



edition obsan

Troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne



Données statistiques
et évaluation des résultats

Editeur:
Observatoire suisse de la santé

sur mandat de la Direction de la santé publique
et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Auteurs

- Claudia König, Markus Lamprecht et Hanspeter Stamm, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zurich
- Marc Bühlmann, Institut de sciences politiques de l'Université de Berne, et Fritz Sager, Bureau Vatter de recherches et de conseil en politique
- Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbunn, Observatoire suisse de la santé
- Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker, Institut de psychologie de l'Université de Berne
- Nicole Bachmann, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, et Daniel Zahnd, Office fédéral de la santé publique

Groupe de pilotage

- Dominik Schorr, médecin cantonal, Bâle-Campagne
- Johann Christoffel, Service cantonal de la statistique, Bâle-Campagne
- Annalis Marty-Nussbaumer, médecin cantonal, Lucerne
- Gian Antonio Paravicini, Service cantonal de la statistique, Lucerne
- Hanspeter Vogler, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Lucerne
- Nicole Bachmann, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Division d'évaluation scientifique
- Gaudenz Bachmann, Direction de la santé du canton de St-Gall
- Thomas Steffen, Direction de la santé du canton de Bâle-Ville, division Promotion de la santé et prévention

Coordination

Andrea Zumbunn, Jean-Luc Heeb, Maik Roth, Observatoire suisse de la santé

Traduction

Bureau mimetis, www-mimetis.ch

Renseignements

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Division d'évaluation scientifique

Rathausgasse 1, 3011 Berne

Tél. 031 633 79 51 – Fax 031 633 79 53

e-mail: info.awa.gs@gef.be.ch

Informations sur les données statistiques cantonales

Office fédéral de la statistique (OFS), Enquête suisse sur la santé 2002 – Tableaux standard cantonaux, www.statistik.admin.ch

Edition

Observatoire suisse de la santé

Troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne, sur mandat

de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

Données statistiques et évaluation des résultats

Edition Obsan

ISBN 13 : 978-3-907872-28-4

ISBN 10 : 3-907872-28-2

© 2005 Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, www.obsan.ch

Graphisme et mise en page: Ritz & Häfliger Visuelle Gestaltung, www.ritz-haefliger.ch

Table des matières

Préface	3	2.4 Mortalité et causes de décès	39
Condensé	5	2.4.1 La mortalité générale dans le canton de Berne	40
1 Introduction	9	2.4.2 Principales causes de décès	41
1.1 Objectifs	9	2.4.3 Aperçu des résultats	43
1.2 Base de données	10	2.5 Résumé	44
1.3 Considérations générales	11	3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé	47
1.4 Caractéristiques culturelles et structurelles du canton de Berne	13	3.1 Attention portée à la santé	47
1.4.1 Contexte culturel	13	3.2 Activité physique	48
1.4.2 Contexte sociostructurel et sociodémographique	13	3.3 Alimentation	51
1.4.3 Ressources du système de santé	14	3.3.1 Attention portée à l'alimentation	51
2 Etat de santé	17	3.3.2 Habitudes alimentaires	53
2.1 Santé physique	17	3.4 Consommation de médicaments	53
2.1.1 Etat de santé général	17	3.5 Consommation de tabac	55
2.1.2 Troubles physiques	21	3.6 Consommation d'alcool	58
2.1.3 Incapacités temporaires	24	3.7 Consommation de drogues illégales chez les jeunes	60
2.1.4 Facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques	25	3.7.1 Cannabis	60
2.1.5 Accidents	30	3.8 Consommation de drogues dures	62
2.1.6 Vertiges et chutes	31	3.9 Résumé	64
2.1.7 Handicaps dans les activités de la vie quotidienne	31	4 Conditions de logement, situation professionnelle et peur de la violence	65
2.2 Santé psychique	32	4.1 Nuisances à la maison	65
2.2.1 Equilibre psychique	33	4.2 Nuisances au travail	67
2.2.2 Bien-être psychique	34	4.3 Peur de perdre son emploi et d'être au chômage	71
2.2.3 Qualité du sommeil	34	4.4 Peur de la violence	74
2.2.4 Sentiment d'avoir le contrôle de sa vie	36		
2.3 Bien-être social	38		
2.3.1 Sentiment de solitude	38		

4.5	Résumé	76	7.5	Proportions des principaux motifs d'hospitalisation au cours de la vie	112
5	Analyses de corrélation	78	7.5.1	Analyse du nombre d'hospitalisations	112
5.1	Santé physique, psychique et sociale	78	7.5.2	Analyse du nombre de journées d'hospitalisation	114
5.2	Comportements influant sur la santé	82	7.6	Résumé	116
5.3	Etat de santé et comportement face à la santé	87	8	Bibliographie	118
5.4	Résumé	90	9	Annexe	123
6	Santé et styles de vie des adolescents de 11 à 20 ans: quelques résultats des études HBSC et SMASH	91	9.1	Annexe au chapitre 1: Enquête suisse sur la santé	123
6.1	Deux études sur la santé des adolescents âgés de 11 à 20 ans	91	9.1.1	Description de l'échantillon	123
6.2	Etat de santé subjectif, alimentation et activité physique	92	9.1.2	Saisie des données	123
6.3	Surcharge pondérale chez les enfants et les adolescents, problème de santé majeur à l'horizon	95	9.1.3	Pondération des données	124
6.4	Consommation de médicaments, de tabac, d'alcool et de cannabis	97	9.1.4	Exploitation des données	124
6.5	Environnement social	100	9.2	Annexe au chapitre 2.4: mortalité et causes de décès	125
6.6	Résumé	102	9.3	Annexe au chapitre 6: santé et styles de vie des adolescents de 11 à 20 ans	126
7	Hospitalisations de la population bernoise: une analyse fondée sur la statistique médicale de l'OFS	104	9.3.1	Tirage de l'échantillon et représentativité	126
7.1	Introduction	104	9.4	Annexe au chapitre 7: hospitalisations de la population bernoise	126
7.2	Survol du paysage hospitalier bernois	105	9.4.1	Remarques sur la méthode	126
7.3	La population bernoise à l'hôpital	107	9.4.2	Brève description du système CCS	128
7.4	Analyse des principaux motifs d'hospitalisation	109	9.4.3	Calcul des taux de prévalence	128
7.4.1	Chapitre de diagnostics: maladies de l'appareil circulatoire	109	Auteurs:		
7.4.2	Chapitre de diagnostics: tumeurs (cancers)	110	Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zurich): chapitres 1.3, 2 (sans le 2.4), 3, 4 et 5		
7.4.3	Chapitre de diagnostics: lésions traumatiques et empoisonnements	111	Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Observatoire de la santé): chapitres 1.1 et 1.2		
			Marc Bühlmann, Fritz Sager (Bureau Vatter, Berne): chapitre 1.4		
			Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Observatoire de la santé): chapitre 2.4		
			Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker (Institut de psychologie de l'Université de Berne) et les chercheurs ayant collaboré aux études «SMASH 2002» et «HBSC 2002»: chapitre 6		
			Nicole Bachmann (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne), Daniel Zahnd (Office fédéral de la santé publique): chapitre 7		

Préface

Avant-propos du Directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale

Le rapport sur la santé est un outil décisionnel précieux pour la politique sanitaire, car il fournit à intervalles réguliers – tous les cinq ans – des informations sur la santé de la population bernoise, toutes catégories d'âges confondues. Il est en effet capital, pour prendre des mesures efficaces, de connaître l'état de santé des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées. A cette fin, il importe de savoir si les uns et les autres se nourrissent correctement, si les aînés connaissent leur tension artérielle, si la proportion de personnes redoutant les actes de violence augmente, ou encore si certains groupes de population sont particulièrement fragiles.

Ce document donne également des indications sur les personnes en bonne santé, ce qui présente un intérêt fondamental: en sachant comment elles se comportent aujourd'hui, à quelles nuisances elles sont exposées et comment elles les supportent, il est possible de se faire une idée précise de l'évolution future de la santé de la population bernoise.

Concrètement, il permet de répondre aux questions suivantes:

- Quels sont les principaux problèmes de santé actuels?
- Comment éviter que des problèmes inquiétants comme la surcharge pondérale ne prennent de l'ampleur?
- Dans quels domaines de la prévention faut-il investir en priorité, vu la précarité des finances publiques?

Il est fait état, dans le troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne, de quelques résultats réjouissants. Pour n'en citer que deux: la mortalité a nettement reculé au cours des 20 dernières années dans toutes les classes d'âge et la consommation de substances nocives pour la santé est modérée chez la majorité des adultes.

Le rapport met toutefois aussi en évidence plusieurs aspects préoccupants.

Surcharge pondérale: près de la moitié des adultes de sexe masculin présentent un excès de poids; par ailleurs, la proportion d'enfants et d'adolescents ayant un poids normal ne cesse de diminuer, ce qui est imputable notamment au fait qu'ils se nourrissent mal et bougent de moins en moins.

Fumée et abus d'alcool chez les élèves: la consommation de tabac et d'alcool chez les enfants et adolescents en âge scolaire est importante. Si cette génération maintient son style de vie, le nombre de personnes victimes de maladies chroniques (p. ex. maladies cardiovasculaires) et, partant, de décès prématurés va augmenter, en particulier chez les femmes.

Santé psychique: le fait que le taux de suicides soit particulièrement élevé chez les hommes, que les maladies psychiques soient à l'origine d'environ un cinquième des journées d'hospitalisation et qu'une proportion importante de jeunes filles souffrent de stress et de troubles émotionnels au point d'avoir besoin d'aide est inquiétant.

Une chose est sûre, l'évolution future de la santé physique et de l'équilibre psychique de la population bernoise ne dépend pas uniquement des individus eux-mêmes: les parents, les autorités scolaires, les employeurs et les acteurs des politiques communale, cantonale et fédérale ont également leur part de responsabilité.

A cet égard, je me félicite que le Grand Conseil ait récemment pris les choses en main afin de protéger les jeunes des conséquences nocives de la fumée.

Samuel Bhend
Conseiller d'Etat

Condensé

Le présent rapport a pour objet de rendre compte de l'état de santé de la population bernoise. Il est en effet important d'observer l'évolution de la santé et de ses principaux déterminants pour pouvoir agir de manière ciblée dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. A cette fin, il y a lieu d'identifier les problèmes de différents groupes de la population, d'étudier les comportements ayant des incidences positives ou négatives sur la santé, de mettre en évidence les caractéristiques environnementales nuisibles pour la santé dans les lieux d'habitation et de travail et d'analyser la fréquence des traitements hospitaliers. Le document a été rédigé par l'Observatoire suisse de la santé, avec la collaboration de plusieurs auteurs mandatés par le canton de Berne.

L'état de santé des femmes et des hommes

Le bien-être physique dépend dans une très large mesure du sexe et de l'âge. D'une manière générale, les hommes se sentent mieux que les femmes et sont deux fois moins sujets à des troubles importants tels que sentiment de faiblesse, troubles du sommeil, maux de tête ou de dos, le plus souvent imputables à des problèmes psychosociaux et au stress. Par contre, ils affichent des taux de cholestérol plus élevés et sont plus nombreux à souffrir de surcharge pondérale, facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques. L'analyse des traitements hospitaliers montre en outre qu'ils sont touchés plus tôt que les femmes par des affections cardiovasculaires ayant de graves conséquences. Ces différences spécifiques à l'un et l'autre sexe se retrouvent aussi bien dans le canton de Berne que dans le reste de la Suisse. Les hommes éprouvent également davantage de bien-être au niveau psychique. Ils disent plus souvent être très bien dans leur peau (joie de vivre, attitude positive et optimiste face à la vie), ne pas connaître de problèmes de sommeil et avoir le sentiment de maîtriser le cours de leur vie.

En comparaison nationale, seul un petit nombre d'indicateurs présentent des écarts importants. Ainsi, la proportion de femmes de 65 ans et plus souffrant de pro-

blèmes de santé chroniques est légèrement plus élevée que dans le reste du pays et le bien-être psychique des Bernoises de la classe d'âge des 35–49 ans est supérieur à la moyenne.

Corrélation entre l'état de santé et la formation, le revenu et la nationalité

L'état de santé ne dépend pas uniquement du sexe et de l'âge; il est aussi grandement influencé par la formation et le revenu. Dans le canton de Berne comme ailleurs en Suisse, on observe la corrélation suivante: plus le niveau de formation et le revenu sont élevés, plus les personnes se sentent bien, tant physiquement que psychiquement. Si la grande majorité des résultats enregistrés pour le canton concordent avec ceux de l'ensemble du pays, on constate cependant deux différences frappantes: un nombre important de Bernoises et de Bernois – plus particulièrement des personnes bénéficiant d'une formation tertiaire et d'un revenu confortable – ne connaissent pas leur taux de cholestérol. Par ailleurs, contrairement au reste de la Suisse, la courbe de santé psychique ne suit pas une progression linéaire dans les couches sociales supérieures: les plus fortes proportions de personnes qui ont un bon équilibre psychique, ne souffrent pas de troubles du sommeil et sont fortement convaincues de maîtriser leur vie se trouvent chez les Bernoises et les Bernois ayant une formation de degré secondaire II et un revenu équivalent médian compris entre 4500 et 5999 francs.

Il ressort en outre de l'enquête que le bien-être physique dépend aussi de la nationalité, tant dans le canton de Berne que dans l'ensemble de la Suisse. Ce résultat s'explique par le fait que les étrangères et les étrangers sont plus nombreux à avoir un statut social modeste, à vivre et travailler dans un environnement défavorable à la santé et à redouter la perte de leur emploi.

Recul de la mortalité dans le canton de Berne au cours des vingt dernières années

Depuis vingt ans, la mortalité est en régression dans le canton de Berne et en Suisse en général. Le taux de

mortalité bernoise se situe légèrement en dessus de la moyenne suisse, mais en dessous de celui de l'Espace Mittelland. Les causes de décès les plus fréquentes, dans le canton et en Suisse, sont les maladies cardiovasculaires. Dans le canton de Berne, celles-ci sont à l'origine, entre 1995 et 2001, d'un nombre de morts comparativement élevé. Les décès par cancer, accident, mort violente et suicide sont un sujet d'étude particulièrement important pour la médecine préventive, car ce sont eux qui ont le plus d'incidences sur l'espérance de vie des individus. S'agissant des décès consécutifs à des cancers durant la période considérée, ils ont été moins nombreux dans le canton de Berne que dans le reste de la Suisse. On enregistre en revanche des taux de suicides et de morts des suites de maladies de l'appareil respiratoire plus élevés chez les hommes du canton de Berne.

Activité physique et alimentation: bon comportement des Bernoises et des Bernois

En matière de comportement et d'attitude face à la santé, le canton de Berne présente quelques différences par rapport au reste de la Suisse, en particulier en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation. Ainsi, dans le canton de Berne, les personnes sont plus nombreuses – particulièrement dans la tranche d'âge des 15–49 ans – à exercer régulièrement une activité physique, à effectuer tous les jours des trajets à pied ou à vélo (pour se rendre au travail, aller faire les courses, etc.) et à transpirer en travaillant. Pour ce qui est de l'alimentation, les Bernoises et les Bernois s'en préoccupent davantage que la moyenne suisse, surtout celles et ceux qui bénéficient d'une formation tertiaire et d'un revenu élevé.

La surcharge pondérale et l'obésité sont un sujet tout aussi important dans le canton de Berne que dans le reste de la Suisse. D'une manière générale, la proportion de personnes souffrant d'excès de poids et d'obésité augmente avec l'âge, mais toutes classes d'âge confondues, le nombre d'hommes en surpoids est nettement supérieur à celui des femmes. Chez les 50-64 ans, deux Bernois sur trois ont un problème de poids excessif, un taux beaucoup plus élevé que chez les autres Suisses de sexe masculin.

Corrélation entre la situation sociale et les conditions d'habitation et de travail

En règle générale, les étrangères et les étrangers vivent dans des quartiers davantage exposés aux nuisances et se déclarent moins satisfaits de leurs conditions de logement que les Suissesses et les Suisses. Cette tendance se

retrouve chez les personnes de revenu modeste. Si l'on compare les différentes sources de désagrément (voisinage, trafic, gaz d'échappement), on constate que bien qu'un peu moins exposés dans leur espace de vie que la moyenne suisse, les Bernoises et les Bernois ne se déclarent pas plus satisfaits de leur logement que la moyenne suisse.

Pour ce qui est des conditions de travail, la tendance est inverse. Les Bernoises et les Bernois ont à subir davantage de nuisances sur leur lieu de travail, mais ils sont légèrement plus satisfaits que l'ensemble des femmes et des hommes des autres cantons. On constate par ailleurs que la peur du licenciement a des incidences négatives sur le bien-être physique et psychique et que la corrélation est d'autant plus forte lorsque les personnes craignent de ne pas retrouver un poste comparable. Dans le canton de Berne, l'inquiétude de perdre son emploi est peu élevée en comparaison nationale.

Corrélation entre la peur et le bien-être

Vivre dans l'angoisse est préjudiciable à la santé. Ainsi, plus une personne estime probable le fait d'être victime d'une agression dans les douze prochains mois, plus son équilibre psychique s'en ressent. Dans le canton de Berne, cette appréhension est légèrement moins répandue que dans le reste de la Suisse. D'une manière générale, les personnes de nationalité étrangère sont plus nombreuses à redouter un acte de violence.

La santé des adolescents, à l'image de la société

Dans notre société de consommation pluraliste axée sur la performance et le rendement, la santé des adolescents a connu plusieurs évolutions négatives: les habitudes alimentaires sont de plus en plus anarchiques, l'activité physique est inexistante ou presque et la balance énergétique déséquilibrée, au point que la surcharge pondérale, le dégoût de son corps et des comportements alimentaires problématiques sont toujours plus répandus. De plus, la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) a fortement augmenté au cours des dix dernières années. Il apparaît en outre que la santé des apprentis est affectée par davantage de problèmes que celle des élèves, et ce dans plusieurs domaines comme la consommation de tabac, les accidents ou les symptômes dépressifs. Les études réalisées auprès des adolescents montrent combien il est important pour eux d'avoir des relations de confiance avec des adultes de référence (parents, enseignants, formateurs, etc.) qui, en leur offrant à la fois soutien et sécurité, jouent un rôle protecteur en termes de santé.

En comparaison nationale, le canton de Berne présente quelques résultats réjouissants: le nombre d'adolescents de 16 à 20 ans donnant une appréciation positive de leur relation avec leurs enseignants est plus élevé et ils sont moins nombreux à faire état de déprime et de stress. Chez les 11–16 ans, la proportion de jeunes filles déclarant fumer régulièrement est légèrement inférieure à la moyenne suisse. Ces constats encouragent à poursuivre les efforts menés par le canton pour promouvoir la santé en milieu scolaire.

Hospitalisations

En 2002, près de 141'000 Bernoises et Bernois ont été soignés au moins une fois en mode hospitalier ou semi-hospitalier. Les motifs d'hospitalisation varient en fonction de l'âge, mais aussi du sexe. Ainsi, les hospitalisations des femmes de 25 à 35 ans sont à mettre sur le compte de grossesses et de naissances sans complications. Le risque de devoir être hospitalisé augmente fortement, chez les femmes comme chez les hommes, à partir de 60 ans, principalement en raison de maladies cardiovasculaires. Si l'on considère non pas le nombre de cas, mais le nombre de journées d'hospitalisation, les problèmes psychiques sont à l'origine de la majorité des séjours hospitaliers chez les personnes de moins de 60 ans.

1 Introduction

La santé de la population au sens large est un thème politique central, au niveau tant national que cantonal. Pour garantir aux être humains des conditions sociales leur permettant de vivre en bonne santé, il est indispensable de disposer d'informations fiables sur l'état de santé des ménages et ses facteurs déterminants. Les sondages auprès d'échantillons représentatifs sont à cet égard une source de données précieuse. A la différence des données sur les patients recueillies par exemple dans le cadre de la statistique des hôpitaux, les enquêtes auprès de la population fournissent des renseignements aussi bien sur les personnes plus ou moins malades que sur celles qui sont en plus ou moins bonne santé ainsi que sur leurs troubles, douleurs et incapacités épisodiques ou chroniques (Weiss 2000a). L'état de santé individuel peut en outre être mis en relation avec d'autres facteurs importants tels que les conditions de vie et modes de comportement favorables ou, au contraire, préjudiciables à la santé, ou encore la manière de faire face à la maladie. En complément à l'enquête auprès de la population, les résultats de la statistique des causes de décès ainsi que de la statistique des hôpitaux fournissent des indications essentielles.

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) menée par l'Office fédéral de la statistique constitue une source de données capitale, car elle permet de recueillir une foule d'informations représentatives de l'ensemble de la population. En 2002, pas moins de seize cantons ont en outre souhaité augmenter la taille de leur échantillon afin d'étudier la situation pour leur population respective. Le présent document s'inscrit dans le prolongement de plusieurs rapports cantonaux publiés précédemment sur la base des données collectées lors des enquêtes 1992/93 et 1997 (p. ex. Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich 1994, Weiss et al. 1996, Weiss 2000a, Weiss 2000b). Cinq cantons ont par ailleurs chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'examiner pour chacun d'eux les indicateurs de santé déterminants sur la base des résultats de l'enquête 2002. Les travaux d'analyse et de rédaction ont été confiés à plusieurs sous-traitants privés ainsi qu'à des représen-

tants du canton de Berne, de l'Université de Berne, de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Obsan (cf. table des matières pour la liste des auteurs). Le projet était placé sous la houlette d'un groupe de pilotage composé de délégués des cantons concernés.

1.1 Objectifs

Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés des informations sur la santé de la population bernoise. Il importe pour cela d'identifier les problèmes psychiques et physiques des Bernoises et des Bernois ainsi que les affections nécessitant des traitements médicaux, mais aussi la répartition et l'évolution des causes de décès. Sachant que certains comportements favorables ou, au contraire, préjudiciables à la santé – par exemple une alimentation saine ou une consommation excessive d'alcool – peuvent influencer durablement l'état de santé et la qualité de vie de chacun, il convient également d'étudier les déterminants y relatifs, de manière à pouvoir définir des mesures ciblées de promotion de la santé et de prévention des maladies. Autre indicateur jouant un rôle non négligeable, le cadre de vie: la crainte de perdre son emploi, le manque de contacts sociaux, mais encore les nuisances dues au trafic peuvent en effet être source de stress. On obtient également des indications utiles en analysant le recours aux prestations du système de santé.

Les études menées par les sociologues de la santé révèlent que tous les groupes de la population ne sont pas touchés de la même manière et ne présentent pas les mêmes risques. Tendanciellement, les personnes ayant un faible niveau de formation scolaire sont en moins bonne santé et se comportent de manière moins favorable que celles qui ont suivi une meilleure formation (p. ex. Mielck 2000, OFS 2002). Ce constat a d'ailleurs amené les responsables de la stratégie européenne à se fixer pour objectif, dans le cadre du programme de l'Organisation mondiale de la santé «Santé 21», de réduire

l'écart de santé entre les groupes socioéconomiques (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 1999). Le sexe, l'âge et la nationalité exerçant également une influence indéniable sur l'état de santé et le comportement en la matière, il est important, toujours dans une optique de promotion de la santé et de prévention des maladies, de recueillir des informations spécifiques aux différents groupes de population. Il est notamment primordial d'identifier les personnes souffrant de plusieurs affections ainsi que celles qui se préoccupent de leur santé dans plusieurs domaines ou qui, au contraire, cumulent les risques.

Pour savoir si un problème ou un comportement préjudiciable relevé à l'échelle du canton survient à une fréquence supérieure à la moyenne suisse et, partant, s'il y a lieu de s'en préoccuper en priorité, la comparaison intercantonale est un outil précieux. Il faut pour cela tenir compte des différences sociodémographiques et structurelles – services de santé inclus –, car celles-ci peuvent, par exemple, avoir des répercussions sur le recours aux prestations médicales. Observer l'évolution de l'état de santé de la population et son comportement en la matière au fil des ans permet en outre de déterminer la gravité des problèmes et donne des indications fiables sur l'efficacité des programmes de prévention ainsi que des mesures sanitaires.

1.2 Base de données

Les chapitres 1 à 5 reposent essentiellement sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé. Quant aux chapitres 6 et 7, ils analysent les réponses aux questionnaires HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) et SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) ainsi que les résultats de la statistique médicale et de la statistique des hôpitaux. Ces diverses sources de données sont décrites en détail dans les chapitres évoqués ainsi que dans l'annexe. Les principales informations sur l'ESS sont résumées au tableau 1.1. Pour de plus amples renseignements, notamment concernant la description de l'échantillon, la saisie des données et la méthode de pondération, se référer à l'annexe au chapitre 1 ou à la bibliographie (OFS 2003a, OFS 2003b).

Dans le canton de Berne, l'enquête a été menée auprès de 1606 personnes, constituant un échantillon représentatif des 796'643 habitantes et habitants de 15 ans et plus. La proportion de la population bernoise selon le sexe et la classe d'âge est présentée au tableau 1.2. La procédure de sélection des sondés et le mode de pondération utilisé garantissent la validité des déclarations relevées auprès de l'échantillon bernois (pour de plus amples informations, voir l'annexe au chapitre 1).

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

Producteur de données: Office fédéral de la statistique, OFS, section de la santé, Neuchâtel

Bases légales: loi sur la statistique fédérale, ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux

But: l'Enquête suisse sur la santé livre des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladie, sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance.

Sa périodicité permet d'observer les changements temporels dans ces différents domaines et de vérifier les effets des mesures de politique sanitaire.

Sondés: échantillon représentatif de personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé et disposant d'un raccordement téléphonique

Echantillon: la sélection des sondés s'est déroulée en 2 étapes: 1. échantillon régional de ménages privés, stratifié par canton, (surreprésentation resp. sous-représentation des régions peu peuplées et très peuplées); 2. sélection aléatoire d'une personne cible à l'intérieur du ménage.

En 2002, 19'706 personnes ont participé à l'interview téléphonique et 16'141 d'entre elles ont en outre répondu à un questionnaire écrit.

Périodicité: tous les cinq ans. Enquêtes effectuées à ce jour: 1992/93, 1997, 2002. Prochaine enquête: 2007.

Tab. 1.2 Nombre de personnes constituant l'échantillon (âgées de 15 ans et plus) et population résidente¹ du canton de Berne, 2002, selon le sexe et la classe d'âge

Classes d'âge	Hommes Echantillon	Population	Femmes Echantillon	Population	Total Echantillon	Population
15-34 ans	179	125 116	194	118 207	373	239 323
35-49 ans	218	109 795	224	101 674	442	211 469
50-64 ans	174	89 144	240	94 688	414	183 832
65 ans et plus	154	64 279	223	97 740	377	162 019
Total	725	384 334	881	412 309	1 606	796 643

¹ Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), fin 2001

1.3 Considérations générales

La santé est une valeur individuelle et sociale de toute première importance dont l'amélioration et la protection constituent un objectif politique prioritaire. Si nul ne le conteste – être en bonne santé étant le souhait de tout un chacun –, reste toutefois à définir les moyens de le réaliser. Or la définition même de la santé ne fait pas l'unanimité et la question de savoir comment la conserver et la promouvoir le plus efficacement possible donne lieu aux réponses les plus diverses.

L'approche du système de santé est essentiellement pathogénique, axée sur l'apparition et le traitement de maladies, ce qui s'explique par le fait que quiconque éprouve une douleur ou connaît une incapacité temporaire veut en être débarrassé au plus vite. Rien d'étonnant donc à ce que les efforts visent en premier lieu à soulager et à guérir les troubles et les maladies. C'est là ce que les patients souhaitent et tant les diagnostics que les thérapies sont à la hauteur de leurs attentes. Suite à la technicisation croissante – responsable, entre autres, de la hausse des coûts –, la «médecine d'appareil» est toutefois de plus en plus montrée du doigt. On prête désormais davantage attention aux aspects et facteurs d'influence psychosociaux et la prévention comme la promotion de la santé gagnent en importance aux côtés de la médecine curative et de la réadaptation.

Pour pouvoir agir à titre préventif, il est essentiel de savoir quels rôles jouent sur le maintien et la promotion de la santé la situation sociale, les comportements et une gestion active de la vie. Rappelons ici qu'en 1946 déjà, l'OMS définissait la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social». Même si l'on peut reprocher à cette définition d'être idéaliste et loin de la réalité, elle n'en a pas moins le mérite d'avoir élargi le champ de vision. Depuis lors, on n'a plus considéré la santé uniquement comme l'«absence de maladie», mais comme un phénomène aux multiples dimensions, parmi lesquelles l'inégalité des conditions de vie et la justice sociale.

Une étape supplémentaire a été franchie plus tard par Aaron Antonovsky, père de la salutogénèse. Ce sociologue de la médecine a en effet postulé que la santé n'était pas un état d'équilibre normal et passif, mais un processus labile, constructif et dynamique (Antonovsky 1997). Corollaires de ce changement de perspective: plus question de parler d'état normal pour la santé, et encore moins d'état anormal pour la maladie. L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risque, mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver et dé-

velopper sa santé, la principale étant celle qu'Antonovsky qualifiait de «sens de la cohérence». Selon lui, ce sentiment permet à l'individu d'acquérir une confiance profonde dans la compréhensibilité ainsi que dans la capacité à gérer et à donner une signification à la vie et aux événements, ce qui l'aide, même en situation de stress, à faire face aux exigences sans compromettre son état de santé.

En adoptant la Charte d'Ottawa en 1986, l'OMS s'est fixé pour objectif de promouvoir la santé, cette dernière n'étant pas une fin en soi, mais un moyen de prendre en main sa destinée et d'avoir une attitude positive face à la vie. Contrairement au modèle salutogénétique, centré sur l'individu, la promotion de la santé au sens de l'OMS réserve une large place à l'action communautaire. Depuis les années 90, le «modèle de santé publique» (Public Health Model) privilégie les conditions générales de vie, partant du principe que l'individu n'est pas seul responsable de son comportement en matière de santé, mais que les institutions et les structures sociétales ont elles aussi un rôle à jouer.

Tant en médecine qu'en sciences sociales, la santé est devenue au fil des ans une notion multidimensionnelle englobant, outre le bien-être physique et psychique, les possibilités de performance, la recherche de sens et d'identité et l'intégration sociale. On attache donc la même importance aux ressources physiques qu'aux ressources individuelles et sociales. Autre constat désormais acquis: la santé des individus dépend aussi de leur environnement social. En clair, leurs conditions de vie, de travail et de logement déterminent leur marge de manœuvre et ont, de ce fait, une influence décisive sur leur santé.

Le modèle de structure général présenté au graphique 1.1 donne un aperçu des différents niveaux devant être pris en compte pour analyser l'état de santé d'une population. L'examen de leurs effets directs ou combinés sur les modes de comportement, l'état de santé et le recours aux prestations médicales permet d'évaluer quelles sont les incidences – aussi bien directes qu'indirectes – des conditions de vie générales et des situations concrètes des individus.

Au premier niveau, on trouve les conditions structurelles et culturelles, qui déterminent le cadre social, donnent des indications sur la répartition des âges d'une communauté ou sur la structure fondamentale de la prévention et permettent déjà de recueillir certaines données. Les autres niveaux du modèle doivent tous être analysés en partant de ces conditions générales.

La situation sociale détermine les conditions de vie générales et, partant, influe sur les chances de vie d'un in-

dividu ou d'une communauté. C'est en effet le milieu social qui délimite le cadre objectif à l'intérieur duquel chacun peut se réaliser. Le sexe, l'âge, la formation, la nationalité, le revenu et la profession sont des indicateurs importants tant pour les modes de comportement face à la santé et l'état de santé à proprement parler que pour les conditions de vie et les habitus concrets.

La notion d'habitus, en référence aux travaux de Pierre Bourdieu (1979), désigne l'ensemble des dispositions subjectives à penser, à percevoir et à agir conditionnées par la situation sociale, dont font notamment partie la maîtrise de soi ou le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie. Si l'habitus caractérise les actions et les stratégies individuelles inhérentes aux processus de socialisation et aux structures, la situation de vie englobe les conditions de travail et de logement ainsi que les petits réseaux de contacts sociaux. Certes fonction du milieu social, cette dernière offre cependant des possibilités d'ouverture et de développement relationnel. Dépendant du milieu social, l'habitus et la situation de vie jouent un rôle non négligeable dans le comportement qu'ont les individus face à leur santé et, plus généralement, leur état de santé.

Il convient toutefois de préciser que le modèle présenté ici considère la santé sous un angle exclusivement structurel et qu'il ne s'agit donc pas d'un principe déterministe. Les facteurs d'influence biologiques et écologiques – par exemple la constitution ou l'exposition à des substances polluantes – ne sont pas pris en compte, car les données recueillies dans le cadre de l'enquête ne permettent pas de les analyser.

A relever également que, même réduit à des aspects d'ordre structurel, le modèle ne peut pas donner lieu à une étude empirique globale. En l'occurrence, ce n'est de toute manière pas le but, celui-ci étant bien plus de parvenir à différencier les niveaux de l'analyse pour faciliter l'interprétation des résultats et établir des corrélations.

Le chapitre 1.4 ci-après donne un aperçu des conditions structurelles et culturelles dans le canton de Berne et présente – sous forme de tableau – les principales données de référence en termes d'infrastructure.

Le chapitre 2 est consacré à l'état de santé. Conformément à la définition de l'OMS, on y analyse le bien-être physique, psychique et social en incluant, pour les deux dernières dimensions, les éléments qui relèvent de l'habitus. Sachant que la situation sociale joue un rôle non négligeable, son influence est le plus souvent prise en compte en procédant à une comparaison régionale et en mettant en évidence les différences en fonction du sexe, de l'âge, de la formation, de la nationalité, du revenu et du statut professionnel. Les résultats obtenus

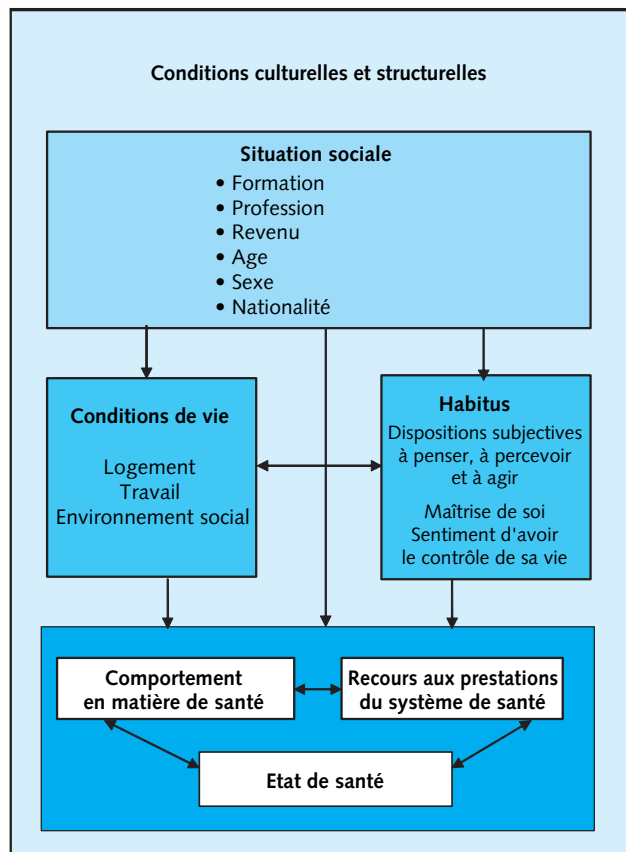
pour chacun des indicateurs sont en outre comparés avec ceux des enquêtes de 1992/93 et 1997. La dernière section du chapitre 2 présente et étudie les principales causes de décès.

Le chapitre 3, qui traite des comportements face à la santé, se penche sur les déterminants y relatifs, à savoir l'attention portée à la santé, l'activité physique, l'alimentation ainsi que la consommation de médicaments, de tabac, d'alcool et de drogues. L'influence de la situation sociale fait là aussi partie de l'analyse et les résultats majeurs sont également mis en parallèle avec ceux des enquêtes de 1992/93 et 1997.

Le chapitre 4 a pour objet les conditions de vie concrètes, dont les indicateurs sont les nuisances à la maison et sur le lieu de travail ainsi que la peur du chômage et de la violence. Quant au chapitre 5, il met en perspective les différents niveaux du modèle de structure – état de santé, comportement, habitus, conditions de vie et situation sociale – et analyse de près quelques corrélations.

Le chapitre 6 traite de la santé et du style de vie des adolescents de 11 à 20 ans à la lumière des données recueillies dans le cadre des études HBSC et SMASH, dont les questions portaient sur l'état de santé, mais aussi sur leur environnement.

Fig. 1.1 Modèle de structure général



Enfin, le chapitre 7 s'intéresse aux hospitalisations de la population bernoise, en se fondant sur la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique. Les analyses prennent en compte la totalité des traitements hospitaliers et semi-hospitaliers subis par les Bernoises et les Bernois, que ce soit dans un établissement de leur canton de résidence ou ailleurs en Suisse.

1.4 Caractéristiques culturelles et structurelles du canton de Berne

De nombreuses études l'attestent: tant le cadre sociétal que l'environnement social ont une influence sur le comportement individuel en matière de santé et, partant, sur l'état de santé et le recours aux prestations médicales. Selon les particularités culturelles et structurelles d'un canton, sa population est plus ou moins stimulée à adopter un comportement favorable à la santé (cf. notamment OFS 2003, Bisig et Gutzwiller 2004a, Cardia-Vonèche et Bastard 1999, MacIntyre et al. 1993, Shaw et al. 1998). Il est donc important d'analyser celles du canton de Berne, à plus forte raison si l'on veut comparer les données recueillies dans le cadre de l'enquête avec celles de l'ensemble de la Suisse.

Le présent chapitre a pour objet d'une part de présenter les conditions culturelles et structurelles déterminantes pour le comportement, l'état de santé et le recours aux prestations médicales et, d'autre part, d'établir sur la base de ces éléments une fiche signalétique du canton de Berne (tableau 1.3). On distingue trois groupes de paramètres: les schémas culturels, qui sous-tendent les attitudes et, partant, les comportements des individus, les dimensions sociostructurelles, qui déterminent les principaux facteurs d'influence ainsi que l'offre médicale qui, au plan économique, n'est pas sans incidence sur les comportements en matière de santé, notamment pour ce qui est de la demande de prestations médicales.

1.4.1 Contexte culturel

Outre le comportement en matière de santé, l'état de santé proprement dit et le recours aux prestations médicales, le contexte social joue un rôle non négligeable dans la perception qu'ont les individus de leur état de santé et dans la description qu'ils en font (Cardia-Vonèche et Bastard 1999, Mechanic 1963, Zola 1966). En Suisse, deux facteurs culturels prévalent: la nationalité et la langue.

La situation spécifique des *étrangères et des étrangers* en matière de santé a fait l'objet de bon nombre d'études (pour un aperçu, voir Weiss 2003). La plupart d'entre el-

les relèvent que les migrantes et les migrants ont du mal à accéder au système de santé, en raison de leur différence d'approche culturelle, mais aussi pour des questions de langue. L'origine culturelle peut également avoir des répercussions sur le taux de reproduction et le comportement face à la santé, en particulier en termes de risque (Baggott 2000, Balarajan et Raleigh 1995, HEA 1997, Harding et Maxwell 1997, Wild et McKeigue 1997, Nazroo 1997). En comparaison nationale, le canton de Berne compte une proportion nettement plus faible d'étrangères et d'étrangers (BE 12,3%; CH 20,3%).

En Suisse, on observe aussi des différences culturelles en fonction des régions linguistiques. Ainsi, selon Bisig et Gutzwiller (2004a), les Romands recourent davantage aux prestations médicales et se soucient moins des coûts que cela occasionne. Les comportements en matière de santé – s'agissant par exemple de la consommation d'alcool et de tabac – varient eux aussi selon la région linguistique, de même que certaines mesures de politique sanitaire (p. ex. les programmes de dépistage mammographique).

1.4.2 Contexte sociostructurel et sociodémographique

Le contexte socioculturel peut également avoir des incidences sur le comportement des individus face à la santé, sur leur état de santé et sur le recours aux prestations médicales. Les principaux indicateurs à cet égard sont les structures des âges et des ménages, le niveau de formation, ainsi que les facteurs socioéconomiques, socioprofessionnels et géographiques.

L'âge intervient à plus d'un titre, notamment parce que, d'une manière générale, les problèmes de santé augmentent au fil des années et que les personnes âgées, de plus en plus limitées dans leurs activités quotidiennes, sollicitent davantage les services de santé (Bisig et Gutzwiller 2004c). Comparé au reste de la Suisse, le canton de Berne compte un peu moins de jeunes (<19 ans) et légèrement plus de personnes au-delà de 64 ans, des écarts imputables aux taux de natalité et d'immigration, qui varient d'un canton à l'autre.

Le comportement, l'état de santé et le recours aux prestations médicales varient également selon les couches sociales. Il est en effet avéré que les personnes issues de milieux modestes sont en moins bonne santé en raison de leurs conditions de vie défavorables, de leurs ressources précaires et de leurs modes de vie (Meyer et Jeanneret 1999). L'appartenance à une couche sociale donnée est souvent déterminée par le *niveau de formation* (Bisig et Gmel 2004). Dans le canton de Berne, le niveau de formation agrégé est supérieur à la moyenne

suisse. La part de la population ayant suivi une formation postobligatoire est en effet de 3 % plus élevée que dans le reste de la Suisse.

En matière de santé publique, les relations sociales sont d'une importance capitale. Les personnes disposant d'un bon soutien social – le principal étant la famille – ont en effet une attitude plus positive face à leur santé (Badura 1981, Meyer et Jeanneret 1999). Il est donc intéressant d'observer, en se fondant sur les *structures des ménages*, comment évolue l'individualisation des formes de vie et, plus particulièrement, de dénombrer les ménages d'une personne et les familles monoparentales. Les ménages d'une seule personne sont le plus souvent composés de personnes âgées, des femmes pour la plupart. Il importe de préciser que le fait de vivre seul(e) n'est pas obligatoirement synonyme d'appauvrissement social. En ce qui concerne les familles monoparentales, les mères ou les pères sont confrontés à de multiples charges, devant notamment concilier vie professionnelle et vie familiale. Si l'on y ajoute le risque de pauvreté – auquel les mères élevant seules leurs enfants sont davantage exposées –, les répercussions sur le comportement face à la santé, l'état de santé lui-même et le recours aux prestations médicales peuvent être lourdes. Si le nombre moyen de personnes composant un ménage est équivalent dans le canton de Berne et dans le reste de la Suisse, la proportion de ménages bernois d'une seule personne est un peu plus élevée que la moyenne suisse et la part de familles monoparentales légèrement inférieure.

Il ressort de plusieurs études que la population est en moins bonne santé dans les régions économiquement faibles (Baggott 2000, Carstairs et Morris 1989, Drever et Whitehead 1995). On y constate notamment que le *chômage* n'affecte pas uniquement les personnes directement touchées par la perte de leur travail, mais aussi les autres habitants, stressés par l'instabilité de l'emploi. Le taux de chômage est en partie fonction de la répartition des salariés entre les *secteurs économiques*. Résultat: les risques pour la santé varient fortement entre les différentes branches (Gubéran et Usel 2000). Le canton de Berne qui, en comparaison avec d'autres cantons, a un nombre élevé de salariés employés dans le secteur primaire et, par rapport à l'ensemble de la Suisse, des proportions de travailleurs légèrement inférieures dans les secteurs secondaire et tertiaire, affiche un taux de chômage plutôt bas.

Un dernier facteur pouvant avoir une incidence sur le comportement face à la santé, l'état de santé et le recours aux prestations médicales est le degré d'urbanisation. En effet, la composition des régions à forte densité de popu-

lation et des zones urbaines étant plus hétérogène, non seulement la demande y est plus forte et plus spécifique, mais l'offre de prestations médicales y est en général plus étoffée et plus diversifiée (cf. p. ex. Bisig et Gutzwiller 2004c). Le taux d'urbanisation du canton de Berne est légèrement supérieur à celui des 25 autres cantons.

1.4.3 Ressources du système de santé

Les ressources du système de santé jouent un rôle important, en particulier pour ce qui est du recours aux prestations médicales. L'analyse de cet indicateur ne saurait être complète si l'on n'y incluait pas les offres cantonales dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Faute de données comparables, seul le facteur «dépenses de santé» est ici pris en compte. En comparaison nationale, les dépenses par habitant du canton de Berne sont légèrement en dessous de la moyenne suisse.

Il ressort des études les plus récentes consacrées au recours aux prestations médicales en Suisse (Bisig et Gutzwiller 2004b, 2004c) que les différences régionales sont très souvent liées à la diversité de l'offre. Plus celle-ci est riche, plus la demande est forte. Quant aux analyses – anciennes et récentes – portant sur la corrélation entre les coûts de la santé et la densité de médecins, elles mettent en évidence une interdépendance entre l'offre et la demande (Crivelli et al. 2003, Domenighetti et Crivelli 2001, Domenighetti et Limoni 1994, Doppmann 1985, Haari et al. 2002, Rüefli et Vatter 2001). En comparaison avec tous les autres cantons, celui de Berne affiche une densité de médecins et de dentistes élevée. Sachant que le présent rapport analyse l'ensemble de la population et toute une série de causes de maladies, il est apparu nécessaire de prendre également en compte un indicateur supplémentaire de l'offre, à savoir la densité des lits de toutes les institutions (prise en charge centralisée, soins de base, psychiatrie, réadaptation, cliniques spécialisées, foyers pour personnes âgées, foyers médicalisés, foyers pour handicapés et autres établissements médicosociaux). En moyenne suisse, celle du canton de Berne est relativement haute. Ce constat ne permet cependant pas de tirer des conclusions sur la demande effective de la population bernoise ni sur l'occupation des lits par cette dernière, d'autant plus que les habitants des cantons de Soleure, Fribourg, Neuchâtel et, dans une moindre mesure, Lucerne sont nombreux à venir se faire soigner dans le canton de Berne (Zahnd 2003).

Caractéristiques culturelles et structurelles du canton de Berne

Les données de référence présentées au tableau 1.3 sont très utiles pour interpréter l'ensemble des résultats du rapport et, en particulier, pour comparer ces derniers avec ceux des autres cantons. Toutefois, si le canton de Berne compte le plus grand nombre de personnes âgées après Bâle-Ville, le Tessin et Schaffhouse, il importe de préciser que cette forte proportion est notamment due au fait que la population étrangère – qui, d'une façon générale, compte davantage de jeunes – y est nettement moins nombreuse que dans le reste de la Suisse, mais aussi de ne pas perdre de vue que les composantes de la santé physique et la propagation des facteurs de risque (p. ex. la surcharge pondérale) dépendent pour une très large part de la structure d'âge.

En ce qui concerne l'offre, le canton de Berne se distingue, tout comme les autres cantons à degré d'urbanisation élevé, par une forte densité de médecins et de dentistes. Pour ce qui est de la densité de lits dans les hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux, il convient d'en relativiser l'importance, car les cantons voisins recourent beaucoup au réseau de soins bernois, hôpital universitaire compris. En 2002 par exemple, 23'000 patientes et patients en provenance d'autres cantons ont été hospitalisés à Berne, alors que 7200 Bernoises et Bernois seulement ont été soignés dans d'autres cantons (tableaux standard cantonaux, OFS 2002).

Le tableau 1.3 ci-après dresse la liste des caractéristiques culturelles, sociostructurelles et sociodémographiques ainsi que des ressources du système de santé et compare les modalités du canton de Berne avec celles de la Suisse. Le rang du canton de Berne par rapport à celui des autres cantons est signalé pour chacun des indicateurs (la modalité la plus élevée équivaut au rang 1).

Tab. 1.3 Données de référence pour le canton de Berne

Indicateur	BE	Suisse	Rang BE ¹	Opérationnalisation et sources
Indications générales				
Population résidente en 2002	950 209	7 317 873	2	Population résidente permanente à la fin de l'année (OFS, ESPOP).
Evolution sociodémographique 1992-2002	-0,3	5,9	22	Hausse/Baisse en % entre 1992 et 2002 (population résidente permanente à la fin de l'année [OFS, ESPOP]).
Contexte culturel				
Part d'étrangers en 2002 (en %)	12,3	20,3	21	Proportion de la population étrangère résidente rapportée à l'ensemble de la population à fin 2002 (OFS, ESPOP).
Contexte sociostructurel et sociodémographique				
Structure d'âge en 2000 (en %)				
0-19 ans	22,0	22,9	21	Population résidente par classe d'âge en % (OFS: recensement de la population 2000).
20-64 ans	60,9	61,8	13	
>64 ans	17,1	15,4	4	
Niveau de formation des 25-64 ans en 2000 (en %)				
Sans formation postobligatoire	20,3	22,9	23	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population résidente, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS: recensement de la population 2000).
Degré secondaire II	54,0	49,2	2	
Degré tertiaire	19,9	21,5	10	
Structure des ménages en 2000				
Nombre de personnes par ménage	2,2	2,2	20	Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé, part des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages et proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans rapportée à l'ensemble des ménages ayant au moins 1 enfant de moins de 18 ans (OFS: recensement de la population 2000).
Ménages d'une seule personne (en %)	36,0	35,8	6	
Familles monoparentales; ménages (en %)	12,8	13	9	
Taux de chômage (moyenne annuelle 2002)				
Revenu par habitant en 2001 (en CHF)	1,8 42 348	2,5 49 012	17 20	Moyenne annuelle 2002 en % (seco, OFS: recensement de la population 2000). Revenu net aux coûts des facteurs en CHF par habitant en 2001 (OFS: comptes nationaux).
Structure de l'emploi en 2000/2001 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	8,5	5,7	13	Emplois par secteur économique en 2000 et 2001 en proportion de l'ensemble des emplois (OFS).
Salariés dans le secteur secondaire	25,5	26,6	21	
Salariés dans le secteur tertiaire	66,0	67,7	8	
Degré d'urbanisation	52,0	44,4 ²	12	Degré d'urbanisation des cantons selon le recensement de la population 1990 (OFS: Les niveaux géographiques de la Suisse 1997; Vatter et al. 2004).
Offre (pour 1000 habitants)				
Densité de médecins	2,00	1,96	6	Densité de médecins: nombre de médecins généralistes et spécialistes exerçant en cabinet privé en 2002 pour 1000 habitants (statistique FMH).
Densité de dentistes	0,51	0,39	4	Nombre de dentistes pour 1000 habitants (OFS: dentistes membres de la Société suisse d'odontostomatologie (SSO) et non-membres reconnus par les assurances sociales).
Densité de lits	25,7	22,2	6	Nombre de lits pour 1000 habitants (hôpitaux, cliniques et établissements de santé non hospitaliers; statistique des hôpitaux 2002, tableaux D.1. et D.2.).
Dépenses de santé du canton et des communes par habitant (en CHF)	1 103	1 065 ³	8	Dépenses 2002 (charge nette = compte de fonctionnement + compte des investissements) par habitant selon la classification fonctionnelle, point 4 (charge nette pour les hôpitaux; les foyers pour malades chroniques et les foyers médicalisés; les cliniques psychiatriques; les soins ambulatoires; la lutte contre les maladies, l'abus de consommation d'alcool et de drogues, la recherche en santé; les autres maladies; le service médical des écoles; le contrôle des denrées alimentaires; les autres dépenses de santé - dépenses des communes incluses [OFS; Statistique des finances publiques pour le domaine de la santé])

¹ Rang en comparaison intercantonale: 1 équivaut à la modalité la plus élevée.² Moyenne des indications fournies par l'ensemble des cantons.³ Total des indications fournies par l'ensemble des cantons pondéré par le nombre d'habitants du pays.

