tertiaire (hautes écoles universitaires, hautes écoles spécialisées, formation professionnelle supérieure).

Personnes handicapées au sens de la loi sur l'égalité

L'OFS définit les «Personnes handicapées au sens de la loi sur l'égalité» comme les personnes qui ont un problème de santé durable et qui se disent limitées (fortement ou pas fortement) dans les activités de la vie ordinaire. La loi fédérale sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand) décrit le handicap comme les limitations et restrictions qu'une personne rencontre dans sa pleine participation à la vie sociale en raison d'une déficience ou d'un problème de santé de longue durée. Cette définition repose sur une conception sociale du handicap («je ne peux pas me déplacer librement»), qui est différente de la conception médicale («je suis paraplégique») et de la notion d'invalidité («ma santé m'empêche de gagner normalement ma vie»). Dans cette conception, c'est la personne elle-même qui peut le mieux dire si elle est handicapée ou pas.

Privation matérielle

Les privations matérielles permettent de mesurer l'exclusion sociale en termes absolus, contrairement au risque de pauvreté, calculé sur la base d'un seuil relatif. On parle de privation matérielle lorsque le ménage dans lequel vit la personne interrogée présente, pour des raisons financières, au moins trois des neuf éléments suivants: au moins un arriéré de paiement; incapacité à faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2500 francs dans un délai d'un mois, à partir une semaine en vacances au moins une fois par an, à s'offrir un repas complet un jour sur deux, à chauffer convenablement son logement; incapacité à s'offrir un lave-linge, un téléviseur, un ordinateur ou une voiture. Lorsque le ménage présente au moins quatre éléments, on parle de privation matérielle sévère.

Procréation médicalement assistée (PMA)

Techniques médicales visant à permettre à des couples de concevoir un enfant. Celles-ci comprennent notamment : la stimulation de l'ovulation, l'insémination artificielle (avec le sperme du conjoint ou d'un donneur), la fécondation extra-utérine.

Produit intérieur brut (PIB)

Le produit intérieur brut (PIB) est l'agrégat de référence mesurant l'activité économique. Il correspond à la somme des valeurs ajoutées créées par les différents agents économiques résidents, augmentée des impôts moins les subventions sur les produits. Le PIB est calculé à prix courants et aux prix de l'année précédente. Son évolution aux prix de l'année précédente correspond à la croissance économique.

Quote-part

Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les personnes assurées doivent prendre à leur charge 10% des frais dépassant la franchise, jusqu'à concurrence d'un montant de 700 francs par an pour les adultes (350 francs pour les enfants de moins de 18 ans).

Risque de pauvreté

Au niveau international, le calcul du taux de risque de pauvreté est établi sur la base de seuils «relatifs». Sont considérées comme à risque de pauvreté les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières (sans le stock de fortune) sont sensiblement inférieures au niveau habituel des revenus dans le pays considéré. Le seuil du risque de pauvreté est, au niveau de l'Union européenne, fixé par convention à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent. On parle de risque de pauvreté sévère lorsque ce seuil est fixé à 50% de la médiane du revenu disponible équivalent.

Survie relative à 5 ans

Taux de survie, 5 ans après le diagnostic de cancer, par exemple, estimé en tenant compte des décès intervenant dans la population générale à chaque âge de la vie.

Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de personnes ou de cas traités, selon le domicile, rapporté à la population du canton.

Taux standardisé

Taux recalculé en admettant que la population étudiée présente la structure par âge d'une population type. Cela permet de comparer la mortalité entre populations ou d'observer son évolution sur de longues périodes, en neutralisant les différences dues à la structure par âge résultant, par exemple, du vieillissement de la population. Les populations types habituellement utilisées correspondent à une moyenne européenne ou mondiale.

Traitement ambulatoire en milieu hospitalier

Examen ou traitement d'une durée inférieure à 24 heures sans séjour dans un lit d'un établissement de soins hospitaliers. Les dialyses et les traitements par rayons sont considérés comme des traitements ambulatoires.

Traitement hospitalier

Traitement, examen ou soins pendant au moins 24 heures avec séjour dans un lit d'un hôpital. Les urgences aboutissant à une hospitalisation, les transferts dans un autre hôpital et les décès survenus au cours des 24 heures suivant l'admission sont aussi considérés comme des traitements hospitaliers.

Trisomie

Anomalie chromosomique où au moins une des paires de chromosomes est un triplet. La trisomie la plus fréquente, appelée trisomie 21 ou syndrome de Down, concerne la 21^e paire de chromosomes.

Ventouse (obstétricale)

Ventouse en plastique ou en métal placée sur la tête de l'enfant afin de le guider pour faciliter sa progression lors de certains accouchements.