2 Etat de santé

La santé est une notion recouvrant de nombreux aspects, raison pour laquelle il n'en existe d'ailleurs pas de définition simple et univoque, pas plus chez les scientifiques que dans le langage courant. Longtemps considérée sous son côté négatif, c'est-à-dire la maladie sous ses diverses formes, la santé fait aujourd'hui l'objet d'une approche positive et dynamique fondée sur la définition proposée en 1946 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon laquelle la santé est un état de bien-être physique, psychique et social. Loin d'être statique, cet état doit résulter d'un processus d'échange actif: une personne sera plus ou moins en bonne santé ou plus ou moins malade selon qu'elle parvient ou non à satisfaire ses besoins et ses désirs tout en répondant aux exigences de son environnement proche et moins proche. La santé comporte donc une dimension dynamique et l'action en constitue un des principaux déterminants (cf. le modèle de structure, chap- 1.3).

Le présent chapitre est consacré aux trois composantes de la santé – physique, psychique et sociale –, analysées sous leur angle général, mais également en fonction du sexe et de l'âge ainsi que, pour certains indicateurs, des aspects socioéconomiques comme la formation, la nationalité, le revenu et la position professionnelle. Les corrélations entre les trois composantes sont développées au chapitre 5.

2.1 Santé physique

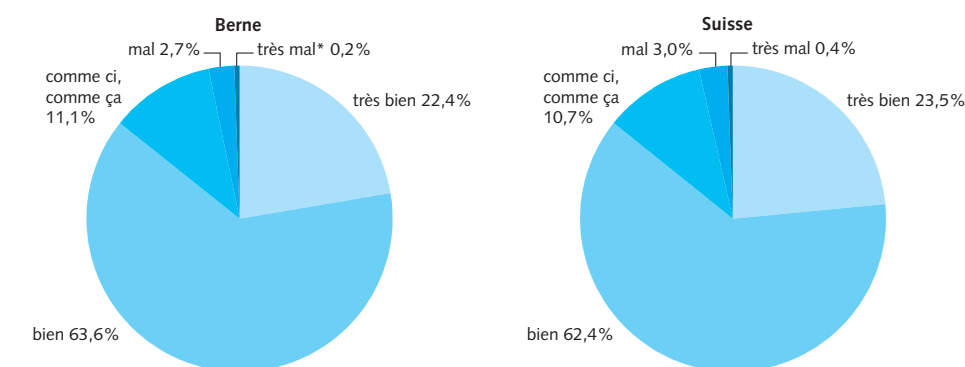
Selon la définition de l'OMS, la *santé* physique se mesure à l'aune du *bien-être* physique. Autrement dit, la perception et l'évaluation individuelles de l'état de santé jouent un rôle important. De nombreuses études ayant d'ailleurs montré que l'état de santé subjectif était un indicateur de mortalité et de morbidité non négligeable (Mackenbach et al. 2002, Idler et Benyamini 1997), les premières considérations ci-après, qui portent sur le bien-être général puis, plus concrètement, sur les troubles, les incapacités et les handicaps, s'appuient sur les déclarations des personnes interrogées.

2.1.1 Etat de santé général

La grande majorité de la population bernoise se sent bien à très bien. En effet, plus des quatre cinquième des sondés – proportion équivalente à la moyenne suisse – répondent à la question «Comment allez-vous en ce moment?» par «bien» ou «très bien». Seule une faible minorité indique aller momentanément «mal» ou «très mal» (graphique 2.1).

Etat de santé général, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.1



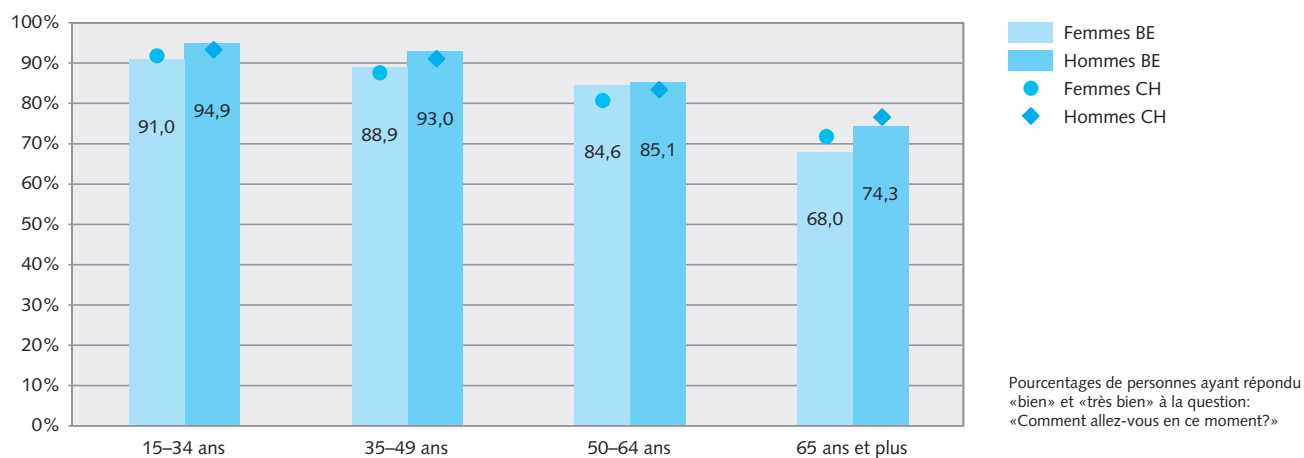
* = 5 répondants

Réponses à la question: «Comment allez-vous en ce moment?»

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1605 (BE); 19'701 (CH).

Proportion de personnes se sentant (très) bien, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.2



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1605 (BE); 19'701 (CH).

Tab.2.1 Proportion de personnes se sentant (très) bien et (très) mal, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse

		bien/ très bien ¹		mal/ très mal ²
		BE	CH	CH
Population résidente		86,0	85,8	3,4
Sexe	Femmes	83,5	84,0	3,7
	Hommes	88,6	87,8	3,1
Classes d'âge	15-34 ans	93,0	92,5	0,9
	35-49 ans	91,0	89,4	2,7
	50-64 ans	84,8	82,0	5,2
	65 ans et plus	70,5	73,7	6,6
Formation	Scolarité obligatoire	80,3	79,1	6,0
	Degré secondaire II	86,8	87,0	2,8
	Degré tertiaire	89,7	91,4	2,0
Nationalité	Suisses	85,8	86,4	2,9
	Etrangers	87,6	83,6	5,7
Revenu³	jusqu'à 3000 CHF	84,4	81,8	4,7
	de 3000 à 4499 CHF	85,1	86,0	3,3
	de 4500 à 5999 CHF	88,4	89,2	2,0
	6000 CHF et plus	90,6	91,6	1,7
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	82,1	81,2	5,1
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	82,8	82,7	5,0
	Petits indépendants, artisans	88,1	86,5	2,2
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	86,2	85,2	3,2
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	88,9	88,1	2,8
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	91,5	92,5	1,8
Comparaison régionale	Argovie		83,6	4,2
	Bâle-Campagne		85,4	3,3
	Bâle-Ville		80,4	6,4
	Berne		86,0	2,9
	Lucerne		86,5	(3,0)
	Soleure		83,4	3,2
	St-Gall		86,4	2,9
	Zoug		89,7	(2,0)
	Zurich		87,1	2,9
	Autres cantons alémaniques		87,9	2,7
	Cantons romands		85,4	3,8
	Tessin		84,6	5,4

¹ Pourcentage de personnes ayant répondu «bien» ou «très bien» à la question: «Comment allez-vous en ce moment?»

² Pourcentage de personnes ayant répondu «mal» ou «très mal» à la question: «Comment allez-vous en ce moment?»

³ Le revenu d'équivalence du ménage est calculé à partir du revenu total, pondéré par le nombre de personnes qui le composent. Pour plus de détails, voir OFS 2003d.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1499<n<1606 (BE); 18'183<n<19'702 (CH).

Pourcentage entre parenthèses=moins de 30 réponses.

La proportion de personnes déclarant se sentir bien à très bien est légèrement plus élevée chez les hommes (88,6%) que chez les femmes (83,5%) et diminue avec l'âge pour les deux sexes. Ces deux tendances observées pour le canton de Berne se retrouvent également dans le reste de la Suisse (graphique 2.2).

La perception qu'a un individu de son état de santé varie également en fonction des aspects socioéconomiques: plus le niveau de formation, le statut professionnel et le revenu sont élevés, plus l'état de santé autodéclaré est bon. Ainsi, dans le canton de Berne, 89,7% des personnes ayant une formation tertiaire répondent qu'elles se sentent bien, voire très bien, contre 80,3% chez celles qui n'ont suivi que l'école obligatoire. Les valeurs enregistrées sont analogues au niveau suisse (tableau 2.1).

On observe le même phénomène chez les personnes qui disent aller mal ou très mal: plus elles sont âgées et moins leur niveau de formation, leur statut professionnel et leur revenu sont élevés, plus elles sont nombreuses à donner cette réponse.

En comparaison intercantonale, le canton de Berne se situe exactement au milieu pour ce qui est de l'état de santé général autodéclaré. Si les personnes interrogées dans le canton de Zoug semblent se sentir particulièrement bien (89,7% de bien et très bien), la moyenne est un peu moins bonne pour Bâle-Ville. Le constat prévaut même en tenant compte du fait que ce canton compte nettement plus de personnes âgées (moyenne d'âge: 50,4 ans) que ceux de Berne (moyenne d'âge: 46,9 ans)

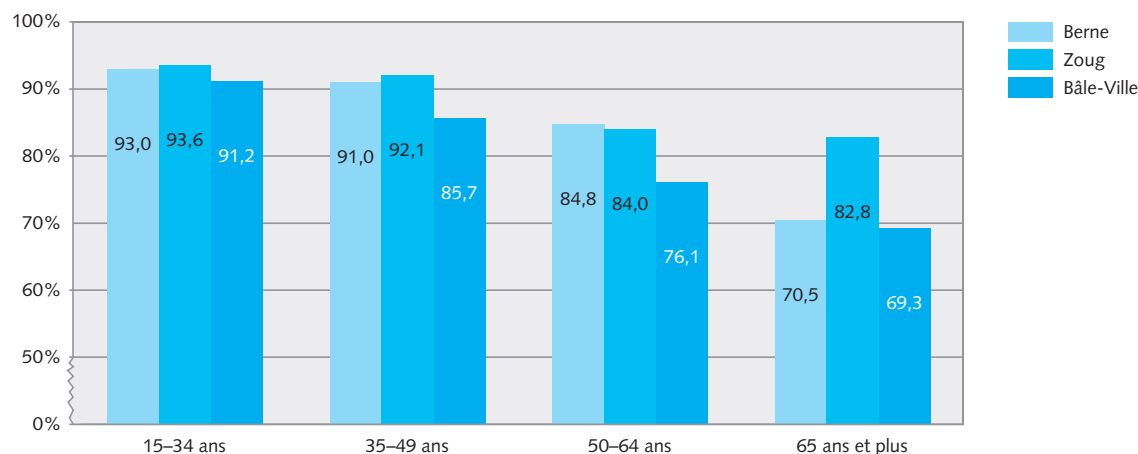
et de Zoug (moyenne d'âge: 43,3 ans). En effet, les citoyens bâlois de la classe d'âge des 15–34 ans déjà donnent une évaluation de leur état de santé un peu moins bonne que les habitants des autres cantons et les écarts s'accroissent avec l'âge. Les valeurs du canton de Berne équivalent à celles du canton de Zoug pour les 15–64 ans et à celles du canton de Bâle-Ville pour les 65 ans et plus (graphique 2.3).

Si l'on considère les différences d'évaluation du bien-être dans le canton de Berne au cours des dix dernières années, les variations sont minimes, mais néanmoins statistiquement significatives. Comme le montre le graphique 2.4, le nombre de personnes se disant en (très) bonne santé est moins élevé en 1997 qu'en 1992/93 et réaugmente un peu en 2002, atteignant même un niveau légèrement supérieur à celui de 1992/93. On enregistre la même évolution pour l'ensemble de la Suisse.

Une analyse séparée des réponses fournies par les hommes et par les femmes révèle que ces dernières sont à l'origine de la petite baisse enregistrée en 1997. Chez les hommes, le niveau est en effet resté constant – et s'est même quelque peu accru sur l'ensemble de la période considérée –, dans le canton de Berne (85,2%, 85,4%, 87,8%) comme en Suisse (86,5%, 86,2%, 88,6%), alors qu'il a reculé chez les femmes en 1997 (BE: 84,6%, 78,7%, 84,0%; CH: 82,8%, 80,4%, 83,5%).

Proportion de personnes se sentant (très) bien dans les cantons de Berne, de Bâle-Ville et de Zoug (comparaison exprimée en %)

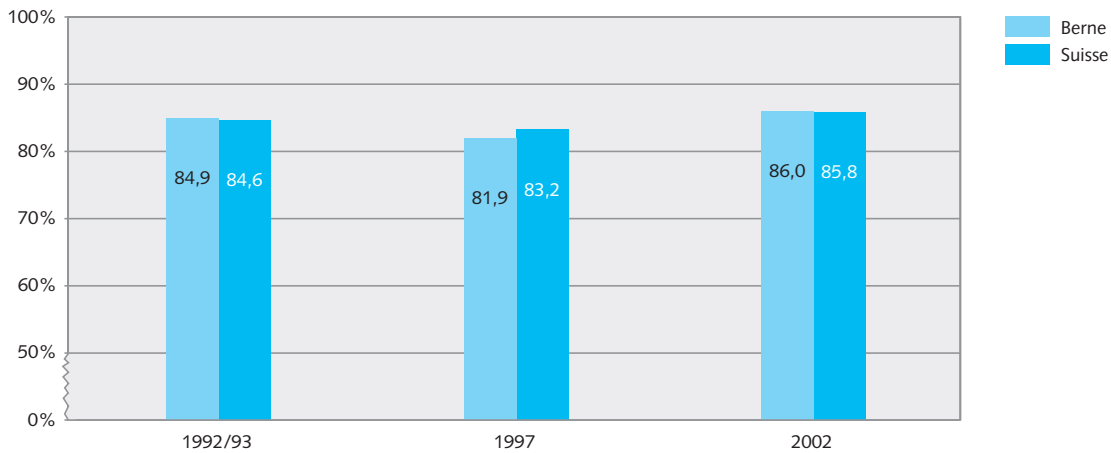
Fig. 2.3



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1605 (BE); 1017 (BS); 1009 (ZG).

Proportion de personnes se sentant (très) bien, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

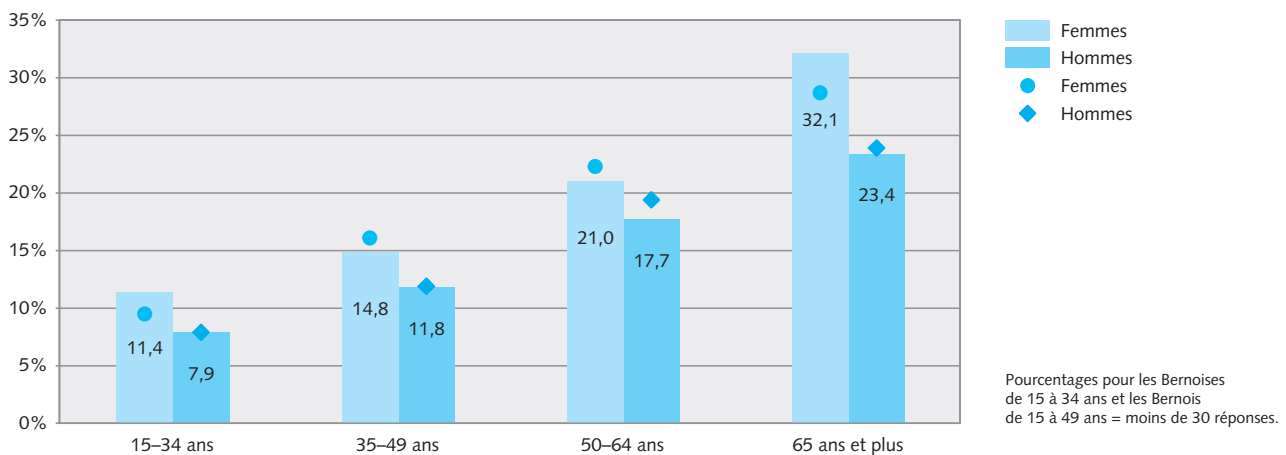
Fig. 2.4



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1714 (BE 1997); 1605 (BE 2002); 15'288 (CH 1992/93); 13'000 (CH 1997); 19'701 (CH 2002).

Pourcentage de femmes et d'hommes souffrant d'un problème de santé chronique, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1606 (BE), 18'458 (CH).

Problèmes de santé de longue durée

Sachant que le fait d'être atteint d'un problème de santé chronique influe sur l'état de bien-être général, il a été demandé aux sondés s'ils souffraient depuis plus d'un an d'un problème physique ou psychique les limitant dans leurs activités quotidiennes.

Dans le canton de Berne, 16,7% de la population résidente souffrent d'un problème de santé chronique. Légèrement supérieur à la moyenne suisse (16,2%), ce chiffre n'est toutefois pas très significatif, car on observe des différences très importantes en fonction du sexe et de l'âge. La proportion de femmes connaissant des trou-

bles de longue durée est en effet beaucoup plus élevée que chez les hommes (BE 19,3% vs 13,9%; CH 18,1% vs 14,1%) et les problèmes augmentent fortement avec l'âge. Dans le canton de Berne, les écarts entre les sexes sont plus prononcés: à partir de 50 ans, un cinquième à un tiers des femmes sont atteintes de problèmes de santé chroniques, alors que les hommes sont nettement moins nombreux (graphique 2.5). Cet effet combiné du sexe et de l'âge n'est pas aussi marqué à l'échelle suisse.

Dans le canton de Berne, les troubles sont dus pour près des quatre cinquièmes de la population (78,8%) à des causes physiques, pour un dixième (11,5%) à des causes psychiques et pour un autre dixième (9,7%) à des

causes à la fois physiques et psychiques. Ces valeurs ne diffèrent pas notablement des moyennes suisses (78,6%, 10,3%, 10,2%).

Si, comme le montre le tableau 2.2, le nombre de personnes souffrant d'un problème de santé chronique augmente avec l'âge (cf. également graphique 2.5), on relève cependant une différence entre les troubles physiques et psychiques: la proportion de ces derniers est plus grande chez les 15–49 ans que chez les sujets âgés de 50 ans et plus. Il est par ailleurs intéressant de constater que plus le niveau de formation, le revenu et le statut professionnel sont élevés, moins les problèmes psychiques se manifestent.

Avec 16,7% de personnes souffrant de problèmes de santé chronique, le canton de Berne se situe légèrement au-dessus de la moyenne suisse.

En 1997, le nombre de Bernoises et de Bernois ayant indiqué souffrir d'un problème de santé depuis plus d'un an était légèrement plus élevé que dans l'ensemble de la Suisse. Le canton de Berne a quasiment rejoint la moyenne suisse en 2002, mais la différence entre les deux dernières enquêtes est minime et statistiquement

non significative. L'écart est imputable avant tout aux classes d'âge supérieures, où les femmes et, dans une moindre mesure, les hommes sont moins nombreux qu'en 1997 à souffrir d'un problème de santé chronique.

2.1.2 Troubles physiques

Dans le cadre de l'enquête 2002, des questions ont également été posées afin de savoir si les personnes avaient souffert, dans les quatre semaines précédant l'interview, de troubles physiques à caractère symptomatique, à savoir de maux de ventre, de tête et de dos, de douleurs dans la poitrine, de faiblesse et de lassitude, de diarrhée ou de constipation, de troubles du sommeil et d'irrégularités cardiaques. Ces divers troubles peuvent être le résultat d'une forte pression psychosociale (stress), mais aussi être liés à une maladie aiguë. Pour pouvoir en distinguer la cause, il était donc demandé aux sondés si leurs troubles étaient accompagnés de fièvre. Les analyses ci-après se fondent uniquement sur les réponses négatives à cette question.

Tab. 2.2 Proportion de personnes souffrant d'un problème de santé chronique et répartition selon la nature des troubles, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, Suisse (en %)

		Total	Troubles physiques	Troubles psychiques	Les deux
Population résidente		16,2	79,3	10,4	10,2
Sexe	Femmes	18,1	77,4	11,7	10,9
	Hommes	14,1	82,0	8,7	9,3
Classes d'âge	15–34 ans	8,7	73,4	14,2	12,4
	35–49 ans	13,9	73,0	15,0	12,0
	50–64 ans	20,9	79,7	9,8	10,4
	65 ans et plus	26,7	87,2	5,4	7,5
Formation	Scolarité obligatoire	19,9	78,3	9,3	12,4
	Degré secondaire II	15,6	79,6	11,3	9,1
	Degré tertiaire	12,9	81,3	9,0	9,7
Nationalité	Suisses	16,7	80,1	10,4	9,5
	Etrangers	14,0	75,4	10,8	13,8
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	18,4	79,3	10,1	10,6
	de 3000 à 4499 CHF	17,0	78,3	11,5	10,2
	de 4500 à 5999 CHF	14,5	78,8	11,5	9,6
	6000 CHF et plus	11,8	85,7	9,4	4,9
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	19,2	79,7	10,1	10,2
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	17,1	78,3	11,9	9,8
	Petits indépendants, artisans	16,9	82,2	9,2	8,6
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	16,5	80,5	9,4	10,1
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	15,5	77,1	12,9	9,9
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	11,7	84,4	6,8	8,8
Comparaison régionale	Argovie	16,9	76,1	11,5	12,4
	Bâle-Campagne	15,3	78,4	8,5	13,1
	Bâle-Ville	23,7	80,7	6,6	12,7
	Berne	16,7	78,8	11,5	9,7
	Lucerne	15,2	85,1	8,7	6,1
	Soleure	20,1	74,7	15,3	9,9
	St-Gall	17,8	82,7	12,2	5,1
	Zoug	14,7	83,7	10,3	6,0
	Zurich	16,7	80,1	10,4	9,5
	Autres cantons alémaniques	15,2	79,8	8,0	12,3
	Cantons romands	15,1	78,6	10,5	10,8
	Tessin	12,4	77,8	9,8	12,4

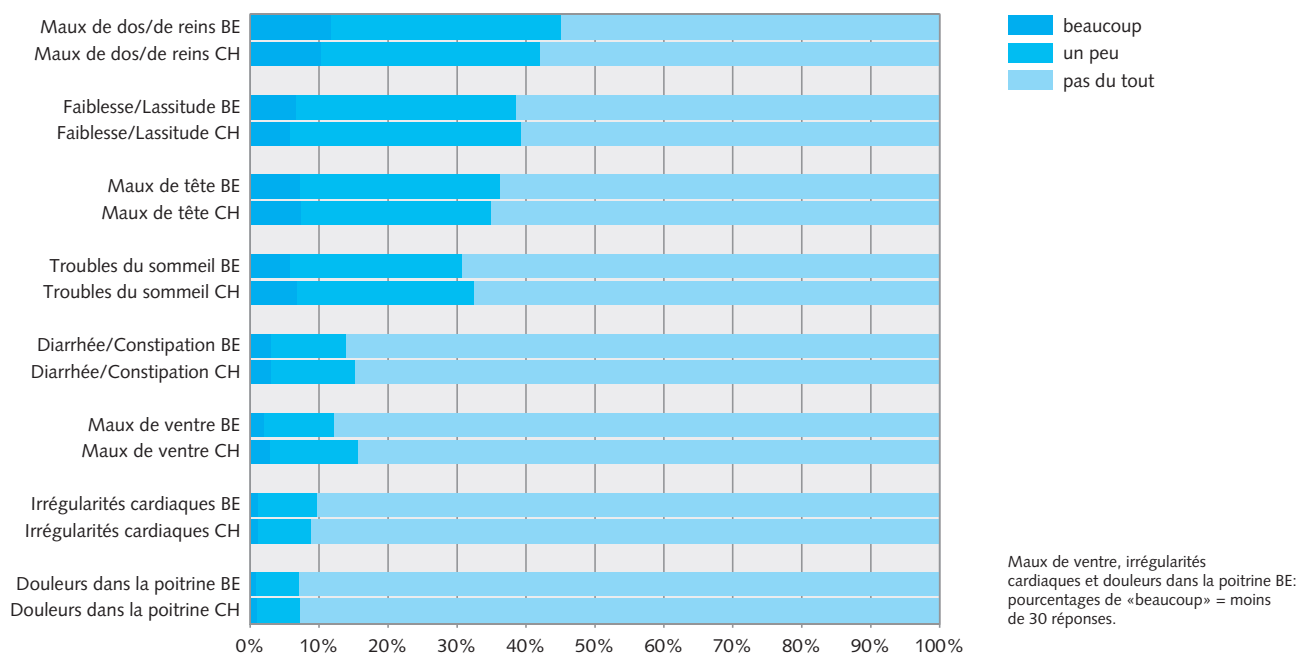
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002. 18'181<n<19'703 (tous les troubles chroniques); 3180<n<3450 (troubles par nature).

Afin de savoir dans quelle mesure ces problèmes de santé, pris globalement, sont en corrélation avec des pressions psychosociales, les huit troubles mentionnés plus haut ont été réunis en un indice. Celui-ci fait ressortir une nette différence entre les sexes: les femmes, tous

âges confondus, sont deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir souffert de troubles physiques importants² dans les quatre semaines précédant l'interview. À ce constat s'ajoute le fait que les troubles importants augmentent légèrement avec l'âge (tableau 2.3).

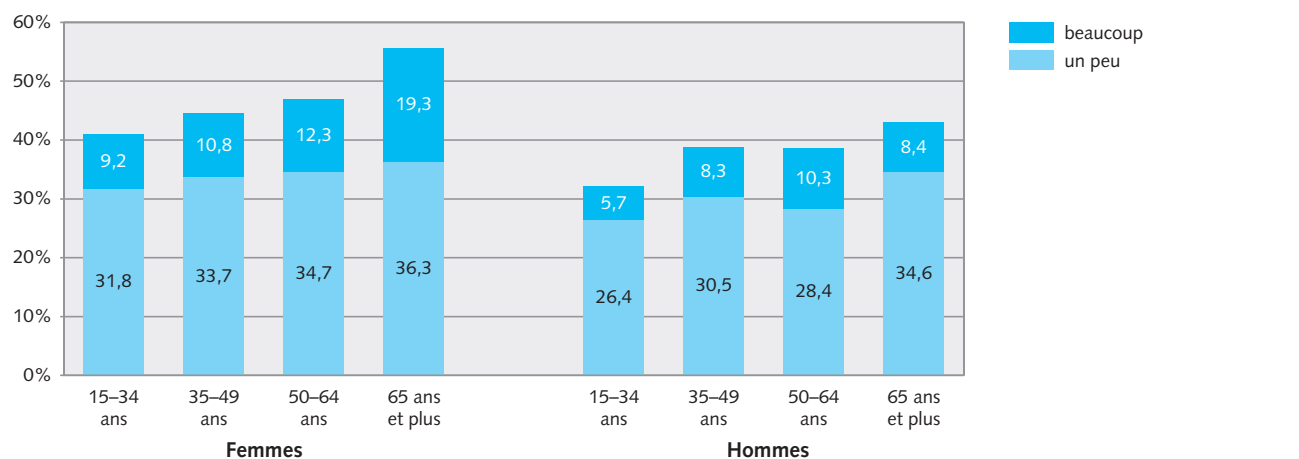
Troubles physiques, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.6



Proportion de femmes et d'hommes souffrant de maux de dos, par classe d'âge, Suisse

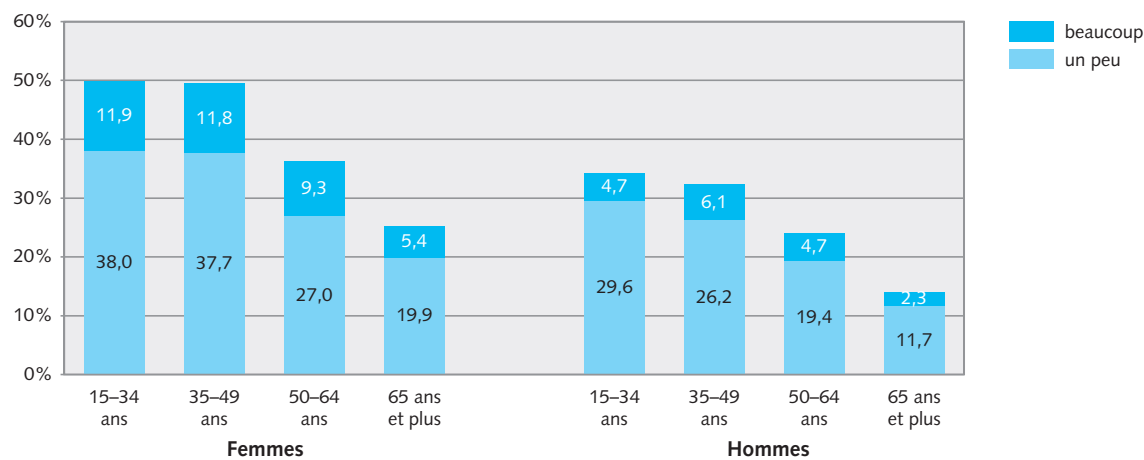
Fig. 2.7



² Les troubles physiques sont considérés comme « importants » lorsqu'ils regroupent quatre troubles de forte intensité ou six troubles d'intensité moyenne (ou une combinaison de troubles d'intensité forte et moyenne).

Proportion de femmes et d'hommes souffrant de maux de tête ou de douleurs de la face, par classe d'âge, Suisse

Fig. 2.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=19'688.

Tab.2.3 Proportion de personnes souffrant de troubles physiques (importants), en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Troubles moyens		Troubles importants	
		BE	CH	BE	CH
Population résidente		37,5	35,7	21,3	23,1
Sexe	Femmes	40,4	37,7	27,5	30,0
	Hommes	34,5	33,6	14,8	15,7
Classes d'âge	15-34 ans	43,8	38,8	15,6	19,7
	35-49 ans	35,8	35,0	20,1	22,9
	50-64 ans	37,0	33,6	23,4	23,4
	65 ans et plus	31,2	34,1	28,6	28,2
Formation	Scolarité obligatoire	32,4	34,3	26,4	28,2
	Degré secondaire II	38,9	36,3	21,1	22,3
	Degré tertiaire	37,4	34,9	15,8	18,5
Nationalité	Suisses	38,2	36,1	20,8	22,4
	Etrangers	32,0	34,0	(25,1)	25,9
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	37,0	35,0	24,3	26,0
	de 3000 à 4499 CHF	40,0	36,0	20,3	23,4
	de 4500 à 5999 CHF	36,2	36,3	18,7	19,9
	6000 CHF et plus	32,7	35,4	20,6	18,1
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	36,4	34,7	23,3	23,9
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	39,5	35,6	19,2	21,8
	Petits indépendants, artisans	37,8	33,1	(19,6)	20,1
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	40,0	37,6	25,2	26,5
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	37,2	36,1	19,7	23,2
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	34,8	32,8	(15,2)	18,0
Comparaison régionale	Argovie		33,6		22,3
	Bâle-Campagne		34,3		23,9
	Bâle-Ville		34,5		27,0
	Berne		37,5		21,3
	Soleure		37,2		19,5
	Solothurn		36,4		23,2
	St-Gall		35,0		24,1
	Zoug		42,2		16,4
	Zurich		35,4		22,2
	Autres cantons alémaniques		35,9		20,8
	Suisse romande		35,9		25,8
	Tessin		31,5		25,7

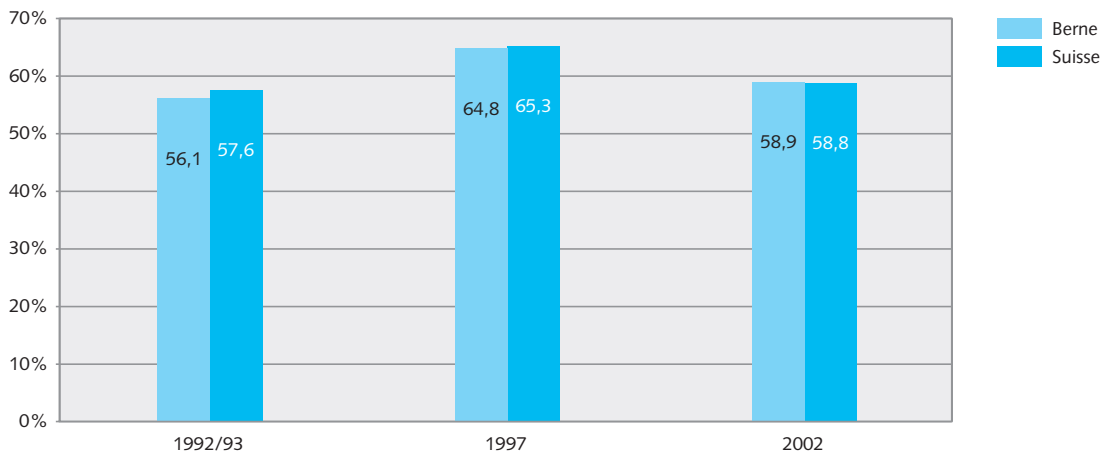
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1416<n<1519 (BE); 17'066<n<18'459 (CH).

Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

En réponse à la question de savoir s'ils souffraient de maux de dos, de faiblesse, de maux de tête et de cinq autres troubles, les sondés avaient le choix entre «pas du tout» (1 point), «un peu» (2 points) et «beaucoup» (3 points). Après addition des points obtenus, sont considérés comme «troubles moyens» un total de 10 à 11 points et comme «troubles importants» un total de 12 points et plus.

Proportion de personnes souffrant de troubles physiques d'intensité faible à forte, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 2.9



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1647 (BE 1992/93); 1539 (BE 1997); 1524 (BE 2002); 14'188 (CH 1992/93); 11'912 (CH 1997); 18'515 (CH 2002).

Si l'on considère isolément les symptômes les plus fréquents, on s'aperçoit que les maux de dos augmentent avec l'âge alors que les maux de tête diminuent. Ce résultat est observé pour les deux sexes, mais il est plus marqué chez les femmes (graphiques 2.7 et 2.8).

En examinant l'influence des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques sur la fréquence et l'intensité des troubles, il apparaît que les personnes ayant un bas niveau de formation souffrent plus souvent de troubles d'intensité forte que les personnes ayant un niveau de formation élevé. De même – quoique dans une moindre mesure –, plus le revenu augmente, plus les troubles de forte intensité diminuent. Il n'y a en revanche pas de corrélation patente avec le statut professionnel (la catégorie socioprofessionnelle): les personnes exerçant une profession manuelle n'ont fondamentalement pas plus de troubles que les individus des professions non manuelles. Les troubles de forte intensité se manifestent plus souvent chez les simples employés de bureau et les personnes d'autres professions non manuelles. Le fait que cette catégorie englobe une proportion de femmes particulièrement élevée ramène une fois de plus à la différence entre les sexes et confirme les résultats enregistrés: les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de troubles de forte intensité (tableau 2.3).

Dans le canton de Berne, le nombre de personnes souffrant de troubles physiques a augmenté de manière significative entre 1992/93 et 1997. Depuis lors, il a quelque peu baissé, mais reste supérieur à celui de 1992/93. Cette évolution est la même pour l'ensemble de la Suisse (graphique 2.9).

L'augmentation enregistrée entre 1992/93 et 1997 touche aussi bien les Bernoises (+12%) que – dans une très moindre mesure – les Bernois (+5%). Elle explique peut-être, tout du moins en partie, pourquoi le bien-être général était légèrement inférieur en 1997 que lors des enquêtes de 1992/93 et de 2002. Le fait d'être ou non atteint de troubles physiques influe en effet notablement sur la perception de l'état de santé (cf. chapitre 5.1).

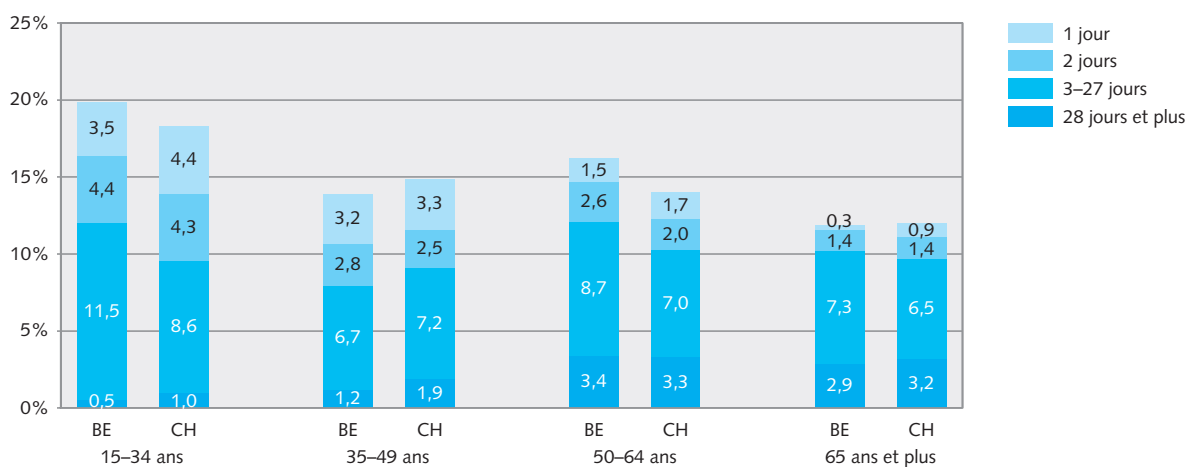
2.1.3 Incapacités temporaires

La capacité fonctionnelle est un critère important en matière de santé et ce, au niveau tant personnel qu'économique. De ce fait, les sondés étaient priés d'indiquer pendant combien de jours ils avaient été handicapés par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer leur activité normalement au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Dans le canton de Berne, 15,8% des personnes interrogées ont répondu avoir été limitées dans leurs activités, soit légèrement plus que la moyenne suisse (15,2%). Plus élevée chez les femmes (BE: 17,2%; CH: 16,6%) que chez les hommes (BE: 14,4%; CH: 13,3%), cette proportion a tendance à diminuer avec l'âge. Dans le canton de Berne, la classe d'âge la plus fortement touchée – avec une restriction d'activité de trois jours ou plus durant le mois précédant l'enquête – est celle des 15–34 ans (graphique 2.10).

La maladie est la principale cause de restriction d'activité, bien loin devant les accidents (75,6 vs 11,7%). Le rapport s'atténue toutefois avec la durée de l'arrêt de travail: au-delà d'un mois, les accidents sont à l'origine d'un cas d'incapacité sur quatre.

Proportion de personnes n'ayant pas pu exercer normalement leur activité dans les quatre semaines précédant l'interview, par classe d'âge, canton de Berne et Suisse

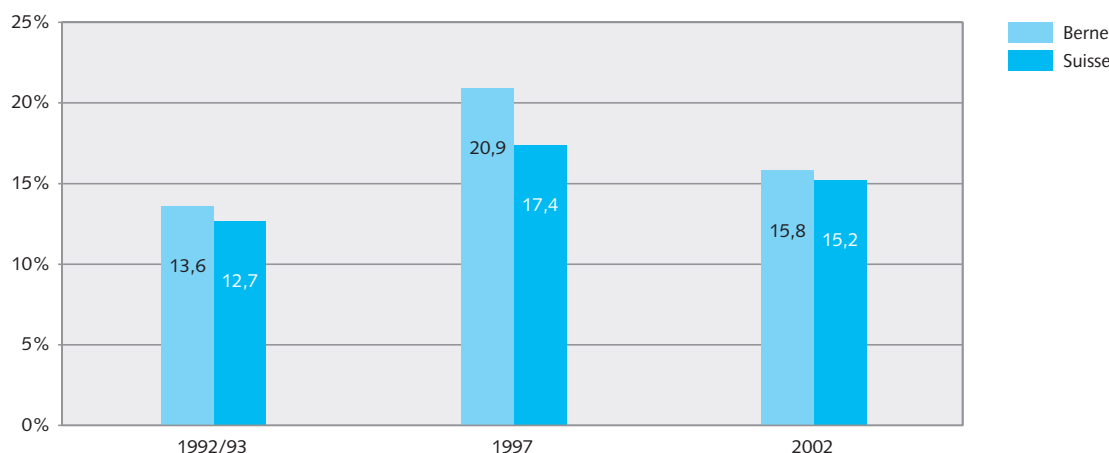
Fig. 2.10



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1598 (BE); 19'616 (CH).

Proportion de personnes ayant dû restreindre leur activité dans les quatre semaines précédant l'interview, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 2.11



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1771 (BE 1992/93); 1708 (BE 1997); 1598 (BE 2002); 15'274 (CH 1992/93); 12'955 (CH 1997); 19'616 (CH 2002).

Le nombre de personnes qui, dans le canton de Berne, n'ont pas pu exercer leur activité normalement dans les quatre semaines précédant l'interview a augmenté de manière significative entre 1992/93 et 1997. Il a diminué depuis, mais reste supérieur, en 2002, à la valeur enregistrée en 1992/93, l'écart n'étant cependant plus statistiquement significatif.

La hausse observée entre 1992/93 et 1997 s'est également manifestée à l'échelle nationale, mais dans une proportion nettement moindre que dans le canton de Berne (graphique 2.11). Le nombre de personnes souffrant d'in-

capacité y est légèrement plus élevé que dans l'ensemble de la Suisse pour les trois périodes considérées.

Une analyse selon le sexe révèle que la part des femmes a augmenté un peu plus fortement (BE +8,3%; CH +5,3%) que celle des hommes (BE +6,2%; CH +4%).

2.1.4 Facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques

L'OMS considère deux catégories de risques: d'une part, la probabilité qu'une maladie survienne (p. ex. un infarc-

tus du myocarde) et, d'autre part, la présence d'un paramètre (p. ex. l'hypertension) qui augmente la probabilité de développer une maladie. Le présent chapitre traite de ce second cas de figure et, plus particulièrement, des trois facteurs de risque responsables au premier chef des maladies cardiovasculaires (attaque, infarctus) et du diabète, à savoir l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et la surcharge pondérale (OMS 2002).

L'hypertension et l'hypercholestérolémie n'étant généralement pas perçues par les personnes qui en sont atteintes, il est important que les valeurs soient contrôlées régulièrement, surtout chez les sujets présentant un risque potentiel tel que la surcharge pondérale.

À relever que les analyses ci-après se fondent également sur des autoévaluations et non sur des données cliniques. Elles présupposent donc que le niveau de pression artérielle et le taux de cholestérol des personnes interrogées aient été mesurés et qu'elles s'en souviennent.

Hypertension

Facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires et les problèmes rénaux, l'hypertension peut être due à une surcharge pondérale, une alimentation trop salée, la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et le stress, qui sont des facteurs évitables, mais aussi à des impondérables tels que l'hérédité et l'âge (Fondation suisse de cardiologie, sans année).

L'hypotension n'a en revanche rien d'alarmant. Elle peut au contraire être le gage d'une longue vie. Plus particulièrement répandue chez les jeunes – surtout chez les femmes – et souvent d'origine constitutionnelle, elle peut occasionner des vertiges ou des états de choc (voile noir devant les yeux) lorsque les sujets se lèvent trop vite ou restent debout trop longtemps.

Dans le canton de Berne, 22,7% des personnes interrogées ont déclaré qu'un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical avait mesuré une tension artérielle trop élevée au moins une fois avant l'interview. Au moment de l'enquête, elles étaient respectivement 10,5% et 15,9% à avoir une tension artérielle trop basse ou trop élevée.

Les valeurs sont légèrement inférieures à l'échelle nationale: une tension artérielle élevée a été mesurée au moins une fois avant le sondage pour 20,9% de la population; au moment de l'enquête, 11,1% des sondés indiquaient avoir une tension trop basse et 14,4% une tension trop élevée. Avec l'âge, le nombre de personnes ayant une tension normale ou basse diminue et celui des personnes ayant une tension élevée augmente fortement (graphique 2.12).

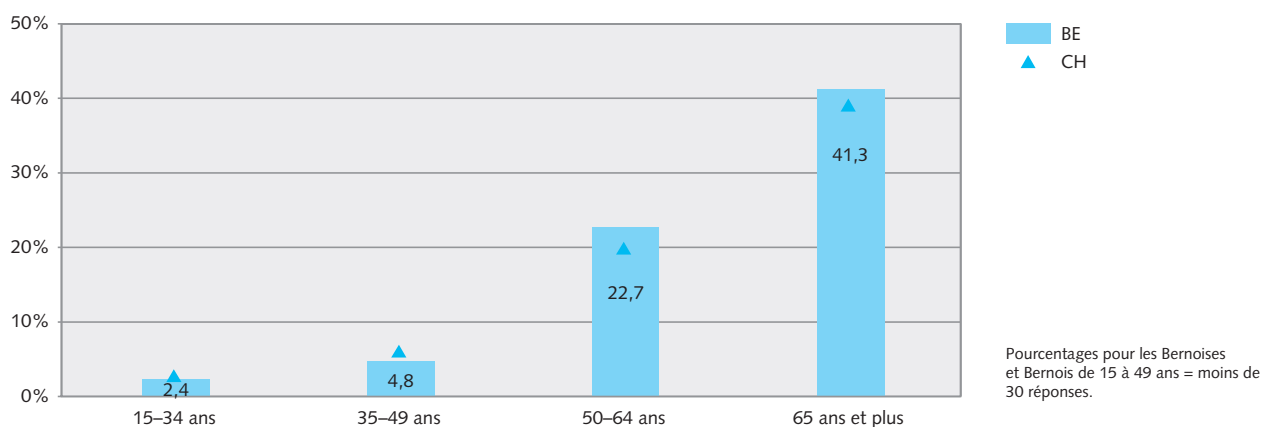
La proportion de femmes et d'hommes ayant une tension artérielle élevée est quasiment la même. Le nombre de femmes sujettes à l'hypotension est en revanche considérablement plus élevé. Dans la tranche d'âge des 35–49 ans, un quart des personnes interrogées connaissant leur tension artérielle ont déclaré que celle-ci était trop basse.

Hypercholestérolémie

Le cholestérol est une substance grasseuse présente dans les vaisseaux sanguins, les organes et les nerfs, qui est fabriquée par le foie, mais également absorbée par la nourriture. Si notre alimentation est trop riche en cholestérol, celui-ci s'accumule dans notre organisme. Alors que le «bon» cholestérol (HDL) peut éliminer l'excédent, le «mauvais» se dépose dans la paroi des artères. Plus le taux de graisses dans le sang est élevé, plus le risque d'infarctus, d'attaque cérébrale, d'occlusion des artères des jambes et de diabète augmente. Tout comme la tension artérielle, le taux de

Personnes souffrant actuellement d'hypertension, par classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1467 (BE); 17'834 (CH).

graisses dans le sang monte progressivement, n'est pas douloureux et n'est décelé que lors d'un contrôle du sang.

Dans le canton de Berne, un taux de cholestérol trop élevé a été mesuré chez 13,3% des personnes se souvenant d'une analyse avant l'interview et 9,0% ont indiqué avoir un taux de cholestérol trop élevé au moment de l'enquête (tableau 2.4).

On observe la même tendance au niveau suisse: 14,6% des sondés indiquent avoir déjà eu au moins une fois un taux de cholestérol trop élevé, proportion qui tombe à 8,8% au moment de l'interview.

Le nombre d'individus souffrant d'hypercholestérolémie augmente fortement avec l'âge. Si personne ou presque n'y est sujet dans la classe des 15–34 ans, on observe un taux trop élevé chez près d'une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus. La majorité des plus jeunes ne savent pas quel est leur taux, mais il convient de préciser que, chez eux, la probabilité d'hypercholestérolémie

est comparativement minime, surtout s'ils bougent régulièrement et n'ont pas de surcharge pondérale. Comme on peut s'y attendre, cette méconnaissance diminue avec l'âge, mais elle reste néanmoins élevée (20%) chez les personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 2.4).

Sachant que le taux de cholestérol dépend en partie du poids, il est probable qu'il est mesuré régulièrement chez les personnes en surcharge pondérale lorsqu'elles se rendent chez le médecin. Cette supposition est d'ailleurs confirmée par les données de l'ESS, même si plus d'un quart des personnes présentant un excès de poids déclarent que leur taux n'a encore jamais été mesuré ou qu'elles ne se souviennent pas qu'il l'ait été.

D'une manière générale, une part importante des mesures du cholestérol – et de la tension artérielle – ont été faites dans le cadre non pas de consultations préventives ciblées, mais d'examen cliniques portant sur d'autres troubles.

Tab. 2.4 Proportion de personnes ne connaissant pas leur taux de cholestérol et part de personnes ayant un taux élevé, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		ne savent pas		Taux élevé diagnostiqué		Taux trop élevé actuellement	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		43,6	40,6	13,3	14,6	9,0	8,8
Sexe	Femmes	40,9	40,2	12,3	13,0	9,1	7,4
	Hommes	46,5	41,1	14,3	16,5	8,9	10,3
Classes d'âge	15–34 ans	65,4	61,7	(3,7)	4,9	*	1,7
	35–49 ans	47,4	41,6	10,4	12,2	(4,1)	5,2
	50–64 ans	30,6	25,2	22,3	23,0	14,3	13,9
	65 ans et plus	21,3	21,8	20,2	24,4	19,1	18,3
Formation	Scolarité obligatoire	44,9	44,2	9,2	12,8	(10,4)	8,6
	Degré secondaire II	42,6	40,4	14,9	14,7	8,9	8,2
	Degré tertiaire	46,8	36,1	10,9	17,0	(7,8)	11,3
Nationalité	Suisses	44,2	40,8	13,8	14,8	9,1	9,0
	Etrangers	38,5	39,4	(9,2)	13,7	*	7,5
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	49,1	43,4	11,6	13,3	7,8	8,1
	de 3000 à 4499 CHF	37,7	36,7	15,2	15,9	10,1	9,7
	de 4500 à 5999 CHF	38,5	36,1	13,3	16,0	(6,6)	9,0
	6000 CHF et plus	39,6	32,4	20,5	17,3	(15,1)	10,7
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	41,6	37,7	(14,1)	15,5	(9,9)	9,5
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	44,9	43,5	14,4	14,7	(11,0)	8,6
	Petits indépendants, artisans	40,0	38,8	(9,8)	15,4	(8,4)	9,9
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	40,1	38,6	14,0	14,8	10,0	8,5
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	44,8	39,8	15,0	14,4	(6,0)	8,5
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	48,5	33,3	(12,1)	17,8	(9,8)	11,4
Comparaison régionale	Argovie	43,2		15,4			7,3
	Bâle-Campagne	39,1		17,0			8,4
	Bâle-Ville	37,2		15,3			7,6
	Berne	43,6		13,3			9,0
	Lucerne	46,0		15,5			9,5
	Soleure	38,9		13,9			8,3
	St-Gall	49,4		14,7			8,3
	Zoug	42,0		14,0			6,2
	Zurich	42,5		13,4			7,4
	Autres cantons alémaniques	44,6		14,5			7,2
	Cantons romands	34,9		14,8			10,6
	Tessin	26,6		18,8			11,0

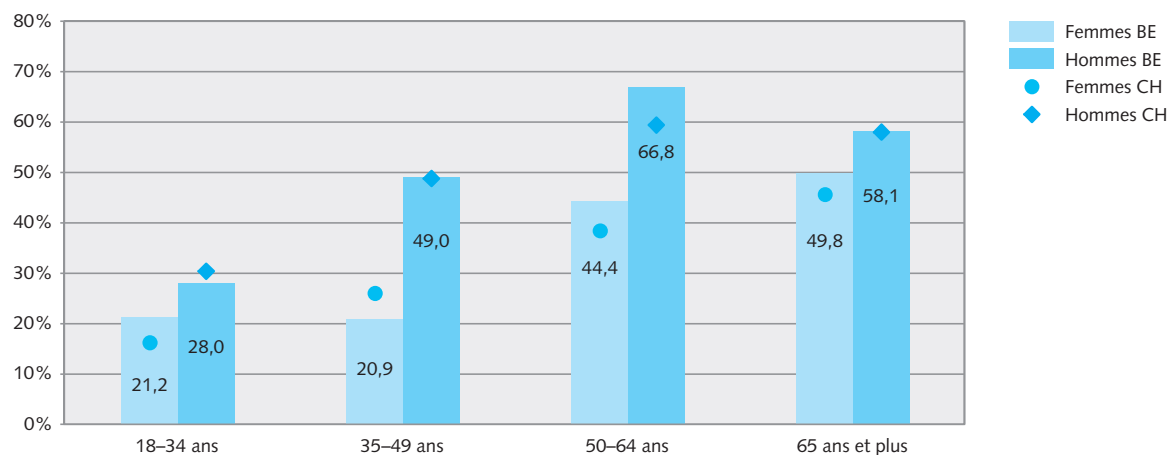
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1182<n<1537 (BE) et 14'558<n<18'729 (CH).

Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

*ne savent pas»=«jamais jusqu'à présent» et «ne sais pas» en réponse à la question: «Quand votre taux de cholestérol a-t-il été contrôlé pour la dernière fois?».

Proportion de femmes et d'hommes en surcharge pondérale (obésité incluse), par classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.13



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1540 (BE); 18'893 (CH).

Tab.2.5 Poids corporel en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Poids ins.		Poids normal		Surpoids		Obésité	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		4,1	4,2	56,2	58,7	31,0	29,4	8,6	7,7
Sexe	Femmes	6,2	6,4	61,3	64,3	23,9	21,8	8,7	7,5
	Hommes	(2,0)	1,8	50,9	52,7	38,5	37,5	8,6	7,9
Classes d'âge	18-34 ans	(7,1)	6,3	68,2	70,4	19,8	19,4	(4,9)	3,9
	35-49 ans	(2,9)	3,0	61,7	59,3	28,5	29,9	(7,0)	7,8
	50-64 ans	*	1,9	43,2	49,3	43,2	37,8	12,2	11,0
	65 ans et plus	(3,0)	2,8	43,8	46,5	39,9	39,8	13,3	10,9
Formation	Scolarité obligatoire	(7,6)	6,3	52,5	55,3	29,5	29,5	(10,4)	9,0
	Degré secondaire II	3,5	3,6	56,5	59,3	30,8	29,2	9,2	7,9
	Degré tertiaire	*	3,2	59,7	61,2	33,9	30,5	(4,0)	5,1
Nationalité	Suisses	4,7	4,5	55,5	59,5	31,3	28,6	8,5	7,4
	Etrangers	*	2,9	61,4	55,3	28,9	33,0	(9,7)	8,8
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	(3,9)	3,8	51,0	55,1	35,6	31,3	9,6	9,8
	de 3000 à 4499 CHF	(3,9)	3,3	56,9	57,2	31,0	32,0	8,2	7,6
	de 4500 à 5999 CHF	(4,1)	3,1	55,3	60,3	33,3	29,9	(7,3)	6,8
	6000 CHF et plus	*	3,1	69,8	64,6	20,5	26,2	(8,5)	6,0
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manoeuvres	*	1,8	49,1	49,4	37,8	37,0	(9,7)	11,8
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	*	2,0	53,4	53,3	36,6	34,9	(7,2)	9,8
	Petits indépendants, artisans	*	2,3	46,2	52,0	38,5	36,3	(13,6)	9,4
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	(4,2)	5,1	32,9	61,5	24,8	26,0	7,1	7,4
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	(3,7)	4,0	59,9	63,4	28,1	27,0	8,4	5,7
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	*	3,4	52,9	58,5	37,6	32,0	*	6,1
Comparaison régionale	Argovie	3,3		55,9		32,8		8,0	
	Bâle-Campagne	3,3		59,3		29,8		7,6	
	Bâle-Ville	2,8		60,8		27,1		9,4	
	Berne	4,1		56,2		31,0		8,6	
	Lucerne	3,5		57,8		31,5		7,1	
	Soleure	3,3		55,3		30,1		11,3	
	St-Gall	3,3		62,5		27,4		6,8	
	Zoug	4,7		59,5		30,7		5,1	
	Zurich	3,9		61,0		28,6		6,4	
	Autres cantons alémaniques	3,6		58,3		29,8		8,3	
	Cantons romands	5,3		58,8		28,1		7,8	
	Tessin	5,7		58,1		30,0		6,2	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1481<n<1582 (BE); 17'816<n<18'891 (CH).
Poids insuffisant: $IMC < 18,5$; poids normal: $18,5 \leq IMC < 25$; surpoids: $25 \leq IMC < 30$; obésité: $30 \leq IMC$.
* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

Surcharge pondérale

Le paramètre généralement reconnu pour évaluer le poids est l'indice de masse corporelle (IMC), obtenu en divisant le poids par la taille au carré (kg/m^2). La classification utilisée par l'OMS pour les personnes âgées de 18 ans et plus donne les catégories suivantes: poids inférieur à la norme: $\text{IMC} < 18,5$; poids normal: IMC entre 18,5 et 24,9; surpoids: IMC entre 25 et 29,9; obésité: $\text{IMC} \geq 30$. Cette classification repose sur la corrélation entre l'IMC et la mortalité (le poids normal représentant le risque de mortalité le plus faible), mais un poids excessif est également corrélé à un taux de morbidité plus élevé comprenant notamment les maladies cardiovasculaires ou le diabète de type 2 (Eichholzer 2003). Le risque de morbidité augmente de manière linéaire avec l'augmentation du surpoids et de l'obésité. Cette dernière a de lourdes conséquences sanitaires, sociales et économiques non seulement pour la personne atteinte, mais aussi pour la société. L'OMS parle à cet égard d'une «épidémie mondiale» dont l'ampleur continue d'être sous-estimée (OMS 1997).

Dans le canton de Berne comme dans l'ensemble du pays, trois personnes sur dix ont un problème de surpoids et 8,6% sont obèses. Au total, 32,6% des Bernoises et 47,1% des Bernois de 18 ans et plus ont un poids présentant un risque élevé de mortalité et de morbidité (CH: femmes: 30,5%; hommes: 47,5%).

Les différences sont significatives entre les sexes, mais également en fonction de l'âge: la proportion de personnes en surcharge pondérale augmente fortement avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes. Dans

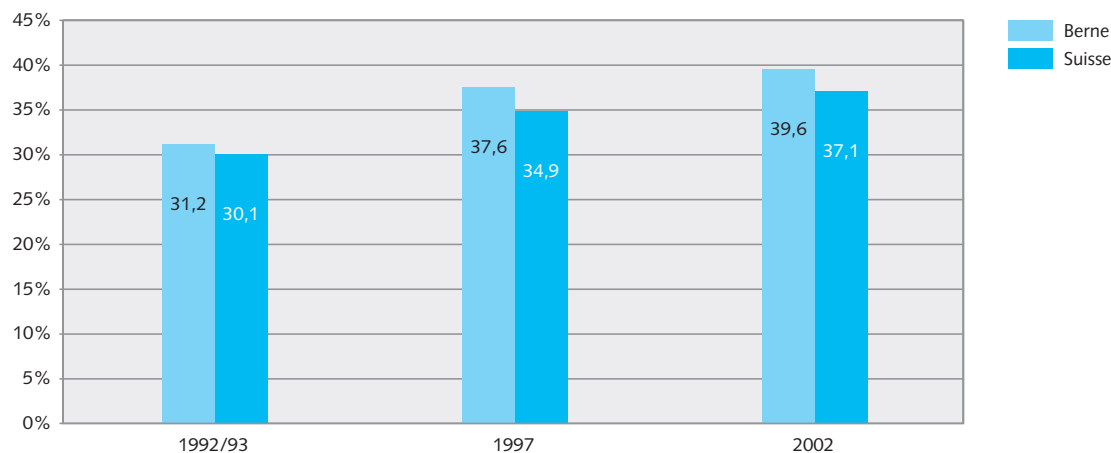
le canton de Berne, toutefois, elle est nettement plus élevée chez les hommes de la classe d'âge des 50–64 ans que chez les Bernoises et les Suisses du même groupe d'âge (graphique 2.13). Il convient cependant de relever que les mêmes valeurs limites d'IMC ont été utilisées pour les femmes et les hommes ainsi que pour toutes les classes d'âge, une pratique quelque peu discutable.

La fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau de formation et au revenu: plus ceux-ci sont élevés, plus le nombre de sujets atteints de surcharge pondérale ou souffrant d'obésité diminue. Cette corrélation entre formation et surpoids est nettement plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Le constat est le même pour les femmes présentant un poids insuffisant: plus leur niveau de formation et leur revenu sont élevés, plus leur nombre est faible. Précisons ici qu'un poids légèrement insuffisant n'est pas un facteur de risque, alors que – comme l'attestent nombre d'études bien documentées – une surcharge pondérale présente un risque important pour les maladies cardiaques et cardiovasculaires ainsi que pour le diabète. D'où l'importance d'axer la prévention sur la perte de poids.

La proportion de personnes souffrant de surcharge pondérale et d'obésité a augmenté de manière significative aussi bien dans le canton de Berne qu'en Suisse entre 1992/93 et 2002. Cette hausse touche tant les femmes que les hommes de toutes les classes d'âge. Dans le canton de Berne, la part absolue d'individus en surcharge pondérale est supérieure à la moyenne suisse pour les trois périodes considérées (graphique 2.14).

Proportion de personnes souffrant de surpoids et d'obésité, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 2.14



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1730 (BE 1992/93); 1675 (BE 1997); 1581 (BE 2002); 14'899 (CH 1992/93); 12'821 (CH 1997); 19'455 (CH 2002).

La prévention dans les écoles bernoises

Sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, la fondation Santé bernoise élabore et réalise des projets dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des dépendances. Collaborant avant tout avec les écoles et les communes, elle aide les collèges d'enseignants et les autorités communales à mettre sur pied des actions efficaces et professionnelles et fournit des prestations dans les domaines de l'information, de la formation, de la consultation et de la thérapie.

Santé bernoise propose notamment, en collaboration avec le Centre de perfectionnement (Zentralstelle für Lehrerinnen- und Lehrerfortbildung), une formation intitulée «Am Puls». D'entente avec la direction et le collège d'enseignants, celle-ci est suivie par un membre du corps enseignant qui, dès le début, organise au sein de son établissement des activités axées tant sur la prévention que sur la promotion de la santé. Au terme des 18 mois de cours, il acquiert la fonction de coordinateur pour toutes les questions liées à ces deux domaines. «Am Puls» a pour but d'instituer durablement la promotion de la santé dans les établissements scolaires du canton tout en veillant à ce que des solutions sur mesure soient trouvées pour chacun d'eux. En 2003, 28 personnes ont achevé cette formation, si bien qu'aujourd'hui, la prévention est à l'ordre du jour dans 28 écoles bernoises, avec des effets se répercutant sur 750 enseignants et plus de 7000 élèves.

2.1.5 Accidents

Chaque année, plus d'un million de personnes sont victimes d'accidents en Suisse et environ 2000 sont mortellement blessées, ce qui représente 17 décès pour 10'000 accidentés. La majorité de ces accidents surviennent à la maison et pendant les loisirs, mais ce sont les accidents de la route qui provoquent le plus grand nombre de morts (bpa 2003).

Dans le canton de Berne, 15% des personnes âgées de 15 ans et plus indiquent avoir eu au moins un accident dans l'année précédant l'enquête (graphique 2.15). Près d'un sur douze était un accident de sport ou de jeu et les blessures occasionnées ont dû être soignées par un médecin dans deux tiers des cas environ. La proportion d'hommes blessés (11,2%) est plus de deux fois plus élevée que celle des femmes (5,3%).

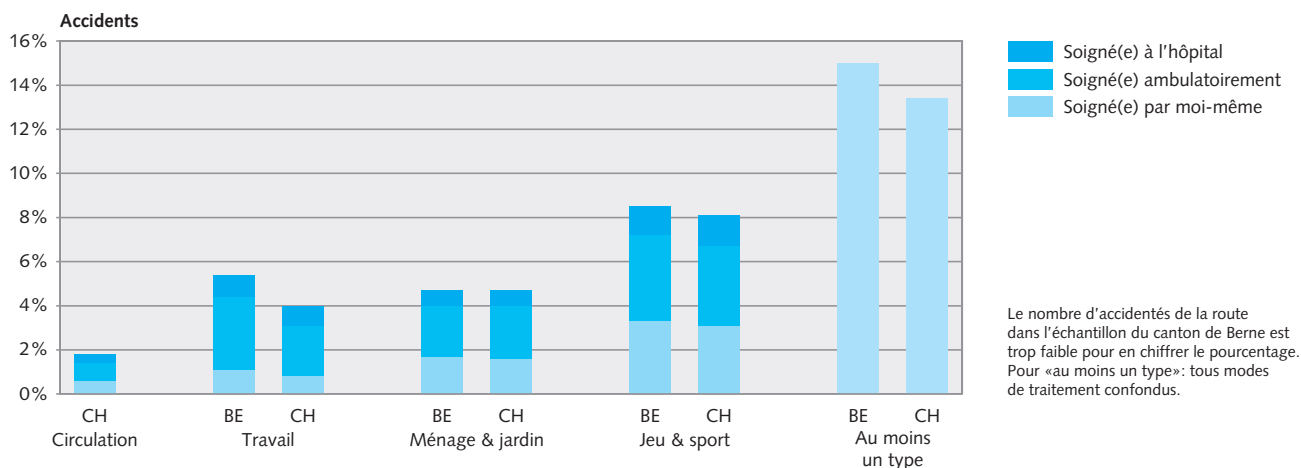
En deuxième position viennent les accidents survenus à la maison ou au jardin, suite auxquels la plupart des personnes ont dû être soignées en mode ambulatoire ou hospitalier. Contrairement aux accidents de sport et de jeu, on ne relève ici aucune différence notable entre les sexes.

Dans le canton de Berne, près de 5,5% de la population active a été victime d'un accident professionnel. Le nombre d'hommes touchés est nettement supérieur à celui des femmes, ce qui s'explique par le choix professionnel spécifique au sexe.

Si, comparativement, les accidents de la route surviennent moins souvent, leur importance est cependant tout aussi grande en raison des conséquences qu'ils entraînent.

Proportion de personnes ayant été victime d'un accident dans les douze mois précédant l'enquête, par type d'accident et de traitement, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.15



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1606 (BE), 19'706 (CH).

Il ressort du rapport quinquennal de la statistique des accidents que le nombre d'accidents professionnels n'a cessé de baisser ces dernières années. Ce recul est dû principalement aux programmes de prévention ainsi qu'aux réglementations légales telles que l'obligation du port d'un casque de protection sur les chantiers introduite en 2000. Les accidents survenus durant les loisirs ont, par contre, atteint un niveau record. Il est donc important d'intensifier les mesures de prévention dans ce domaine, d'autant plus que les diverses campagnes de la Suva et du Bureau suisse de prévention des accidents mises sur pied ces dernières années se sont révélées particulièrement fructueuses (cf. p. ex. Suva 2004).

2.1.6 Vertiges et chutes

Les chutes constituent un problème important chez les personnes âgées. Elles engendrent souvent une perte d'autonomie et affectent leur qualité de vie, car il n'est pas rare, vu le lent processus de guérison de leur fracture, qu'elles doivent quitter leur logement.

Les chutes ont des causes diverses: elles peuvent bien sûr survenir en marchant sur un sol dont la surface est irrégulière, mais aussi être dues à des problèmes physiques tels que temps de réaction motrice ralenti, troubles de l'équilibre ou prise de médicaments provoquant des pertes d'équilibre³, ou encore accès de vertige. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de vertige (20,5% vs 10,3%).

Si 16,8% de la population bernoise âgée de 55 à 64 ans indiquent être tombés au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête, la fréquence et le pourcentage sont nettement plus élevés chez les 85 ans et plus⁴. On observe davantage de chutes chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat ne s'explique pas uniquement par leur plus forte proportion chez les 85 ans et plus, car parmi les femmes plus jeunes également, le nombre de chutes est plus important. Leur fréquence est d'ailleurs problématique dans la mesure où les femmes d'un certain âge présentent, en raison de l'ostéoporose, un risque plus élevé de fractures osseuses.

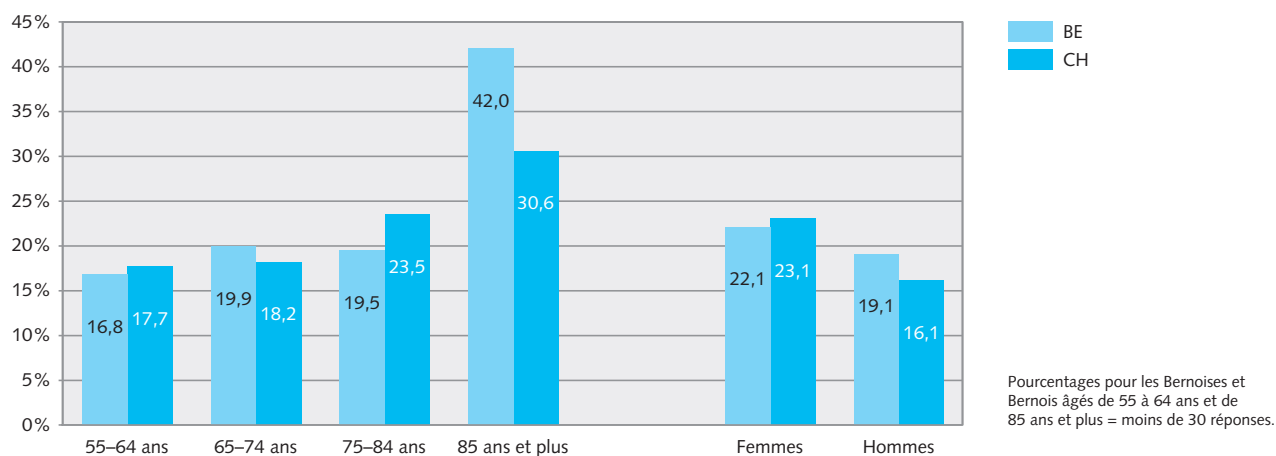
2.1.7 Handicaps dans les activités de la vie quotidienne

Les participants à l'enquête ont également été interrogés sur les handicaps affectant leur vie quotidienne, à savoir, par exemple, leur incapacité à réaliser des choses simples comme sortir du lit sans aide, suivre une conversation ou lire un livre. Ces activités ne posent pas de problème à la grande majorité de la population suisse: seuls 3% environ des sondés ont de légères difficultés de lecture et d'audition et la proportion de personnes ayant des difficultés sévères se chiffre en pour mille.

Comme on peut s'y attendre, tous les handicaps augmentent fortement avec l'âge. Un quart des personnes âgées de 85 ans et plus vivant en ménage privé ont des problèmes de lecture et d'audition, que ce soit en raison du déclin de l'acuité visuelle et auditive ou de la difficulté croissante à se concentrer.

Proportion de personnes étant tombées au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.16



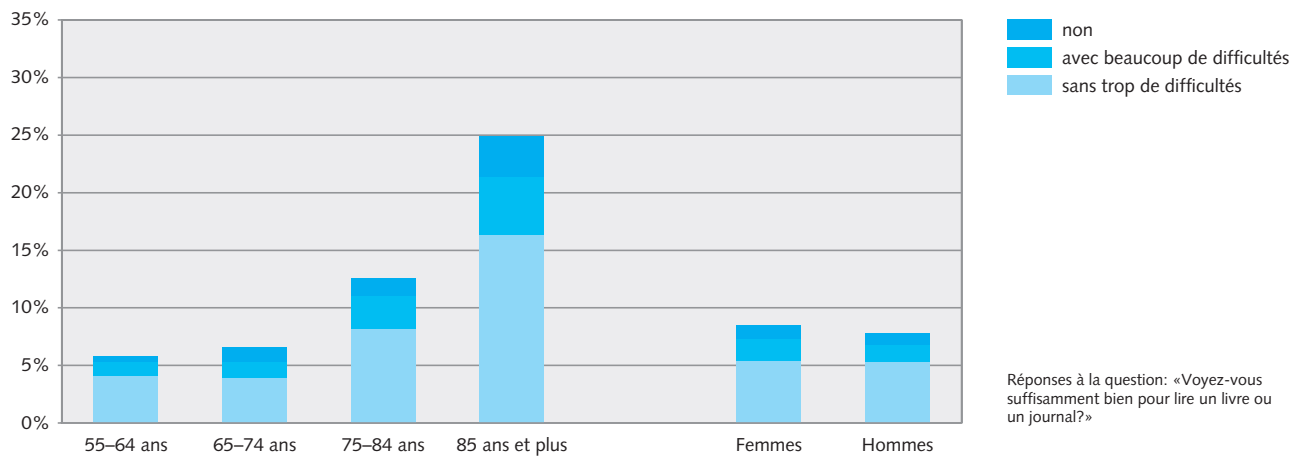
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n= 508 (BE); 5874 (CH).

³ Pour plus de détails sur ce sujet, voir Höpflinger et Hugentobler (2003).

⁴ Pour mémoire, seules les personnes vivant en ménage privé ont été interrogées dans le cadre de l'ESS.

Part de la population suisse âgée de 55 ans et plus ayant des troubles de la vue, selon le sexe et la classe d'âge

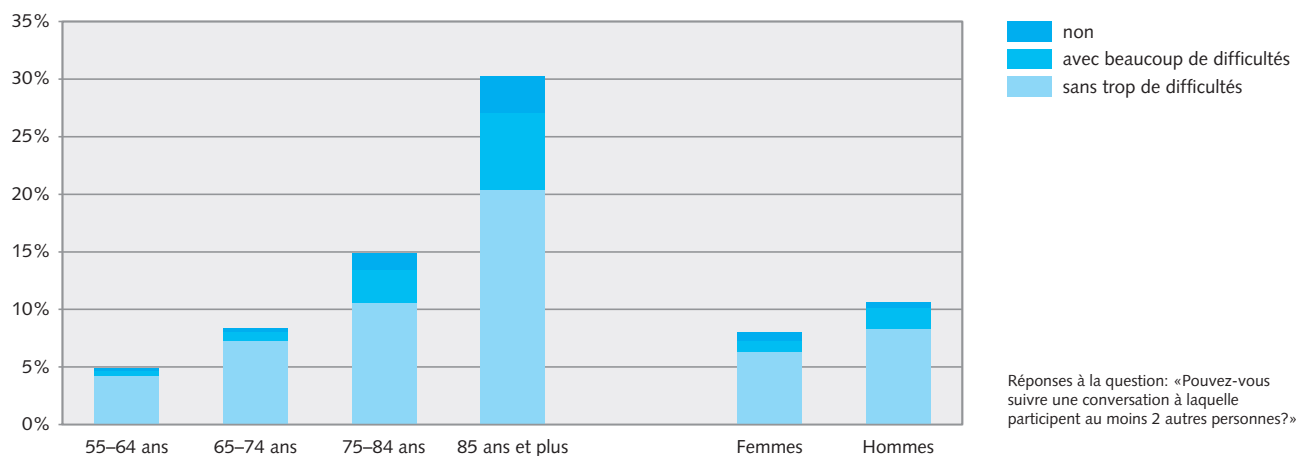
Fig. 2.17



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=7597.

Part de la population suisse âgée de 55 ans et plus ayant des troubles de l'ouïe, selon le sexe et la classe d'âge

Fig. 2.18



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=7507.

2.2 Santé psychique

Depuis quelques années, la santé psychique occupe une place de plus en plus grande dans les agendas politiques nationaux et internationaux. Cela est dû d'une part à la (lente) déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et, d'autre part, à l'augmentation constante du nombre d'hospitalisations psychiatriques et de traitements psychiques ou psychothérapeutiques en mode ambulatoire. En 2003, l'Observatoire suisse de la santé a publié un monitoring sur ce thème donnant un aperçu des dernières enquêtes réalisées en Suisse (Rüesch et Manzoni 2003).

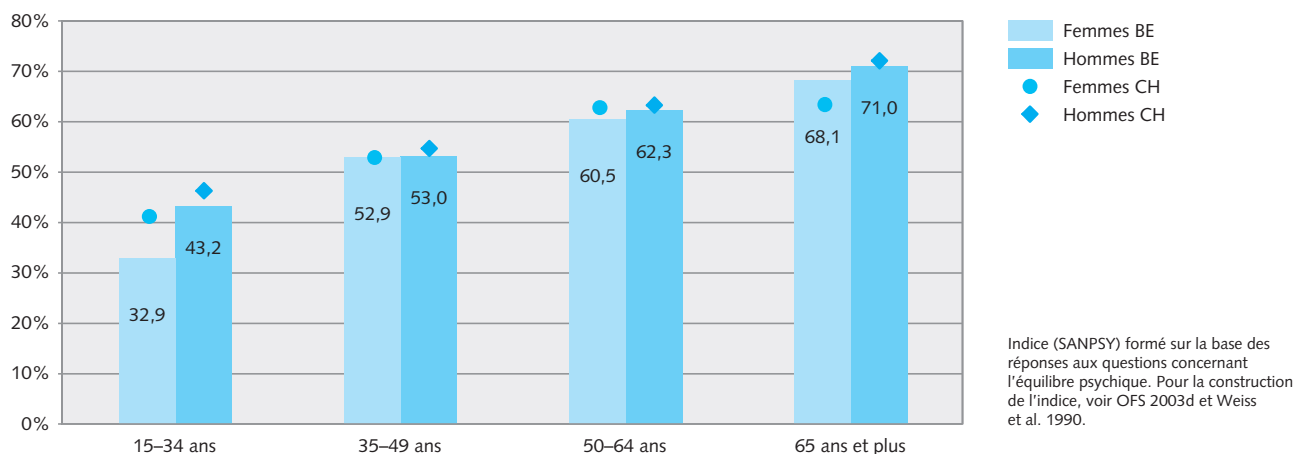
Quant à l'OMS, elle a consacré la totalité de son rapport sur la santé dans le monde 2001 à la «santé mentale». Rappelons que, dès sa création, l'organisation a

défini la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social», mettant sur le même plan le bien-être psychique que le bien-être physique et social. Dans son rapport de 2001, l'OMS exhorte les politiciens de la santé à intégrer davantage l'aspect psychique dans les programmes de mesures et de prévention. Le document explique en outre comment des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux se conjuguent pour provoquer les maladies mentales.

Forts de ces recommandations, les responsables de l'Enquête suisse sur la santé 2002 ont inclus une série de questions portant sur la santé et le bien-être psychiques. Les réponses forment des indices cumulatifs permettant de mesurer le bien-être psychique, la qualité du sommeil et le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie.

Proportion de personnes ayant un bon équilibre psychique, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.19



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=816 (femmes BE); 667 (hommes BE); 10'170 (femmes CH); 8123 (hommes CH).

2.2.1 Equilibre psychique

Les personnes bien dans leur peau ne se sentent que rarement ou jamais abattues, tendues, irritables ou nerveuses et disent être presque tous les jours calmes, équilibrées et sereines, pleines de force, d'énergie et d'optimisme. A l'inverse, les personnes mal dans leur peau disent être (presque) quotidiennement déprimées, stressées, mécontentes et énervées, sans force et sans énergie.

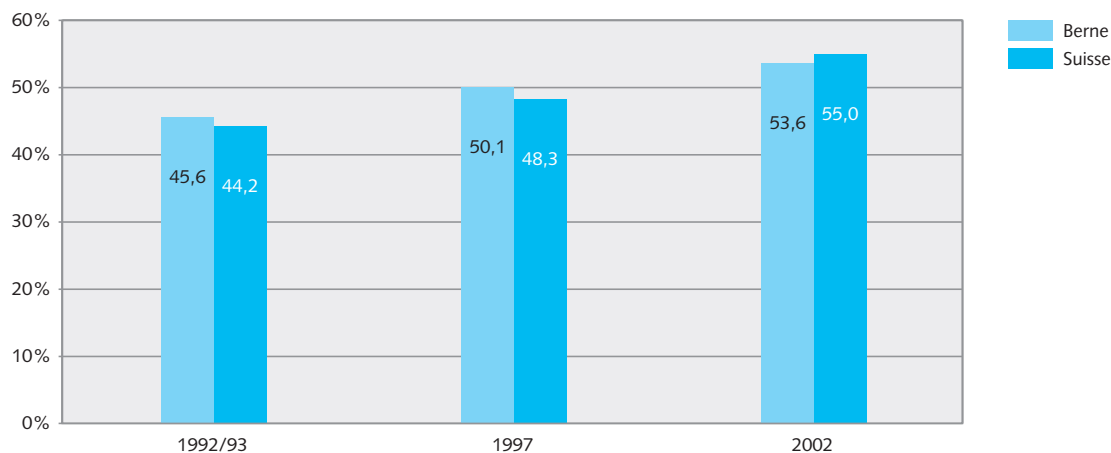
La population bernoise affiche, en moyenne, un équilibre psychique légèrement inférieur à celui de la population suisse (53,6% vs 55,0%), l'écart le plus important étant observé chez les Bernoises âgées de 15 à 34 ans. Dans l'ensemble, l'équilibre psychique des femmes et des hommes s'améliore au fil des ans, aussi bien dans le canton de Berne qu'en Suisse (graphique 2.19).

Le nombre élevé de personnes jeunes se déclarant en mauvaise santé psychique pourrait refléter leurs difficultés à s'insérer dans la société des adultes et à trouver leur place dans la vie professionnelle et familiale.

Les hommes disposant d'une formation supérieure ont un équilibre psychique nettement meilleur que ceux qui n'ont fréquenté que l'école obligatoire. Si cette corrélation ne se retrouve pas chez les femmes, on observe en revanche, pour elles, un lien avec le niveau de revenu. Celui-ci est beaucoup plus marqué chez les femmes mariées et veuves que chez celles qui sont célibataires, divorcées ou séparées. Ce constat tendrait à prouver que le statut social du mari reste un facteur influençant de manière non négligeable les conditions de vie de la femme.

Proportion de personnes ayant un (très) bon équilibre psychique, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 2.20



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1706 (BE 1992/93); 1654 (BE 1997); 1483 (BE 2002); 14'525 (CH 1992/93); 12'569 (CH 1997); 18'293 (CH 2002).

Depuis 1992/93, la proportion de Bernoises et de Bernois déclarant jouir d'un bon équilibre psychique n'a cessé d'augmenter (de manière significative). En 2002, plus d'une personne sur deux dit se sentir très bien dans sa peau. On observe la même évolution positive au niveau suisse et ce, indépendamment du sexe et de l'âge (graphique 2.20).

2.2.2 Bien-être psychique

Autre aspect de la santé psychique, aux côtés de l'équilibre, le bien-être est évalué par le biais de huit interrogations reprises d'un questionnaire bernois (Grob et al. 1990), sur la base desquelles est construit un indice cumulatif⁵ permettant de définir quatre niveaux de bien-être psychique: «faible», «plutôt faible», «plutôt élevé» et «élevé».

Le sentiment de bien-être d'une personne est considéré comme bon lorsqu'elle jouit de suffisamment de ressources pour répondre aux exigences physiques, psychiques et sociales. Les sondés se sentant très bien dans leur peau ont répondu oui aux affirmations suivantes: «Mon avenir semble prometteur», «J'aime plus la vie que la plupart des gens», «Je suis heureux/heureuse de vivre», «Ma vie me paraît avoir un sens», «Ma vie se passe comme il faut», ou encore «J'accepte ce que je ne peux pas changer dans ma vie».

Le bien-être psychique diminue dans les classes d'âge intermédiaires, puis augmente légèrement. Cette courbe en U est surtout observée chez les femmes bernoises

(graphique 2.21). En moyenne suisse, les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à se sentir très bien dans leur peau. La proportion est inversée dans le canton de Berne: chez les 35–49 ans et les plus de 65 ans surtout, le bien-être psychique des femmes est plus élevé que celui des hommes.

Le bien-être psychique augmente avec le niveau de formation et le revenu, tant chez les femmes que chez les hommes. Dans le canton de Berne, on observe en outre un accroissement de ce sentiment dans les catégories socioprofessionnelles plus élevées. Ainsi, le groupe des «dirigeants, professions libérales, industriels» se démarque par une très forte proportion (68,5%) de personnes déclarant se sentir très bien psychologiquement.

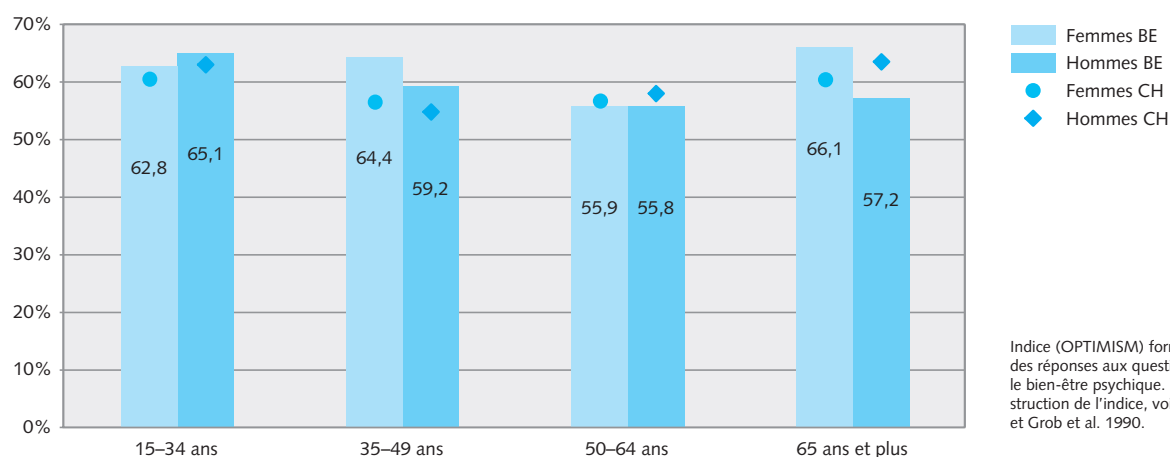
On relève par ailleurs une grande différence entre les nationalités. La proportion de personnes étant très bien dans leur peau est nettement moins élevée dans la population résidante étrangère que chez les Suisses (52,9% vs 60,1%). Cet écart est un peu moins prononcé dans le canton de Berne qu'au niveau suisse (55,7% vs 61,6%; tableau 2.6).

2.2.3 Qualité du sommeil

Il est important de dormir bien et assez pour conserver un bon état de santé psychique. Le nombre d'heures de sommeil nécessaires est propre à chacun: certains se sentent reposés après quelques heures déjà, alors que d'autres ont du mal à sortir du lit même après dix heures. Il y a en revanche problème s'ils souffrent de trou-

Part de la population ayant un sentiment de bien-être psychique élevé, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.21

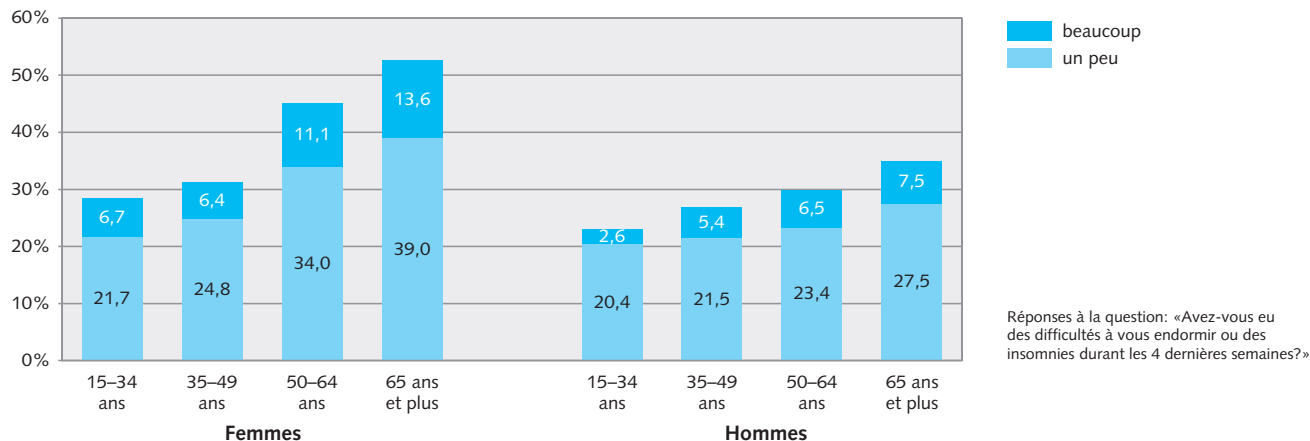


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1295 (BE), 15'587 (CH).

⁵ L'indice OPTIMISM, intitulé «conception positive de la vie» en 1997, a été rebaptisé «bien-être psychique». En 1997, ces questions avaient été posées uniquement aux 15–24 ans (OFS 2003d).

Proportion de femmes et d'hommes ayant des troubles du sommeil ou de l'endormissement, Suisse

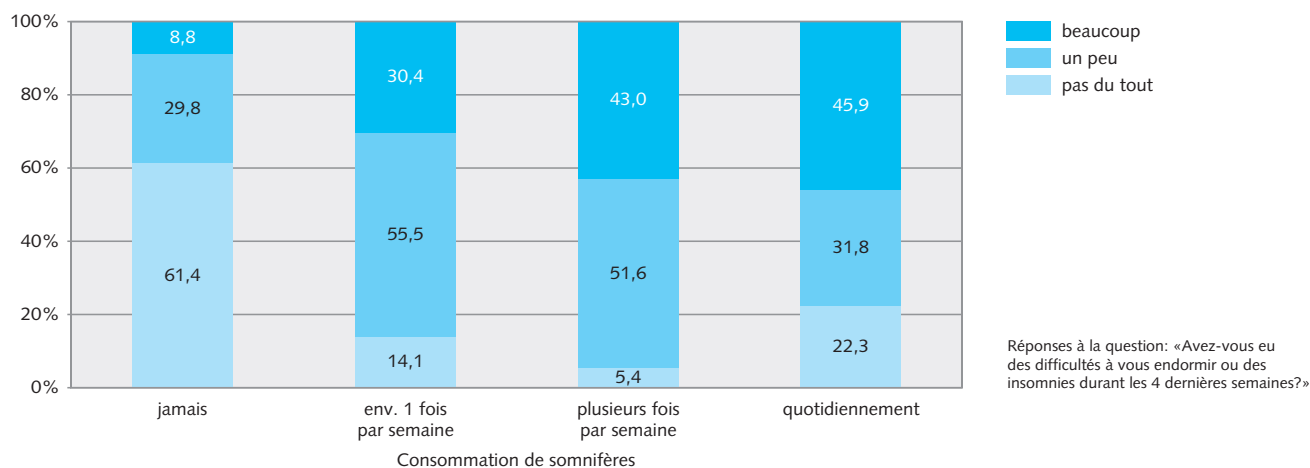
Fig. 2.22



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n= 19'698.

Corrélation entre troubles du sommeil et consommation de somnifères, Suisse

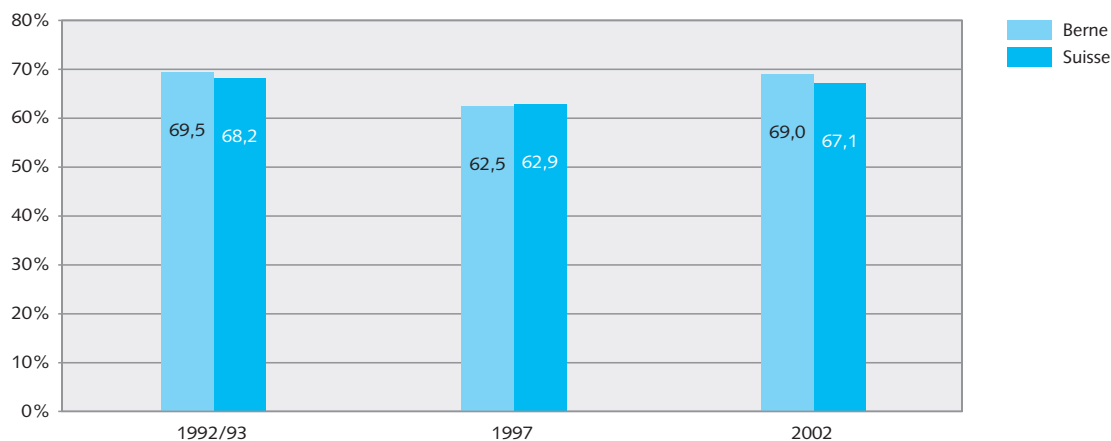
Fig. 2.23



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8616.

Proportion de personnes n'ayant pas de troubles du sommeil, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 2.24



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1712 (BE 1997); 1605 (BE 2002); 15'280 (CH 1992/93); 12'997 (CH 1997); 19'689 (CH 2002).

bles répétés du sommeil ou de l'endormissement, se réveillent souvent trop tôt ou ont fréquemment un sommeil agité.

La qualité du sommeil varie en fonction du sexe, mais aussi de l'âge. Les problèmes de sommeil sont en effet plus fréquents chez les personnes avançant en âge, et ce dans une proportion nettement supérieure pour les femmes que pour les hommes (graphique 2.22).

Dans le canton de Berne, 37% des femmes et 25% des hommes déclarent avoir un peu à beaucoup de difficultés à s'endormir ou d'insomnies.

L'analyse de la corrélation entre les troubles du sommeil et la consommation de somnifères révèle que plus les problèmes de sommeil sont aigus, plus la prise de médicaments est régulière. En principe, tout comme pour les troubles du sommeil, la consommation augmente avec l'âge, mais nettement moins fortement. Près d'une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus prend occasionnellement un somnifère, dont 13% de femmes contre 8% d'hommes.

La qualité du sommeil de la population bernoise est quasiment la même en 2002 qu'il y a dix ans. Plus de deux personnes sur trois n'ont pas de troubles de sommeil ni d'endormissement. En 1997, par contre, le nombre de sondés ayant indiqué ne pas avoir de problèmes était significativement moins élevé. Cette baisse passagère avait également été enregistrée, dans une proportion semblable, au niveau suisse (graphique 2.24).

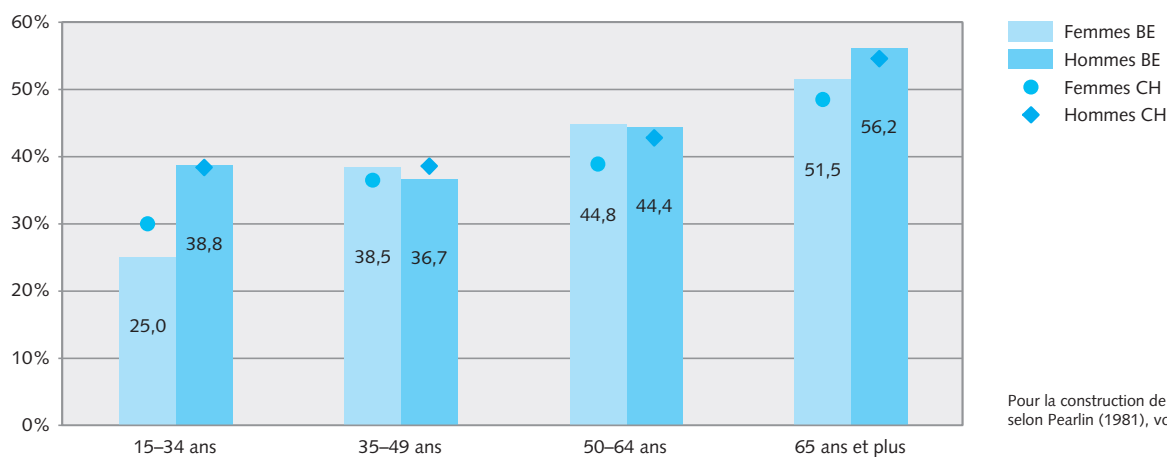
2.2.4 Sentiment d'avoir le contrôle de sa vie

La conviction de pouvoir déterminer personnellement le cours de sa vie est essentielle pour maîtriser son existence. Les personnes chez qui cette conviction est forte gèrent mieux les situations de stress que celles qui se sentent tributaires du destin. Des études montrent que les premières ont une meilleure santé générale et une plus grande joie de vivre et présentent moins de symptômes dépressifs que les secondes (Rüesch et Manzoni 2003).

Les participants à l'enquête dont la conviction de maîtriser leur existence est faible déclarent ne pas arriver à surmonter leurs problèmes, avoir l'impression d'être ballottés dans tous les sens, avoir le sentiment de manquer de contrôle sur ce qui leur arrive et se sentir submergés par les problèmes.

Le degré de conviction dépend aussi bien du sexe que de l'âge. Il est plus élevé dans les classes d'âge supérieures et chez les hommes que chez les femmes. Dans le canton de Berne, la proportion d'hommes convaincus de pouvoir contrôler leur existence se situe dans la moyenne suisse. Chez les femmes de 15 à 34 ans, le pourcentage est légèrement inférieur à celui des autres Suissesses, mais supérieur chez celles de 50 ans et plus (graphique 2.25). En comparaison nationale, les Bernoises de cette classe d'âge sont convaincues dans une plus forte mesure de pouvoir déterminer personnellement le cours de leur vie, alors que les 15–34 ans se sentent un peu plus livrées au hasard ou au destin. A relever en outre que les personnes de nationalité étrangère résidant dans le canton de Berne ont une conviction plus élevée que

Proportion de personnes largement convaincues de pouvoir maîtriser leur existence, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse Fig. 2.25



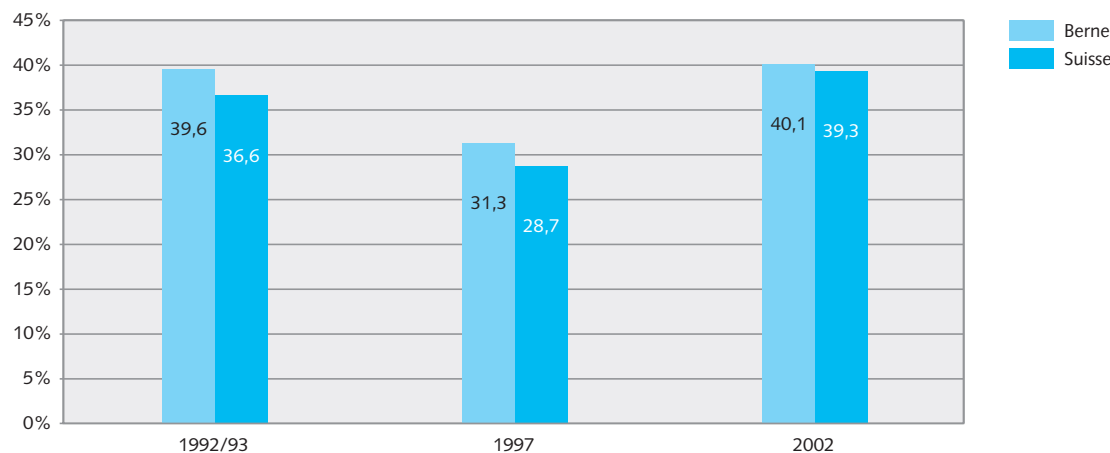
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1182 (BE); 14'359 (CH).