9 Enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé¹

Coûts et financement du système de santé (COU)

La statistique du coût et du financement du système de santé (COU) est une statistique de synthèse. Elle utilise toutes les données disponibles pour estimer les flux monétaires de production, de dépense et de financement des biens et services de santé en Suisse durant une année. Les coûts sont ventilés par prestation et par fournisseur de biens et services. Le financement est analysé selon le régime et la source de financement. La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 2010 selon le nouveau modèle et elles ont été rétropolées pour les années antérieures.

Données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA)

Les données sur les patients du secteur ambulatoire des hôpitaux et des maisons de naissance portent sur l'ensemble des prestations ambulatoires facturées par ces établissements. Le relevé exhaustif et obligatoire porte sur le détail des prestations facturées, incluant notamment les données socio-démographiques du patient, le garant, les diagnostics établis, la structure tarifaire appliquée. Les données sont disponibles depuis 2015.

Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

Le statistique MAS est une enquête exhaustive obligatoire. Elle cherche à décrire la structure, le fonctionnement et les ressources des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Le questionnaire porte sur les sites, leur équipement et l'offre de formation, ainsi que sur les charges et les produits financiers des cabinets. Les données des médecins concernent leur âge, sexe, formation et taux d'activité. Les données sont disponibles depuis 2015.

Statistique nationale sur le cancer (SNC)

La Statistique nationale sur le cancer (SNC) est une statistique de synthèse. Elle délivre des informations sur l'état et l'évolution de la mortalité et de l'incidence du cancer en Suisse, globalement et par localisation cancéreuse. Les données relatives à la mortalité se basent sur la statistique des causes de décès. Celles concernant l'incidence reposent, d'une part, pour les enfants de 0 à 15 ans sur les données du Registre suisse du cancer de l'enfant (RSCE) fondé en 1976, d'autre part, sur les données des 14 registres cantonaux et intercantonaux des tumeurs, centralisées par l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER) et extrapolées à l'échelle de la Suisse.

Des registres existent dans les cantons suivants: AG (2013), AI/AR (1980), BE (2014), BS/BL (1981), FR (2006), GE (1970), GL (1992), GR (1989), JU (2005), LU (2010), NE (1974), OW/NW (2011), SG (1980), TG (2012), TI (1996), UR (2011), VD (1974), VS (1989), ZG (2011) et ZH (1980). La statistique est annuelle. Les données sont disponibles depuis 1983 auprès de NICER et depuis 1998 auprès de l'OFS.

Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est une enquête par échantillonnage. Depuis 2010, elle fait partie des enquêtes thématiques du recensement de la population. Elle porte sur l'état de santé de la population, les comportements et l'environnement social qui peuvent l'influencer, sur le recours aux services de santé ainsi que sur les conditions d'assurance. Elle est souvent sur ces sujets la seule source de données représentatives à l'échelle nationale. L'enquête est menée auprès de la population âgée de 15 ans et plus, vivant en ménage privé et disposant d'un raccordement téléphonique. Elle se compose d'une interview téléphonique, suivie d'un questionnaire écrit. L'ESS a lieu tous les cinq ans. Les données sont disponibles depuis 1992. Les données les plus récentes datent de 2017 (22 134 personnes interrogées).

Revenus et conditions de vie en Suisse (SILC)

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) est, depuis 2007, une enquête de l'Office fédéral de la statistique (OFS), portant sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Suisse. Cette enquête a pour objectif d'étudier la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen. Elle se base en Suisse sur un échantillon aléatoire d'environ 8000 ménages et 18 000 personnes.

Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

La statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle concerne les organisations de droit public et de droit privé à but non lucratif ainsi que, depuis 2010, les organisations de droit privé à but lucratif et les infirmiers et infirmières indépendants. Les informations récoltées portent sur la forme juridique des organisations, l'offre de prestations, le domaine d'activité, l'effectif et la structure des emplois et de la clientèle, ainsi que les comptes d'exploitation. L'enquête est réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 2007; auparavant, elle était effectuée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998.

¹ réalisées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), sauf mention contraire

Statistique des causes de décès (CoD)

La statistique des causes de décès (CoD) est un relevé exhaustif obligatoire, basé sur les indications des offices d'état civil (registres d'état civil) et les déclarations de décès rendues par les médecins. Elle renseigne sur l'évolution de la mortalité en Suisse et sur les causes de décès. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1876, sous forme électronique depuis 1969. Depuis 1995, le codage des causes de décès se fait sur la base de la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10), succédant à la CIM-8.

Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux (KS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle vise à décrire l'infrastructure et les activités des hôpitaux et des maisons de naissance suisses selon les points de vue suivants: type d'établissement, prestations offertes et fournies, infrastructure, effectif du personnel, comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997. Le relevé a été partiellement révisé en 2010, ce qui limite la comparabilité avec les années antérieures.

Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle cherche à décrire l'infrastructure et les activités des institutions suivantes: maisons pour personnes âgées, établissements médico-sociaux, institutions pour personnes handicapées et pour personnes dépendantes, établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux. L'enquête porte sur les infrastructures, les prestations, la structure de la population hébergée et du personnel assurant son accompagnement ainsi que sur les comptes d'exploitation. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 1997. Le relevé relatif aux institutions pour personnes handicapées et pour personnes dépendantes ainsi qu'aux établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux couvre l'ensemble des cantons jusqu'en 2015 uniquement.

Statistique des interruptions de grossesse

La statistique des interruptions de grossesse est une enquête exhaustive établie sur la base des indications communiquées par les médecins (obligation d'annonce). Elle offre un aperçu général des interruptions de grossesse en Suisse. Les données sont disponibles depuis 2004.

Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La statistique médicale des hôpitaux (MS) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle recueille des informations sociodémographiques (âge, sexe et région de domicile des patients), des données administratives, comme le type d'assurance, ainsi que des informations médicales relatives aux diagnostics posés (principaux et secondaires) et aux traitements effectués. Le relevé est effectué par chaque hôpital ou clinique. Il est annuel. Les données sont disponibles depuis 1998. Dans cette publication, lorsqu'il est question de diagnostics, seuls les principaux sont pris en compte, sauf mention contraire.

Statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA)

La statistique de la procréation médicalement assistée (StatLPMA) est une enquête exhaustive obligatoire. Elle porte sur le nombre de traitements par procréation médicalement assistée et sur le nombre d'embryons surnuméraires. Elle informe également sur le résultat des traitements et l'issue des grossesses. Elle est basée sur les données communiquées par les médecins. Le relevé est annuel. Les données sont disponibles depuis 2002.

Programme des publications de l'OFS

En tant que service statistique central de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public. Il utilise plusieurs moyens et canaux pour diffuser ses informations statistiques par thème.

Les domaines statistiques

- 00 Bases statistiques et généralités
- 01 Population
- 02 Espace et environnement
- 03 Travail et rémunération
- 04 Économie nationale
- 05 Prix
- 06 Industrie et services
- 07 Agriculture et sylviculture
- 08 Énergie
- 09 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Mobilité et transports
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Sécurité sociale
- 14 Santé
- 15 Éducation et science
- 16 Culture, médias, société de l'information, sport
- 17 Politique
- 18 Administration et finances publiques
- 19 Criminalité et droit pénal
- 20 Situation économique et sociale de la population
- 21 Développement durable, disparités régionales et internationales

Les principales publications générales

L'Annuaire statistique de la Suisse



L'Annuaire statistique de la Suisse de l'OFS constitue depuis 1891 l'ouvrage de référence de la statistique suisse. Il englobe les principaux résultats statistiques concernant la population, la société, l'État, l'économie et l'environnement de la Suisse.

Le Mémento statistique de la Suisse



Le mémento statistique résume de manière concise et attrayante les principaux chiffres de l'année. Cette publication gratuite de 52 pages au format A6/5 est disponible en cinq langues (français, allemand, italien, romanche et anglais).

Le site Internet de l'OFS: www.statistique.ch

Le portail «Statistique suisse» est un outil moderne et attrayant vous permettant d'accéder aux informations statistiques actuelles. Nous attirons ci-après votre attention sur les offres les plus prisées.

La banque de données des publications pour des informations détaillées

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, vous pouvez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch). www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Catalogues et banques de données → Publications

Vous souhaitez être parmi les premiers informés?



Abonnez-vous à un Newsmail et vous recevrez par e-mail des informations sur les résultats les plus récents et les activités actuelles concernant le thème de votre choix. www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB: la banque de données statistiques interactive



La banque de données statistiques interactive vous permet d'accéder simplement aux résultats statistiques dont vous avez besoin et de les télécharger dans différents formats. www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Suisse: la banque de données régionale avec ses cartes interactives



L'atlas statistique de la Suisse, qui compte plus de 4500 cartes, est un outil moderne donnant une vue d'ensemble des thématiques régionales traitées en Suisse dans les différents domaines de la statistique publique. www.statatlas-suisse.admin.ch

Pour plus d'informations

Centre d'information statistique

058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

Cette publication donne un aperçu des données statistiques sur le thème de la santé. Elle présente en particulier les principaux résultats de la dernière enquête suisse sur la santé, réalisée en 2017. Elle traite des conditions cadre et des déterminants qui influencent l'état de santé, de la santé de la population et du recours aux soins, du système de santé, de son coût et des modalités de son financement. Les données des graphiques sont mises à disposition sous forme électronique sur la page de la publication du portail Statistique suisse (www.health-stat.admin.ch).

En ligne

www.statistique.ch

Imprimés

www.statistique.ch

Office fédéral de la statistique

CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch

tél. 058 463 60 60

Numéro OFS

1291-1900

ISBN

978-3-303-14313-1

La statistique www.la-statistique-compte.ch
compte pour vous.