Tab.2.6 Proportion de personnes ayant un bon équilibre psychique, un très fort sentiment de bien-être psychique et un degré de conviction élevé, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Equilibre psychique élevé		Très fort sentiment de bien-être psychique		Pas de problèmes de sommeil		Degré de conviction élevé	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		53,6	55,0	61,0	58,9	69,0	67,1	40,1	39,3
Sexe	Femmes	52,3	53,7	62,2	58,5	63,0	62,0	38,2	37,0
	Hommes	54,9	56,3	59,7	59,4	75,4	72,5	42,1	41,8
Classes d'âge	15–34 ans	38,1	43,7	63,9	61,7	78,8	74,3	31,7	34,1
	35–49 ans	53,0	53,8	61,8	55,6	74,2	71,0	37,6	37,5
	50–64 ans	61,4	63,0	55,8	57,3	63,7	62,3	44,6	40,8
	65 ans et plus	69,3	66,8	62,5	61,7	53,5	54,6	53,5	51,1
Formation	Scolarité obligatoire	47,9	49,3	59,6	55,9	66,4	61,9	39,5	37,5
	Degré secondaire II	55,3	56,3	60,1	59,0	69,7	68,1	40,5	39,6
	Degré tertiaire	52,6	58,0	66,7	62,0	68,9	71,1	39,2	40,3
Nationalité	Suisses	55,1	55,9	61,6	60,1	69,2	67,1	39,6	39,9
	Etrangers	40,5	50,8	55,7	52,9	67,6	66,9	44,9	36,2
Revenu	jusqu'à 3 000 CHF	52,0	53,1	60,3	55,1	69,0	67,0	38,0	37,5
	de 3 000 à 4 499 CHF	52,5	56,3	62,5	59,1	67,1	66,2	38,5	40,0
	de 4 500 à 5 999 CHF	60,5	58,9	56,4	61,3	71,2	68,8	44,9	41,4
	6 000 CHF et plus	56,3	58,5	61,1	65,0	67,4	68,3	42,5	42,9
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	51,0	55,1	57,1	59,0	69,5	67,7	38,6	40,0
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	51,4	54,9	57,8	57,7	75,6	70,7	41,7	41,0
	Petits indépendants, artisans	64,1	59,6	54,2	58,5	71,1	71,3	40,5	41,1
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	55,1	55,5	57,0	57,7	63,4	62,1	41,7	38,9
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	51,2	54,8	64,8	59,8	69,5	67,3	38,9	38,9
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	50,0	58,1	68,5	63,0	71,4	70,8	35,2	40,3
Comparaison régionale	Argovie	53,0		62,0		70,0		41,4	
	Bâle-Campagne	53,7		62,7		68,6		41,4	
	Bâle-Ville	52,1		58,9		64,7		41,2	
	Berne	53,6		61,0		69,0		40,1	
	Lucerne	53,6		63,5		70,9		45,8	
	Soleure	56,4		63,0		69,4		43,9	
	St-Gall	54,4		66,3		69,7		40,2	
	Zoug	58,6		65,3		70,4		44,3	
	Zurich	56,2		62,8		67,4		41,9	
	Autres cantons alémaniques	57,2		64,2		69,2		44,7	
	Cantons romands	55,6		47,1		62,8		31,9	
	Tessin	51,1		59,9		63,5		32,2	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1115<n<1606 (BE); 13'434<n<18'699 (CH).

Proportion de personnes étant largement convaincues de pouvoir maîtriser leur existence, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002 Fig. 2.26



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1057 (BE 1992/93); 1348 (BE 1997); 1182 (BE 2002); 8947 (CH 1992/93); 10'087 (CH 1997); 14'359 (CH 2002).

les Suissesses et les Suisses, alors que, dans l'ensemble du pays, c'est le contraire (tableau 2.6).

La conviction de pouvoir personnellement déterminer son existence avait baissé de manière significative entre 1992/1993 et 1997, aussi bien dans le canton de Berne qu'au niveau suisse, surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette tendance ne s'est heureusement pas poursuivie. En 2002, le degré de conviction est même légèrement plus élevé qu'il y a dix ans, surtout chez les personnes de 65 ans et plus.

2.3 Bien-être social

Le bien-être social est le troisième élément de la définition de la santé donnée par l'OMS. Le présent chapitre se penche sur les facteurs influençant directement ou indirectement ce paramètre. L'absence de relations sociales stables, par exemple, augmente la réceptivité à certains troubles physiques, mais un sentiment de solitude plus ou moins permanent est déjà en soi le signe d'un bien-être (social) perturbé (Bachmann 2000).

Les considérations ci-après portent en priorité sur les effets positifs des relations sociales sur la santé. Il ne faut cependant pas perdre de vue que celles-ci peuvent aussi être source de détérioration – notamment quand elles sont conflictuelles ou quand elles comportent un élément de violence –, un aspect qui n'est toutefois traité ici que de façon marginale (chapitre 4.4)⁶.

2.3.1 Sentiment de solitude

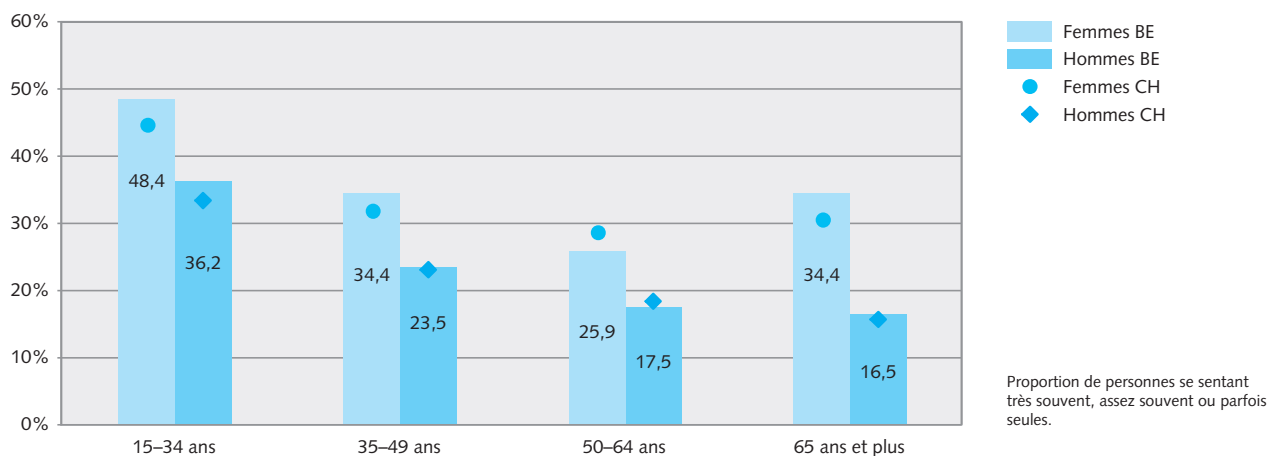
Tout individu a besoin de contacts sociaux pour son bien-être social et psychique. Son évolution dans ces deux domaines en dépend et si ses besoins ne sont pas comblés, il éprouve alors un sentiment de solitude. Il peut arriver qu'il ait des contacts quotidiens avec d'autres personnes, mais que ceux-ci ne répondent pas à ses attentes. Si cet état de manque perdure, il peut avoir des conséquences sérieuses sur sa santé et son bien-être.

En analysant la corrélation entre le sentiment de solitude, les troubles d'origine psychosociale et l'équilibre psychique, on s'aperçoit que les personnes qui sont souvent seules sont bien davantage sujettes à des troubles physiques de forte intensité (p. ex. maux de tête ou de dos) et que leur équilibre émotionnel est plus fragile.

Dans le canton de Berne, les jeunes gens sont les plus nombreux à souffrir de solitude, les jeunes Bernoises bien plus que les jeunes Bernois (48,5% vs 36,2%). Ce sentiment diminue progressivement avec l'âge, pour réaugmenter à nouveau chez les 65 ans et plus, ce qui s'explique notamment par la perte de relations sociales une fois retirés de la vie professionnelle ou après le décès du conjoint. Il est particulièrement présent chez les personnes âgées de 75 ans et plus, surtout chez les femmes. Comme le montre le graphique 2.27, celles-ci sont d'ailleurs nettement plus nombreuses, toutes générations confondues, à se sentir seules. Le canton de Berne ne se démarque à cet égard guère de l'ensemble de la Suisse.

Proportion de personnes souffrant de solitude, selon le sexe et la classe d'âge, canton de Berne et Suisse

Fig. 2.27

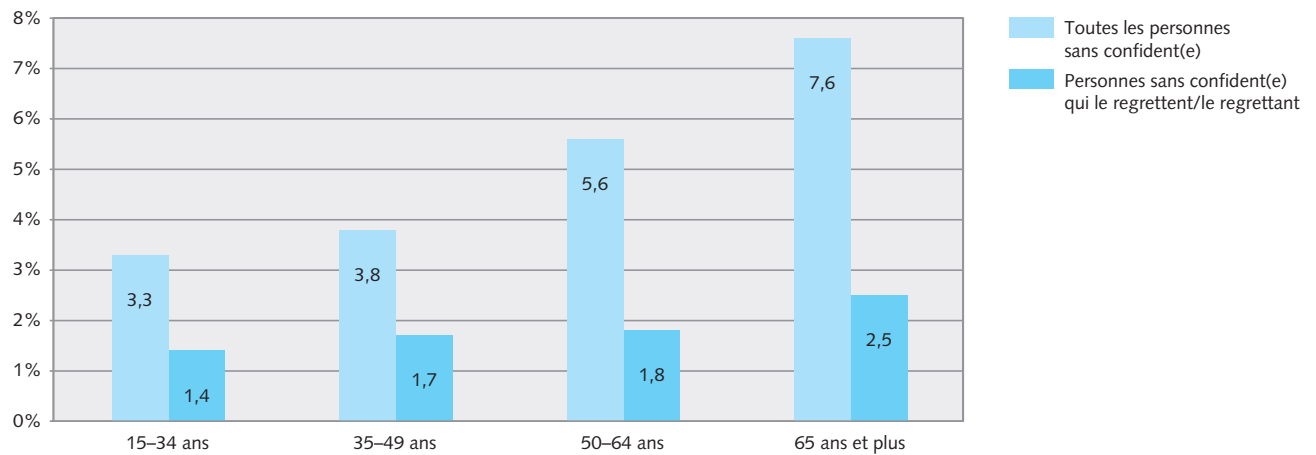


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1535 (BE); 18'735 (CH).

⁶ Pour une description plus détaillée, voir Bachmann 2000.

Proportion de personnes n'ayant pas de confident(e)s et le regrettant, par classe d'âge, Suisse

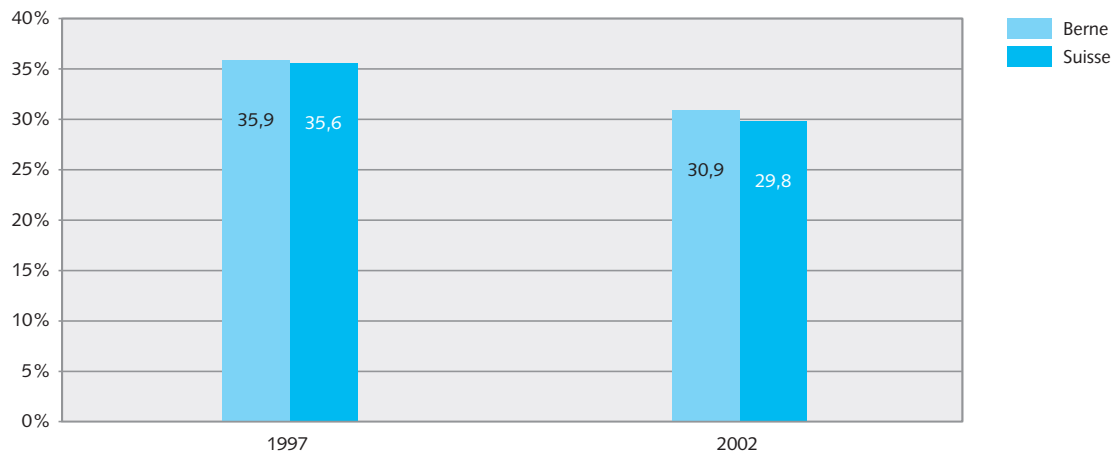
Fig. 2.28



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=18'716/949 (CH).

Proportion de personnes se sentant parfois, assez souvent ou très souvent seules, canton de Berne et Suisse, 1997, 2002

Fig. 2.29



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1997 und 2002, n=1677 (BE 1997); 1535 (BE 2002); 12'752 (CH 1997); 18'735 (CH 2002).

La perte du conjoint joue un rôle central dans l'apparition du sentiment de solitude. Les personnes séparées (52,3%) et veuves (47,0%) se sentent nettement plus souvent seules que les personnes mariées (20,5%). On observe la même tendance en mesurant cet indicateur en fonction de la taille du ménage: une personne sur deux vivant seule souffre plus ou moins régulièrement de solitude, contre une sur quatre pour les personnes vivant en couple.

Dans le canton de Berne, 3,6% de la population (femmes: 3,2%, hommes: 4,0%) disent n'avoir personne à qui parler de problèmes très personnels (moyenne suisse: 4,7% [femmes: 4%, hommes: 5,5%]) et près d'un quart regrette cette absence de confident(e)s.

Les Bernoises et les Bernois souffrent plus rarement de solitude – de façon significative – qu'il y a cinq ans (graphique 2.29). On n'enregistre en revanche pas de changement sur les dix ans écoulés en ce qui concerne le manque de personnes à qui se confier. Dans le canton de Berne, un bon 4% des participants à l'enquête 2002 déclarent ne pas avoir de confident(e)s.

2.4 Mortalité et causes de décès

La répartition et l'évolution des causes de décès fournissent des indications importantes sur la fréquence des maladies et, partant, sur l'état de santé de la population.

Du point de vue de la prévention, il est particulièrement intéressant d'analyser les causes des décès pour lesquels les principaux facteurs de risque sont connus et qui, de ce fait, peuvent en partie être évités en adoptant un comportement adéquat (cf. chapitre 3). Il convient de préciser que certaines maladies – le cancer, notamment –, ont un long temps de latence jusqu'à leur apparition, si bien que les évolutions actuelles, en termes de mortalité, sont en fait le reflet de comportements plus anciens (Meslé, 2004). D'autres comportements, en revanche, occasionnent une mort immédiate (p. ex. accident, suicide). Outre les causes de décès, la mortalité générale est un indicateur descriptif important de l'état de santé.

La première partie de ce chapitre est consacrée à la mortalité dans le canton de Berne, dont certains aspects – par exemple les différences en fonction du sexe et de l'âge – sont développés, les résultats étant ensuite comparés avec ceux de l'Espace Mittelland et de l'ensemble de la Suisse. Quant à la seconde partie, elle analyse les principales causes de décès selon la méthode des années potentielles de vie perdues (APVP) et de l'indice standardisé de mortalité (ISM).

2.4.1 La mortalité générale dans le canton de Berne

En 2003, 4832 femmes et 4391 hommes domiciliés dans le canton de Berne sont décédés. Au cours des 35 dernières années, le nombre de décès a passé de 8837 en 1969 à 9223 en 2003, soit une hausse de 4,4%.

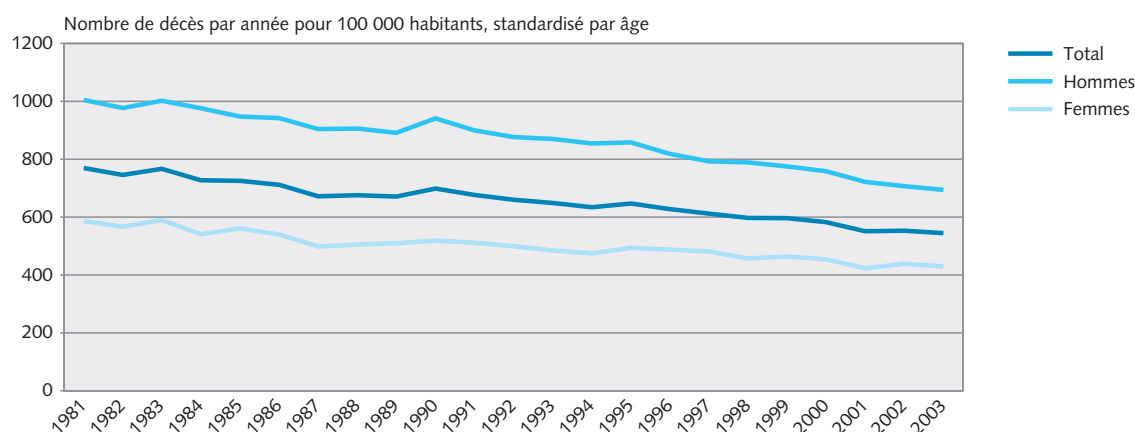
Durant cette même période, la population résidente permanente a baissé de 2,3%, tombant de 973'500⁷ à 950'866 habitants. Le recul est particulièrement marqué chez les Bernoises et Bernois de moins de 30 ans (-7,5% entre 1981 et 2003). Selon les scénarios de l'évolution sociodémographique établis par l'OFS, la diminution du nombre de décès et du nombre d'habitants devrait se poursuivre, dans le canton de Berne, jusqu'en 2040 (OFS 2004a). À relever toutefois que l'évolution de la mortalité dépend de facteurs dont le développement est difficilement prévisible, tels que les risques de mortalité, les modes de comportement, les flux de migration, les naissances, etc.

Pour pouvoir comparer la mortalité de différentes populations ou l'analyser sur une longue période, il convient de corréliser les décès avec une structure d'âge (OFS 2004a, cf. également annexe). Dans le canton de Berne, en 2003, le taux de mortalité standardisé (TMS) par âge pour 100'000 habitants s'élevait à 430 pour les femmes et à 695 pour les hommes. Entre 1981 et 2003, l'évolution des TMS par âge suit une courbe analogue à celle de la Suisse, qui continue de baisser (graphique 2.30). Durant la période considérée, le taux de mortalité pour 100'000 habitants a passé de 587 à 430 (-26,7%) chez les femmes et de 1005 à 695 (-30,8%) chez les hommes.

Le TMS par âge des Bernois est supérieur à celui des Bernoises sur toute la durée, la surmortalité masculine étant imputable principalement à des différences d'ordre physiologique et comportementale (Vallin 2002). À rele-

Evolution des taux de mortalité standardisés par âge (nombre de décès pour 100 000 habitants) pour la période 1981–2003, selon le sexe, canton de Berne

Fig. 2.30



Source: OFS, statistique des causes de décès et statistique sociodémographique, calculs Obsan.

⁷ Estimation de la population résidente permanente des cantons au milieu de l'année 1969. A partir de 1981 les données proviennent de la statistique de l'état annuel de la population (Source: ESPOP).

Tab.2.7 Evolution des taux de mortalité par classe d'âge et des TMS globaux par âge (nombre de décès pour 100'000 habitants) pour la période 1981/83 à 2001/03, canton de Berne

Sexe	Classe d'âge	1981/1983 ¹	1991/1993 ¹	2001/2003 ¹	Evolution 1981/83–2001/03 en %
Femmes	0–24 ans	54	49	37	-31,3
	25–64 ans	231	194	166	-28,1
	65–84 ans	3 194	2 720	2 294	-28,2
	85 ans et plus	16 674	15 276	14 836	-11,0
	Total, standardisé par âge	632	511	443	-29,9
Hommes	0–24 ans	101	89	61	-39,9
	25–64 ans	464	401	323	-30,4
	65–84 ans	5 288	4 752	3 813	-27,9
	85 ans et plus	19 589	19 169	17 728	-9,5
	Total, standardisé par âge				

¹ Chaque indicateur a été calculé sur la base des chiffres agrégés sur trois ans afin d'avoir un nombre suffisant de cas pour effectuer une analyse fiable. Source: OFS, statistique des causes de décès et statistique sociodémographique, calculs Obsan.

ver cependant que, dans le canton de Berne comme en Suisse, les taux de mortalité des deux sexes sont proches. Dans le canton de Berne, le rapport des TMS par âge entre les hommes et les femmes, qui était de 1,71 en 1981, a diminué progressivement pour atteindre 1,61 en 2003. On observe un recul analogue au niveau suisse (de 1,72 à 1,58). Selon Meslé (2004), le resserrement de l'écart entre les sexes en termes de mortalité est dû essentiellement au fait que les hommes ont changé de comportement et se préoccupent davantage de leur santé. Les maladies cardiovasculaires chez les hommes sont en baisse, si bien que la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes se réduit elle aussi. Dans le canton de Berne, l'espérance de vie au moment de la naissance pour la période 1999/2002 était de 77,2 ans chez les hommes (Suisse: 77,3 ans) et de 82,8 ans chez les femmes (Suisse: 82,9 ans), donc très proche de la moyenne suisse (OFS 2005).

Le tableau 2.7 rend compte de l'évolution des taux de mortalité par classe d'âge dans le canton de Berne ainsi que des TMS globaux par âge. Même si la mortalité est très faible dans la plus jeune génération, il convient tout de même de relever que le taux des 0-24 ans pour 100 000 habitants a passé, entre 1981/83 et 2001/03, de 54 à 37 chez les femmes et de 101 à 61 chez les hommes, soit un recul de respectivement 31,3% et 39,9%. On enregistre une tendance analogue chez les 25-64 ans: pour la même période considérée, le taux de mortalité a diminué de respectivement 28,1% et 30,4%. Chez les 65 ans et plus, la baisse en pour cent est inférieure, mais elle est la plus élevée en chiffres absolus.

Les TMS par âge permettent de procéder à des comparaisons entre les différentes régions et au fil du temps. Ainsi, pour le canton de Berne et l'Espace Mittelland, les taux de mortalité affichent une évolution comparable pour la période de 1981 à 2003, celui du canton de Berne étant cependant plus élevé que la moyenne suisse,

mais inférieur à celui de l'Espace Mittelland⁸. Ce constat est valable pour les deux sexes (décès pour 100 000 habitantes, standardisés par âge, 1981–BE: 587, Espace Mittelland: 655, CH: 531/2003–BE: 430, Espace Mittelland: 457, CH: 378/décès pour 100'000 habitants, standardisés par âge, 1981–BE: 1005, Espace Mittelland: 1109, CH: 903/2003–BE: 695, Espace Mittelland: 752, CH: 597).

2.4.2 Principales causes de décès

Lorsque les facteurs de risque létal sont connus – par exemple la consommation de tabac ou le manque d'activité physique –, un comportement de santé adéquat ou une prise en charge médicale peuvent parfois éviter des décès. C'est le cas notamment pour les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, les cancers du poumon, de l'estomac, du sein, de la matrice et de la prostate, les maladies liées à l'alcool, les accidents et les suicides (Bisig et Beer 1996). Le présent chapitre se penche sur ces causes de décès pour le canton de Berne.

Comme le montre le tableau 2.8 (1^{re} colonne), 33'141 femmes domiciliées dans le canton de Berne sont décédées entre 1995 et fin 2001. Rapporté à l'ensemble de la population, ce chiffre correspond à un nombre annuel de décès se montant à 977 pour 100'000 habitantes. Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et les cancers (67,8% des cas).

La médecine préventive a pour objectif premier l'étude des causes de mortalité prématurée ou évitable, mesurée en fonction du nombre d'*années potentielles de vie perdues* (APVP, cf. annexe). Cet indicateur permet d'identifier les principales causes des décès compromettant notablement l'espérance de vie de la population ré-

⁸ Les taux de mortalité standardisés par âge pour l'Espace Mittelland et la Suisse ont été calculés sans le canton de Berne afin que, dans la comparaison régionale, les chiffres du canton n'influent pas sur l'analyse.

Tab.2.8 Nombre et répartition des décès et des APVP – ISM par cause de décès chez les femmes du canton de Berne, chiffres agrégés de 1995 à 2001¹

Causes de décès	Décès ²		APVP ³		ISM ⁴
	Nombre	Répartition en %	Nombre	Répartition en %	
Maladies cardiovasculaires	15 545	46,9	10 215	14,1	106***
<i>dont:</i>					
– cardiopathies ischémiques	6 091	18,4	2 904	4,0	108***
– maladies cérébrovasculaires	3 284	9,9	2 204	3,0	106***
Tumeurs malignes	6 910	20,9	27 456	37,8	96***
<i>dont:</i>					
– cancer du sein	1 327	4,0	8 026	11,0	95
– cancer de la trachée, des bronches et du poumon	518	1,6	2 563	3,5	78***
– cancer du côlon	575	1,7	1 218	1,7	99
– cancer de l'estomac	235	0,7	684	0,9	87*
Maladies de l'appareil respiratoire	2 029	6,1	1 687	2,3	99
Diabète sucré	1 265	3,8	1 252	1,7	119***
Cirrhose du foie due à l'alcool	103	0,3	1 175	1,6	77**
Accidents, morts violentes, suicides					
<i>dont:</i>					
suicides	358	1,1	6 132	8,4	96
Autres	5 952	18,0	17 387	23,9	92***
Total	33 141	100,0	72 674	100,0	100

¹ Chaque indicateur a été calculé sur la base des chiffres agrégés sur trois ans afin d'avoir un nombre suffisant de cas pour effectuer une analyse fiable.

² Période 1995–2001 (décès à partir de l'âge de 1 an).

³ Années potentielles de vie perdues 1995–2001 (décès entre 1 an et 69 ans).

⁴ Indice standardisé de mortalité (ISM), CH=100 (décès à partir de l'âge de 1 an), Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05.

Source: OFS, statistique des causes de décès et statistique sociodémographique, calculs Obsan.

sidante d'un canton. Son analyse donne des indications sur la mortalité prématurée en pondérant plus fortement les décès survenus avant la 70^e année.

Entre 1995 et 2001, le nombre total d'années potentielles de vie perdues chez les Bernoises s'est élevé à 72'674 (tableau 2.8, 3^e colonne). Bien que les maladies cardiovasculaires soient la première cause de décès chez les femmes, la perte la plus massive d'années potentielles de vie est imputable aux cancers (37,8% de toutes les APVP). Ceux-ci sont donc la principale cause de décès prématuré chez les femmes (27'456 APVP), le cancer du sein représentant à lui seul près de 30% des années potentielles de vie perdues des suites d'une tumeur maligne.

Le ISM (cf. annexe) a été calculé afin de pouvoir comparer le taux de mortalité du canton de Berne avec celui de la Suisse durant la période d'observation. La valeur 100 (5^e colonne des tableaux 2.8 et 2.9) correspond à la moyenne suisse. Le nombre de décès chez les Bernoises équivaut à un ISM de 100, tout comme au niveau suisse. Pour ce qui est des décès dus au cancer, le taux de mortalité des Bernoises est de 4% inférieur à celui de l'ensemble du pays. Le nombre de femmes décédées d'un cancer de la trachée, des bronches ou du poumon – souvent dû à une forte consommation de tabac – est nettement moins élevé que la moyenne suisse (-22%). La cirrhose du foie due à l'alcool est également une cause de décès beaucoup plus rare chez les Bernoises que chez les autres Suissesses. S'agissant des maladies cardiovasculaires, des cardiopathies ischémiques et des maladies céré-

brovasculaires, les valeurs enregistrées pour les Bernoises sont en revanche largement supérieures à la moyenne suisse. On observe par ailleurs, et ce pour les deux sexes, un nombre comparativement élevé de décès dus au diabète sucré (respectivement 19% pour les femmes et 15% pour les hommes de plus que la moyenne suisse). Il importe cependant de préciser que le codage de cette cause de décès n'est pas unifié à l'échelle suisse et qu'il est dès lors plus difficile d'interpréter les différences cantonales: dans certains cantons, le diabète sucré apparaît comme cause principale de décès, dans d'autres comme cause secondaire. Dans la présente analyse, seules les causes principales ont été prises en compte.

Entre 1995 et fin 2001, 31'578 hommes domiciliés dans le canton de Berne sont décédés, ce qui correspond à un taux de mortalité brut annuel de 987 pour 100'000 habitants. Comme chez les femmes, les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et les cancers (66,5% des cas).

Si l'on considère les années potentielles de vie perdues, il apparaît que les causes premières des décès prématurés chez les hommes – avant les tumeurs malignes (24,2% des APVP) – sont les accidents, les morts violentes et les suicides (30,3% der APVP), ce qui s'explique probablement par des modes de comportement spécifiquement masculins. Le nombre de victimes d'accident et de mort violente est plus élevé dans le canton de Berne qu'en Suisse en général. Le taux de suicides, en particulier, avec un TMS de 109, est nettement supérieur à la moyenne suisse.

Tab.2.9 Nombre et répartition des décès et des APVP – ISM par cause de décès chez les hommes du canton de Berne, chiffres agrégés de 1995 à 2001¹

Causes de décès	Décès ²		APVP ³		ISM ⁴
	Nombre Répartition en %	Nombre Répartition en %	Anzahl	Nombre Répartition en %	
Maladies cardiovasculaires	12 465	39,5	27 034	18,6	104***
<i>dont:</i>					
– cardiopathies ischémiques	6 101	19,3	14 011	9,6	105***
– maladies cérébrovasculaires	2 043	6,5	2 604	1,8	101
Tumeurs malignes	8 530	27,0	35 152	24,2	96***
<i>dont:</i>					
– cancer de la trachée, des bronches et du poumon	2 008	6,4	8 759	6,0	100
– cancer de la prostate	1 423	4,2	1 068	0,7	103
– cancer du côlon	612	1,9	2 029	1,4	96
– cancer de l'estomac	388	1,2	1 508	1,0	101
Maladies de l'appareil respiratoire	2 753	8,7	3 455	2,4	114***
Diabète sucré	812	2,6	2 007	1,4	115***
Cirrhose du foie due à l'alcool	275	0,9	2 697	1,9	81***
Accidents, morts violentes, suicides	2 326	7,4	43 958	30,3	105*
<i>dont:</i>					
– suicides	1 006	3,2	21 041	14,5	109**
Autres	4 417	14,0	30 923	21,3	91***
Total	31 578	100,0	145 226	100,0	101

¹ Chaque indicateur a été calculé sur la base des chiffres agrégés sur trois ans afin d'avoir un nombre suffisant de cas pour effectuer une analyse fiable.

² Période 1995–2001 (décès à partir de l'âge de 1 an).

³ Années potentielles de vie perdues 1995–2001 (décès entre 1 an et 69 ans).

⁴ Indice standardisé de mortalité (ISM), CH=100 (décès à partir de l'âge de 1 an), Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05.

Source: OFS, statistique des causes de décès et statistique sociodémographique, calculs Obsan.

On observe en outre que la mortalité des Bernois (tableau 2.9, 5^e colonne) est aussi élevée que celle des autres résidents suisses pour toute la période considérée (ISM=101). En comparaison nationale toujours, la mortalité imputable aux tumeurs malignes et à la cirrhose du foie due à l'alcool est légèrement inférieure dans le canton de Berne, alors que les décès consécutifs à des maladies de l'appareil respiratoire y sont nettement plus fréquents (+14%). Quant aux maladies cardiovasculaires, elles sont, tout comme chez les Bernoises, à l'origine d'un nombre de décès supérieur à l'ensemble de la Suisse, en raison des cardiopathies ischémiques. Ce taux supérieur à la moyenne avait déjà été enregistré pour la période 1989–1992 (Bisig et Beer 1996).

2.4.3 Aperçu des résultats

Entre 1981 et 2003, la mortalité générale a reculé dans toute la Suisse. Le taux enregistré dans le canton de Berne est légèrement supérieur à la moyenne suisse, mais inférieur à celui de l'Espace Mittelland. Au cours des dix dernières années, les écarts entre les taux des femmes et des hommes se sont resserrés et, sur l'ensemble de la période d'observation (1981–2003), la surmortalité masculine a diminué, aussi bien en Suisse que dans le canton de Berne. Cette évolution est probablement due entre autres au fait que les hommes ont changé de comportement et prennent davantage soin de leur santé (Meslé 2004). En chiffres absolus, la baisse du nombre

de décès la plus importante a été relevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus – corroborant l'augmentation de l'espérance de vie de la population –, mais la diminution de la mortalité dans les classes d'âge plus jeunes a également contribué à la régression générale.

Dans le canton de Berne, le cancer est la maladie menaçant le plus l'espérance de vie. Il ressort en effet de l'analyse des causes de décès que les tumeurs malignes sont à l'origine d'une grande partie des années potentielles de vie perdues (APVP) pour la période considérée (femmes: 37,8%; hommes: 24,2%), le taux de mortalité étant néanmoins de 4% inférieur à la moyenne suisse. En chiffres absolus, la cause de décès la plus fréquente est en revanche due aux maladies cardiovasculaires, et ce dans une proportion supérieure au reste de la Suisse pour les deux sexes. Ces affections ont toutefois une incidence moindre sur les APVP, car elles touchent avant tout des sujets âgés. Dans une perspective de prévention, il est à noter que les accidents, les morts violentes et les suicides sont la première cause d'APVP chez les hommes (30,3%) et la deuxième chez les femmes (18,6%) et que le taux de suicides des Bernois est élevé.

Pour le canton de Berne toujours, il est réjouissant de relever le faible taux de mortalité des suites de cirrhose du foie due à l'alcool et, chez les femmes, la forte baisse du nombre de décès consécutifs à des tumeurs de la trachée, mais aussi de cancers des bronches et du poumon, souvent imputables à une forte consommation d'alcool et de tabac.

2.5 Résumé

En réponse à la question «Comment allez-vous en ce moment?», la grande majorité des Bernoises et des Bernois déclarent se sentir bien (63,6%) ou même très bien (22,4%). Une minorité seulement dit aller momentanément mal (2,7%) ou très mal (0,2%). Ces résultats, qui reflètent la *perception subjective de la santé*, se situent dans la moyenne suisse.

Le sexe et l'âge sont des paramètres importants du bien-être physique. La proportion de personnes indiquant être en (très) bonne santé diminue en effet avec les années, les hommes de toutes les classes d'âge se sentant toutefois légèrement mieux que les femmes. L'écart le plus important se trouve chez les 65 ans et plus: 74% des Bernois disent aller bien à très bien, contre 68% seulement des Bernoises.

La détérioration du bien-être est notamment due, l'âge venant, à la multiplication des *problèmes de santé chroniques*: alors que la très grande majorité (91%) des 15–34 ans ne connaissent aucun trouble physique de longue durée, cette proportion tombe à 73% chez les 65 ans et plus. La différence entre les sexes est là aussi importante. Chez les femmes, un cinquième (21%) des 50–64 ans et un tiers (32%) des 65 ans et plus souffrent d'un problème de santé chronique contre respectivement 18% et 23% des hommes. Pour ce qui est des Bernoises âgées de 65 ans et plus, leur nombre est supérieur à la moyenne suisse. Le bien-être dépend également de la situation sociale: plus le niveau de formation, le revenu et le statut professionnel sont élevés, plus rares sont les problèmes de santé chroniques.

Certains *troubles* sont parfois en corrélation avec des tensions psychosociales. C'est le cas surtout des maux de dos et de tête, des sentiments de faiblesse et de lassitude et des troubles du sommeil. Les maux de dos sont plus fréquents chez les personnes plus âgées, alors que les maux de tête, la fatigue et la lassitude surviennent nettement plus souvent chez les plus jeunes. Globalement, les Bernoises sont deux fois plus nombreuses que les Bernois à avoir souffert de troubles importants dans les quatre semaines précédant l'enquête (28% vs 15%). On observe en outre que les personnes ayant un niveau de formation et de revenu modeste sont davantage sujettes aux troubles susmentionnés que celles qui ont une meilleure formation et un budget plus important.

Il arrive que les personnes victimes d'une maladie ou d'un accident soient – temporairement – plus ou moins *limitées dans leurs activités quotidiennes*. Le plus grand nombre de personnes ayant vécu cette situation au moins un jour pendant les quatre semaines précédant l'enquête

se trouve chez les 15–34 ans, avec une proportion de 20%, légèrement plus élevée que la moyenne suisse relevée pour la même tranche d'âge (18%). Le pourcentage de sondés ayant dû restreindre leurs activités pendant la période considérée diminue avec l'âge et la cause en est alors, dans la plupart des cas, la maladie. Plus la durée de l'incapacité est longue, plus l'origine en est accidentelle: au-delà d'un mois, une personne sur quatre est limitée dans ses activités quotidiennes suite à un accident.

Pour pouvoir agir au niveau préventif, il est important de connaître les facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques. On sait notamment que la tension artérielle, le taux de cholestérol et le poids jouent à cet égard un rôle important. Ces trois facteurs peuvent certes avoir une origine héréditaire, mais le risque peut être réduit en modifiant son style de vie en conséquence. La proportion de personnes souffrant d'*hypertension* augmente fortement avec l'âge et il en va de même pour l'*hypercholestérolémie*.

Ces deux affections ne pouvant pas être perçues immédiatement, il est important de contrôler les valeurs à intervalles réguliers. Pour le cholestérol, on constate que de nombreux participants à l'enquête ignoraient si leur taux avait déjà été mesuré une fois et, parmi ceux qui le savaient, beaucoup étaient incapables de dire à combien il s'élevait. Globalement, le nombre de personnes non informées diminue dans les classes d'âge supérieures, mais reste toute de même étonnamment élevé, puisque 21% de la population bernoise de 65 ans et plus ne peuvent donner aucune indication.

La *surcharge pondérale* et l'*obésité* favorisent aussi bien l'hypertension que l'hypercholestérolémie. Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de personnes atteintes de surpoids et d'obésité augmente fortement avec l'âge. De 20% chez les 18–34 ans, la proportion de sujets ayant un poids excessif grimpe à 40% chez les 65 ans et plus. Pour ce qui est de l'obésité, le pourcentage passe même du simple au triple (de 5% à 13%). Toutes classes d'âge confondues, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à souffrir de surcharge pondérale. Par ailleurs, plus le niveau de formation et le revenu augmentent, plus la proportion de personnes en surpoids diminue. Cette corrélation se retrouve pour les deux sexes, mais elle est plus marquée chez les femmes.

En résumé, on peut dire que le potentiel de risque est plus élevé chez les personnes ayant un niveau de formation et de revenu modeste: plus fréquemment atteintes de surcharge pondérale, d'hypertension et d'hypercholestérolémie, elles souffrent en outre plus souvent de troubles chroniques et se sentent moins bien.

Contrairement au bien-être physique, qui diminue avec l'âge, le bien-être psychique, lui, augmente. On observe cependant, là aussi, que les personnes ayant une formation élevée et un bon revenu se sentent mieux (sereines, équilibrées, optimistes) que celles dont le niveau de formation et le revenu sont bas. Le principal facteur d'influence est le revenu chez les femmes et la formation chez les hommes.

Globalement, le *bien-être psychique* de la population bernoise est élevé, mais on constate tout de même une baisse vers le milieu de la vie, suivie d'une légère hausse après la retraite. Les Bernoises des classes d'âge 35–49 ans et 65 ans et plus se sentent un peu mieux que les Bernois.

En termes de santé psychique, le fait pour une personne d'avoir l'impression de maîtriser sa vie est important. Ce *sentiment d'avoir le contrôle de sa vie* augmente avec les années et, toutes classes d'âge confondues, est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Un bon niveau de formation et un revenu confortable ont une incidence positive sur la santé psychique en général. Cette corrélation est toutefois légèrement plus manifeste dans le reste de la Suisse que dans le canton de Berne. Dans ce dernier en effet, les personnes ayant une formation de degré secondaire II et un revenu qui, sans être modeste, n'est pas le plus élevé sont celles dont l'état de bien-être psychique est le meilleur pour toutes les dimensions considérées.

Troisième composante de la santé selon la définition de l'OMS, le *bien-être social* dépend au premier chef de l'existence ou non de relations sociales et de personnes de confiance. Il ressort en effet de l'enquête que les personnes se sentant souvent seules sont davantage sujettes aux troubles physiques que celles qui ne souffrent jamais de solitude. Dans le canton de Berne, près de la moitié des femmes de 15 à 34 ans disent se sentir de parfois à très souvent seules, contre un tiers seulement des hommes de cette même tranche d'âge. Le sentiment de solitude baisse fortement dans les classes d'âge intermédiaires, pour remonter ensuite chez les 65 ans et plus. On note par ailleurs que même les personnes ayant quelqu'un à qui se confier se sentent parfois seules. Enfin, un petit 4% seulement de la population bernoise indique ne pas avoir de confident(e). La proportion augmente fortement avec l'âge, ce qui s'explique très certainement par le décès du conjoint et des amis.

En résumé, la corrélation entre la situation sociale et la santé n'est pas aussi prononcée dans le canton de Berne que dans le reste de la Suisse. Ce résultat est important dans une perspective de promotion de la santé, car plusieurs études révèlent une augmentation de l'inégalité sanitaire (Mielck 2000).

Dernier thème traité dans ce chapitre, la mortalité ainsi que la répartition et l'évolution des *causes de décès* fournissent des informations importantes sur la fréquence des maladies et, plus globalement, sur l'état de santé d'une population. En comparaison nationale, pour les deux sexes, le taux de mortalité standardisé du canton de Berne est plus élevé, mais il est inférieur à celui de l'Espace Mittelland.

La médecine préventive se penche avant tout sur les causes des décès dont on connaît les principaux facteurs de risque et dont une partie en tout cas peuvent être évités en adoptant un comportement ad hoc ou en agissant sur les conditions du contexte ayant une influence nocive (p. ex. réduction des nuisances potentiellement cancérogènes). Il s'agit notamment des tumeurs malignes qui, dans le canton de Berne, entrent pour la plus grande part dans les APVP, même si le nombre de décès en résultant y est moins élevé que dans le reste de la Suisse. Les accidents, les morts violentes et les suicides sont également des causes d'APVP importantes: ils figurent en première position chez les hommes et en deuxième chez les femmes, le taux de suicides chez les Bernois étant supérieur à celui des autres Suisses. Dernières observations enfin: durant la période 1995–2001, le nombre de décès des suites d'une maladie cardiovasculaire est comparativement élevé pour les deux sexes et, chez les hommes, la fréquence des décès consécutifs à des maladies de l'appareil respiratoire dépasse la moyenne suisse.

Prévention et causes de décès

Au cours des 20 dernières années, le canton de Berne a connu une évolution du taux de mortalité et des causes de décès réjouissante, la mortalité étant en net recul dans toutes les classes d'âge. Ce résultat, également manifeste dans le reste de la Suisse, atteste que l'état de santé de la population, mais aussi la qualité des soins, s'améliorent. Il convient cependant de ne pas perdre de vue que le taux de progression – ascendant ou descendant – de la mortalité d'une population est très lent (exception faite, bien sûr, des décès causés par des catastrophes naturelles, par l'homme ou par des épidémies). Ainsi, le comportement à risque de certains adultes et jeunes d'aujourd'hui conditionnera la mortalité et les principales causes de décès d'ici 40 à 50 ans. C'est dire que le taux élevé de fumeurs chez les adolescents bernois est alarmant (cf. chapitres 3 et 6).

Du point de vue de la prévention, il est particulièrement intéressant d'analyser les causes des décès (a) qui touchent une part importante de la population, (b) qui sont à l'origine d'un nombre élevé d'années potentielles de vie perdues – c'est-à-dire de morts prématurées – et (c) dont les facteurs peuvent être modifiés. Viennent en tête pour le canton de Berne d'une part les maladies mortelles consécutives à des comportements à risque tels qu'une mauvaise alimentation

ou la consommation de tabac et d'alcool et, d'autre part, les accidents, les actes de violence et les suicides. La Suisse est un des pays affichant le taux de suicides le plus élevé; durant la période d'observation, le pourcentage de Bernois ayant passé à l'acte s'est révélé encore plus important que dans le reste du pays. Il ne faut cependant pas oublier que la mortalité est également influencée par des facteurs environnementaux (p. ex. les polluants atmosphériques). De ce fait, qui dit protection de l'environnement dit aussi protection de la santé.

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

La santé des individus est influencée par toute une série de facteurs. Si les uns (p. ex. la constitution ou l'hérédité) ne peuvent pas être modifiés, d'autres en revanche peuvent l'être, dans une certaine mesure en tout cas (p. ex. les comportements à risque, le style de vie, les conditions environnementales, la qualité des contacts sociaux). Ce sont ces derniers qui intéressent la médecine préventive. Le présent chapitre se penche donc sur la corrélation entre le comportement en matière de santé et la situation de vie, en examinant si le canton de Berne présente des schémas caractéristiques par rapport au reste de la Suisse.

3.1 Attention portée à la santé

Prendre garde à sa santé étant l'élément clé en matière de comportement, les participants à l'ESS étaient interrogés sur l'importance qu'ils attachaient à leur santé.

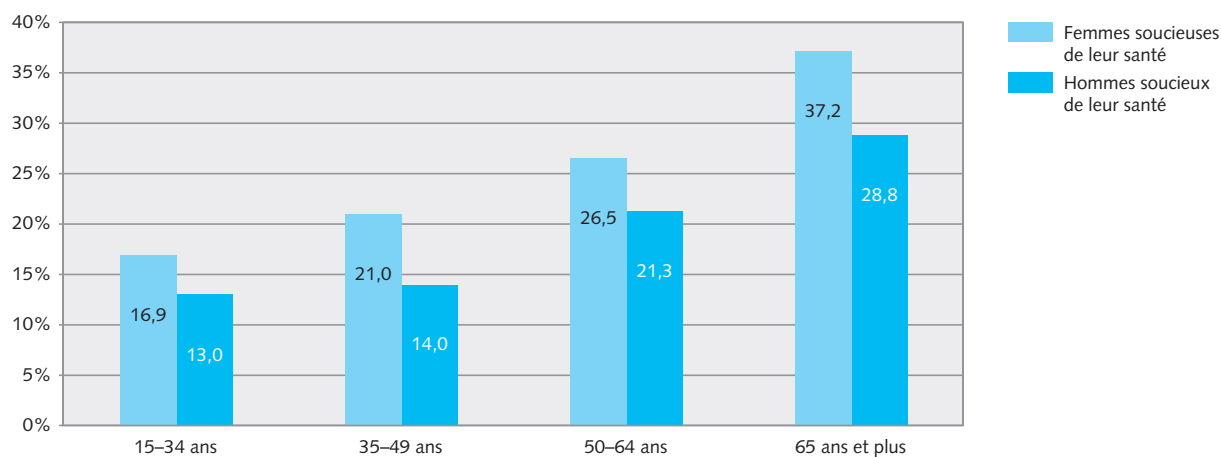
A la question «Quelle importance revêt la santé pour vous?», les personnes interrogées avaient le choix entre trois réponses. Dans le canton de Berne, 10,3% ont déclaré «Je vis sans me préoccuper particulièrement des

conséquences sur mon état de santé», une grande majorité (70,4%) affirmant «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» et 19,3% assurant que «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre».

Les proportions de réponses varient beaucoup selon le sexe et la classe d'âge. Les personnes ne se souciant pas de leur santé sont avant tout des hommes et des jeunes. Les années passant, le maintien de la santé gagne en importance, particulièrement chez les 65 ans et plus (graphique 3.1). S'il n'y a pas de corrélation manifeste entre l'attitude face à la santé et la présence de troubles chroniques, on observe en revanche que les personnes ayant un haut niveau de formation se préoccupent davantage de leur santé et que celles qui déclarent ne pas y prendre garde ont un revenu modeste. Il ne faut toutefois pas conclure de ce dernier constat que toutes celles qui bénéficient d'un bon revenu font plus attention. En effet, on enregistre un nombre comparativement élevé de personnes ayant un revenu équivalent médian inférieur à 3000 francs qui s'inquiètent également de leur santé. Ce résultat s'explique entre autres par le fait que les femmes

Proportion de personnes soucieuses de leur santé, selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

Fig. 3.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8030 (femmes); 6598 (hommes).

Tab. 3.1 Attitudes face à la santé en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse

		Insouciance ¹		Attention ²		Grande attention ³		
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	
Population résidente		10,3	11,5	70,4	67,3	19,3	21,2	
Sexe	Femmes	8,8	9,1	70,6	66,5	20,5	24,4	
	Hommes	11,9	14,1	70,2	68,2	18,0	17,7	
Classes d'âge	15–34 ans	16,4	17,2	69,8	67,8	13,7	15,0	
	35–49 ans	9,6	11,1	75,7	71,4	14,6	17,5	
	50–64 ans	(8,4)	8,5	67,7	67,5	23,9	24,0	
	65 ans et plus	(4,6)	6,4	67,2	59,8	28,2	33,8	
Formation	Scolarité obligatoire	(19,4)	17,2	53,3	56,4	27,3	26,5	
	Degré secondaire II	8,6	10,4	72,5	68,7	18,9	20,9	
	Degré tertiaire	(7,4)	8,4	80,2	76,0	(12,5)	15,6	
Nationalité	Suisses	9,5	11,0	71,5	68,3	19,0	20,7	
	Etrangers	(17,5)	14,3	60,0	62,1	(22,6)	23,6	
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	10,3	13,1	69,4	62,9	20,3	24,0	
	de 3000 à 4499 CHF	8,3	9,7	69,3	68,3	22,4	22,0	
	de 4500 à 5999 CHF	12,4	9,5	70,6	71,3	16,9	19,2	
	6000 CHF et plus	*	8,4	81,6	77,0	(14,7)	14,6	
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	(16,4)	12,4	62,9	62,4	20,7	25,2	
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	(14,8)	15,9	62,7	61,9	22,5	22,2	
	Petits indépendants, artisans	(8,1)	12,4	71,3	66,7	(20,6)	20,8	
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	(7,4)	9,8	72,8	67,4	19,8	22,8	
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	(7,1)	9,0	76,2	71,1	16,8	19,9	
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	*	8,2	75,5	77,3	(15,8)	14,5	
Comparaison régionale	Argovie	10,6		67,3		22,1		
	Bâle-Campagne	9,1		71,5		19,4		
	Bâle-Ville	8,0		67,0		25,0		
	Berne	10,3		70,4		19,3		
	Lucerne	8,3		68,3		23,4		
	Soleure	8,9		70,9		20,2		
	St-Gall	10,5		68,1		21,3		
	Zoug	8,4		71,2		20,3		
	Zurich	7,1		71,0		21,9		
	Autres cantons alémaniques		11,6		67,2		21,2	
	Cantons romands		17,6		60,7		21,7	
	Tessin		11,8		71,4		16,8	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1235<n<1311 (BE); 14'628<n<15'652 (CH)

* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses

En réponse à la question «Quelle importance revêt la santé pour vous?»:

¹ «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé.»

² «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé.»

³ «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre.»

d'un certain âge qui s'en préoccupent beaucoup ont souvent un revenu précaire. Enfin, bien des personnes âgées n'ayant souvent suivi que l'école obligatoire sont elles aussi très attentives à leur santé (tableau 3.1).

Le nombre de Bernoises et de Bernois déclarant que les considérations relatives à leur santé déterminent dans une large mesure leur manière de vivre, resté stable entre 1992/93 et 1997, a légèrement diminué depuis lors. Le recul est toutefois minime (-3%) et statistiquement non significatif.

3.2 Activité physique

Le mouvement et le sport sont très importants pour la santé. Il est en effet scientifiquement prouvé que la pratique régulière d'une activité physique est bénéfique et qu'elle protège de nombreuses maladies (Marti et Hätlich 1999). Le manque de mouvement est tout aussi nui-

sible pour la santé que la fumée, et même plus que la surcharge pondérale. En Suisse, on estime qu'il est à l'origine chaque année d'au moins 2000 décès et 1,4 million de cas de maladies, occasionnant des coûts directs de 1,6 milliard de francs (Smala, Beeler et Szucs 2001). Pour ce qui est des personnes pratiquant une activité physique régulière, non seulement elles vivent plus sainement, mais elles font davantage attention à leur santé et se sentent globalement mieux. Il est d'ailleurs prouvé que le mouvement et le sport augmentent la bonne humeur et la qualité de vie.

Selon l'Office fédéral du sport (OFSP), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le «Réseau santé et activité physique Suisse»,

«Il est recommandé aux hommes et aux femmes de tout âge de pratiquer une activité physique d'intensité moyenne tous les jours pendant une demi-heure au moins. Si elle est suivie, cette recommandation – qui se fonde sur des travaux scientifiques sérieux – permet

d'obtenir de nombreux effets positifs au niveau de la condition physique, du bien-être et des performances.»

Les personnes qui atteignent ce niveau de base peuvent faire davantage pour leur santé et leur bien-être en se soumettant à un entraînement de type endurance, musculation ou assouplissement. Même dans une proportion moindre, ce dernier accroît encore les effets salutaires.

Pratiquer une activité d'intensité «moyenne» comme le préconisent les recommandations ci-dessus signifie que l'on doit être au moins légèrement essoufflé, mais

pas obligatoirement transpirer. Les épisodes de transpiration servent eux de critère pour les activités plus intenses. L'OFSPPO conseille aux personnes régulièrement actives (i.e. qui remplissent les recommandations minimales) de pratiquer au moins trois fois par semaine un entraînement d'endurance ou de fitness cardiorespiratoire d'une durée comprise entre 20 et 60 minutes.

En référence à ces recommandations, l'Enquête suisse sur la santé 2002 comportait des questions sur la fréquence et l'intensité des activités physiques entraînant un

Tab. 3.2 Fréquence et intensité des activités physiques selon l'indicateur de l'OFSPPO, canton de Berne et Suisse

	BE	CH
Personnes entraînées: au moins 3 épisodes de transpiration par semaine	29,7	27,0
Personnes régulièrement actives: au moins 5 fois par semaine au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne (essoufflement)	9,4	8,9
Personnes irrégulièrement actives: au moins 150 minutes hebdomadaires d'activité physique d'intensité moyenne, ou 2 épisodes de transpiration par semaine	23,1	25,6
Personnes peu actives: au moins 30 minutes hebdomadaires d'activité physique d'intensité moyenne, ou 1 épisode de transpiration par semaine	18,8	19,1
Personnes inactives	19,0	19,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; n=1532 (BE), 18'719 (CH).

Tab. 3.3 Comportement en matière d'activité physique en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Pers. entraînées/ rég. actives		Pers. irrégulièrement/ peu actives		Personnes inactives	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		39,1	35,8	41,9	44,8	19,0	19,4
Sexe	Femmes	35,9	32,6	43,5	45,2	20,6	22,2
	Hommes	42,7	39,4	40,2	44,3	17,1	16,3
Classes d'âge	15–34 ans	49,7	42,4	40,1	46,5	10,3	11,1
	35–49 ans	37,6	33,1	45,3	49,9	17,1	17,0
	50–64 ans	36,8	33,5	45,0	44,6	18,2	22,0
	65 ans et plus	28,2	31,9	36,3	33,9	35,6	34,3
Formation	Scolarité obligatoire	42,7	34,8	28,0	38,1	29,2	27,2
	Degré secondaire II	38,7	36,2	44,1	46,0	17,1	17,7
	Degré tertiaire	36,6	35,8	48,8	49,3	(14,5)	14,8
Nationalité	Suisses	39,3	37,0	43,1	45,2	17,6	17,8
	Etrangers	37,9	30,5	32,1	42,8	30,0	26,7
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	33,7	33,9	41,2	41,9	25,1	24,2
	de 3000 à 4499 CHF	41,3	34,7	42,2	45,8	16,6	19,5
	de 4500 à 5999 CHF	39,9	37,9	45,7	47,0	14,4	15,2
	6000 CHF et plus	40,9	37,8	47,4	49,4	11,7	12,7
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	41,8	36,3	36,7	37,9	21,6	25,8
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	40,3	36,1	39,0	42,8	20,6	21,2
	Petits indépendants, artisans	39,3	35,6	34,7	39,8	25,9	24,6
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	37,0	33,8	45,1	47,1	17,9	19,1
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	37,7	36,4	47,4	48,0	14,9	15,6
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	36,1	33,8	48,3	51,5	(15,6)	14,8
Comparaison régionale	Argovie		38,3		45,9		15,8
	Bâle-Campagne		35,9		45,4		18,7
	Bâle-Ville		35,8		39,2		25,0
	Berne		39,1		41,9		19,0
	Lucerne		35,5		47,9		16,6
	Soleure		37,5		44,9		17,6
	St-Gall		36,5		48,5		15,0
	Zoug		41,5		46,1		12,4
	Zurich		37,1		45,1		17,8
	Autres cantons alémaniques		39,8		47,4		12,8
	Cantons romands		30,9		44,9		24,2
	Tessin		30,2		36,4		33,4

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1440<n<1532 (BE); 17'344<n<18'719 (CH).
Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

léger essoufflement, telles que «la marche rapide, les excursions à pied, la danse, le jardinage ou différents sports». Il était également demandé aux sondés combien de jours par semaine ils pratiquaient une activité les amenant à transpirer pendant leurs loisirs. Les réponses à ces deux questions ont été regroupées en un indicateur global pour les activités physiques d'intensité moyenne (augmentation de la fréquence respiratoire) et élevée (épisodes de transpiration), dont le tableau 3.2 donne un aperçu.

Comme l'indique le tableau 3.2, 39,1% des Bernoises et des Bernois suivent au moins une des deux recommandations formulées par l'Office fédéral du sport (OFSP) sur la base de l'indicateur de la conduite de la politique du sport suisse. Par contre, 60,9% n'en tiennent pas compte et ne sont donc pas suffisamment actifs. Le petit quart de la population bernoise entrant dans la catégorie des personnes «irrégulièrement actives» s'adonne chaque semaine à une activité physique répondant à une des deux recommandations en termes d'intensité, mais pas de régularité, car répartie sur un nombre de jours insuffisant. Moins d'une personne sur cinq est peu active, à savoir que la fréquence et/ou l'intensité de l'activité physique sont très loin de la «dose minimale» requise pour avoir des effets sur la santé. Enfin, un dernier cinquième est totalement inactif. Le comportement de la population bernoise est très proche de celui de la moyenne suisse.

Comme on peut s'y attendre, l'activité physique recule avec l'âge, les hommes restant toutefois un peu plus actifs que les femmes. Autres constats ressortant du tableau 3.3: d'une part, la population étrangère affiche un taux d'activité physique inférieur à la moyenne et, d'autre part, l'activité augmente nettement avec le statut

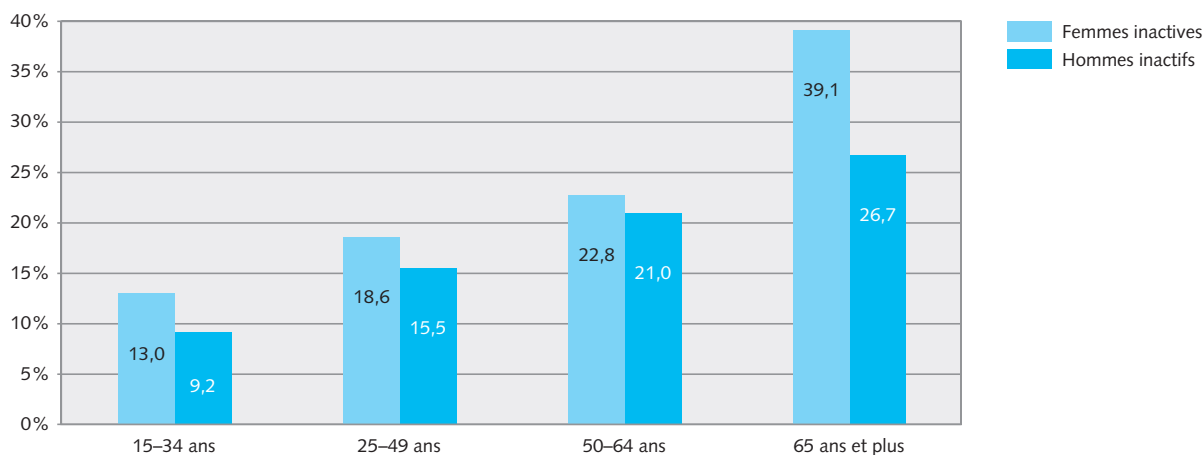
social. Ainsi, les personnes ayant un niveau de formation moyen à élevé et un revenu supérieur à la moyenne sont plus rarement inactives que celles des couches sociales plus modestes. Si ces différences se retrouvent également au niveau suisse, le canton de Berne se démarque cependant par le fait que les personnes sans formation postobligatoire sont les plus actives.

La comparaison régionale révèle que le manque d'activité physique est nettement plus prononcé en Romandie et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Dans cette dernière, le canton de Berne arrive en deuxième position, juste derrière le canton de Zoug. A relever cependant que c'est également le canton de Berne qui, après Bâle-Ville, compte le plus grand nombre de personnes inactives.

Les graphiques 3.1 et 3.2 donnent une analyse plus détaillée par sexe et par âge. Il en ressort que le recul de l'activité physique avec l'âge n'est pas continu et que les différences entre les sexes sont très marquées. Dans les tranches d'âge les plus jeunes, les hommes sont nettement plus actifs que les femmes mais, l'âge venant, cette différence s'estompe de plus en plus: entre 35 et 65 ans, les femmes et les hommes ont un comportement comparable (en termes de fréquence tout au moins), puis les écarts se creusent à nouveau, l'inactivité au-delà de 65 ans étant plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Le tableau 3.4 donne un aperçu des différentes formes d'activité physique. On note que la population bernoise pratique un peu plus rarement du sport que la moyenne suisse et, à l'inverse, que les personnes exerçant une activité physique au travail (ménage et jardinage compris) et en se déplaçant d'un endroit à un autre (trajets à pied ou à vélo) sont légèrement plus nombreuses que dans l'ensemble de la Suisse.

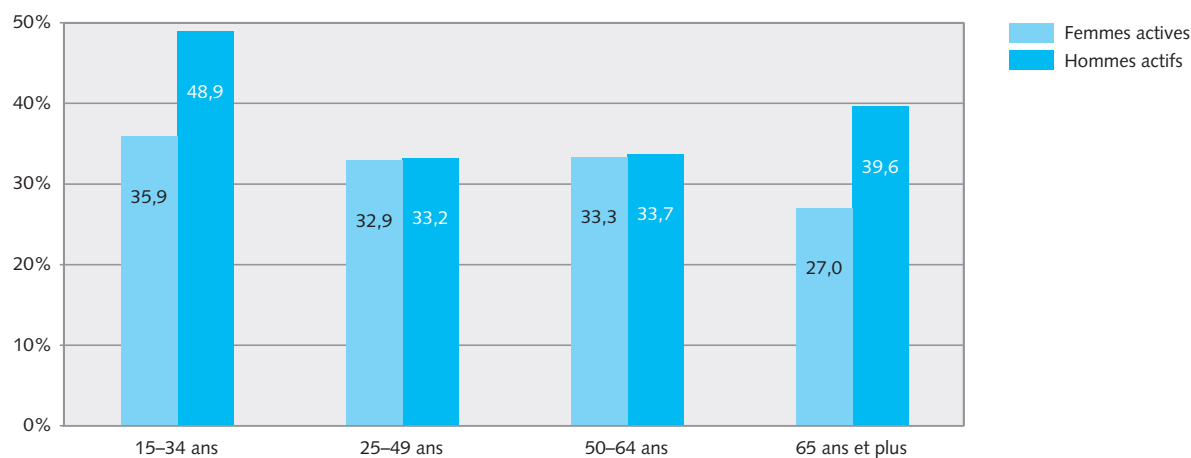
Proportion de personnes inactives selon le sexe et la classe d'âge, Suisse **Fig. 3.2**



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=10'447 (femmes); 8272 (hommes).

Proportion de personnes actives (suivant une des deux recommandations de l'OFSP), selon l'âge et le sexe, Suisse

Fig. 3.3



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=10'447 (femmes); 8272 (hommes).

Tab. 3.4 Diverses formes d'activité physique exercées, canton de Berne et Suisse (en %)

		BE	CH
Sport, fitness, gymnastique	jamais	44,4	47,0
	irrégulièrement	31,8	28,6
	régulièrement: plusieurs fois par semaine, 3 heures et plus au total	23,8	24,3
Trajets quotidiens (pour se rendre au travail, faire les courses, sortir) à pied ou à vélo	pas d'activité physique	47,4	50,5
	jusqu'à 30 minutes à pied ou à vélo	22,5	22,1
	plus de 30 minutes à pied ou à vélo	30,1	27,4
Activité physique au travail (ménage et jardinage inclus)	pas d'épisodes de transpiration au travail	40,2	43,4
	1 à 2 épisodes de transpiration/semaine	29,1	28,8
	au moins 3 épisodes de transpiration/semaine	30,7	27,8

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1506<n<1607 (BE); 18'376<n<19'706 (CH).

Si l'on considère le comportement de la population bernoise au cours des dix dernières années, on constate que la proportion de personnes exerçant au moins une fois par semaine une activité physique qui les fait transpirer a diminué de manière significative entre 1992/93 et 1997 pour augmenter à nouveau en 2002. Le nombre de personnes actives dans le canton de Berne est supérieur à la moyenne suisse pour les trois périodes d'observation (graphique 3.4).

3.3 Alimentation

Si l'activité physique contribue notablement à préserver la santé, il en va de même de l'alimentation, qui doit être équilibrée. Il y a en effet souvent corrélation entre l'apparition de maladies – de nombreux cancers notamment – et les habitudes alimentaires (Schwarzer 1992: 99). Ainsi, le risque de cancer peut être réduit en absorbant suffisamment de certaines vitamines, mais augmenté en mangeant trop souvent des graisses animales, présentes surtout dans la viande de bœuf et de porc, le beurre, le fro-

mage et les œufs. La consommation excessive de ces produits est en outre une des causes de l'hypercholestérolémie⁹. L'alimentation doit également être riche en protéines (Schwarzer 1996: 120). La qualité et la quantité des aliments ingérés peuvent donc, selon les prédispositions, être favorables ou, au contraire, nuisibles à la santé.

3.3.1 Attention portée à l'alimentation

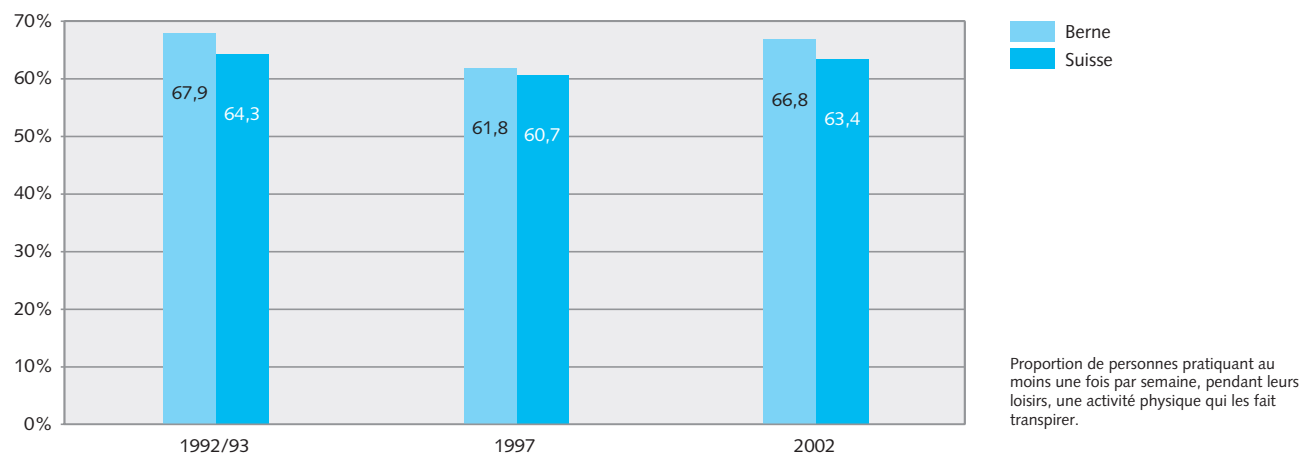
Dans l'absolu, se nourrir sainement implique de faire attention à ce que l'on mange. Dans la pratique toutefois, l'application de ce précepte dépend de plusieurs facteurs. Des conditions de vie précaires, notamment, influent sur le comportement alimentaire.

Dans le canton de Berne, les trois quarts de la population se soucient de leur alimentation. Toutes classes d'âge confondues, les femmes sont nettement plus attentives que les hommes (83,6% vs 65,2%) et, indépendamment du sexe, les 50-64 ans sont les plus nombreux à s'en préoccuper.

⁹ voir chapitre 2.1.3 «Facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques»

Proportion de personnes pratiquant une activité physique qui les fait transpirer, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002

Fig. 3.4



Source: OFS; Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1722 (BE 1992/93); 1678 (BE 1997); 1536 (BE 2002); 14'702 (CH 1992/93); 12'761 (CH 1997); 18'738 (CH 2002).

Tab. 3.5 Proportion de personnes soucieuses de leur alimentation en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse

		BE	CH
Population résidente		74,7	69,1
Sexe	Femmes	83,6	76,0
	Hommes	65,2	61,6
Classes d'âge	15–34 ans	70,3	61,9
	35–49 ans	76,7	70,5
	50–64 ans	78,1	73,5
	65 ans et plus	74,9	73,7
Formation	Scolarité obligatoire	65,2	60,5
	Degré secondaire II	76,8	71,3
	Degré tertiaire	77,9	73,7
Nationalité	Suisses	75,4	70,5
	Etrangers	69,5	63,3
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	70,8	65,5
	de 3000 à 4499 CHF	76,3	71,1
	de 4500 à 5999 CHF	77,0	74,0
	6000 CHF et plus	79,0	75,9
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manoeuvres	74,9	66,3
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	68,8	61,0
	Petits indépendants, artisans	70,7	67,3
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	75,7	73,4
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	80,6	74,2
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	73,1	73,3
Comparaison régionale	Argovie		72,9
	Bâle-Campagne		76,2
	Bâle-Ville		75,9
	Berne		74,7
	Lucerne		71,1
	Soleure		73,9
	St-Gall		70,6
	Zoug		77,9
	Zurich		76,4
	Autres cantons alémaniques		69,0
	Cantons romands		55,1
	Tessin		73,5

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; n=1498<n<1606 (BE), 18'172<n<19'691 (CH).

L'attention portée à l'alimentation est en corrélation avec le niveau de formation et le revenu: plus ceux-ci sont élevés, plus les personnes prennent garde à se nourrir correctement.

En comparaison régionale, on s'aperçoit que le «Röstigraben» est particulièrement marqué. En effet, les Suisses alémaniques – mais aussi les Tessinois – font beaucoup plus attention à leur alimentation que les Suisses romands. Pour sa part, la population bernoise se situe dans la moyenne des cantons alémaniques.

Le pourcentage de personnes se souciant de leur alimentation a légèrement augmenté depuis l'enquête 1992/93, mais dans une proportion minime (+3%) et statistiquement non significative.

3.3.2 Habitudes alimentaires

Un bon quart de la population bernoise mange (presque) tous les jours de la viande et 6,4% n'en consomment que peu ou pas du tout (tableau 3.7). Le nombre de végétariens et de mangeurs de viande occasionnels le plus élevé se trouve dans la classe d'âge des 15–34 ans (8,9%).

Légumes et salade figurent au menu quotidien de la grande majorité des Bernoises et des Bernois (tableau 3.6): de 75,7% chez les personnes âgées de 15 à 34 ans, la proportion monte à 83,2% pour toutes les autres classes d'âge. Même tendance pour les fruits: leur consommation passe de 55,6% chez les plus jeunes et ne cesse d'augmenter avec l'âge, pour atteindre 85,2% chez les 65 ans et plus. Ces valeurs correspondent largement à la moyenne suisse.

Les quatre cinquièmes de la population bernoise ne mangent que rarement ou jamais dans un snack-bar ou dans la rue et cette proportion augmente encore avec l'âge: de 57% entre 15 et 34 ans, elle grimpe à 98% chez les 65 ans et plus. Le nombre de personnes se nourrissant souvent de fast-food est moins élevé dans le canton de Berne que dans l'ensemble de la Suisse.

Ces différences en fonction de l'âge sont très vraisemblablement dues à un effet de cohorte. Il est probable que les adolescents et jeunes adultes actuels continueront – en partie tout au moins – à consommer de la nourriture rapide dans les années à venir. Ce phénomène ne devrait donc pas être lié à une modification des habitudes alimentaires.

3.4 Consommation de médicaments

En 2002, 6933 médicaments à usage humain¹⁰ étaient enregistrés auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic, dont une bonne moitié (56,2%) doivent être prescrits par un médecin. Ils contribuent pour 10,7% aux coûts de la santé. En termes de parts de marché, les médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires figurent en tête de liste depuis des années, suivis par les antidépresseurs. En moyenne, la population suisse consacre 1,5% de son revenu à l'achat de médicaments (service de communication d'Interpharma 2003).

Aux côtés de l'effet recherché, bon nombre de produits thérapeutiques présentent des risques d'abus, ainsi que des effets secondaires parfois non négligeables. Ainsi, la prise à long terme de somnifères et de tranquillisants contenant des benzodiazépines entraîne une dépendance (Maffli et Bahner 1999). Il en va de même de quelques analgésiques (Ladewig 2000, Gmel 2000). Par ailleurs, certains médicaments peuvent occasionner des troubles de l'équilibre; chez les personnes âgées en particulier, leur consommation peut provoquer des chutes fréquentes (Höpflinger et Hugentobler 2003).

Dans le canton de Berne comme en Suisse, quatre personnes sur dix déclarent avoir pris un médicament dans les sept jours précédant l'enquête, la proportion de femmes (46,5%; CH: 46,2%) étant nettement plus élevée que celle des hommes (31,7%; CH: 34,9%). Cette différence entre les deux sexes est un phénomène connu que l'on observe également dans des études comparatives internationales (Maffli et Bahner 1999).

Tab. 3.6 Consommation de viande, de légumes, de salade, de fruits et de fast-food, canton de Berne et Suisse (en %)

	6–7 fois/semaine		4–5 fois/semaine		jusqu'à 3 fois/semaine		rarement à jamais	
	BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Viande	26,0	25,2	26,7	26,2	40,9	43,7	6,4	4,8
Légumes et salade	84,5	85,2	8,5	8,0	6,1	6,1	(0,9)	0,7
Fruits	69,9	68,0	8,9	9,0	16,5	17,6	4,7	5,3
Fast-food	(1,7)	1,5	2,9	3,4	14,8	15,9	80,6	79,1

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1602<n<1607 (BE), 19'662<n<19'687 (CH). Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

¹⁰ Médicaments à usage humain, produits phytothérapeutiques et homéopathiques, tests in vitro, médicaments radiopharmaceutiques

La consommation de médicaments suit une courbe ascendante avec l'âge: si un petit 25% des 15–34 ans a pris au moins une fois un médicament dans la semaine précédant l'interview, la proportion passe à 70,9% (CH: 70,8%) chez les personnes âgées de 65 ans et plus. On remarque en outre que plus le niveau de formation est élevé, plus la consommation de médicaments est faible, et ce dans toutes les classes d'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Autre constat frappant, les personnes de nationalité étrangère consomment nettement moins de médicaments, alors qu'elles souffrent plus fréquemment de troubles que les Suissesses et les Suisses (chapitre 2.1 et tableau 3.7).

La consommation d'*analgésiques* est de loin la plus fréquente. Dans la semaine précédant l'enquête, 14,5% des personnes âgées de 15 ans et plus en ont pris au moins une fois. Dans le canton de Berne, ce pourcentage atteint 20%. Au niveau suisse, 4,3% de la population en absorbent tous les jours, les femmes nettement plus que

les hommes (5,1% vs 3,4%). La consommation quotidienne d'*analgésiques* augmente fortement avec l'âge. Ainsi, seuls 2,6% des 15–34 ans ont déclaré en avoir consommé tous les jours durant la semaine précédant l'enquête, contre 6,9% chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Pendant la semaine précédant l'enquête, 3,3% de la population bernoise ont pris des *somnifères* (CH: 4,1%). La proportion de femmes est beaucoup plus élevée, et ce toutes classes d'âge confondues. La consommation de ce produit augmente fortement avec les années: de 0,6% chez les 15–34 ans, elle grimpe à 12,9% (plus d'une personne sur huit) chez les 65 ans et plus. La fréquence de consommation croît, elle aussi, avec l'âge. Les personnes âgées sont en effet beaucoup plus nombreuses que les jeunes à prendre un *somnifère* tous les jours, un phénomène lié au fait que, l'âge venant, elles sont nettement plus souvent sujettes à des problèmes d'endormissement et de sommeil (chapitre 2.2.3).

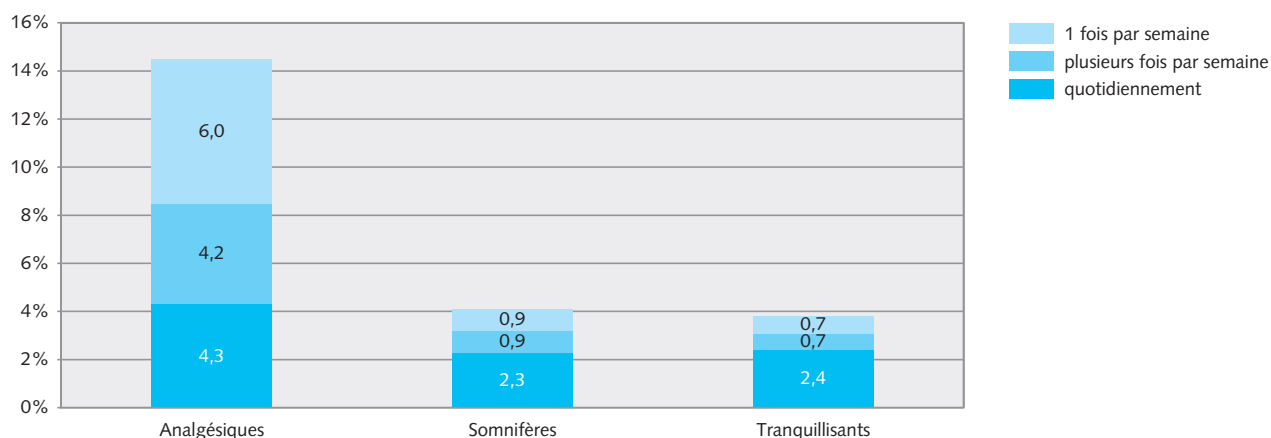
Tab. 3.7 Consommation de médicaments en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Médicaments quelconques		Analgésiques		Tranquillisants	Somnifères
		BE	CH	BE	CH	CH	CH
Population résidente		39,3	40,8	12,0	14,5	3,8	4,1
Sexe	Femmes	46,5	46,2	14,5	18,0	4,7	5,4
	Hommes	31,7	34,9	9,4	10,8	2,8	2,7
Classes d'âge	15–34 ans	24,1	27,3	11,4	12,8	1,6	0,6
	35–49 ans	27,3	31,1	9,2	14,5	2,6	2,0
	50–64 ans	45,2	46,9	12,2	14,2	5,7	4,3
	65 ans et plus	70,9	70,8	16,5	17,7	7,0	12,9
Formation	Scolarité obligatoire	43,0	44,8	14,8	17,5	5,3	5,8
	Degré secondaire II	39,3	39,8	11,7	13,9	3,4	3,5
	Degré tertiaire	34,7	38,3	10,2	12,2	2,9	3,6
Nationalité	Suisses	40,1	41,8	11,6	14,1	3,7	4,4
	Etrangère	33,7	36,3	(15,6)	16,3	4,2	2,9
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	36,6	40,3	13,0	16,3	4,6	4,9
	de 3000 à 4499 CHF	42,5	42,9	11,8	14,2	3,9	4,1
	de 4500 à 5999 CHF	42,9	41,6	12,6	13,1	3,2	3,4
	6000 CHF et plus	36,6	39,4	(13,1)	12,9	2,4	2,8
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	35,9	40,4	(10,8)	16,2	4,3	4,1
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	35,5	38,2	(12,2)	13,1	4,1	3,6
	Petits indépendants, artisans	36,6	39,3	(13,7)	14,1	3,7	3,9
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	45,6	45,2	13,8	16,0	4,2	4,6
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	40,1	40,6	11,5	15,0	3,8	4,1
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	36,0	39,3	(9,1)	11,2	2,6	2,7
Comparaison régionale	Argovie		38,6		14,3	3,0	2,8
	Bâle-Campagne		40,6		14,0	3,0	3,4
	Bâle-Ville		48,0		18,3	4,5	5,5
	Berne		39,3		12,0	2,2	3,3
	Lucerne		34,1		11,3	3,4	3,9
	Soleure		41,0		13,7	2,6	3,8
	St-Gall		36,7		10,5	2,4	3,3
	Zoug		33,1		10,6	2,0	2,8
	Zurich		40,3		13,4	2,9	3,3
	Autres cantons alémaniques		35,9		11,7	3,0	3,7
	Cantons romands		46,9		19,5	6,5	5,5
Tessin		39,5		14,8	4,7	6,5	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 1496<n<1607 (BE); 18'164<n<683 (CH). Pourcentages entre parenthèses = moins de 30 réponses.

Consommation de médicaments durant la semaine précédant l'enquête, Suisse

Fig. 3.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 19'681 <n< 19'697.

Dans les sept jours précédant l'enquête, 2,2% de la population bernoise ont pris des *tranquillisants*, une proportion nettement inférieure à la moyenne suisse (3,8%). La consommation de tranquillisants est en règle générale quotidienne (graphique 3.5). Comme pour les autres types de médicaments, elle est en outre plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (4,7% vs 2,8%) et augmente avec l'âge: pendant la semaine précédant l'enquête, 1,6% des 15–34 ans ont déclaré avoir pris au moins une fois un tranquillisant, contre 7% pour les personnes de 65 ans et plus.

Dans le canton de Berne, la consommation de médicaments est restée relativement stable depuis les enquêtes de 1992/93 et 1997 et ne présente pas de différence statistiquement significative.

3.5 Consommation de tabac

De nombreuses études scientifiques l'ont démontré, la fumée compte parmi les causes les plus fréquentes de maladie, d'invalidité et de mort (prématurée) dans les pays industrialisés occidentaux. On estime qu'un tiers de tous les décès frappant des personnes entre 35 et 65 ans

sont dus – directement ou indirectement – à la consommation de tabac. En Suisse, le nombre de décès est d'environ 8 300 par année (ISPA 2004).

Le tableau 3.8 donne un aperçu de la consommation de tabac dans le canton de Berne et en Suisse. On constate qu'un petit tiers (29,0%) de la population bernoise âgée de 15 ans et plus fume au moins occasionnellement et que la moitié de ce pourcentage entre dans la catégorie des gros fumeurs (au minimum 10 cigarettes par jour). La proportion de non-fumeurs est un peu plus élevée que la moyenne suisse et celle des gros fumeurs légèrement inférieure.

Le nombre de fumeurs varie considérablement selon le sexe et la classe d'âge. Les hommes fument nettement plus que les femmes (BE: 33,7% vs 24,6%). Il ressort du graphique 3.6 que cette différence reste constante quel que soit l'âge, mais que la part totale des personnes consommant du tabac diminue.

Les quatre cinquièmes des fumeurs et des fumeuses consomment exclusivement des cigarettes, mais on observe une nette différence entre les deux sexes: la quasi-totalité des femmes fument uniquement des cigarettes, alors que près de 10% des hommes fument (aussi) des cigarillos ou la pipe et près d'un cinquième fume de temps à autre un cigare (tableau 3.9).

Tab. 3.8 Consommation de tabac, canton de Berne et Suisse

	BE	CH		BE	CH
Non-fumeurs	71,0	69,5	jamais fumé	51,3	49,6
			ex-fumeurs	19,7	19,9
Fumeurs	29,0	30,5	fumeurs réguliers ¹	14,2	14,0
			gros fumeurs ²	14,8	16,5

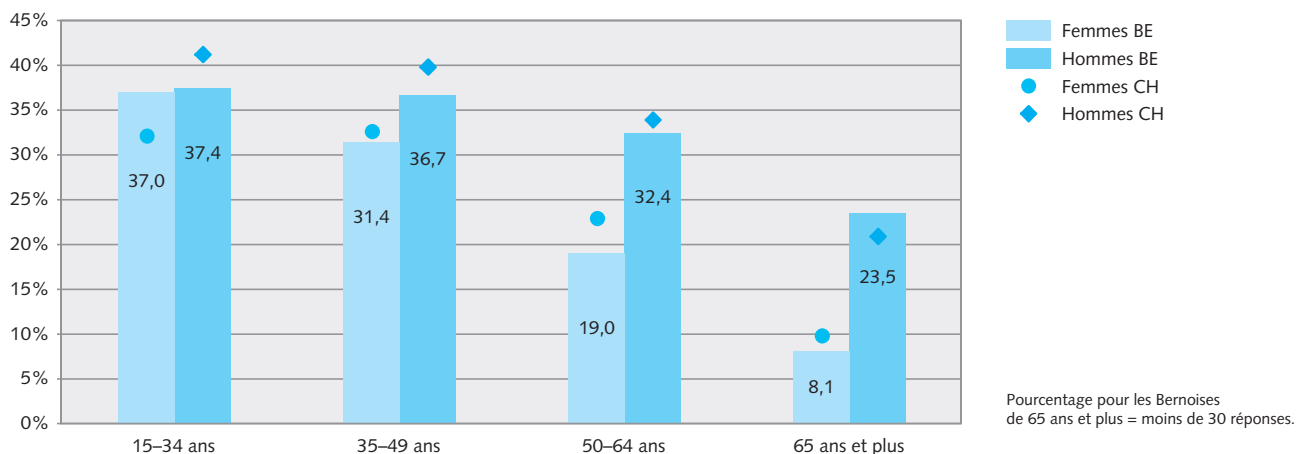
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n = 1605 (BE), 19'701 (CH).

¹ jusqu'à 10 cigarettes par jour.

² plus de 10 cigarettes par jour.

Proportion de fumeurs et de fumeuses, canton de Berne et Suisse

Fig. 3.6



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1606 (BE), 19'701 (CH).

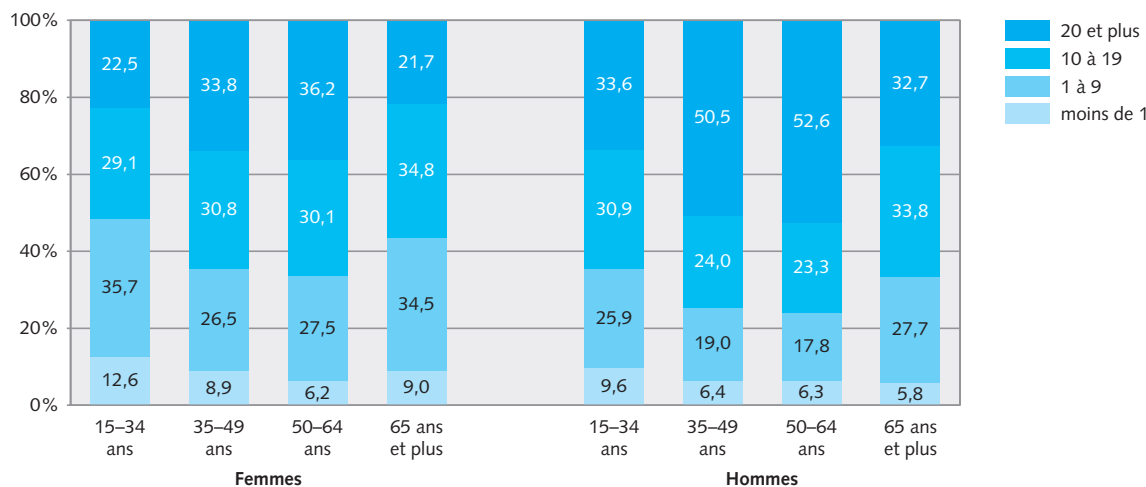
Tab. 3.9 Consommation de produits du tabac par sexe, Suisse (en %, plusieurs réponses possibles)

	Cigarettes	Cigares	Cigarillos	Pipe
Femmes	98,5	1,7	2,1	0,5
Hommes	82,4	18,4	9,8	9,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; n=5963.

Nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le sexe, Suisse

Fig. 3.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=5040.

Une petite moitié des hommes et un tiers des femmes fument au minimum 20 cigarettes par jour. La proportion des uns et des autres diminue avec l'âge, mais les personnes fumant encore entre 50 et 64 ans consomment davantage que les plus jeunes (graphique 3.7). Il n'en demeure pas moins qu'en termes de santé publique, la forte proportion de jeunes fumeurs des deux sexes représente une véritable bombe à retardement. Si cette génération n'arrête pas de fumer rapidement, le nombre de maladies et de décès imputables à la nicotine va s'accroître massivement.

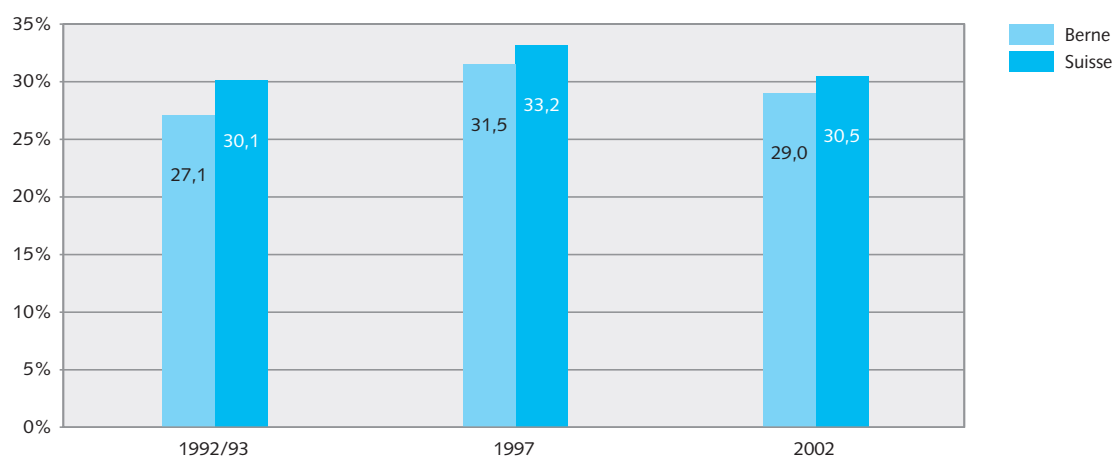
Toutes couches sociales et classes d'âge confondues, les hommes sont très nettement plus nombreux à fumer que les femmes. Avec le niveau de formation, la proportion de non-fumeurs masculins augmente légèrement et celle des gros fumeurs diminue.

Dans le canton de Berne, le nombre de personnes consommant régulièrement des cigarettes et autres produits du tabac a augmenté de manière significative entre 1992/93 et 1997, puis légèrement baissé jusqu'en 2002 (graphique 3.8). Cette tendance générale cache cependant des caractéristiques marquantes liées au sexe et à

Tab. 3.10 Proportion de non-fumeurs, de fumeurs réguliers et de gros fumeurs en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, par sexe, Suisse

		Non-fumeurs		Fumeurs rég.		Gros fumeurs	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Population résidente		74,6	64,0	11,3	17,0	14,2	19,0
Classes d'âge	15–34 ans	67,9	58,8	16,6	18,1	15,5	23,1
	35–49 ans	67,4	60,2	12,9	16,8	19,7	23,0
	50–64 ans	77,1	66,1	8,5	17,6	14,4	16,3
	65 ans et plus	90,2	79,1	4,7	14,1	5,1	6,8
Formation	Scolarité obligatoire	75,7	62,2	11,2	20,3	13,1	17,6
	Degré secondaire II	73,9	62,6	10,9	15,8	15,2	21,6
	Degré tertiaire	76,1	69,5	13,2	16,9	10,7	13,6
Nationalité	Suisses	75,2	64,8	10,7	17,1	14,1	18,1
	Etrangers	71,7	61,1	13,9	16,5	14,4	22,4
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	74,0	62,7	11,1	16,3	14,8	20,9
	de 3000 à 4499 CHF	74,7	65,0	10,8	16,8	14,5	18,3
	de 4500 à 5999 CHF	73,5	64,5	12,2	15,4	14,2	20,1
	6000 CHF et plus	74,6	63,3	11,9	18,2	13,5	18,5
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	73,8	59,0	12,3	17,9	14,0	23,1
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	72,0	60,0	11,8	15,9	16,1	24,1
	Petits indépendants, artisans	76,3	64,3	10,2	16,9	13,5	18,8
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	71,7	60,6	11,4	17,7	16,9	21,6
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	74,6	66,1	11,5	16,9	13,8	17,0
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	77,6	71,6	11,3	16,4	11,1	12,0
Comparaison régionale	Argovie	73,3	62,7	12,9	18,6	13,8	18,7
	Bâle-Campagne	75,8	65,6	10,5	17,0	13,6	17,4
	Bâle-Ville	71,2	62,2	11,0	15,0	17,8	22,8
	Berne	75,4	66,3	12,5	16,0	12,1	17,8
	Lucerne	76,1	66,1	10,6	18,5	13,3	15,4
	Soleure	69,6	67,5	10,8	14,9	19,6	17,6
	St-Gall	76,5	62,7	11,9	20,6	11,6	16,7
	Zoug	73,1	68,1	16,7	18,3	10,2	13,6
	Zurich	75,7	60,5	10,9	17,2	13,4	22,3
	Autres cantons alémaniques	78,2	65,9	11,1	16,6	10,7	17,5
	Cantons romands	72,4	63,3	10,6	16,3	17,0	20,4
Tessin	73,9	68,1	10,2	15,6	16,0	16,3	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 9822<n<10794 (femmes), 8356<n<8906 (hommes).
Gros fumeurs: plus de 10 cigarettes/jour.

Proportion de fumeurs et de fumeuses en 1992/93, 1997 et 2002, canton de Berne et Suisse**Fig. 3.8**

Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1714 (BE 1997); 1606 (BE 2002); 15'285 (CH 1992/93); 13'000 (CH 1997); 19'701 (CH 2002).

l'âge. Ainsi, la proportion de fumeuses chez les 15–34 ans a, comparativement, fortement augmenté depuis 1992/93 (+11%). Dans cette classe d'âge, les hommes étaient plus nombreux que les femmes jusqu'en 1997, mais cette différence a disparu en 2002.

3.6 Consommation d'alcool

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2002, l'OMS classe la consommation excessive d'alcool au troisième rang des facteurs de risque pour la santé dans les pays industrialisés occidentaux. L'intoxication alcoolique et l'alcoolodépendance génèrent en effet des risques tels qu'accidents de voiture, actes de violence et troubles de santé (chroniques), mais également des problèmes sociaux. Le mode et la fréquence de consommation ainsi que la quantité absorbée revêtent une grande importance pour la santé. S'il est aujourd'hui établi qu'une consommation modérée peut avoir un effet bénéfique, boire de manière excessive coûte un grand nombre d'années de vie (OMS 2002: 71).

En Suisse, on estime à 300'000 le nombre de personnes dépendantes de l'alcool. Une étude sur le coût social de l'abus d'alcool révèle pour l'année de référence 1998 les chiffres suivants: plus de 2100 personnes décédées des suites d'une consommation excessive d'alcool, dont 40% de maladies de l'appareil digestif et 60% d'accidents de la route, de chutes et de suicides, 880'000 consultations médicales et 500'000 journées d'hospitalisation, pour un coût estimé à 554 millions de francs, 2800 personnes touchant une rente d'invalidité d'un taux moyen supérieur à 90%, coût social (total des dépenses liées à l'abus d'alcool) égal à 6,5 milliards de francs (Jeanrenaud et al. 2003).

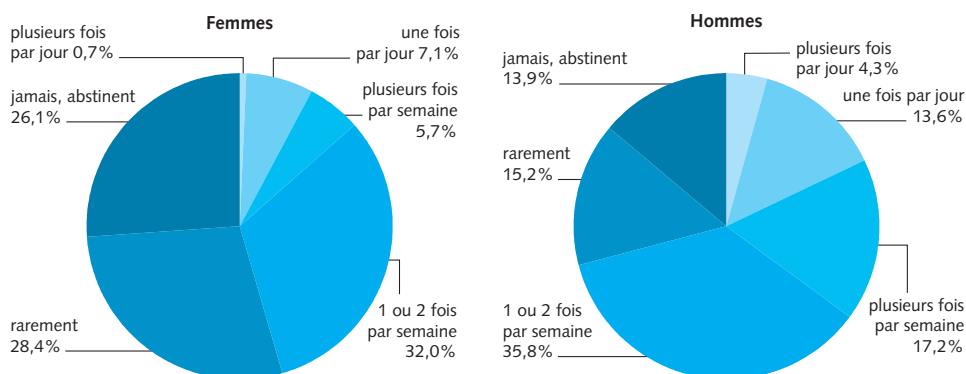
L'Enquête suisse sur la santé aborde la problématique de l'alcool sous trois aspects. Les sondés ont tout d'abord été interrogés sur la fréquence de leur consommation et sur la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur en grammes par jour. Dans l'ensemble, on estime qu'à partir d'une consommation quotidienne de 20g chez les femmes et de 40g chez les hommes, la personne encourt un risque moyen¹¹. Le risque est considéré comme élevé à partir de 40g par jour chez les femmes et de 60g par jour chez les hommes (Dawson et Room 2000; Rehm 1998). D'autres questions avaient pour but de détecter des signes de dépendance et de consommation pouvant avoir des conséquences sociales.

Dans le canton de Berne, 12,7% de la population boivent tous les jours, 45,1% toutes les semaines et 42,2% rarement à jamais. La proportion de femmes ne buvant que rarement à jamais est presque deux fois plus élevée que celle des hommes.

Dans le canton de Berne, 96,6% des femmes boivent en moyenne moins de 20g d'alcool pur par jour ou n'en consomment pas du tout, ce qui signifie qu'environ trois femmes sur cent dépassent la limite du risque moyen. Chez les hommes, la limite du risque moyen et du risque élevé atteint 6,2%. Ces valeurs sont légèrement inférieures à la moyenne suisse, tant pour les femmes que pour les hommes¹². Par contre, la proportion d'hommes et de femmes abstinents est moins grande que dans l'ensemble du pays (cf. graphique 3.10).

Fréquence de consommation d'alcool des femmes et des hommes, canton de Berne

Fig. 3.9



* Pourcentage pour les Bernoises buvant «plusieurs fois par jour» = moins de 30 réponses.

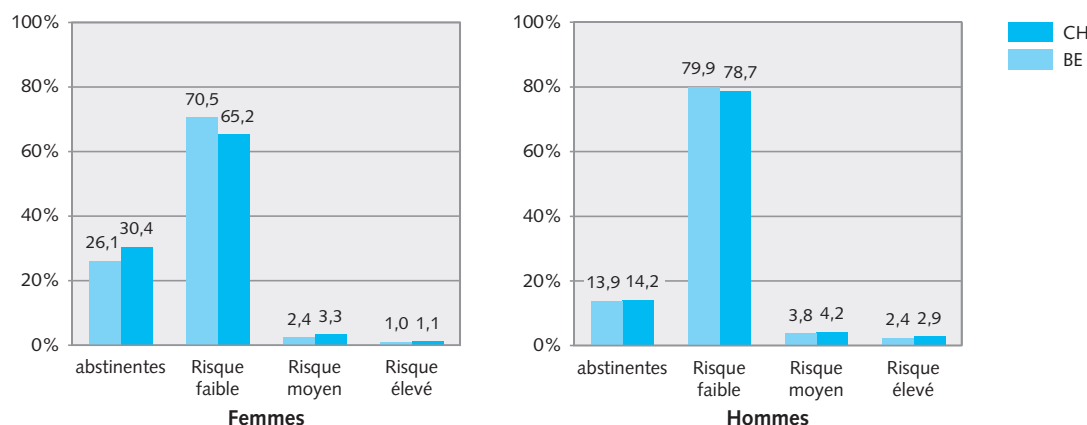
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=878 (femmes); 723 (hommes).

¹¹ Un verre d'une boisson alcoolisée (3dl de bière, 1dl de vin, 25cl d'eau-de-vie) contient 10 à 12g d'alcool pur.

¹² L'échantillon de Bernoises et de Bernois présentant un risque moyen et élevé est trop petit pour procéder à des analyses plus détaillées.

Répartition des femmes et des hommes selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool, canton de Berne et Suisse

Fig. 3.10



Femmes: abstinentes, risque faible (<20g/jour), risque moyen (20–39,99g/jour), risque élevé (≥40g/jour).

Hommes: abstinentes, risque faible (<40g/jour), risque moyen (40–59,99g/jour), risque élevé (≥60g/jour).
Pourcentages pour les Bernoises et les Bernois présentant un risque moyen et élevé = moins de 30 réponses.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1599 (BE), 19'637 (CH).

Tab. 3.11 Répartition des femmes et des hommes selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, Suisse

		Risque faible		Risque moyen		Risque élevé	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Population résidente		95,6	92,9	3,3	4,2	1,1	2,9
Classes d'âge	15–34 ans	97,3	95,3	1,9	2,5	(0,8)	2,2
	35–49 ans	95,9	93,0	3,0	4,2	1,1	2,8
	50–64 ans	93,4	90,2	4,9	6,0	1,6	3,8
	65 ans et plus	95,0	91,3	3,9	5,0	(1,1)	3,7
Formation	Scolarité obligatoire	96,8	93,6	2,3	3,3	(0,9)	3,1
	Degré secondaire II	95,3	92,2	3,5	4,7	1,2	3,2
	Degré tertiaire	94,1	94,0	4,6	3,8	(1,4)	2,2
Nationalité	Suisses	95,3	92,8	3,4	4,3	1,2	2,9
	Etrangers	96,7	93,0	2,7	3,7	(0,6)	3,3
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	96,3	92,7	2,5	4,1	1,1	3,1
	de 3000 à 4499 CHF	95,4	92,0	3,5	4,8	1,2	3,3
	de 4500 à 5999 CHF	95,4	93,2	3,6	4,4	(1,0)	2,4
	6000 CHF et plus	92,4	92,6	6,1	4,4	(1,5)	3,0
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	96,1	92,3	2,9	4,6	*	3,1
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	94,8	93,5	3,9	4,0	(1,3)	2,4
	Petits indépendants, artisans	94,6	90,5	3,3	5,4	(2,1)	4,0
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	95,4	92,3	3,3	4,2	1,4	3,6
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	95,3	92,8	3,9	4,3	0,8	2,9
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	96,2	93,1	2,8	4,2	*	2,7
Comparaison régionale	Argovie	96,4	96,4	(2,4)	*	*	(2,3)
	Bâle-Campagne	97,3	91,6	(2,0)	(5,2)	*	(3,3)
	Bâle-Ville	94,5	93,5	4,5	(4,2)	*	(2,2)
	Berne	96,6	93,8	(2,4)	(3,8)	*	(2,4)
	Lucerne	96,0	96,2	(3,4)	(2,6)	*	*
	Soleure	96,7	93,9	(3,0)	(4,0)	*	(2,1)
	St-Gall	96,0	92,5	(3,3)	(4,5)	*	(2,9)
	Zoug	97,3	93,9	*	(3,3)	*	(2,8)
	Zurich	95,6	93,6	3,3	4,3	*	(2,1)
	Autres cantons alémaniques	96,4	94,1	2,9	3,3	*	2,6
	Cantons romands	94,8	90,3	3,8	5,1	1,4	4,5
	Tessin	91,3	86,9	6,4	7,9	(2,2)	5,1

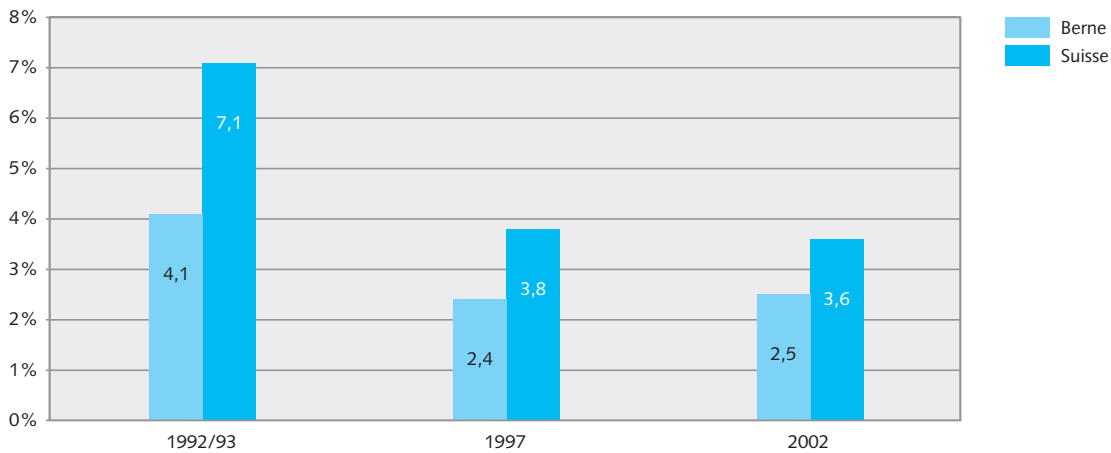
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 9802<n<10'768 (femmes); 8327<n<8870 (hommes).

Femmes: risque faible (<20g/jour), risque moyen (20–39,99g/jour), risque élevé (≥40g/jour).

Hommes: risque faible (<40g/jour), risque moyen (40–59,99g/jour), risque élevé (≥60g/jour).

* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

Proportion de personnes consommant au moins deux fois par jour des boissons alcoolisées, canton de Berne et Suisse, 1992/93, 1997, 2002 Fig. 3.11



Source: OFS, Enquêtes suisses sur la santé 1992/93, 1997 et 2002, n=1771 (BE 1992/93); 1712 (BE 1997); 1601 (BE 2002); 15'282 (CH 1992/93); 12'997 (CH 1997); 19'677 (CH 2002).

Le tableau 3.11 montre clairement que la consommation d'alcool présentant un risque moyen à élevé est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, toutes couches sociales et catégories professionnelles confondues. La proportion de personnes ayant un comportement à risque augmente avec l'âge et culmine chez les plus de 50 ans. Le revenu et la catégorie socioprofessionnelle n'ont apparemment pas d'incidence sur la quantité consommée.

Si l'on considère la proportion de personnes consommant quotidiennement deux fois ou plus des boissons alcoolisées, il ressort du graphique 3.11 – aussi bien pour le canton de Berne que pour l'ensemble de la Suisse – que cette dernière a diminué de façon significative entre 1992/93 et 1997 et qu'elle est restée stable depuis. La part de buveurs excessifs dans le canton de Berne est nettement inférieure à la moyenne suisse pour les trois périodes considérées.

3.7 Consommation de drogues illégales chez les jeunes

3.7.1 Cannabis

Le cannabis est le plus souvent fumé sous forme de haschisch¹³ ou de marijuana¹⁴ mélangés à du tabac dans des cigarettes roulées (joints). La consommation de ces deux produits exerce une influence aussi bien sur le système nerveux central que sur le psychisme et entraîne chez près de la moitié des gros consommateurs une dépendance psychique (OMS 1997, Müller et Gmel 2000).

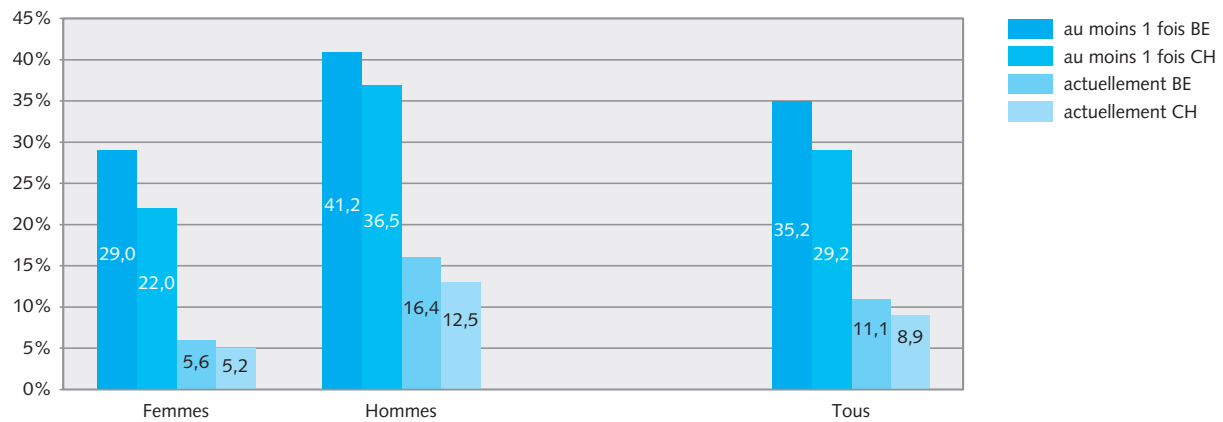
La consommation de cannabis pose problème à plus d'un titre: (1) Les jeunes en fument par désœuvrement, pour fuir la réalité et pour refouler des problèmes psychiques. (2) La fumée est nocive pour le système respiratoire; à long terme, elle entraîne des risques de cancer des voies respiratoires supérieures. (3) L'attention, la mémoire immédiate et la capacité de réaction demeurent réduites pendant 12 à 24 heures après inhalation, ce qui amoindrit les performances à l'école et au travail et augmente les risques d'accidents de la circulation. A hautes doses, l'usage du cannabis peut provoquer hallucinations, dépressions et angoisses. (4) Une consommation régulière peut entraîner une dépendance psychique et augmente le risque de troubles schizophréniques, de crises d'angoisse et de dépressions (ISPA 2004b).

¹³ Résine de la plante femelle de cannabis sativa var. indica

¹⁴ Feuilles, fleurs et tiges de la plante femelle de cannabis

Proportion de personnes âgées de 15 à 34 ans ayant consommé au moins une fois du cannabis ou en consommant actuellement, canton de Berne et Suisse

Fig. 3.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=373 (BE), 4712 (CH).

Dans le canton de Berne, 35% des 15–34 ans ont expérimenté des produits à base de cannabis (graphique 3.12). La prévalence sur la vie y est beaucoup plus élevée que la moyenne suisse (29,2%) d'une part, et environ trois fois supérieure à la consommation actuelle d'autre part. De toutes les personnes âgées de 15 à 34 ans ayant fumé du haschisch ou de la marijuana au moins une fois, un tiers seulement a déclaré en consommer au moment de l'enquête (graphique 3.12 et tableau 3.12). La proportion de femmes est nettement plus faible que celle des hommes aussi bien pour la prévalence sur la vie que pour la consommation actuelle.

Ces résultats sont inférieurs de plus de 10% à ceux de l'étude effectuée par Schmid et al. (2003). Lors de leur enquête, menée en 2002 également, 39,1% des écolières

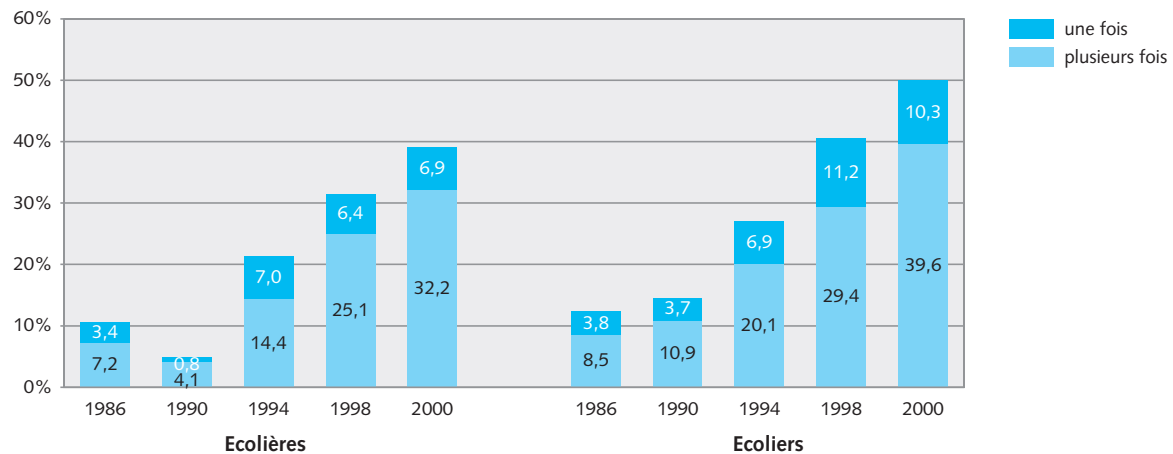
et 49,9% des écoliers âgés de 15 et 16 ans indiquaient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Les chiffres enregistrés montrent que l'usage du cannabis est déjà répandu chez les jeunes et que sa consommation augmente (graphique 3.13).

Schmid et al. soulignent que la probabilité d'avoir consommé du cannabis a plus que sextuplé entre 1986 et 2002 et précisent ne relever aucune différence entre les nationalités et les régions linguistiques.

Selon eux, beaucoup d'adolescents n'essaient le cannabis qu'une seule fois. Rapporté au total des consommateurs, ce groupe représente environ 20%, ce qui correspond grosso modo aux chiffres recueillis dans le cadre de l'ESS. Le nombre de consommateurs uniques de cannabis est resté quasiment le même entre 1986 et 2002.

Consommation unique et consommation répétée de cannabis chez les jeunes de 15 à 16 ans, par sexe et par année d'enquête, Suisse

Fig. 3.13



Source: Schmid et al. (2003): 23.

Tab. 3.12 Prévalence sur la vie de la consommation de cannabis actuelle autodéclarée par les personnes de 15 à 34 ans, selon le sexe, la nationalité et la région¹⁵

		Prévalence sur la vie	Consommation actuelle
Population résidente âgée de 15 à 34 ans		29,2	8,9
Sexe	Femmes	22,0	5,2
	Hommes	36,5	12,5
Nationalité	Suisses	32,6	10,3
	Etrangers	18,2	4,0
Comparaison régionale	Argovie	30,0	(7,4)
	Bâle-Campagne	27,5	(8,6)
	Bâle-Ville	33,5	(10,7)
	Berne	35,2	11,1
	Lucerne	29,2	(10,2)
	Soleure	22,2	(5,1)
	St-Gall	21,0	(7,9)
	Zoug	24,4	(7,4)
	Zurich	30,9	10,7
	Autres cantons alémaniques	24,7	5,6
	Cantons romands	32,7	10,1
	Tessin	14,4	*

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=4712 (CH).

Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

Consommation actuelle au Tessin: n<10.

* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

L'évolution de la prévalence sur la vie est clairement imputable à une hausse de la consommation répétée (graphique 3.13).

La prévalence sur la vie autodéclarée est supérieure à la moyenne suisse dans tous les cantons abritant de grandes villes (tableau 3.12). La prévalence autodéclarée la plus élevée se trouve à Genève (hommes: 48%; femmes: 28%) et la plus faible au Tessin (hommes: 15%; femmes: 12%). Pour ce qui est de la Suisse alémanique, le canton de Berne vient largement en tête (hommes: 41%; femmes: 29%).

Une analyse du lien entre la consommation de cigarettes et de cannabis révèle que 65,4% des personnes âgées de 15 à 34 ans ayant expérimenté le cannabis fument des cigarettes. Par ailleurs, 52,7% des fumeurs de cigarettes ont consommé au moins une fois de la marijuana ou du haschisch, contre 16% chez les non-fumeurs. La corrélation entre la consommation de tabac et de cannabis étant évidente, les campagnes anti-tabac permettent, indirectement, de prévenir la consommation de cannabis.

3.8 Consommation de drogues dures¹⁶

En Suisse, près d'une personne sur trois âgée de 15 à 34 ans (29,7%) a consommé au moins une fois dans sa vie des drogues illégales, mais dans la grande majorité des cas, l'expérience s'est limitée au cannabis. Sur l'ensemble de cette classe d'âge, 4,3% ont (aussi) pris au moins une fois des drogues dures (graphique 3.14). Tout comme pour le cannabis, la consommation de ces dernières est plus répandue chez les jeunes hommes (5,3%) que chez les jeunes femmes (3,2%).

Les personnes âgées de 15 à 34 ans ayant déclaré avoir pris au moins une fois des drogues dures (4,3%) ont consommé essentiellement de la cocaïne et de l'ecstasy. Le graphique 3.15 donne un aperçu des substances les plus «prisées», étant entendu que les sondés pouvaient donner plusieurs réponses¹⁷. Certains milieux (rave parties) privilégient la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes. Ces produits, qui sont relativement faciles à obtenir, présentent un grand risque de dépendance psychique. La cocaïne en particulier est une des drogues dont on devient le plus rapidement et le plus gravement dépendant (ISPA 2004b, ISPA 2004c).

¹⁵ L'analyse portant sur une classe d'âge dont une bonne partie des représentants sont encore en formation, il a été jugé préférable, afin de ne pas fausser les données, de ne pas y inclure les aspects socioéconomiques comme la formation, le revenu et la position professionnelle.

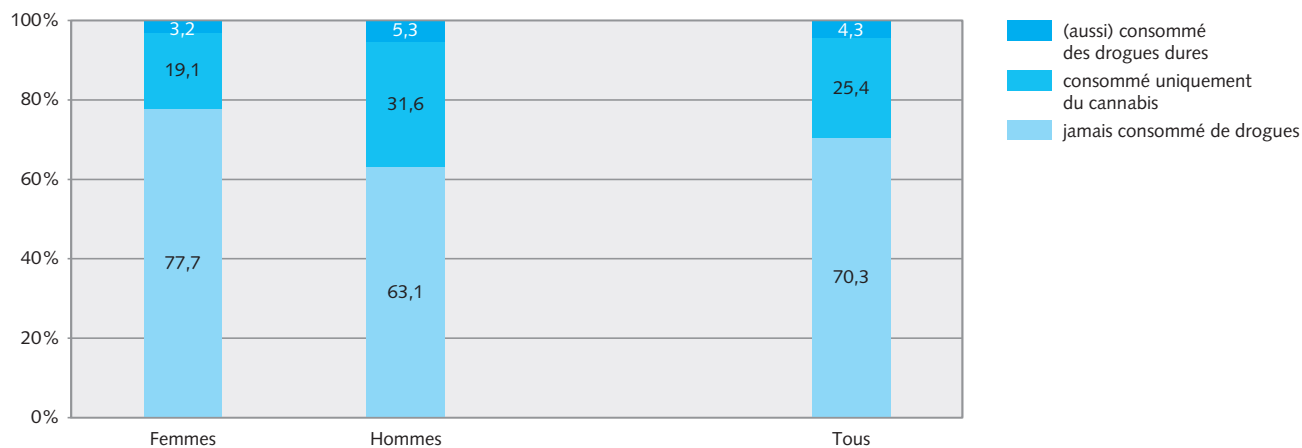
¹⁶ Vu le faible nombre de personnes de l'échantillon ayant consommé des drogues dures, il n'est pas possible d'analyser la situation dans le canton de Berne.

¹⁷ Vu le faible nombre de cas, il n'est pas possible de différencier s'il s'agit d'une expérience unique ou de consommation répétée.

Dans la classe d'âge des 15–34 ans ayant consommé du cannabis, 14,1% ont pris au moins une fois des drogues dures et 96,3% des personnes ayant expérimenté les drogues dures fument aussi du cannabis.

Prévalence sur la vie de la consommation de cannabis et de drogues dures chez les personnes de 15 à 34 ans, selon le sexe, Suisse

Fig. 3.14



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=4771.

Promotion de la santé et prévention de la toxicomanie dans le canton de Berne

Aux termes de la loi sur l'aide sociale, la promotion de la santé et la prévention incombent aux pouvoirs publics du canton de Berne. Dans ce contexte, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) a pour mission de mettre sur pied, en collaboration avec les communes, «les prestations requises pour la promotion de la santé, la prévention de la toxicomanie et l'aide aux toxicomanes». Du ressort de l'Office des affaires sociales, ces tâches sont pilotées par le biais de contrats de prestations conclus avec respectivement Santé bernoise et la Croix-Bleue.

Quant au volet médical, la compétence en revient à l'Office du médecin cantonal. Outre les activités qui lui sont conférées par la législation ou dont la nature requiert sa collaboration à titre d'organe spécialisé, il est donc responsable, entre autres, du service médical scolaire, du planning familial, des campagnes de vaccination et des maladies infectieuses.

Pour sa part, la Croix-Bleue bernoise assure, sur mandat de la SAP, la réalisation de différents projets liés à la prévention de l'alcoolisme. «Be my angel», par exemple, a pour but d'éviter que les jeunes ayant fait la fête ne prennent le volant en état d'ivresse.

Les «anges» sont les conducteurs qui s'engagent à ne pas boire d'alcool afin de ramener leurs amis sains et saufs à la fin de la soirée. Repérables à leur bracelet rouge, ils bénéficient d'une réduction de moitié sur les boissons sans alcool et peuvent participer à des concours dotés de prix séduisants.

Avant de partir, les anges s'entretiennent brièvement avec les collaborateurs du projet et soufflent dans le ballon. Si leur test n'affiche pas 0,0 pour mille, le résultat n'est ni enregistré ni transmis plus loin, mais il leur est vivement recommandé de ne pas prendre le volant.

3.9 Résumé

L'attention que porte une population à sa santé et son comportement en la matière sont du plus haut intérêt pour la prévention et la promotion car, contrairement à la constitution et à l'hérédité, ces facteurs peuvent – en partie tout au moins – être influencés et modifiés.

La grande majorité des Bernoises et des Bernois indiquent que leur style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de leur santé, mais les différences selon le sexe et la classe d'âge sont importantes: les femmes se soucient davantage de leur santé que les hommes et cette préoccupation augmente beaucoup avec l'âge.

Le *comportement en matière d'activité physique* est révélateur de l'attention portée à la santé. Dans le canton de Berne, un peu plus d'un tiers de la population est régulièrement active et un petit cinquième est totalement inactive. La pratique d'une activité physique diminue avec l'âge et, en règle générale, les hommes sont un peu plus actifs que les femmes. La sédentarité est particulièrement répandue dans la population étrangère et dans les couches sociales plus modestes.

Le *comportement alimentaire* varie en fonction de la situation sociale. Dans le canton de Berne, on observe également une corrélation entre les habitudes alimentaires, le niveau de formation et le revenu. Globalement, la part de la population se souciant de son alimentation est plus élevée que la moyenne suisse (75% vs 69%). Si l'on considère les aliments consommés, on s'aperçoit que les 15–34 ans mangent beaucoup moins de légumes, de fruits et de salade que les autres classes d'âge et vont nettement plus souvent dans des snack-bars (cf. à ce sujet le chapitre 6).

Autre indicateur important pour l'analyse de l'état de santé: la *consommation de médicaments*. Dans le canton de Berne, quatre personnes sur dix déclarent avoir pris un médicament dans la semaine précédant l'enquête, la proportion de femmes étant nettement plus élevée que celle des hommes. La consommation augmente par ailleurs beaucoup avec l'âge. Dans les sept jours précédant l'enquête, 24% de la population bernoise âgée de 15 à 34 ans ont pris au moins une fois un médicament – le plus souvent un analgésique – contre 71% chez les 65 ans et plus. La consommation de médicaments, élevée, correspond plus ou moins à la moyenne suisse.

La *nicotine* et l'*alcool* sont des sujets d'étude importants dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. Dans le canton de Berne, près d'une

personne sur trois fume. Si cette proportion diminue avec l'âge, celles et ceux qui fument encore entre 50 et 64 ans sont de gros fumeurs. Chez les hommes, toutes couches sociales et classes d'âge confondues, le pourcentage est beaucoup plus important que chez les femmes. Le nombre de non-fumeurs y est un peu plus élevé que dans les autres cantons et la proportion de gros fumeurs légèrement inférieure à la moyenne suisse.

L'abus d'alcool est considéré par l'OMS comme le troisième plus gros facteur de risque pour la santé. La grande majorité des Bernoises ne boivent pas de boissons alcoolisées, ou alors en quantités modérées. Seules 3% d'entre elles présentent un risque moyen à élevé en raison de leur consommation quotidienne. Chez les hommes, cette proportion est de 6% plus élevée, mais se situe en dessous de la moyenne suisse. Le nombre de personnes présentant un risque élevé augmente avec l'âge et atteint son pic chez les 50–64 ans. On ne relève aucune corrélation significative entre la situation sociale et la consommation d'alcool.

Un bon tiers des personnes âgées de 15 à 34 ans domiciliées dans le canton de Berne déclarent avoir expérimenté le *cannabis*. Comme pour la fumée, les hommes sont beaucoup plus fortement représentés que les femmes, y compris chez les personnes qui consommaient encore du cannabis au moment de l'enquête: de 16% pour les Bernois, la proportion tombe à 6% pour les Bernoises. En comparaison nationale, la consommation de cannabis dans le canton de Berne est élevée.

En résumé, on constate de nettes différences de comportement en matière de santé selon le sexe et l'âge: les femmes se préoccupent davantage de leur santé et de leur alimentation et fument et boivent moins, tandis que les hommes sont plus actifs physiquement et prennent moins de médicaments. Dans les classes d'âge plus élevées, la proportion de fumeurs diminue, mais la consommation d'alcool augmente, de même que la sédentarité. Les corrélations entre les différents modes de comportement sont analysées en détail au chapitre 5.2.

4 Conditions de logement, situation professionnelle et peur de la violence

L'environnement dans lequel évolue un individu, en particulier son cadre de vie privé et professionnel, a une influence majeure sur son bien-être et sa santé. L'exposition à de fortes nuisances à la maison ou au travail, telles que des bruits violents et répétés, peut en effet avoir des conséquences dévastatrices. De telles perturbations deviennent critiques lorsqu'elles affectent la période de repos et de sommeil, une phase cruciale pour la détente et la préservation de la santé. Il faut savoir que le bruit agit sur les mécanismes de régulation du système nerveux végétatif et peut conduire à des atteintes aiguës ou chroniques du bien-être physique et psychique, voire à une réduction des capacités. Les nuisances sonores répétées provoquent aussi des changements hormonaux – production d'hormones de stress, hypertension artérielle ou troubles du métabolisme lipidique – augmentant ainsi le risque de maladie cardiovasculaire (Wanner 1993).

Du point de vue de la santé publique, la pollution atmosphérique due au trafic routier a également une incidence particulière, car elle touche un très grand nombre d'individus. L'étude SAPALDIA a d'ailleurs montré que la prévalence de la bronchite chronique en Suisse est supérieure dans les zones d'habitation où l'air est fortement pollué (Künzli et al. 1997).

Outre les nuisances liées à l'environnement, les tensions psychosociales telles que les conflits ou le harcèlement moral peuvent également affecter fortement le bien-être. S'y ajoutent, dans le contexte professionnel, des facteurs comme le surmenage ou, au contraire, l'ennui, la monotonie, le travail de nuit ou par équipe ou encore l'insatisfaction. Tous ces éléments peuvent nuire à l'équilibre psychique en provoquant un stress qui aura des répercussions négatives sur la santé.

Dans quelle mesure les habitants du canton de Berne sont-ils soumis à des influences de l'environnement préjudiciables à la santé? Telle est la question que nous allons examiner dans ce chapitre, en commençant par les conditions de logement, puis les nuisances sur le lieu de travail. Dans cette seconde catégorie, nous aborderons en particulier la crainte de perdre son emploi et de se retrouver au chômage, qui peut devenir un important fac-

teur de tension et de stress ayant un impact négatif sur la santé. La dernière partie, enfin, sera consacrée à la peur de la violence.

4.1 Nuisances à la maison

Dans le canton de Berne comme dans l'ensemble de la Suisse, deux personnes sur trois environ sont très satisfaites de leurs conditions de logement. Seuls respectivement 3,9% (BE) et 4% (CH) se disent insatisfaites, voire franchement mécontentes (graphique 4.1).

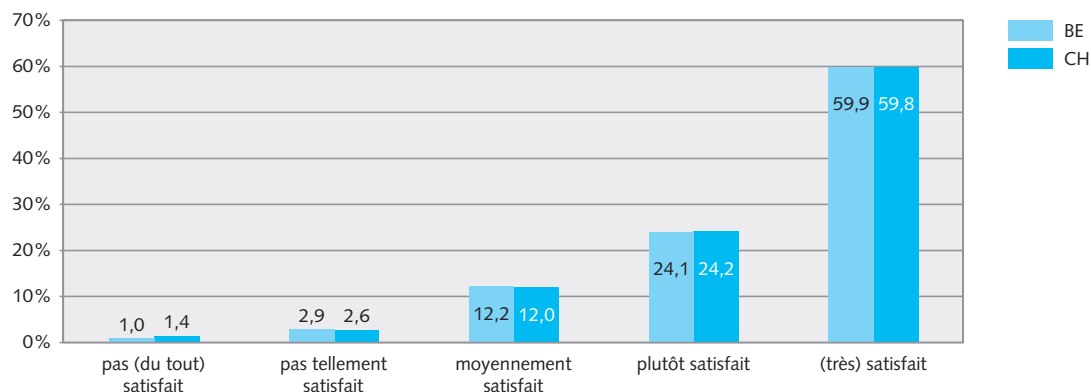
Outre la satisfaction générale par rapport aux conditions de logement, l'enquête détaillait un certain nombre de sources concrètes de perturbation. Il s'agissait d'identifier les nuisances qui reviennent régulièrement ou fréquemment et qui sont ressenties comme une gêne par les personnes concernées.

Dans le canton de Berne, près de la moitié des habitants sont régulièrement affectés par au moins un type de nuisance à la maison. Une personne sur cinq souffre du bruit du trafic et une sur six du bruit causé par des adultes ou des enfants n'appartenant pas à son ménage (ci-après bruit occasionné par des tiers). Les autres nuisances citées – gaz d'échappement, bruits agricoles, bruit des trains et des avions, rejets industriels et bruit des usines – touchent moins de 10% de la population. Pour la plupart de ces catégories, les chiffres enregistrés pour le canton de Berne sont inférieurs à la moyenne suisse. Seules les perturbations causées par l'agriculture et le train y sont un peu plus souvent citées (graphique 4.2).

Sans surprise, on constate une forte corrélation entre le nombre de nuisances auxquelles un individu est exposé et le degré de satisfaction générale. La proportion de personnes très satisfaites décroît à mesure que les nuisances augmentent. Dans le canton de Berne, si 73,3% des personnes ne souffrant d'aucune nuisance sont très contentes de leurs conditions d'habitation, ce taux tombe à 38,3% chez celles qui subissent au moins deux sources de perturbation. Par rapport aux chiffres valables pour l'ensemble de la Suisse (70,8% vs 42,7%),

Satisfaction par rapport aux conditions de logement, canton de Berne et Suisse

Fig. 4.1



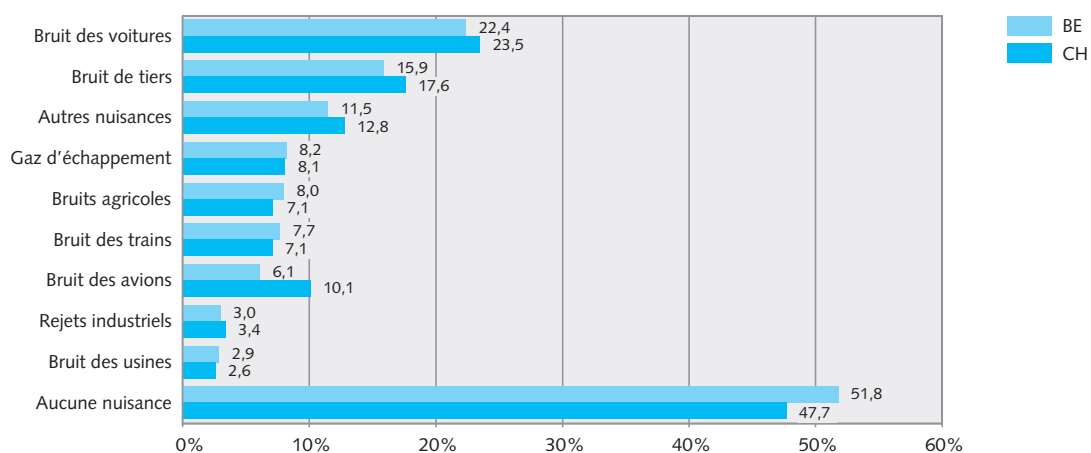
Sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait), pourcentages de réponses à la question: «Quel est votre degré de satisfaction par rapport à vos conditions de logement?»: pas (du tout) satisfait (0,1), pas tellement satisfait (2,3), moyennement satisfait (4,5,6), plutôt satisfait (7,8) et (très) satisfait (9,10).

Pourcentage pour la catégorie «pas (du tout) satisfait», canton de Berne = moins de 30 réponses.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1311 (BE); 15'696 (CH).

Nuisances à la maison, canton de Berne et Suisse

Fig. 4.2



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1282 (BE); 15'185 (CH).

les valeurs obtenues dans le canton de Berne font ressortir un lien particulièrement étroit entre la non-exposition à des nuisances et la satisfaction en matière de logement.

On remarque par ailleurs que les nuisances ont des effets sur la santé psychique: plus les facteurs de perturbation sont importants, moins on trouve de personnes jouissant d'un bon équilibre psychique. Ce résultat ouvre toutefois la porte à plusieurs interprétations. Il est tout à fait plausible que des nuisances affectant par exemple la qualité du sommeil portent atteinte à l'équilibre psychique. Sachant que les deux facteurs de perturbation les plus souvent cités sont le bruit de la circulation et le bruit occasionné par des tiers, on peut en déduire que les personnes concernées habitent près de routes très fréquen-

tées et dans des quartiers à forte densité de logements de mauvaise qualité. Ces immeubles et appartements sont occupés principalement par des étrangers et des personnes de revenu modeste. Or ce sont les mêmes qui souffrent relativement plus souvent de nuisances dans le contexte du logement (tableau 4.1). Mais on peut aussi imaginer que les personnes bénéficiant d'un bon équilibre psychique soient moins sensibles aux éventuelles nuisances.

En comparaison intercantonale, Berne se situe avec Saint-Gall et Soleure dans le bas du classement s'agissant des nuisances ressenties à la maison (tableau 4.1). Les Bernoises et les Bernois sont donc plus rarement confrontés à des sources de perturbation dans ce domaine. Le taux de satisfaction se situe toutefois dans la moyenne

Tab. 4.1 Proportion de personnes subissant ou non des nuisances à la maison et proportion de répondants très satisfaits de leurs conditions de logement, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Nombre de nuisances						Très satisfaits de leurs conditions de logement ¹	
		Aucune		1		2 (+)		BE	CH
		BE	CH	BE	CH	BE	CH		
Population résidente		51,8	47,7	24,6	27,0	23,6	25,2	60,0	59,8
Sexe	Femmes	49,5	47,8	26,5	26,4	24,0	25,8	61,7	63,1
	Hommes	54,4	47,7	22,6	27,8	23,1	24,6	58,0	56,1
Classes d'âge	15–34 ans	54,5	48,0	21,7	28,0	23,8	24,0	44,6	50,8
	35–49 ans	50,3	49,9	27,5	26,5	22,2	23,6	58,6	55,7
	50–64 ans	50,7	45,9	24,2	27,2	25,1	26,9	68,3	65,1
	65 ans et plus	51,5	46,1	25,4	26,0	23,2	27,9	74,1	75,0
Formation	Scolarité obligatoire	53,4	46,8	24,5	27,8	22,1	25,4	61,7	60,8
	Degré secondaire II	51,9	48,2	25,0	26,3	23,0	25,5	59,7	59,9
	Degré tertiaire	49,6	47,1	22,9	29,1	27,4	23,8	59,0	58,2
Nationalité	Suisses	52,5	49,3	24,9	26,3	22,6	24,4	61,0	62,5
	Etrangers	45,9	39,8	(22,0)	31,0	(32,1)	29,2	49,5	45,6
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	52,6	47,3	23,9	26,4	23,5	26,3	56,1	57,2
	de 3000 à 4499 CHF	48,5	47,1	27,2	26,7	24,3	26,2	62,9	60,3
	de 4500 à 5999 CHF	54,2	46,8	22,7	27,7	23,0	25,5	58,1	59,8
	6000 CHF et plus	56,8	49,4	(17,0)	28,2	26,2	22,4	65,6	62,4
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	50,2	44,6	24,5	29,1	25,3	26,3	62,0	58,9
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	52,9	46,7	25,5	27,1	21,6	26,2	54,7	53,0
	Petits indépendants, artisans	55,4	52,9	26,8	27,1	17,8	19,9	60,8	63,7
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	53,7	47,3	22,5	26,3	23,8	26,4	57,8	61,1
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	50,6	47,4	23,7	26,8	25,7	25,8	57,8	59,1
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	48,6	50,5	(27,1)	27,4	(24,3)	22,0	72,5	60,5
Comparaison régionale	Argovie	51,0		22,2		26,8		59,0	
	Bâle-Campagne	45,4		27,7		26,9		62,3	
	Bâle-Ville	39,3		25,7		35,0		51,3	
	Berne	51,8		24,6		23,6		60,0	
	Lucerne	46,8		26,1		27,1		58,1	
	Soleure	55,8		22,7		21,6		62,8	
	St-Gall	53,7		27,0		19,3		64,4	
	Zoug	47,0		29,9		23,1		59,7	
	Zurich	42,8		26,5		30,8		57,8	
	Autres cantons alémaniques	51,8		26,9		21,4		65,8	
	Cantons romands	45,2		31,7		23,1		58,5	
	Tessin	45,1		24,9		30,0		56,8	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1209<n<1282 (BE), 14'192<n<15'697 (CH).

¹ Sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait), pourcentages de réponses à la question: «Quel est votre degré de satisfaction par rapport à vos conditions de logement?».

* entre 0 et 10 réponses seulement; Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

ationale. Les résultats enregistrés pour toute la Suisse montrent que les personnes résidant en zone urbaine¹⁸ sont quatre fois plus nombreuses que les habitants de la campagne à indiquer subir au moins deux formes de nuisances.

4.2 Nuisances au travail

Si la question concernant les conditions de logement donnait une majorité de personnes satisfaites, voire très satisfaites, l'appréciation de la situation professionnelle par les personnes actives¹⁹ présente une tout autre image. Les résultats sont moins réjouissants, puisqu'une

petite moitié des Bernoises et des Bernois sont assez satisfaits et seul un tiers sont (très) satisfaits de leur travail. Des chiffres qui correspondent à la moyenne suisse (graphique 4.3).

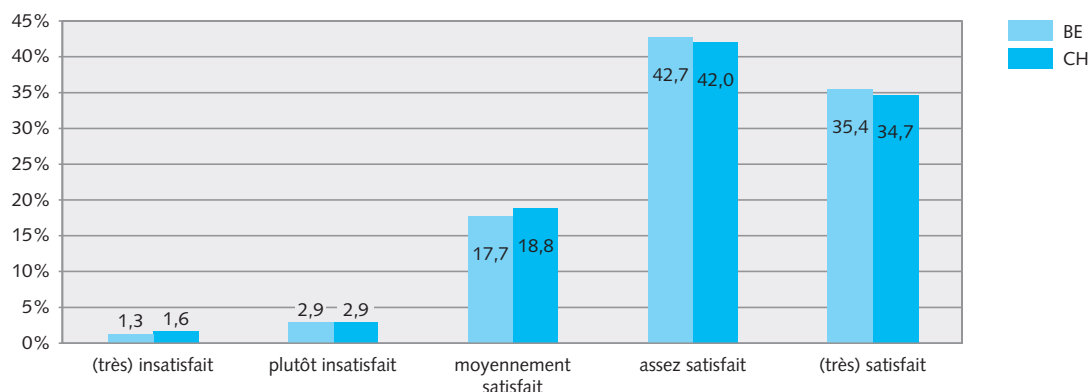
Dans la partie écrite de l'enquête, il était demandé aux personnes exerçant une activité lucrative et aux apprentis d'indiquer les perturbations au travail qu'ils ressentaient personnellement comme des nuisances. Le facteur le plus souvent montré du doigt, dans le canton de Berne comme dans l'ensemble de la Suisse, est la température. Un bon tiers des actifs estiment qu'elle est trop basse ou trop élevée sur leur lieu de travail. Dans l'ensemble, ce problème est d'ailleurs un peu plus marqué dans le canton de Berne qu'en moyenne nationale (35,0% vs 33,9%). Viennent ensuite le bruit des machines, le bruit des collègues, les courants d'air, la poussière, la suie et la saleté. Il est intéressant de constater que les principales nuisances sont plus souvent citées dans le canton de Berne. De plus, la proportion de personnes ne ressentant

¹⁸ Zone urbaine: ville isolée de (plus de) 10'000 habitants, agglomérations d'au moins 20'000 habitants et communes qui présentent un caractère urbain dans leurs structures bâties, économiques et sociales.

¹⁹ Seuls les actifs et les apprentis ont été interrogés.

Satisfaction par rapport au travail, canton de Berne et Suisse

Fig. 4.3

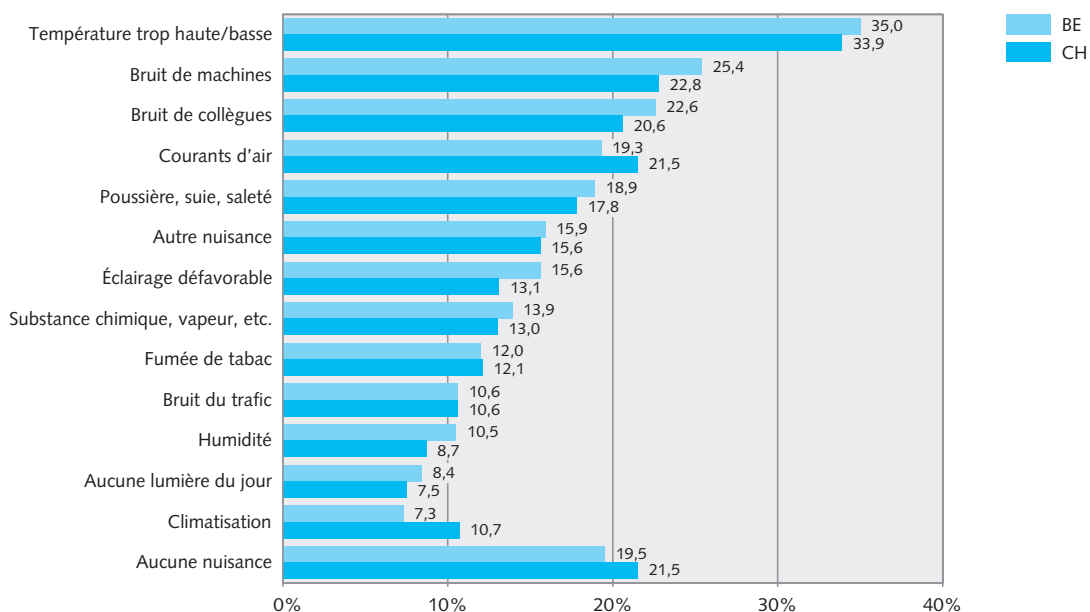


Sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), pourcentages de réponses à la question: «Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre travail?»: (très) insatisfait (0,1), plutôt insatisfait (2,3), moyennement satisfait (4,5,6), assez satisfait (7,8) et (très) satisfait (9,10). Pourcentages pour les catégories «(très) insatisfait» et «plutôt insatisfait», canton de Berne = moins de 30 réponses.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=821 (BE); 9776 (CH).

Nuisances au travail, canton de Berne et Suisse

Fig. 4.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=782 (BE); 9120 (CH).

aucune gêne au travail y est plus faible que dans l'ensemble du pays (19,5% vs 21,5%, graphique 4.4).

Dans le contexte professionnel bernois, il convient de relever également que plus d'un travailleur sur dix se plaint d'être incommodé par la fumée des autres. Or on sait que la fumée passive peut nuire directement à la santé. La poussière, la suie, la saleté et les vapeurs chimiques mettent elles aussi en danger la santé. Il est prouvé par exemple que la poussière peut contribuer au développement du cancer du poumon. Dans le canton de Berne, un nombre particulièrement élevé d'individus sont exposés à un tel risque sur leur lieu de travail.

Si l'on considère le cumul des nuisances au travail, on obtient un résultat très net: les personnes appartenant à la catégorie des contremaîtres et des ouvriers qualifiés sont les plus touchées, puisque plus de 40% d'entre elles citent au moins quatre facteurs de perturbation. Guère surprenant, sachant qu'il s'agit généralement de travailleurs dont le quotidien professionnel est souvent marqué par le bruit des machines, la poussière ou les vapeurs chimiques. Sans compter qu'une bonne partie d'entre eux passent le plus clair de leur temps de travail à l'extérieur, exposés aux intempéries. Pourtant, ils ne sont pas plus mécontents de leur situation que les em-

Tab. 4.2 Proportion d'actifs subissant ou non des nuisances au travail et proportion d'actifs très satisfaits de leur situation professionnelle, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Nombre de nuisances au travail										Très satisfaits ¹	
		Aucune		1		2		3		4 (+)			
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		19,9	21,5	25,9	25,0	18,8	19,9	15,1	13,8	20,3	19,8	35,4	34,7
Sexe	Femmes	27,4	25,1	28,4	27,5	19,0	21,1	11,6	12,1	13,6	14,3	39,2	35,7
	Hommes	14,1	18,8	24,1	23,2	18,7	19,0	17,8	15,0	25,4	24,0	32,6	33,9
Classes d'âge	15–34 ans	11,9	16,1	28,4	24,9	19,2	21,7	16,9	14,8	23,6	22,6	29,7	28,9
	35–49 ans	20,8	22,6	26,6	25,1	17,5	19,7	13,7	12,8	21,4	19,8	32,6	33,0
	50 ans et plus	27,8	27,1	22,2	25,1	20,2	17,7	14,8	13,9	15,1	16,2	45,5	44,3
Formation	Scolarité obligatoire	*	14,5	(35,0)	26,1	(18,8)	19,0	*	16,5	(28,6)	24,0	(38,8)	34,8
	Degré secondaire II	20,4	20,8	23,7	24,3	18,6	20,2	15,1	13,6	22,2	21,1	34,8	33,9
	Degré tertiaire	24,2	28,5	29,4	26,4	19,6	19,5	(17,4)	12,4	(9,5)	13,1	35,9	36,8
Nationalité	Suisses	20,9	22,9	25,6	25,2	18,9	20,0	15,1	13,5	19,5	18,3	37,1	35,5
	Etrangers	*	15,1	(28,8)	24,0	(18,4)	19,3	*	14,8	(26,4)	26,9	(22,7)	30,6
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	14,2	17,2	22,7	23,9	(17,4)	18,8	16,7	15,2	29,0	24,9	37,5	37,0
	de 3000 à 4499 CHF	21,1	22,2	27,5	24,3	19,0	19,8	15,0	13,8	17,3	19,8	33,7	33,3
	de 4500 à 5999 CHF	22,9	22,4	25,6	25,0	19,5	21,6	15,0	12,6	17,0	18,3	31,7	32,7
	6000 CHF et plus	30,8	29,2	31,2	27,3	(14,1)	19,5	(13,9)	11,8	*	12,2	40,5	36,0
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	(11,7)	13,5	(29,8)	23,7	(13,3)	19,0	(15,7)	16,5	(29,5)	27,3	34,3	34,2
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	(9,0)	8,5	(14,7)	15,7	(17,2)	17,3	(17,2)	17,9	41,9	40,6	30,9	32,2
	Petits indépendants, artisans	(19,5)	25,7	(29,0)	25,0	(25,6)	16,9	(12,7)	13,1	(13,3)	19,3	49,4	52,5
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	22,7	20,5	30,2	26,7	20,6	23,1	(13,8)	13,8	(12,7)	15,9	30,2	29,8
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	25,2	24,8	26,2	28,6	18,9	20,4	14,6	12,0	15,1	14,2	36,9	32,8
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	(31,5)	37,2	(25,8)	25,9	(16,6)	18,4	(15,7)	10,5	*	8,1	(32,3)	38,1
Comparaison régionale	Argovie	20,8		25,2		16,0		15,1		22,9		35,1	
	Bâle-Campagne	24,8		26,2		18,0		12,8		18,3		33,3	
	Bâle-Ville	21,2		24,5		21,5		13,6		19,2		36,0	
	Berne	19,9		25,9		18,8		15,1		20,3		35,4	
	Lucerne	24,4		20,6		18,7		15,6		20,7		34,7	
	Soleure	20,0		23,5		21,3		14,4		20,8		36,3	
	St-Gall	26,1		25,0		17,6		13,9		17,3		36,0	
	Zoug	20,7		29,1		19,2		13,3		17,8		36,3	
	Zurich	21,4		25,7		21,1		12,7		19,2		35,4	
	Autres cantons alémaniques	25,3		22,2		20,1		12,5		19,9		37,6	
Cantons romands	18,9		25,6		21,6		14,0		19,9		32,8		
Tessin	23,1		28,3		19,3		10,9		18,4		26,3		

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 758>n>822 (BE), 9390<n<9777 (CH).

¹ Sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), pourcentages de réponses à la question: «Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre travail?».

* = entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

ployés de bureau ou les cadres moyens, la catégorie où la satisfaction est la plus grande étant celle des petits indépendants et des artisans (tableau 4.2).

Plus d'un tiers des personnes exerçant des fonctions dirigeantes ou une profession libérale ne se plaignent d'aucune nuisance sur leur lieu de travail. L'enquête confirme qu'un haut niveau de formation, un revenu élevé et la possession de la nationalité suisse augmentent les chances d'être épargné par toute perturbation. En outre, les personnes d'un certain âge semblent généralement bien plus satisfaites de leur situation professionnelle.

Les résultats enregistrés dans le canton de Berne pour les nuisances et la satisfaction au travail recourent largement les chiffres valables pour l'ensemble du pays (tableau 4.2).

Ces résultats semblent indiquer que, comme pour les conditions de logement, les nuisances au travail sont liées à la situation sociale, les difficultés ayant tendance à s'ad-

ditionner dans un domaine comme dans l'autre (tableau 4.3). Dans l'ensemble, il apparaît en effet que les facteurs suivants réduisent notablement le risque d'être exposé à des nuisances: appartenance aux catégories d'âge supérieures, bon niveau de formation, revenu élevé, nationalité suisse. Dans le canton de Berne, 13,2% des actifs ne subissent aucun facteur de perturbation, que ce soit au travail ou à la maison, ce qui est légèrement moins que la moyenne suisse établie à 14,1%. Logiquement, les personnes bénéficiant de plus de moyens financiers et d'une meilleure formation ont davantage de latitude pour choisir où et comment elles souhaitent vivre et travailler. Les plus touchées par les nuisances sont celles qui exercent un métier manuel, qui ont un niveau de formation peu élevé et un revenu équivalent médian comparativement bas ou qui sont de nationalité étrangère. Compte tenu de leurs ressources financières limitées,

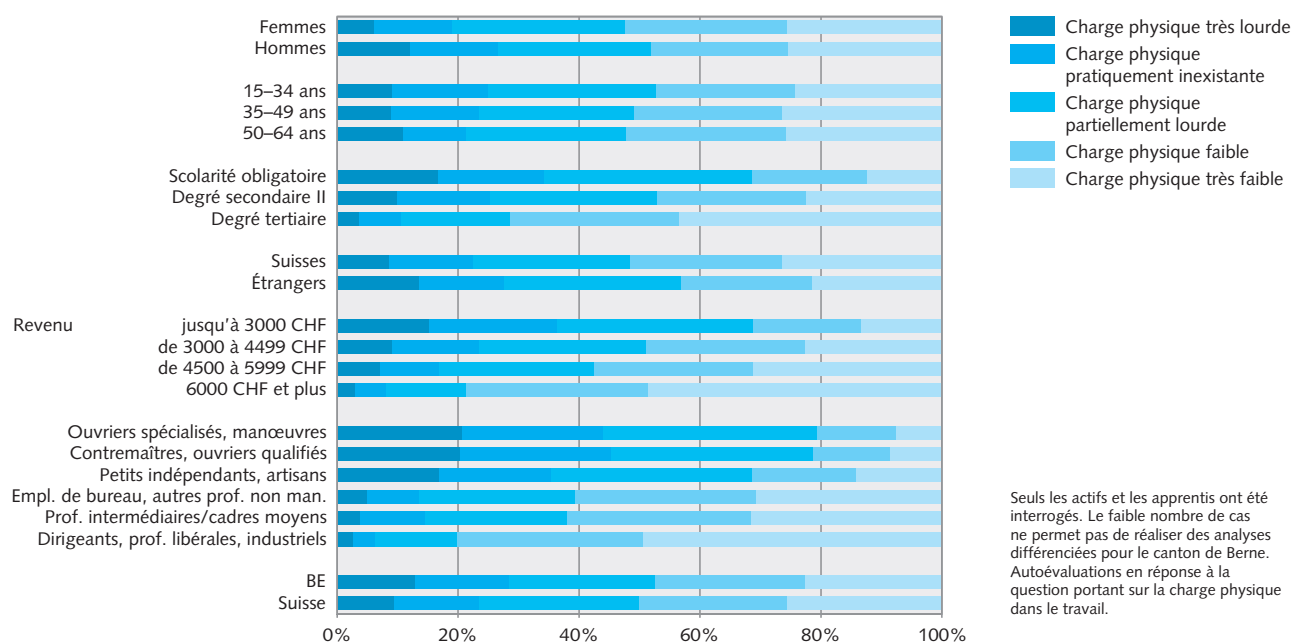
Tab. 4.3 Proportion de personnes subissant ou non des nuisances à la maison et au travail selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Nombre de nuisances							
		Aucune		1-2		3-4		5+	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		13,2	14,1	36,3	36,3	27,4	26,8	23,2	22,8
Sexe	Femmes	17,7	15,6	40,0	40,6	23,2	24,8	19,1	19,0
	Hommes	9,7	12,9	33,5	33,1	30,6	28,4	26,2	25,6
Classes d'âge	15-34 ans	(7,8)	10,3	33,5	36,2	31,3	27,9	27,3	25,6
	35-49 ans	14,1	15,7	36,9	35,9	26,4	26,1	22,6	22,2
	50 ans et plus	17,9	16,5	38,6	37,2	24,4	26,5	19,2	19,7
Formation	Scolarité obligatoire	*	9,9	(32,6)	35,5	(27,1)	27,0	(32,7)	27,6
	Degré secondaire II	13,0	13,5	36,6	36,3	25,7	26,3	24,6	23,8
	Degré tertiaire	(16,4)	18,6	37,0	37,0	33,3	28,3	(13,3)	16,1
Nationalité	Suisses	14,3	15,4	36,2	36,9	26,9	26,2	22,7	21,4
	Etrangers	*	7,8	(37,0)	33,8	(31,6)	29,6	(27,0)	28,9
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	(10,6)	12,1	31,5	33,9	29,5	27,2	28,4	26,7
	de 3000 à 4499 CHF	14,0	14,4	36,8	36,1	28,0	26,7	21,2	22,8
	de 4500 à 5999 CHF	13,6	13,5	40,2	36,6	23,9	27,8	22,4	22,1
	6000 CHF et plus	(20,5)	19,0	42,2	39,0	(23,8)	26,1	(13,5)	15,9
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	*	9,3	36,9	34,0	21,7	24,8	33,1	31,9
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	*	5,3	(26,2)	26,3	29,2	29,1	37,9	39,2
	Petits indépendants, artisans	(11,4)	18,3	52,0	36,9	(22,4)	24,3	(14,2)	20,5
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	(13,1)	12,1	38,8	39,4	31,9	29,6	(16,2)	18,9
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	17,1	16,8	35,5	38,1	25,9	26,5	21,5	18,6
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	(22,9)	24,0	(34,7)	40,1	(27,6)	23,6	*	12,3
Comparaison régionale	Argovie		14,0		34,3		26,0		25,7
	Bâle-Campagne		16,5		34,5		24,4		24,5
	Bâle-Ville		12,0		34,5		28,2		25,3
	Berne		13,2		36,3		27,4		23,2
	Lucerne		15,7		31,4		27,6		25,3
	Soleure		14,7		38,4		25,9		21,0
	St-Gall		18,6		37,7		23,3		20,4
	Zoug		12,3		37,5		28,4		21,8
	Zurich		12,2		35,9		27,1		24,8
	Autres cantons alémaniques		16,1		39,0		26,2		18,7
	Cantons romands		13,0		36,5		28,3		22,2
	Tessin		15,8		39,1		24,5		20,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 738>n>760 (BE), 8557<n<8850 (CH).
* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

Charge physique au travail en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse

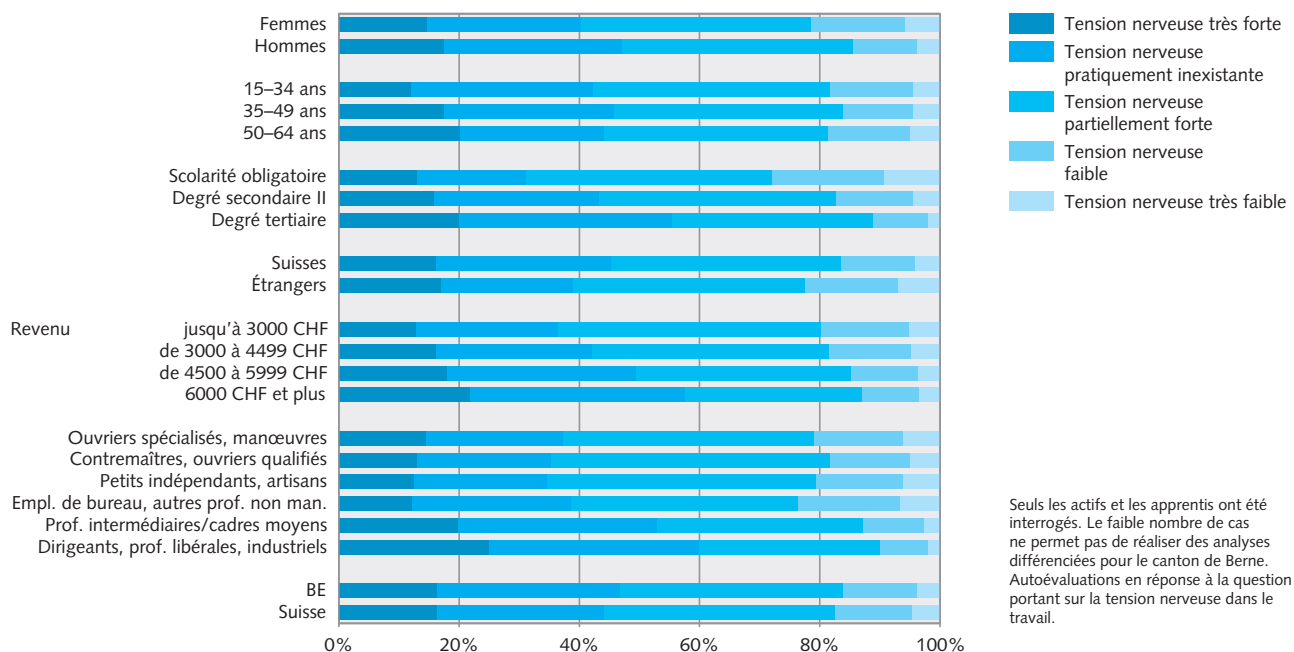
Fig. 4.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=799 (BE); 9115 (CH).

Tension nerveuse au travail en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse

Fig. 4.6



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=781 (BE); 9130 (CH).

elles n'ont généralement pas d'autre option que d'habiter par exemple dans des quartiers exposés à une forte circulation ou au bruit des avions. Seuls 7,8% des étrangers indiquent ne souffrir d'aucune nuisance, tandis que ce taux est pratiquement le double pour les personnes de nationalité suisse (15,4%, tableau 4.3).

Un autre aspect des nuisances liées à l'activité professionnelle concerne les exigences sur les plans physique et psychique. Là encore, le résultat est très clair: moins la formation, le revenu et le statut professionnel sont élevés, plus la charge physique est lourde. Les personnes issues des couches sociales inférieures travaillent en effet dans des branches et à des postes où l'effort physique prédomine (graphique 4.5).

À l'inverse, la tension nerveuse augmente avec le niveau de formation et de revenu. En examinant le critère de la catégorie socioprofessionnelle, on obtient une courbe en forme de U: les tensions psychiques sont les plus grandes chez les personnes exerçant des fonctions dirigeantes ou une profession libérale, puis diminuent pour remonter ensuite légèrement chez les contremaîtres et les ouvriers qualifiés (graphique 4.6).

Il convient de préciser ici que l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de tirer de conclusions sur les exigences physiques et psychiques liées au travail domestique et familial, ce qui est fort regrettable, car il engendre souvent des tensions et des charges spécifiques non négligeables.

4.3 Peur de perdre son emploi et d'être au chômage

Le taux de chômage a atteint son plus haut niveau en Suisse – 5,2% – en 1997. Le nombre de chômeurs inscrits a ensuite baissé régulièrement jusqu'à ce que la tendance s'inverse en été 2001, avec le retour à une courbe ascendante. Au moment de l'enquête 2002, le taux de chômage était de 2,5% en Suisse et de 1,8% seulement dans le canton de Berne (seco 2002).

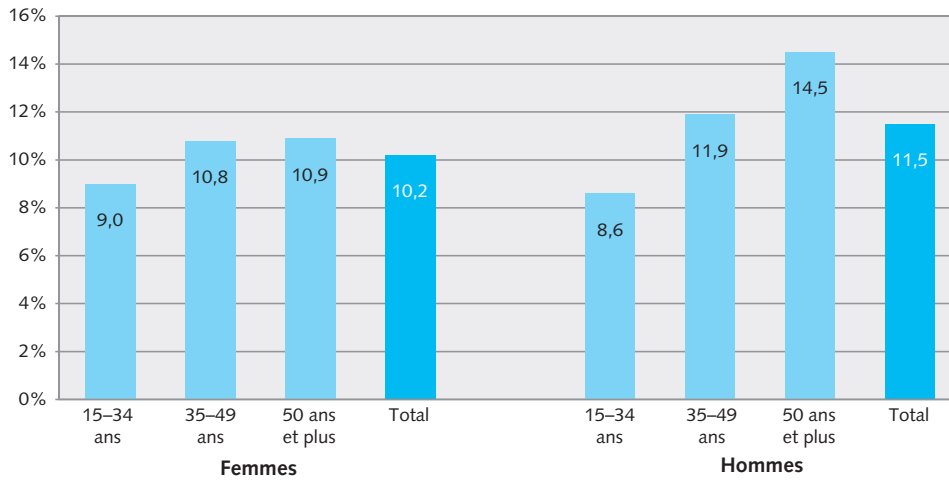
En 2002, 8,0% des Bernoises et des Bernois avaient peur de perdre leur emploi. C'est beaucoup moins que la moyenne nationale – 10,9% – et, surtout, que le résultat de l'enquête de 1997, aux termes de laquelle pas moins de 18% de la population active exprimaient cette crainte en Suisse. Une peur qui touche tant les femmes que les hommes, même si les proportions ne sont pas tout à fait égales. Comme en 1997, cette angoisse semble liée à l'âge chez les hommes: plus les années passent, plus ils redoutent de perdre leur emploi (graphique 4.7)²⁰.

La peur de perdre son emploi dépend beaucoup du niveau de formation. Elle touche 18,7% des actifs ayant terminé l'école obligatoire et 10,3% de ceux qui se sont

²⁰ Etant donné qu'il s'agit de tendances fondamentales sans grandes différences régionales, les analyses ci-après sont réalisées au niveau de la population suisse.

Crainte de perdre son emploi, femmes et hommes, Suisse

Fig. 4.7

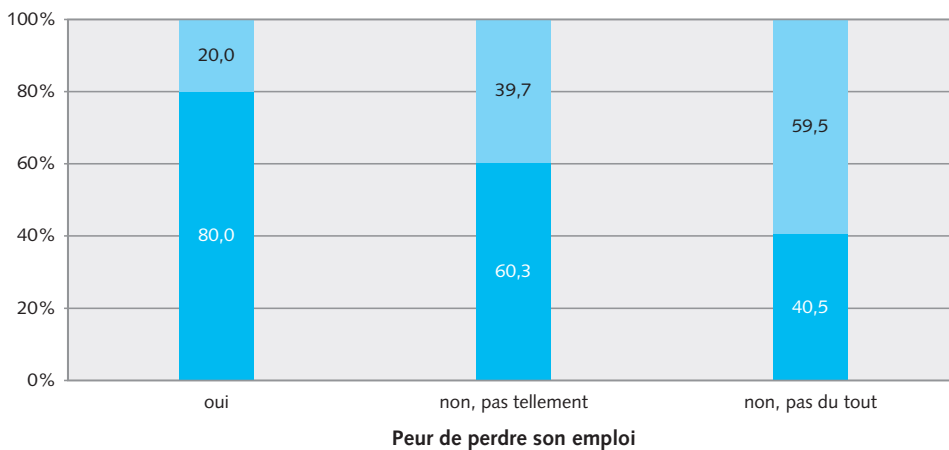


Catégories «oui, beaucoup» et «oui, passablement», en réponse à la question: «Craignez-vous de perdre votre emploi actuel?»

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8916.

Crainte de perdre son emploi et de ne pas retrouver un poste comparable, Suisse

Fig. 4.8

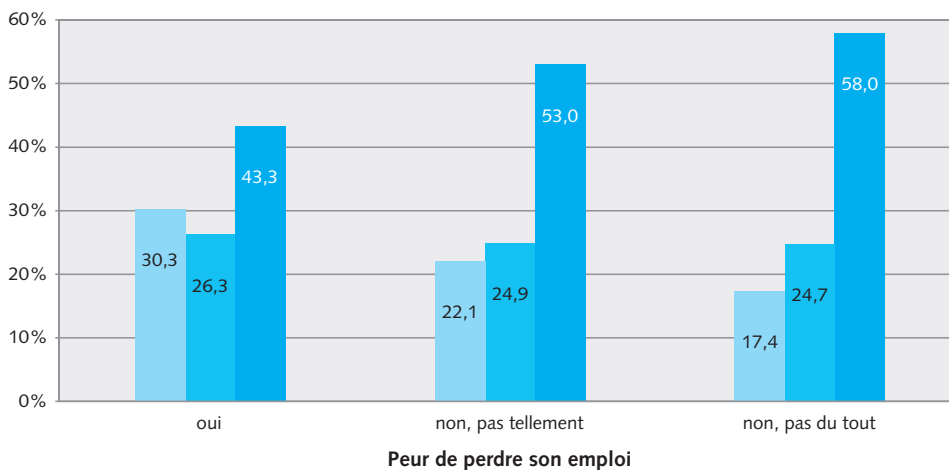


Il serait facile de retrouver un emploi
Il serait difficile de retrouver un emploi

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8315.

Crainte de perdre son emploi et équilibre psychique, Suisse

Fig. 4.9

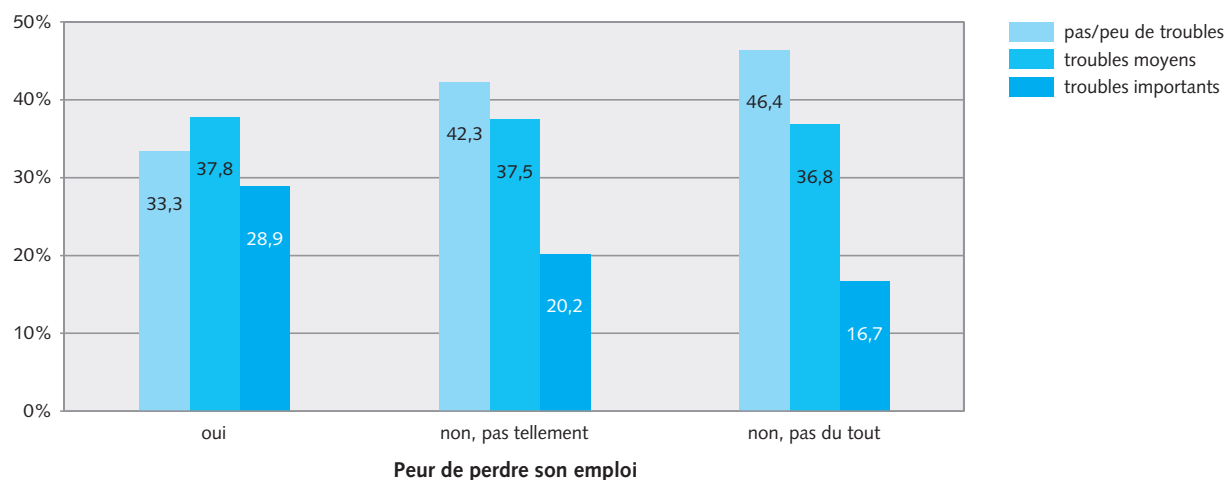


mauvais équilibre
équilibre moyen
bon équilibre

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8779.

Crainte de perdre son emploi et troubles physiques, Suisse

Fig. 4.10



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=8316.

Tab. 4.4 Proportion de personnes craignant ou non pour leur emploi, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		oui		non, pas tellement		non, pas du tout	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		8,0	10,9	48,7	43,8	43,3	45,3
Sexe	Femmes	(6,5)	10,2	46,2	41,9	47,4	47,9
	Hommes	9,2	11,5	50,5	45,2	40,2	43,3
Classes d'âge	15-34 ans	(7,1)	8,8	47,4	41,5	45,5	49,7
	35-49 ans	(7,0)	11,4	49,0	46,1	44,0	42,5
	50 ans et plus	(10,7)	13,0	49,7	43,2	39,7	43,8
Formation	Scolarité obligatoire	*	18,7	(44,4)	35,4	(40,8)	45,9
	Degré secondaire II	7,4	10,3	48,7	45,2	44,0	44,5
	Degré tertiaire	(7,1)	7,8	50,6	44,9	42,3	47,3
Nationalité	Suisses	7,1	8,9	48,4	44,4	44,5	46,7
	Etrangers	*	20,1	(50,7)	41,1	(33,9)	38,7
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	(9,7)	13,0	45,8	42,7	44,5	44,3
	de 3000 à 4499 CHF	(9,3)	11,4	48,2	43,8	42,6	44,8
	de 4500 à 5999 CHF	(5,4)	8,5	53,5	46,0	41,2	45,6
	6000 CHF et plus	*	8,4	44,1	45,2	50,8	46,3
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	*	12,5	50,4	43,2	45,5	44,3
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	(15,0)	18,2	50,6	42,0	34,3	39,8
	Petits indépendants, artisans	*	5,9	(40,4)	33,8	53,8	60,3
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	(6,5)	10,2	55,6	47,8	37,9	42,0
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	(7,9)	9,7	44,8	44,2	47,3	46,1
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	*	9,0	45,6	45,9	45,8	45,1
Comparaison régionale	Argovie	11,3		46,3		42,4	
	Bâle-Campagne	8,7		43,4		47,9	
	Bâle-Ville	11,9		43,7		44,4	
	Berne	8,0		48,7		43,3	
	Lucerne	8,3		45,8		45,9	
	Soleure	7,6		49,6		42,8	
	St-Gall	10,3		44,2		45,5	
	Zoug	10,7		43,5		45,8	
	Zurich	12,3		40,8		46,9	
	Autres cantons alémaniques	7,5		50,0		42,5	
	Cantons romands	13,4		39,4		47,2	
	Tessin	18,6		34,8		46,6	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 737<n<759 (BE), 8624<n<8916 (CH).
 Pourcentages de réponses à la question: «Craignez-vous de perdre votre emploi actuel?».
 * entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

arrêtés au degré secondaire II, mais 7,8% seulement des personnes au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire. Elle est par ailleurs étroitement liée à la crainte de ne pas retrouver de poste équivalent en cas de licenciement (graphique 4.8). En effet, 80% des personnes qui ont peur de perdre leur emploi pensent qu'il serait difficile d'obtenir un poste comparable, alors que celles qui ne se font pas de souci pour leur travail sont moitié moins nombreuses à exprimer cette crainte (40,5%).

En outre, le graphique 4.9 montre clairement que la peur de perdre son emploi peut perturber l'équilibre psychique. Seuls 43% des personnes qui se font du souci pour leur travail ont une bonne santé psychique, alors que cette proportion grimpe à 58% chez celles qui ne s'inquiètent pas pour leur emploi. Il en va de même pour les troubles physiques, qui peuvent être causés par un stress psychosocial (graphique 4.10).

Il ressort du tableau 4.4 que les femmes sont plus optimistes que les hommes dans l'évaluation du risque de perdre son emploi. Peut-être est-ce dû au fait que leur revenu a plus souvent un caractère «complémentaire» et qu'elles se sentent donc moins menacées, mais les indications disponibles ne permettent pas de l'affirmer.

En analysant de plus près les caractéristiques des personnes qui redoutent de perdre leur emploi, on obtient le résultat suivant: plus la formation et le revenu du ménage sont modestes, plus cette angoisse est marquée.

De plus, les personnes de nationalité étrangère sont nettement plus pessimistes que les Suisses quant à la sécurité de leur emploi. Cette différence tient notamment aux inégalités constatées au niveau de l'accès au marché du travail. Il est beaucoup plus difficile pour les étrangers de mettre le pied à l'étrier et de conserver leur emploi. Ils sont également surreprésentés dans les secteurs à bas revenu et niveau de formation, où les travailleurs, aisément «remplaçables», peuvent plus facilement être mis sous pression, ce qui contribue au sentiment d'insécurité (Egger 2003).

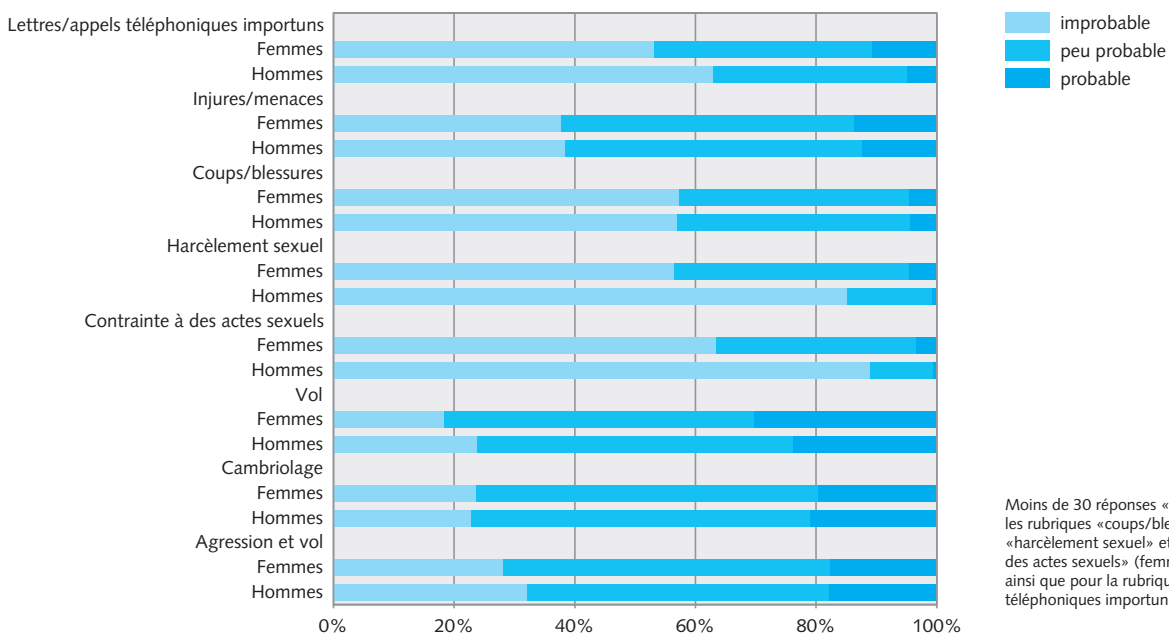
Le tableau 4.4 montre enfin que, comme à Soleure, la proportion de personnes craignant de perdre leur emploi est sensiblement moins grande à Berne que dans l'ensemble de la Suisse.

4.4 Peur de la violence

Depuis la médiatisation des scènes de la drogue au milieu des années 80, la criminalité et la violence font partie des préoccupations majeures de la population. La sensibilisation croissante à cette problématique, le vécu personnel et les événements ponctuels qui reçoivent un très large écho public ont contribué à alimenter le sentiment que la violence et la criminalité représentent une menace toujours plus grande en Suisse. En fait, cette

Estimation du risque d'être victime de différentes formes de violence dans les douze mois à venir selon le sexe, canton de Berne

Fig. 4.11

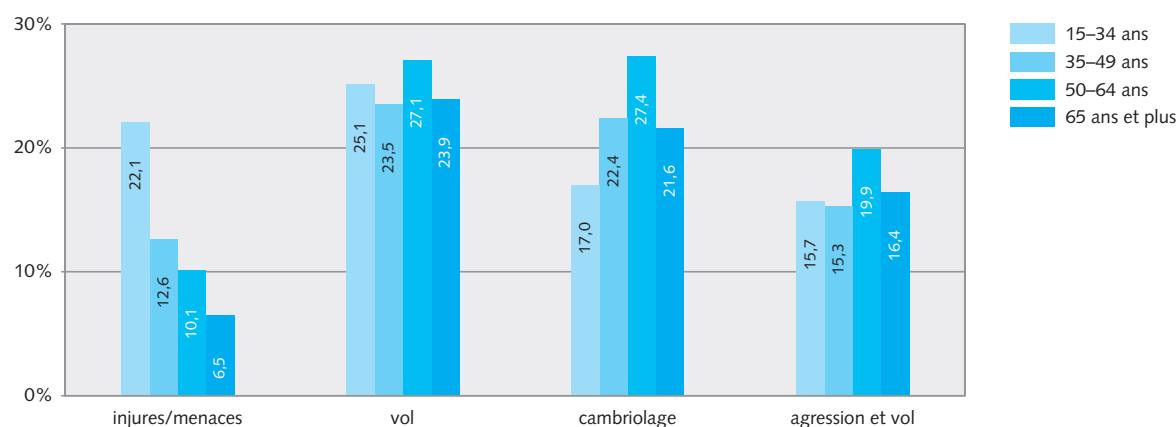


Moins de 30 réponses «probable» pour les rubriques «coups/blessures», «harcèlement sexuel» et «contrainte à des actes sexuels» (femmes et hommes) ainsi que pour la rubrique «lettres/appels téléphoniques importuns» (hommes).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1290.

Proportion de personnes estimant probable qu'elles soient victimes des formes de violences suivantes dans les douze mois à venir, par classe d'âge, Suisse

Fig. 4.12



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 15'350<n<15'452.

Tab. 4.5 Proportion de personnes craignant ou non de subir des actes de violence dans les douze mois à venir, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		aucun		un		deux ou plus	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		63,6	62,5	12,3	13,1	24,1	24,4
Sexe	Femmes	62,9	61,2	11,9	12,7	25,2	26,1
	Hommes	64,4	63,9	12,8	13,6	22,8	22,5
Classes d'âge	15-34 ans	60,8	58,4	13,2	14,6	26,0	27,0
	35-49 ans	64,8	63,6	14,3	12,5	20,9	23,9
	50-64 ans	61,8	62,3	7,7	12,1	30,5	25,7
	65 ans et plus	68,2	67,6	14,2	13,2	17,6	19,2
Formation	Scolarité obligatoire	65,9	61,4	(9,5)	13,0	24,6	25,5
	Degré secondaire II	62,1	62,5	13,1	12,8	24,7	24,7
	Degré tertiaire	67,5	63,8	(11,8)	14,6	20,6	21,6
Nationalité	Suisses	64,7	63,2	11,5	13,0	23,8	23,8
	Etrangers	53,3	58,8	(19,8)	13,9	(26,9)	27,3
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	66,3	64,6	13,8	12,4	19,9	23,0
	de 3000 à 4499 CHF	63,0	61,4	11,8	12,8	25,1	25,8
	de 4500 à 5999 CHF	58,0	61,5	11,1	14,5	30,9	24,0
	6000 CHF et plus	70,6	64,0	(10,6)	13,3	(18,7)	22,8
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	62,3	63,4	(14,4)	11,1	23,4	25,5
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	67,2	63,7	(8,7)	12,7	24,2	23,6
	Petits indépendants, artisans	76,0	69,7	(7,5)	10,1	(16,5)	20,2
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	65,0	61,4	12,5	13,2	22,5	25,4
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	59,0	61,2	13,3	13,9	27,7	24,9
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	59,7	62,6	(9,0)	13,9	31,3	23,5
Comparaison régionale	Argovie		65,5		13,5		21,0
	Bâle-Campagne		69,0		12,0		19,0
	Bâle-Ville		64,7		14,2		21,0
	Berne		63,6		12,3		24,1
	Lucerne		69,7		13,1		17,2
	Soleure		62,8		12,5		24,7
	St-Gall		69,4		14,9		15,8
	Zoug		70,9		11,8		17,3
	Zurich		64,5		13,1		22,4
	Autres cantons alémaniques		73,2		11,1		15,6
	Cantons romands		50,1		14,4		35,6
	Tessin		59,7		12,6		27,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1270<n<1347 (BE), 15'065<n<16'149 (CH).
Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

peur a augmenté plus vite ces dernières années que le niveau réel de violence, qui reste encore relativement bas dans notre pays. En clair, cette crainte n'est pas proportionnelle au risque effectif de subir un acte de violence (Eisner/Manzoni 1998, Eisner/Killias 2004).

Un bon tiers de la population bernoise (36,4%) estime qu'elle pourrait être victime d'un acte de violence au cours des douze mois à venir, résultat quelque peu inférieur à la moyenne nationale (38%). Pour toutes les formes de violence et de criminalité mentionnées, les femmes jugent ce risque plus grand que les hommes dans le canton de Berne (graphique 4.11).

Les formes de violence les plus redoutées sont les cambriolages, les vols, les agressions, les menaces et les injures. Le poids de ces différents actes ou délits est toutefois différent selon les classes d'âge. Tandis que la crainte d'être injurié ou menacé diminue avec les années, la probabilité subjective d'être cambriolé dans un proche avenir augmente chez les personnes d'un certain âge (graphique 4.12).

Pour la plupart des catégories présentées, les résultats obtenus dans le canton de Berne sont légèrement inférieurs à la moyenne suisse. Seule la probabilité d'être victime d'un vol au cours de l'année à venir est jugée plus grande.

La peur d'être victime d'un acte de violence est corrélée négativement avec le niveau de bien-être psychique: plus le nombre de délits craints est élevé, moins on trouve de personnes jouissant d'un bon équilibre psychique.

Pour l'ensemble de la Suisse, il ressort de l'enquête que les personnes vivant à la campagne craignent moins d'être victimes de violences ou de délits que les citadins (61,2% vs 66%). Par ailleurs, un niveau de formation élevé semble influencer positivement sur la conviction d'être épargné par tout acte de violence dans un proche avenir²¹. Quant aux étrangers, ils s'attendent davantage que les ressortissants suisses à être touchés par une ou plusieurs formes de criminalité. Une différence qui tient notamment au fait qu'ils sont plus nombreux que les Suisses à vivre en ville (85,2% vs 70,7%).

En comparaison intercantonale, on remarquera que les Bernoises et les Bernois ont plus peur de la criminalité que les habitants des autres cantons alémaniques. Seul Soleure obtient un résultat supérieur pour la probabilité d'être victime d'au moins deux actes de violence. Dans le tableau 4.5, les chiffres enregistrés pour les cantons romands frappent également: la proportion de person-

nes confiantes de passer sans encombre les douze prochains mois y est beaucoup plus faible. Un pourcentage particulièrement élevé de Romands craignent d'être confrontés à au moins deux actes criminels ou violents dans un proche avenir.

4.5 Résumé

Le logement et le lieu de travail sont les deux endroits dans lesquels une personne passe généralement le plus clair de son temps. Il est donc important de savoir comment on s'y sent et à quelles nuisances on peut être exposé dans l'optique d'évaluer le bien-être de la population.

Près des deux tiers des personnes interrogées dans le canton de Berne sont très satisfaites de leurs *conditions de logement*, seule une petite minorité exprimant de l'insatisfaction, voire un franc mécontentement (4% BE et CH). Pourtant, pratiquement une personne sur deux affirme subir des nuisances à la maison. Le bruit du trafic est l'ennemi n° 1, cité par une personne sur cinq environ. Viennent ensuite le bruit occasionné par des tiers et les gaz d'échappement. Toutes ces nuisances sont cependant un peu moins fréquentes dans le canton de Berne que dans l'ensemble de la Suisse.

La question du nombre de nuisances auxquelles un individu est confronté à la maison permet de dégager un lien évident entre les facteurs de perturbation et le degré de satisfaction par rapport aux conditions d'habitation. On relèvera également que la proportion de personnes jouissant d'un bon équilibre psychique diminue à mesure qu'augmentent les nuisances dans le contexte du logement.

La plus grande différence se situe toutefois au niveau de la nationalité: les étrangers sont beaucoup moins nombreux que les Suisses à bénéficier d'un cadre de vie sans nuisances. On remarque par ailleurs que les conditions d'habitation sont généralement mieux perçues par les personnes d'un certain âge, même si, d'un autre côté, les perturbations tendent à augmenter.

S'agissant de la satisfaction au travail, les résultats sont moins réjouissants. Seule une personne sur trois dit être (très) satisfaite de sa *situation professionnelle*. En outre, une personne sur cinq seulement estime travailler dans un environnement exempt de perturbations. Les problèmes les plus fréquemment cités sont une température trop basse ou trop élevée, le bruit des machines et des collègues, les courants d'air ainsi que la poussière, la saie et la saleté. Fait préoccupant: 12% des travailleurs

²¹ Les données issues de l'Enquête suisse sur la santé ne permettent pas de dire dans quelle mesure le fait d'avoir déjà subi des violences joue un rôle dans l'appréhension de ce phénomène.

sont exposés à la fumée sur leur lieu de travail. Or on sait que la fumée passive peut avoir des effets négatifs sur la santé. Enfin, 19% des employés travaillent dans un environnement préjudiciable à la santé, que ce soit en raison de la poussière, de la suie, de la saleté ou de vapeurs chimiques.

La répartition des facteurs de perturbation dans le contexte professionnel est inégale: plus le niveau de formation, le revenu et le statut professionnel sont modestes, plus les nuisances sont grandes. Les métiers manuels sont particulièrement touchés. Ce n'est toutefois pas étonnant, puisqu'il s'agit d'ouvriers et d'employés qui travaillent souvent à l'extérieur et/ou sur des machines produisant du bruit et de la poussière. La situation dans le canton de Berne concernant les nuisances et la satisfaction au travail est largement comparable à la moyenne suisse.

Autre facteur pouvant nuire à la santé: la *peur de perdre son emploi* et de se retrouver au chômage. On constate que la crainte qu'éprouve une personne face à son travail est étroitement liée à la conviction de ne pouvoir retrouver un poste équivalent qu'au prix de grandes difficultés. La peur du chômage va de pair avec un équilibre psychique comparativement moins bon et davantage de troubles physiques causés, en partie du moins, par ces angoisses.

De manière générale, les femmes exerçant une activité lucrative sont plus optimistes que les hommes quant à la sécurité de leur emploi, différence qui semble particulièrement marquée dans le canton de Berne par rapport à l'ensemble de la Suisse. En outre, la crainte de perdre son travail est plus forte chez les individus ayant un niveau de formation et de revenu peu élevé, les étrangers étant surreprésentés dans la catégorie des personnes inquiètes pour leur emploi. Dans l'ensemble, la peur du chômage est inférieure à la moyenne nationale dans le canton de Berne.

La peur d'être *victime d'un délit* dans un proche avenir est un autre élément qui influe sur le bien-être psychique. Elle concerne 36% des personnes interrogées dans le canton de Berne et s'avère plus forte chez les femmes que chez les hommes. À cet égard, il convient de souligner que la probabilité subjective de subir un acte de violence ne correspond pas forcément au risque effectif. L'évaluation donnée par un individu peut être grandement liée par exemple à la fréquence des articles faisant état de violence dans les médias locaux.

La crainte d'être confronté à la violence dépend également de l'âge et de la formation. Alors que la peur des violences verbales diminue fortement avec les années, celle d'être victime d'un cambriolage augmente chez les aînés. Un haut niveau de formation joue, semble-t-il, un rôle important dans la conviction d'être épargné par ce phénomène. Enfin, les citoyens sont plus nombreux à redouter un acte de violence que les personnes vivant à la campagne.

Travail et logement: la situation des migrantes et des migrants dans le canton de Berne

Les personnes de nationalité étrangère sont particulièrement touchées par les nuisances à la maison et au travail. Leurs ressources, leur formation et leurs moyens financiers ne leur permettent pas d'améliorer leur cadre de vie et leur situation professionnelle. La population étrangère redoute aussi davantage de perdre son emploi et se sent moins en sécurité.

Il est nécessaire d'agir pour éliminer ces handicaps et mieux intégrer les étrangères et les étrangers. C'est là une tâche pluridisciplinaire, à laquelle participent les autorités fédérales, les cantons et les communes. La Confédération soutient le travail d'intégration par des contributions financières issues du programme de promotion de la Commission fédérale des étrangers. De son côté, le Conseil-exécutif du canton de Berne a créé, suite à plusieurs interventions parlementaires, un Bureau de l'intégration chargé de définir les objectifs de la politique cantonale en la matière.

Des mesures ciblées, une bonne coordination au sein de l'administration ainsi que la mise en réseau des initiatives pour l'intégration lancées par les villes et les communes peuvent grandement améliorer les chances des migrantes et des migrants au niveau de la formation, de l'emploi et du logement ainsi que de l'accès aux soins. Chacun doit pouvoir se réaliser, quelle que soit sa nationalité.

5 Analyses de corrélation

5.1 Santé physique, psychique et sociale

Au chapitre 2, la santé a été examinée en détail dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Nous nous proposons à présent de mettre en relation ces trois aspects pour découvrir de quelle manière ils sont liés entre eux. Cette analyse est importante pour la promotion de la santé dans la mesure où elle permet de mettre en évidence le cumul de bonnes ou mauvaises conditions influant sur la santé. Le tableau 5.1 donne la liste des indicateurs utilisés en précisant leur répartition dans le canton de Berne et dans l'ensemble de la Suisse (cf. chapitre 2).

Deux constats pour ce tableau: la proportion de personnes jouissant d'une bonne santé dans tous les domaines est relativement élevée et toutes les valeurs enregistrées pour le canton de Berne sont proches de la moyenne nationale. Comme l'illustre la matrice de corrélation du tableau 5.2, les indicateurs sont très nettement liés entre eux. Les relations les plus étroites se trouvent au

sein de chacune des trois dimensions et concernent avant tout les indicateurs de la santé physique. Autrement dit, un bon état de santé général va en principe de pair avec l'absence de troubles. Le lien entre l'équilibre psychique et la conviction de maîtriser son existence est déjà moins fort. Quant aux indicateurs de la santé sociale, ils ne sont que faiblement corrélés. Souffrir de solitude ne signifie donc pas automatiquement manquer de confident(e)s.

S'agissant des différentes dimensions de la santé, on constate également des corrélations généralement importantes et très significatives du point de vue statistique. Une personne qui se sent bien psychiquement jouit généralement d'une bonne santé physique et souffre moins de solitude, et inversement. D'un autre côté, les troubles chroniques ne sont pas forcément synonymes de mauvais équilibre psychique. Si l'on fait la distinction entre troubles psychiques et physiques, on voit que les douleurs physiques portent beaucoup moins atteinte à l'équilibre psychique que les souffrances psychiques.

Tab. 5.1 Indicateurs de santé et répartition (en %), canton de Berne et Suisse

Dimension	Indicateur	Catégories	BE	CH
Santé physique	Etat de santé général (subjectif) ²²	très bon/bon	86,0	85,8
		moyen/mauvais/très mauvais	14,0	14,2
	Problème de santé chronique	non oui	83,3 16,7	83,8 16,2
Santé psychique	Equilibre psychique	pas/peu de troubles	41,2	41,2
		troubles moyens	37,5	35,7
		troubles importants	21,3	23,1
Santé sociale	Conviction de maîtriser son existence	bon	53,6	55,0
		moyen	25,7	24,4
		mauvais	20,8	20,7
Santé sociale	Sentiment de solitude	forte	40,1	39,3
		moyenne	38,9	39,8
		faible	21,0	20,9
Santé sociale	Confident(e)s	jamais	69,1	70,2
		parfois	27,8	26,4
		souvent	3,0	3,3
Santé sociale	Confident(e)s	plus d'un(e)	68,2	65,9
		un	28,2	29,3
		aucun	3,6	4,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1181<n<1607 (BE), 14'358<n<19'702 (CH).

²² Etat de santé général (autoévaluation en réponse à la question «Comment allez-vous en ce moment?»): bien que cet indicateur recouvre théoriquement des aspects des trois dimensions, il a été attribué au chapitre de la santé physique, car les corrélations (tableau 5.2) sont particulièrement fortes avec les autres indicateurs de cette dimension.

Tab. 5.2 Corrélations entre les différents indicateurs de l'état de santé (coefficients gamma), Suisse

	Etat de santé général	Problème de santé chronique	Troubles physiques	Equilibre psychique	Conviction de maîtriser son existence	Sentiment de solitude	Confident(e)s
Etat de santé général	-	,82	,63	,45	,35	,36	,16
Problème de santé chronique	,82	-	,55	,35	,33	,32	,10
Troubles physiques	,63	,55	-	,44	,37	,39	n.s.
Equilibre psychique	,45	,35	,44	-	,43	,45	(,03)
Conviction de maîtriser son existence	,35	,33	,37	,43	-	,49	,06
Sentiment de solitude	,36	,32	,39	,45	,49	-	,05
Confident(e)s	,16	,10	n.s.	(,03)	,06	,05	-

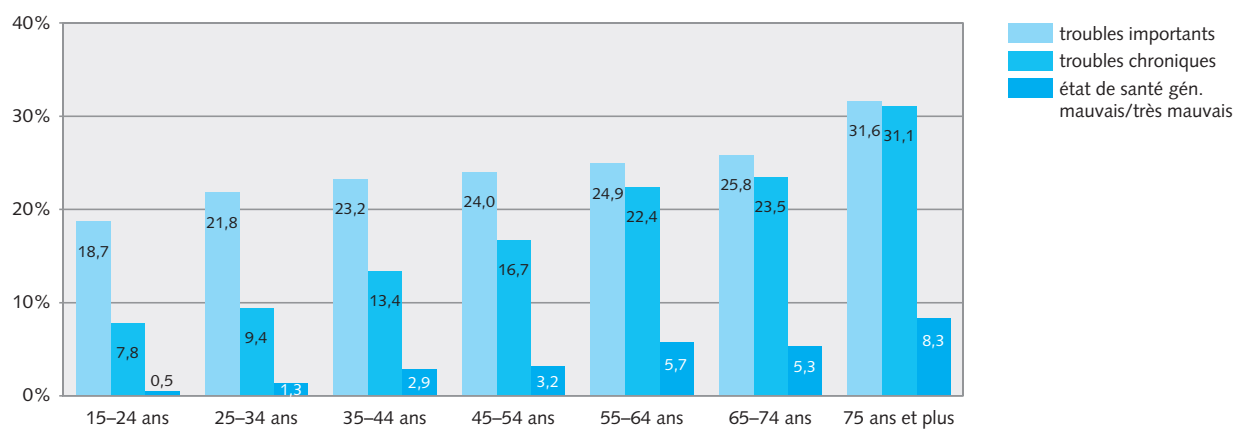
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 14'358<n<19'702 (CH).

Coefficient gamma pour échelle ordinale (cf. chapitre 1.4); n.s.=non significatif.

A l'exception des chiffres entre parenthèses (significatifs au niveau de 5%), tous les coefficients présentés sont significatifs au niveau de 1%. Les calculs se fondent sur les données non pondérées. Pour le codage des différentes variables, se référer au tableau 5.1.

Proportion de personnes ayant des troubles importants, des troubles chroniques et un (très) mauvais état de santé général, par classe d'âge, Suisse

Fig. 5.1



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 18'457<n<19'707.

Au chapitre 2, il est indiqué à plusieurs reprises que la perception de l'état de santé change avec l'âge, qui serait ainsi le facteur clé pour le bien-être. De prime abord, le graphique 5.1 semble confirmer cette présomption, puisque la proportion de personnes souffrant de douleurs et de troubles chroniques augmente continuellement avec l'âge. Parallèlement, on observe pourtant que même à un âge avancé, deux personnes sur trois ne se plaignent d'aucun trouble.

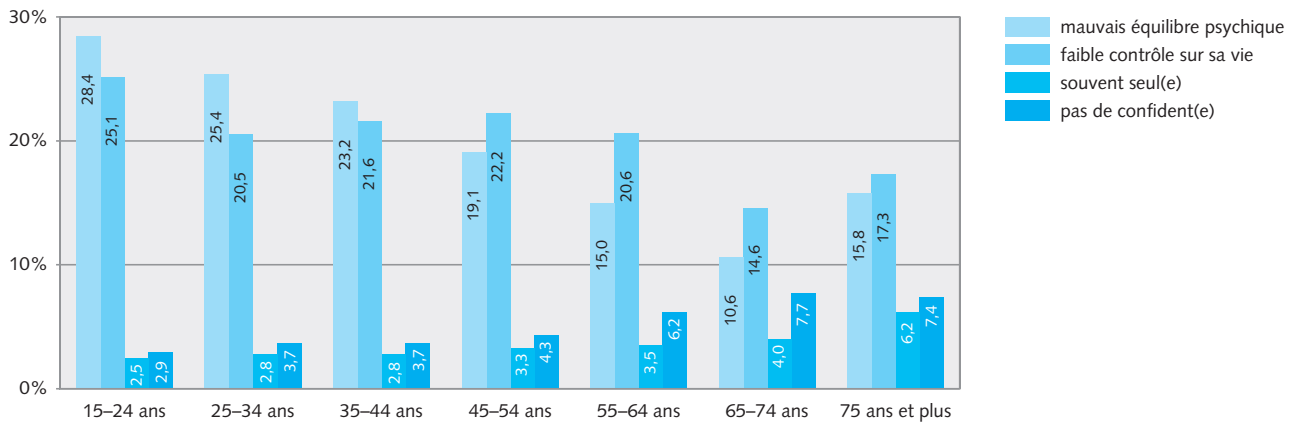
Si le bien-être physique tend à diminuer avec l'âge, la santé psychique est en revanche mieux perçue. La proportion de personnes ayant un mauvais équilibre psychique et un faible contrôle sur leur vie recule avec les années, avant de repartir légèrement à la hausse passé la barre des 75 ans. Le sentiment de solitude et le manque de confident(e)s sont dans l'ensemble nettement moins fréquents, mais on constate également pour ces deux indicateurs une légère augmentation au fil des ans (graphique 5.2).

Les graphiques 5.1 et 5.2 illustrent clairement l'évolution du bien-être avec les années. A tout âge, on trouve cependant des personnes dont l'état de santé contredit cette tendance. Elles se sentent très bien physiquement à un âge avancé ou jouissent d'un bon équilibre psychique dès leur jeunesse. L'âge n'est donc qu'un facteur parmi d'autres influant sur le bien-être et la santé. Cela étant, on peut se demander ce qui conduit à un sentiment général de bien-être ou de mal-être. Certaines personnes se sentent en effet très bien – ou très mal – tant physiquement que psychiquement. Aux côtés de ces deux groupes homogènes, on trouve deux autres groupes hétérogènes, qui combinent bien-être psychique et mauvaise condition physique ou l'inverse (graphique 5.3).

Dans le canton de Berne, 50,6% de la population éprouve un *bien-être général*, qui associe (très) bon état de santé physique et équilibre psychique. Les plus de 65 ans sont davantage représentés dans cette catégorie. Un niveau de formation et de revenu élevé accroît par

Proportion de personnes ayant un mauvais équilibre psychique et un faible contrôle sur le cours de leur vie, se sentant souvent seules et n'ayant pas de confident(e)s, par classe d'âge, Suisse

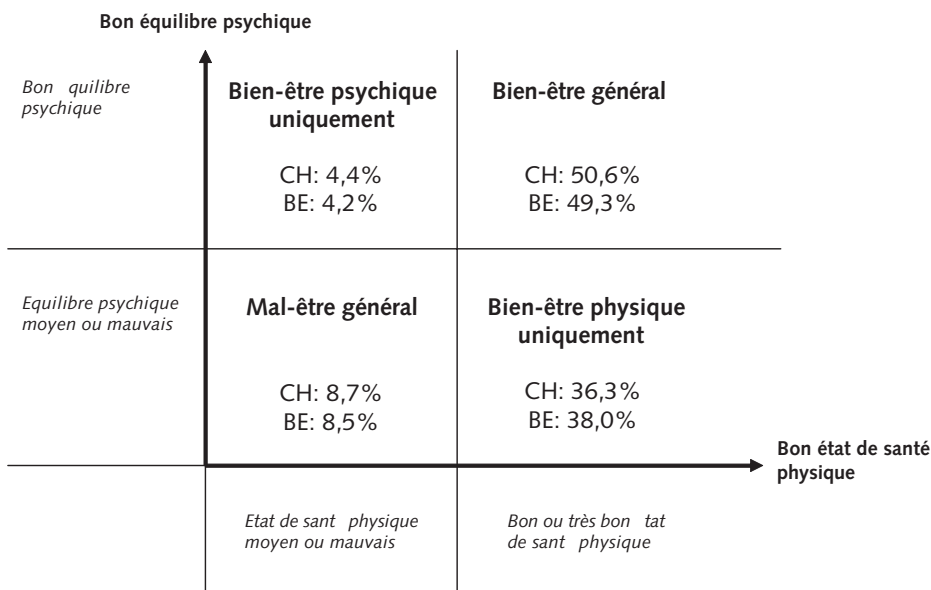
Fig. 5.2



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, 14'358<n<19'702.

Bien-être ou mal-être général, canton de Berne et Suisse

Fig. 5.3



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=1'482 (BE), 18'290 (CH).

ailleurs la probabilité de connaître ce bien-être général. Il convient toutefois de relever que la progression n'est pas linéaire chez les personnes entrant dans les classes supérieures de formation et de revenu. La plus forte proportion se trouve dans la deuxième catégorie la plus élevée (degré secondaire II; revenu du ménage entre 4500 – 5999 CHF). Enfin, la nationalité joue également un rôle: les citoyens suisses sont surreprésentés dans ce groupe (tableau 5.3).

Au sein de la population bernoise, près d'une personne sur quatre jouit d'un bon à très bon état de santé physi-

que, tout en se sentant moyennement ou peu équilibrée psychologiquement. L'appartenance à cette catégorie d'individus qui *ne se sentent bien que physiquement* dépend beaucoup de l'âge: si cette combinaison de bien-être physique et de troubles psychiques touche dans le canton de Berne une personne sur deux entre 15 et 34 ans, elle ne concerne plus qu'une personne sur six à partir de 65 ans.

Les individus qui *ne se sentent bien que psychologiquement* constituent quant à eux la plus petite proportion de la population bernoise. Cette combinaison se retrouve avant tout chez les personnes âgées qui doivent vivre

Tab. 5.3 Bien-être ou mal-être général, en fonction de diverses caractéristiques socio-démographiques et socioéconomiques (en %)

		Bien-être général		Bien-être physique uniquement		Bien-être psychique uniquement		Mal-être général	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		49,3	50,6	38,0	36,3	4,2	4,4	8,5	8,7
Sexe	Femmes	47,2	49,0	38,1	36,2	5,1	4,7	9,6	10,1
	Hommes	51,6	52,3	37,8	36,5	(5,3)	4,0	7,3	7,1
Classes d'âge	15–34 ans	37,4	42,3	55,3	50,2	*	1,4	(6,6)	6,1
	35–49 ans	50,2	51,5	41,2	38,5	(2,8)	2,3	(5,9)	7,7
	50–64 ans	56,8	56,5	28,7	26,3	(4,6)	6,5	10,0	10,7
	65 ans et plus	57,7	56,5	17,3	20,7	11,5	10,3	13,4	12,5
Formation	Scolarité obligatoire	43,5	43,9	39,1	37,3	(4,4)	5,4	13,0	13,5
	Degré secondaire II	51,0	52,0	36,9	35,8	4,3	4,3	7,9	8,0
	Degré tertiaire	48,8	54,6	41,6	37,1	*	3,4	(5,8)	4,9
Nationalité	Suisses	50,7	51,5	36,4	36,1	4,4	4,4	8,5	8,0
	Etrangers	37,6	46,6	51,4	37,3	*	4,1	*	11,9
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	48,0	48,1	37,9	35,1	(4,0)	5,0	10,1	11,8
	de 3000 à 4499 CHF	47,3	51,4	38,7	35,3	(5,2)	4,9	8,9	8,4
	de 4500 à 5999 CHF	55,9	54,9	32,8	34,6	(4,7)	4,0	(6,7)	6,6
	6000 CHF et plus	52,5	55,5	38,4	36,8	*	3,0	*	4,7
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manœuvres	46,4	50,3	36,9	33,0	(4,6)	4,8	(12,0)	11,9
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	47,4	49,6	38,2	34,4	(4,0)	5,4	(10,4)	10,7
	Petits indépendants, artisans	58,1	54,5	30,7	33,3	*	5,0	*	7,1
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	50,1	51,2	35,7	34,6	(4,6)	4,3	9,2	9,9
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	47,6	50,8	42,0	37,8	(3,7)	4,0	(6,8)	7,3
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	47,7	55,1	44,0	38,2	*	3,0	*	3,7
Comparaison régionale	Argovie	48,3		36,5		4,7		10,5	
	Bâle-Campagne	49,0		36,9		4,9		9,4	
	Bâle-Ville	45,8		35,6		6,2		12,4	
	Berne	49,3		38,0		4,2		8,5	
	Lucerne	48,8		38,2		4,8		8,2	
	Soleure	51,1		33,5		5,3		10,1	
	St-Gall	50,8		36,9		3,6		8,7	
	Zoug	55,3		35,3		3,3		6,1	
	Zurich	51,8		35,9		4,4		7,9	
	Autres cantons alémaniques	53,1		36,0		4,1		6,9	
	Cantons romands	51,4		35,5		4,2		8,9	
	Tessin	46,4		38,7		4,6		10,3	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1396<n<1482 (BE), 16'974<n<18'290 (CH).
* entre 0 et 10 réponses seulement; pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

avec des troubles physiques, mais se sentent pourtant bien équilibrées au plan psychique. Dans le canton de Berne, c'est vrai pour 11,5% des plus de 65 ans.

Enfin, les personnes les plus atteintes dans leur santé font état d'un bien-être général et psychique moyen, voire mauvais. Un peu plus de femmes que d'hommes entrent dans cette catégorie. Un âge avancé, un bas revenu et l'absence de passeport à croix blanche sont autant de facteurs qui augmentent la probabilité de ne pas ressentir un bon état de santé tant physique que psychique. *Le mal-être général* constitue le diagnostic de santé de 8,5% de la population bernoise, contre 8,7% en moyenne nationale.

Il ressort du tableau 5.2 que les troubles de longue durée ont des répercussions négatives sur le bien-être. Un fait confirmé par le graphique 5.1, qui montre que la proportion de personnes éprouvant un sentiment général de bien-être est deux fois plus grande chez celles qui n'ont pas de troubles chroniques. Parallèlement, les individus qui ne connaissent pas de tels troubles vivent très rarement un mal-être général, tandis que c'est le cas d'un tiers de ceux qui en souffrent.

Du point de vue de la salutogenèse, les personnes qui vivent depuis longtemps avec des troubles physiques ou psychiques tout en bénéficiant d'un bon équilibre psychique et en affirmant qu'elles vont bien, voire très bien, présentent un intérêt particulier pour la compréhension de la santé. On constate que la proportion d'individus connaissant à la fois des troubles chroniques et un bien-être général augmente avec l'âge. En d'autres termes, les personnes âgées ont moins de peine à vivre avec de tels problèmes. Il se peut que, les années passant, le bien-être ne soit plus forcément synonyme de vie exempte de tous maux. Cette interprétation semble confirmée par le nombre de personnes souffrant de troubles et d'un mauvais état de santé général, mais qui disent pourtant se sentir bien psychiquement. Là encore, cet état d'esprit devient plus fréquent avec l'âge. Cette corrélation est valable pour les deux sexes, mais est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

5.2 Comportements influant sur la santé

Plusieurs types de comportements favorables ou au contraire néfastes pour la santé ont été présentés et analysés au chapitre 3: attention portée à la santé, activité physique et alimentation, consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Ici, nous nous intéresserons aux liens entre ces différentes formes, en observant s'il est possible d'en tirer des modèles de comportement typiques. Ce faisant, nous nous concentrerons sur les attitudes mentionnées dans le tableau 5.4²³.

Le tableau 5.5 donne un premier aperçu des structures de relation entre les différents modes de comportement. Les coefficients gamma présentés montrent que les comportements influant sur la santé sont généralement corrélés positivement. Autrement dit, une personne qui adopte un comportement sain dans un domaine fera également davantage attention à sa santé dans d'autres domaines. Les liens les plus marqués relient l'attention portée à la santé et à l'alimentation et la consommation de tabac d'une part, et le comportement alimentaire et la pratique d'une activité physique d'autre part. Celui qui prête attention à sa santé fumera moins et fera aussi davantage d'exercice.

Nous observons par ailleurs des corrélations négatives entre l'IMC et la consommation de tabac ainsi qu'entre l'exercice d'une activité physique et la consommation

d'alcool. En d'autres termes, les fumeurs souffrent un peu moins de surcharge pondérale, tandis que les personnes qui bougent davantage consomment un peu plus d'alcool. Ces deux cas constituent des exceptions puisqu'un aspect négatif est lié à un comportement favorable à la santé.

En interprétant les mesures d'association présentées dans le tableau 5.5, il convient de tenir compte des interférences dues aux facteurs sexe et âge, qui influent sur les modes de comportement (voir les analyses complètes au chapitre 3). Ainsi, la relation entre l'attention portée à l'alimentation et la consommation de tabac peut être due au fait que les personnes âgées en général (et en particulier les femmes) font plus attention à leur alimentation et ne fument (pratiquement) plus. Il n'y aurait donc pas de lien direct entre alimentation et consommation de tabac, le rapprochement apparent entre ces deux comportements s'expliquant uniquement par l'évolution indépendante de chacun d'eux en fonction de l'âge.

Afin de mieux cerner l'impact de l'âge sur les comportements influant sur la santé, les prévalences pour les différentes classes d'âge sont résumées dans le graphique 5.4. Il en ressort que les jeunes fument plus souvent et font moins attention à l'alimentation ainsi qu'à la santé en général, tandis que les personnes âgées souffrent beaucoup plus de surcharge pondérale et pratiquent moins d'activités physiques. Le groupe des 55–

Tab. 5.4 Comportements influant sur la santé, canton de Berne et Suisse (en %)

Indicateur	Catégories	BE	CH
Attention portée à la santé	fait très attention à sa santé	19,3	21,2
	se préoccupe de sa santé	70,4	67,3
	ne se préoccupe pas de sa santé	10,3	11,5
Activité physique	régulière (entraîné, actif)	39,1	35,9
	irrégulière (peu actif)	41,9	44,7
	nulle (inactif)	19,0	19,4
Attention portée à l'alimentation	fait attention à son alimentation	74,7	69,1
	ne fait pas attention à son alimentation	25,3	30,9
IMC (catégories OMS)	poids insuffisant	4,1	4,2
	poids normal	56,2	58,7
	excès de poids	31,0	29,4
	obésité	8,6	7,7
Consommation de tabac	non-fumeur	71,0	69,5
	fumeur régulier	14,2	14,0
	gros fumeur (>10 cig./jour)	14,8	16,5
Consommation d'alcool	abstinent	21,0	23,1
	faible risque	74,3	71,2
	risque moyen/élevé	4,7	5,7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1531<n<1607, attention portée à la santé (enquête écrite) n=1310 (BE), 18'718<n<19'691, attention portée à la santé n=15'652 (CH).

²³ Les différentes variables ont été simplifiées sur la base de l'analyse effectuée au chapitre 3 et rassemblées en catégories cohérentes. Etant donné que le comportement alimentaire est saisi de manière très sommaire, nous avons inclus dans l'analyse l'indice de masse corporelle (cf. point 2.1.4). La consommation de drogues et l'usage de médicaments n'ont pour leur part pas été détaillés, car ces indicateurs ne peuvent pas renseigner sur le comportement général de la population (il faudrait prendre en compte d'autres facteurs tels que les problèmes de santé actuels).

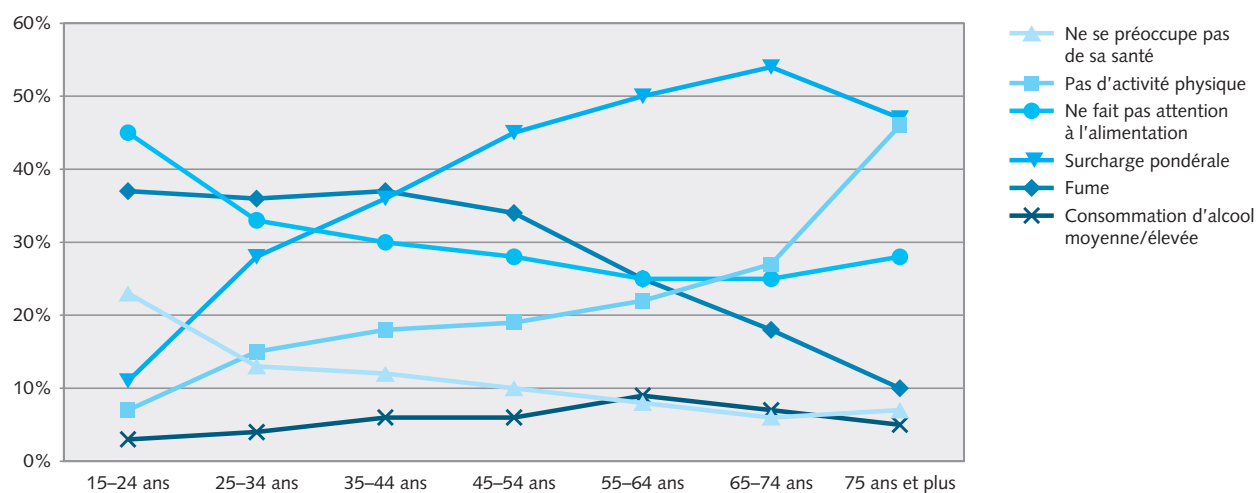
Tab.5.5 Corrélations entre différents comportements et attitudes influant sur la santé, Suisse (coefficients gamma; ordre des modalités des variables correspondant au tableau 5.4)

	Attention portée à la santé	Activité physique	Attention portée à l'alimentation	IMC	Consommation de tabac	Consommation d'alcool
Attention portée à la santé		,05	,39	n.s.	,27	,14
Activité physique	,05		,18	,11	,06	-,12
Attention portée à l'alimentation	,39	,18		,05	,22	,05
IMC	n.s.	,11	,05		-,09	n.s.
Consommation de tabac	,27	,06	,22	-,09		,22
Consommation d'alcool	,14	-,12	,05	n.s.	,22	

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 18'505<n<19'687, sauf pour les corrélations avec le facteur «attention portée à la santé», relevé uniquement par écrit (15'512<n<15'650). Coefficient gamma pour échelle ordinale; n.s.=non significatif. Toutes les valeurs sont significatives au niveau de 1%. Les calculs se fondent sur les données non pondérées. Pour le codage des différentes variables, se référer au tableau 5.4.

Comportements à risque pour la santé, par classe d'âge, Suisse

Fig. 5.4



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002. 18'718<n<19'691; attention portée à la santé n=15'652.

64 ans est celui dans lequel une consommation d'alcool moyenne, voire élevée est la plus répandue.

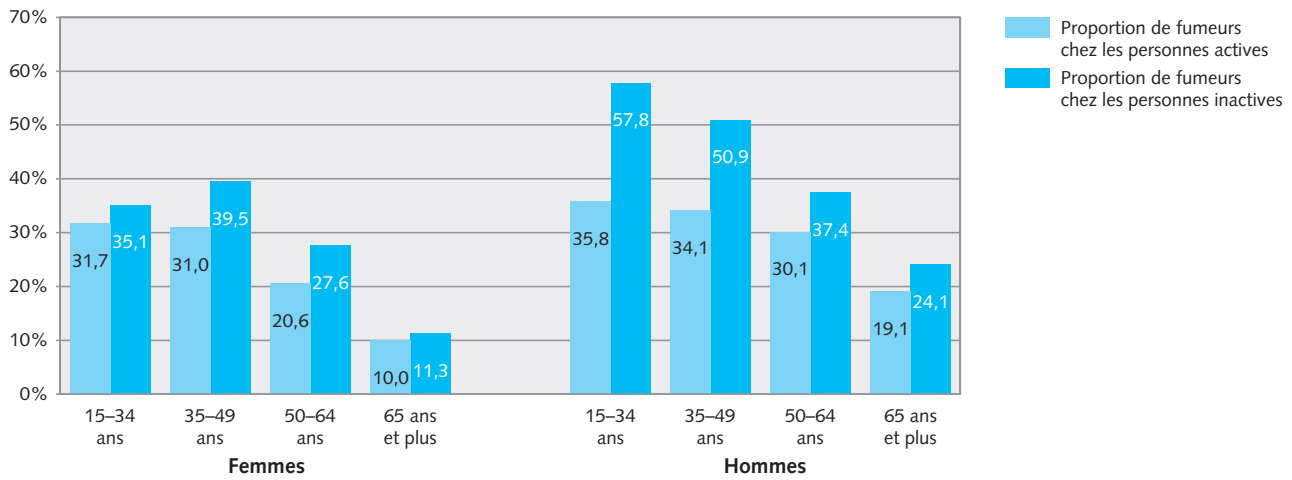
L'exemple du tabac montre par ailleurs que ces différences entre groupes d'âge sont liées à une évolution des comportements au cours de la vie. Comme l'indique le graphique 5.4, seul un quart de la catégorie des 55-64 ans fume. Mais si l'on tient compte du fait que ce groupe comprend 30% d'anciens fumeurs, on réalise qu'entre 25 et 34 ans, cette cohorte fumait encore plus que la génération actuelle des 25-34 ans. On peut tirer la même conclusion pour la catégorie des plus de 65 ans, avec une légère différence toutefois: si les hommes fument un peu moins aujourd'hui, la consommation de tabac chez les femmes a nettement augmenté.

Nous nous proposons à présent de revoir les relations entre les différents types de comportement en tenant compte des différences liées à l'âge.

Les valeurs gamma du tableau 5.5 semblent indiquer qu'il n'existe qu'un faible lien entre l'exercice d'une activité physique et la consommation de tabac. Certes, la proportion de fumeurs – au niveau de la population totale du moins – n'est que très légèrement supérieure dans la catégorie des personnes inactives (32% de fumeurs) par rapport à celles qui pratiquent une activité physique (29% de fumeurs parmi ceux qui suivent les recommandations de l'OFSP). Sachant toutefois que la consommation de tabac comme l'exercice d'une activité physique sont influencés par le sexe et l'âge (les plus gros fumeurs sont les hommes jeunes, les femmes âgées au contraire ne fument que très rarement), on parvient à un autre résultat. Le graphique 5.5 montre l'évolution suivante pour les femmes et pour les hommes, et ce jusqu'à un âge avancé: les personnes qui pratiquent régulièrement une activité physique fument moins que celles

Consommation de tabac et activité physique selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

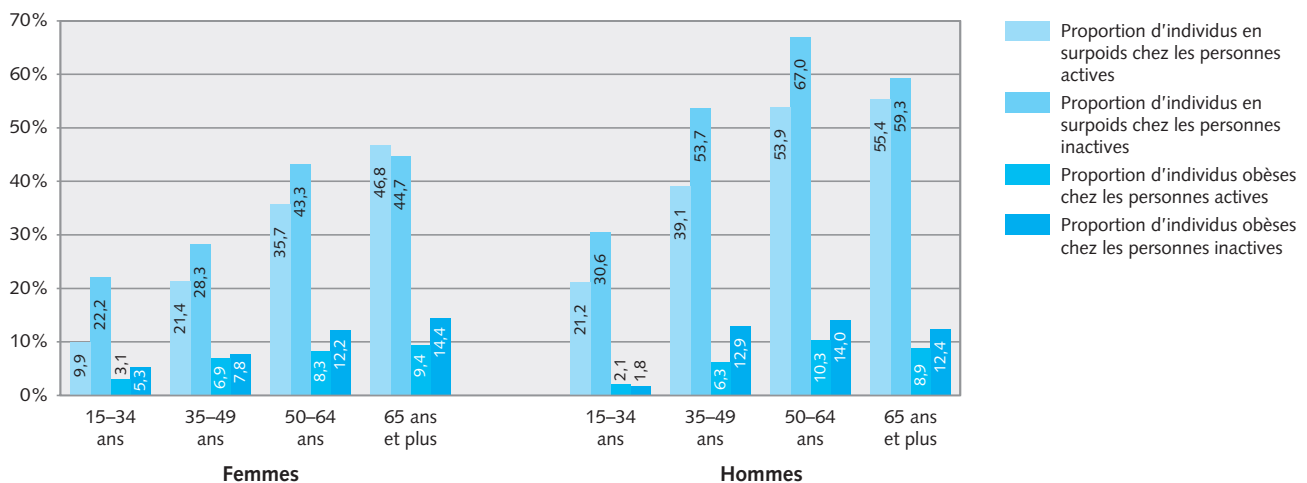
Fig. 5.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=10'447 (femmes); n=8270 (hommes).

IMC et activité physique selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

Fig. 5.6



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=10'276 (femmes); n=8230 (hommes).

qui ne bougent jamais ou qu'à de rares occasions. Ceci vaut tout particulièrement pour les hommes jeunes.

L'examen de la relation entre activité physique et consommation d'alcool ne donne pas les mêmes résultats que pour le tabagisme. En effet, l'exercice physique ne va pas de pair avec une consommation moindre d'alcool. Les personnes actives ont même tendance à en boire légèrement plus que les personnes sédentaires, avec modération toutefois. Par contre, les individus ne pratiquant pas d'activité physique consomment un peu plus souvent une quantité excessive d'alcool (pour les femmes, plus de 40g et pour les hommes, plus de 60g d'alcool pur par jour).

En revanche, il existe un lien évident entre l'exercice physique et l'attention portée à l'alimentation. Indépendamment du sexe et de l'âge, les personnes qui prati-

quent une activité physique régulière font plus attention à avoir une alimentation équilibrée que les personnes sédentaires. Une conclusion analogue peut être tirée pour la relation entre activité physique et poids corporel: 31% des individus qui suivent les recommandations de l'OFSPPO sont en surcharge pondérale (obésité: 6%) contre 44% (obésité: 11%) chez les personnes qui ne pratiquent pas d'activité physique. Cette corrélation se retrouve dans toutes les catégories d'âge jusqu'à 64 ans (graphique 5.6). Au-delà, l'écart entre personnes actives et inactives ne concerne plus que l'obésité. Dans l'ensemble, on remarque que les différences sont moins marquées que prévu et qu'un nombre considérable de personnes suivant les recommandations en matière d'activité physique souffrent de surcharge pondérale, parfois même d'obésité.

Outre l'activité physique, la consommation de tabac a également une incidence sur le poids corporel (tableau 5.5), les fumeurs étant légèrement moins souvent en excès de poids que les non-fumeurs. Une analyse plus détaillée tenant compte des différences liées au sexe et à l'âge montre cependant que cette constatation vaut plus pour les femmes que pour les hommes et uniquement à partir de 50 ans. Aucune corrélation ne peut être observée chez les classes d'âge inférieures. Le résultat est même à l'opposé pour les hommes de la catégorie des 15–34 ans, puisque dans cette tranche d'âge, ce sont les fumeurs qui souffrent un peu plus fréquemment de surcharge pondérale.

Si l'on mesure l'influence du tabagisme sur le poids corporel (moyenne arithmétique de l'IMC) en prenant en considération le sexe, l'âge et l'activité physique, on obtient les résultats suivants: le sexe et l'âge ont un impact plus grand sur le poids corporel que la pratique d'une activité physique et la consommation de tabac. Parmi ces derniers, l'exercice physique a une influence plus forte sur le poids corporel que le tabagisme, qui arrive donc en dernière position²⁴.

Ces constats illustrent la complexité des relations entre les comportements influant sur la santé, qui sont tantôt renforcées, tantôt affaiblies par les facteurs sexe et âge. Dans l'ensemble, on remarque toutefois que la plupart des liens ne sont pas très forts. En effet, la grande majorité de la population suisse ne suit pas une approche 100% favorable ou défavorable à la santé, mais associe comportements positifs et comportements négatifs.

Pour mieux comprendre les différents types de comportement, il est possible de faire la distinction entre deux grandes stratégies (Lamprecht et Stamm 1999). D'un côté, les domaines tels que le mouvement et l'alimentation, qui requièrent un style de vie actif (faire du sport, manger davantage de fruits) pour préserver la santé. De l'autre, les comportements néfastes pour la santé comme le tabagisme et l'abus d'alcool, où il faudrait au contraire faire preuve de modération, voire d'abstinence. La combinaison de ces deux stratégies permet de dégager différents types de comportements présentés au graphique 5.7.

Premier groupe, celui des *preneurs de risques*, auquel appartiennent 15,3% de la population bernoise. Typiquement, ces personnes fument et/ou boivent de l'alcool (consommation moyenne à élevée) et ignorent les comportements favorables à la santé tels que l'exercice physique et une alimentation équilibrée. Les hommes d'âge moyen sont particulièrement nombreux dans cette catégorie, qui compte également une forte proportion de résidents étrangers et de personnes au bénéfice d'une formation de degré tertiaire (tableau 5.6).

Autre catégorie, celle des *compensateurs de risques*, qui réunit 16,3% de la population bernoise. Ce type de comportement vise à contrebalancer les habitudes nocives pour la santé telles que le tabagisme et une consommation excessive d'alcool par un style de vie favorable à la santé alliant activité physique et alimentation équilibrée. Les hommes et les jeunes gens en général sont plus souvent représentés dans cette catégorie que les femmes et les personnes âgées. De plus, la proportion de compensateurs de risques grimpe à mesure que l'on s'élève dans les classes de revenu. Compte tenu de l'âge relativement jeune de ces personnes, on peut supposer qu'une partie d'entre elles abandonneront quelques années plus tard le facteur compensateur sport et passeront ainsi dans la catégorie des preneurs de risques.

Les *protecteurs passifs* ne touchent ni au tabac ni à l'alcool, mais ils pratiquent peu d'activités physiques et ne font pas particulièrement attention à leur alimentation. Dans le canton de Berne, cette catégorie rallie 28,1% de la population. Ce sont surtout les femmes (âgées) qui suivent cette stratégie visant à éviter les risques. Au plan de la formation et du revenu, ces individus se retrouvent avant tout dans les couches sociales inférieures.

Enfin, 40,3% de la population du canton de Berne adopte un comportement entièrement favorable à la santé. Renonçant au tabac et à toute consommation excessive d'alcool, ces personnes pratiquent régulièrement une activité physique et font attention à leur alimentation. Ce groupe compte légèrement plus de femmes que d'hommes dans le canton de Berne. Les *protecteurs actifs* se caractérisent en outre par une formation supérieure ainsi qu'un statut professionnel et un revenu élevés.

Par rapport à la moyenne suisse, le canton de Berne recense un peu moins de preneurs de risques, de compensateurs et de protecteurs passifs et, partant, un peu plus de protecteurs actifs.

²⁴ La structure de corrélation a été vérifiée à l'aide d'une analyse de classification multiple (MCA) avec l'IMC comme variable dépendante, en se fondant sur une analyse dans laquelle l'explication de la variance est déterminée en fonction des écarts à la moyenne du groupe (Andrews, Morgan et Sonquist 1971).

Types de comportement, canton de Berne et Suisse

Fig. 5.7

<i>aktive oder teilaktive Personen sowie unregelmässigerer Ernährung achten.</i>	Protection active: activité physique et alimentation équilibrée	Compensateurs de risques CH: 17,2% BE: 16,3%	Protecteurs actifs CH: 36,4% BE: 40,3%
	<i>Inaktive oder nur teilaktive Personen sowie unregelmässigerer Ernährung achten.</i>	Preneurs de risques CH: 16,8% BE: 15,3%	Protecteurs passifs CH: 29,6% BE: 28,1%
		<i>Consommation de tabac et/ou abstinentes ou faible consommation d'alcool</i>	<i>Non-fumeurs et/ou abstinentes ou faible consommation d'alcool</i>

Protection passive:
ni tabac ni consommation excessive d'alcool

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; n=1'528 (BE), 18'672 (CH).

Tab.5.6 Types de comportement, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, canton de Berne et Suisse (en %)

		Preneurs de risques		Compensateurs de risques		Protecteurs passifs		Protecteurs actifs	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Population résidente		15,3	16,8	16,3	17,2	28,1	29,6	40,3	36,4
Sexe	Femmes	12,1	14,0	14,5	14,4	32,6	34,2	40,8	37,3
	Hommes	18,7	19,9	18,3	20,3	23,2	24,4	39,8	35,5
Classes d'âge	15–34 ans	15,1	16,6	23,3	21,8	19,5	23,5	42,2	38,0
	35–49 ans	19,9	20,4	17,3	18,6	24,0	26,8	38,8	34,3
	50–64 ans	14,9	17,4	13,3	15,9	27,2	30,4	44,5	36,3
	65 ans et plus	9,6	10,5	(8,1)	8,8	47,8	43,3	34,5	37,4
Formation	Scolarité obligatoire	13,2	16,6	15,4	15,5	34,3	35,3	37,0	32,7
	Degré secondaire II	15,4	16,9	17,8	18,2	27,3	27,8	39,5	37,0
	Degré tertiaire	17,1	16,6	(10,7)	15,6	24,2	28,1	48,1	39,7
Nationalité	Suisses	14,8	16,0	16,3	17,4	28,5	28,8	40,3	37,8
	Etrangers	(18,8)	20,4	(16,4)	16,2	(24,6)	32,9	40,1	30,5
Revenu	jusqu'à 3000 CHF	17,8	18,1	14,0	15,9	34,2	33,5	34,0	32,5
	de 3000 à 4499 CHF	13,9	16,9	17,7	16,7	27,6	29,6	40,8	36,8
	de 4500 à 5999 CHF	16,4	16,2	18,9	18,8	22,3	24,8	42,4	40,2
	6000 CHF et plus	14,8	16,8	(13,5)	20,5	(18,6)	24,2	53,2	38,5
Catégories socioprofessionnelles	Ouvriers spécialisés, manoeuvres	16,8	18,6	23,7	18,3	25,3	31,1	34,3	31,9
	Contremaîtres, ouvriers qualifiés	19,1	21,7	19,9	19,0	26,3	27,5	34,8	31,8
	Petits indépendants, artisans	(17,9)	18,2	(14,9)	18,5	31,9	30,5	35,2	32,8
	Empl. de bureau, autres prof. non man.	12,9	16,6	14,6	17,7	30,3	29,2	42,2	36,5
	Prof. intermédiaires/cadres moyens	15,4	15,2	15,8	17,4	26,2	28,1	42,5	39,4
	Dirigeants, prof. libérales, industriels	(18,3)	16,4	(11,4)	14,7	(25,7)	29,9	44,5	39,0
Comparaison régionale	Argovie		15,9		18,8		26,5		38,7
	Bâle-Campagne		14,5		17,1		29,3		39,0
	Bâle-Ville		18,1		19,4		27,9		34,7
	Berne		15,3		16,3		28,1		40,3
	Lucerne		15,5		15,5		29,4		39,7
	Soleure		16,6		17,9		27,8		37,8
	St-Gall		15,0		18,3		26,6		40,0
	Zoug		14,0		18,9		23,6		43,5
	Zurich		16,4		18,6		26,4		38,6
	Autres cantons alémaniques		12,7		18,5		28,3		40,5
	Cantons romands		20,5		15,6		34,7		29,2
	Tessin		20,3		15,1		35,0		29,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 1436<n<1529 (BE), 17'301<n<18'672 (CH).
 Pourcentages entre parenthèses=moins de 30 réponses.

5.3 Etat de santé et comportement face à la santé

Après avoir examiné dans les sections précédentes les relations entre les trois dimensions de la santé et les liens entre les différents types de comportement, il est temps de voir de plus près dans quelle mesure l'état de santé et le comportement face à la santé sont liés. Les coefficients de corrélation présentés dans le tableau 5.7 donnent une première réponse à cette question. S'il existe quelques liens substantiels entre les formes de comportement et les indicateurs de l'état de santé physique, les relations avec les dimensions psychique et sociale sont peu marquées, quoique pour la plupart significatives du point de vue statistique.

Il ressort de ce tableau que les relations entre le comportement face à la santé et la santé physique ne vont pas toutes dans le même sens; un comportement favorable à la santé n'est pas forcément gage de meilleur état de santé. L'attention portée à la santé et à l'alimentation

ainsi que la consommation d'alcool sont corrélées négativement avec l'état de santé général et les troubles physiques. Autrement dit, les personnes qui ne se sentent pas totalement bien physiquement et qui souffrent de maux depuis plus d'une année ont davantage tendance à prêter attention à la santé et à l'alimentation et à boire moins d'alcool que les personnes qui jouissent d'une (très) bonne santé. Bien que les coefficients de corrélation présentés ne donnent aucune indication sur la causalité des relations, le rapport négatif pourrait s'expliquer ainsi: les problèmes de santé et les troubles physiques sont susceptibles d'engendrer une prise de conscience par rapport à l'importance de la santé.

Nous obtenons un résultat inverse en examinant les facteurs activité physique et indice de masse corporelle. Les personnes inactives et/ou en surpoids présentent plus souvent un moins bon état de santé et davantage de troubles que les individus actifs ayant un poids normal. Là encore, les liens de cause à effet ne peuvent être que supposés. Les données disponibles ne permettent

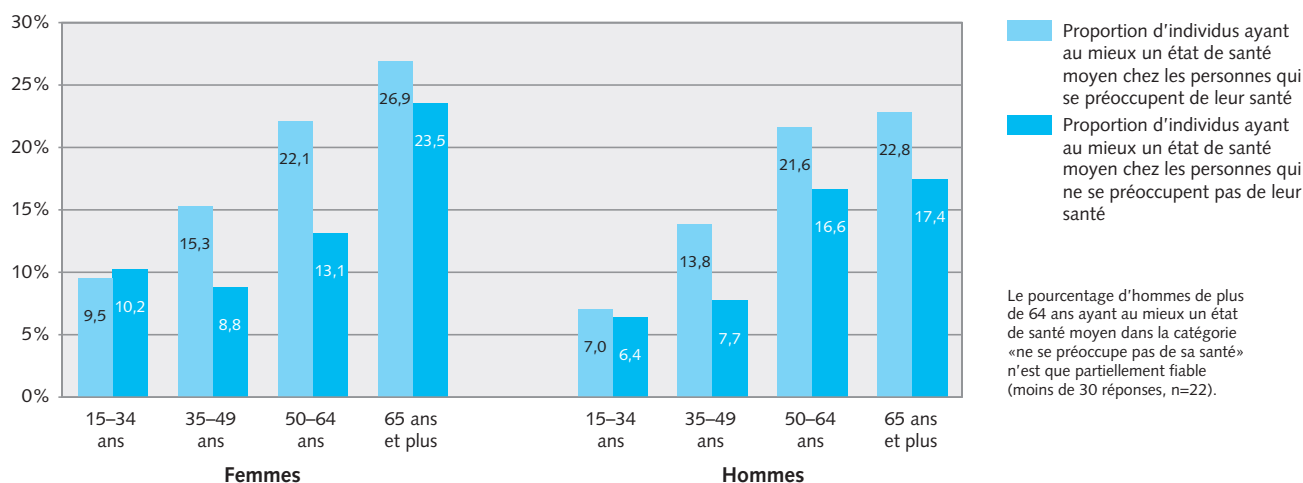
Tab.5.7 Corrélations entre état de santé et comportement face à la santé (coefficients gamma), Suisse

	Attention portée à la santé	Activité physique	Attention portée à l'alimentation	IMC	Consommation de tabac	Consommation d'alcool
Etat de santé général	-,21	,27	-,06	,23	n.s.	-,27
Problème de santé chronique	-,22	,17	-,14	,22	n.s.	-,20
Troubles physiques	-,07	,10	-,11	n.s.	,04	-,08
Equilibre psychique	,07	,07	n.s.	-,08	,12	n.s.
Conviction de maîtriser son existence	,07	,06	n.s.	-,04	,11	-,04
Sentiment de solitude	n.s.	,06	(-,04)	-,08	,11	-,07
Confident(e)s	n.s.	,15	,16	,12	n.s.	-,09

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; 14'236<n<19'698 (CH). Coefficient gamma pour échelle ordinale (cf. chapitre 1.4), n.s.=non significatif. A l'exception du chiffre entre parenthèses (significatif au niveau de 5%), tous les coefficients présentés sont significatifs au niveau de 1%. Les calculs se fondent sur les données non pondérées. Pour le codage des différentes variables, se référer aux tableaux 5.1 et 5.4.

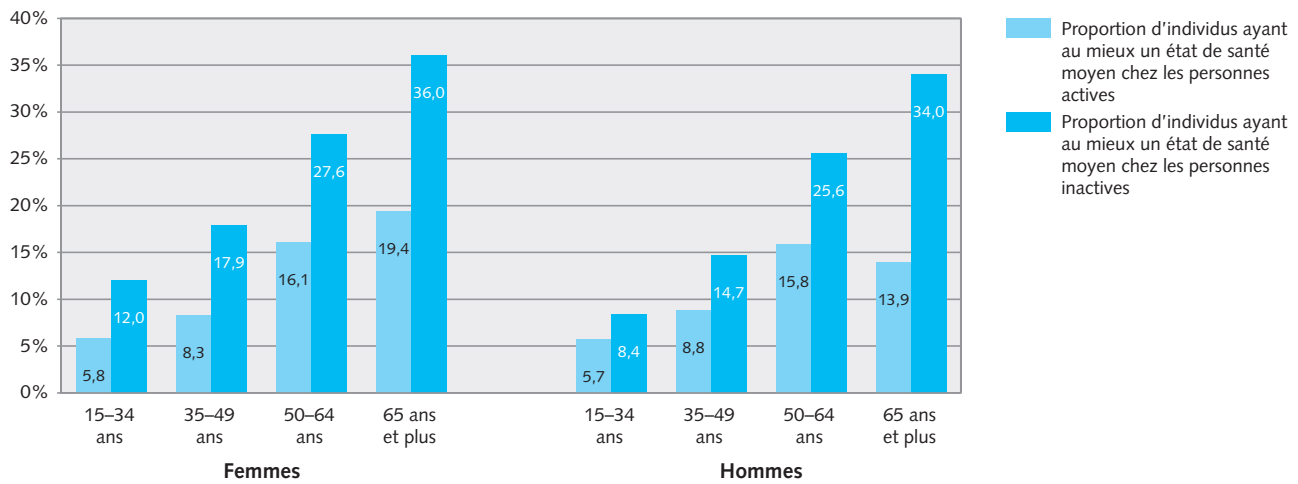
Etat de santé et attention portée à la santé selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

Fig. 5.8



Le pourcentage d'hommes de plus de 64 ans ayant au mieux un état de santé moyen dans la catégorie «ne se préoccupe pas de sa santé» n'est que partiellement fiable (moins de 30 réponses, n=22).

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=5012.

Etat de santé et activité physique selon le sexe et la classe d'âge, Suisse **Fig. 5.9**

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=10'150.

pas de déduire que les problèmes de santé et les troubles physiques sont la conséquence du manque de mouvement et de la surcharge pondérale. Une constatation générale toutefois: l'exercice physique et un poids normal vont de pair avec un bon état de santé.

Vu le grand nombre de personnes interrogées, il est possible, à l'échelon national du moins, d'évaluer dans quelle mesure les facteurs sexe et âge ont des effets sur les relations observées. Le graphique 5.8 montre que le rapport entre l'état de santé et l'attention portée à la santé n'apparaît pas encore dans la première catégorie d'âge, celle des 15-34 ans. Dans tous les autres groupes, hommes et femmes confondus, la proportion de personnes dont l'état de santé n'est pas bon est plus importante chez celles qui font attention à leur santé que chez celles qui ne s'en préoccupent guère. Ce résultat accrédite la thèse selon laquelle les problèmes de santé peuvent, avec le temps, inciter à prêter davantage attention à la santé. Ce constat est valable tant pour les femmes que pour les hommes, aucune différence particulière liée au sexe n'ayant été remarquée.

La relation entre activité physique et état de santé est évidente pour toutes les catégories d'âge (graphique 5.9). Quels que soient le sexe et l'âge, les personnes inactives donnent généralement une appréciation moins bonne de leur état de santé que les personnes pratiquant une activité physique. La corrélation la plus forte entre l'exercice physique et l'état de santé concerne la classe d'âge la plus élevée, hommes et femmes confondus. Chez les plus de 64 ans, le manque d'exercice a des effets graves, mais a contrario, un mauvais état de santé peut empêcher la pratique d'une activité physique.

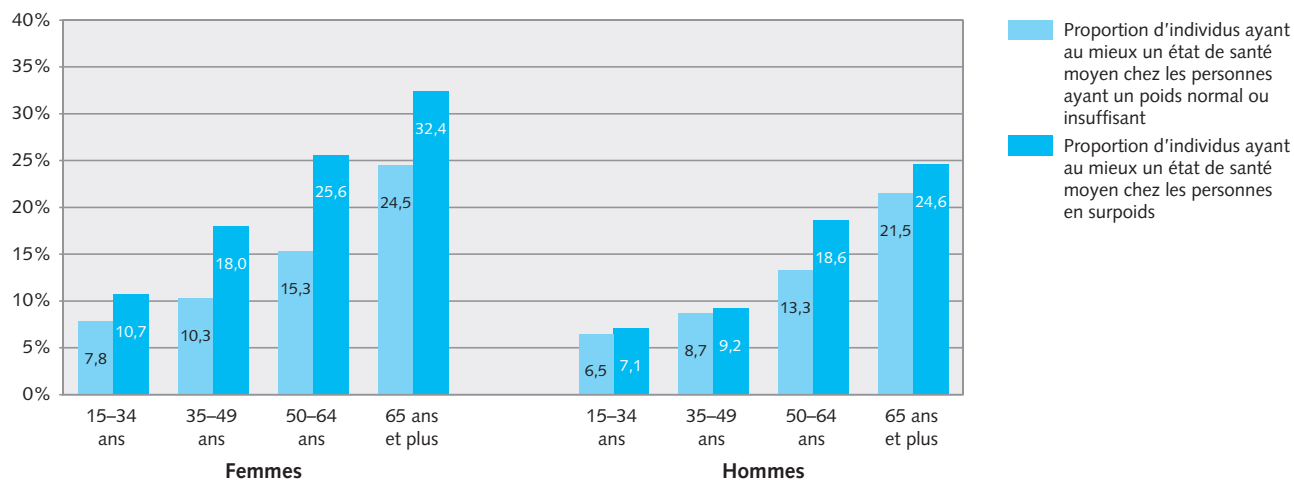
Le lien entre l'état de santé et le poids corporel est moins marqué (graphique 5.10). Si, à tout âge, les femmes souffrant de surcharge pondérale jugent leur état de santé moins bon que celles dont le poids est normal ou insuffisant, cet effet n'est observable chez les hommes qu'à partir de la seconde moitié de la vie et dans une mesure nettement moindre.

Même en tenant compte des différences liées au sexe et à l'âge, les liens entre le comportement face à la santé et la santé psychique restent minces. Ainsi, les personnes en surpoids sont tout aussi équilibrées psychologiquement que les personnes ayant un poids normal ou insuffisant, sans distinction de sexe et d'âge. Il en va de même pour l'attention générale portée à la santé. Seul le facteur activité physique permet d'affirmer que les personnes actives sont un peu plus équilibrées psychologiquement que les personnes inactives. Ce rapport est observable chez les femmes et chez les personnes âgées en général, dans une proportion plus élevée que chez les hommes et chez les moins de 34 ans.

Pour compléter et terminer cette évaluation du lien entre état de santé et comportement face à la santé, nous examinerons encore dans quelle mesure le bien-être général (graphique 5.3) est lié aux différents types de comportement (graphique 5.7). Le tableau 5.8 montre que les protecteurs actifs éprouvent un peu plus souvent un sentiment de bien-être tant physique que psychique et souffrent très rarement de mal-être général. L'inverse est vrai pour les preneurs de risques: le bien-être général est moins fréquent, alors que le mal-être général est légèrement supérieur à la moyenne pour ce groupe. Ce n'est pourtant pas chez les preneurs de risques que l'on retrouve le plus de mal-être, mais chez les

Etat de santé et IMC selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

Fig. 5.10



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=18'102.

Tab. 5.8 Bien-être et type de comportement, Suisse (en %)

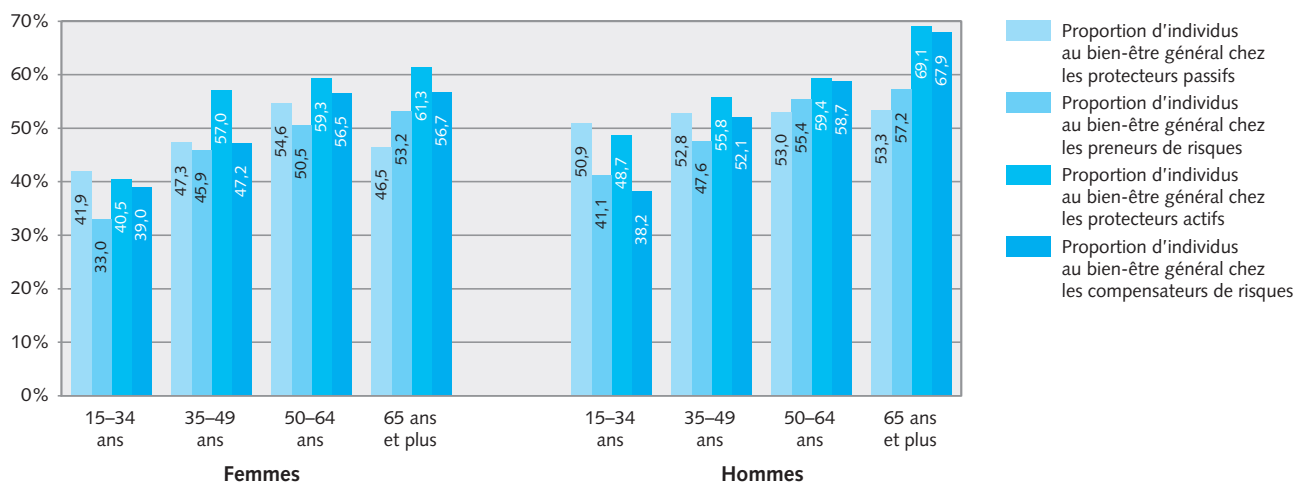
	Protecteurs passifs	Preneurs de risques	Protecteurs actifs	Compensateurs de risques	Tous
Bien-être général	49,3	46,3	54,7	48,2	50,6
Bien-être physique uniquement	32,8	39,4	35,5	41,2	36,4
Bien-être psychique uniquement	6,3	4,3	3,5	2,8	4,3
Mal-être général	11,5	9,9	6,3	7,7	8,7
Tous	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002; n=18'221 (CH).

Coefficient de contingence (entre bien-être général et type de comportement sur la base des données non pondérées)=11 (significatif à 99%).

Bien-être général et attitude face à la santé selon le sexe et la classe d'âge, Suisse

Fig. 5.11



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002, n=18'221.

protecteurs passifs. Ces derniers sont également surreprésentés dans le groupe des personnes qui ne se sentent bien que psychiquement. A relever que les écarts mentionnés par rapport à la moyenne restent modestes. Tous les groupes, y compris celui des preneurs de ris-

ques, connaissent une majorité de bien-être et une petite minorité de mal-être général.

La différenciation supplémentaire en fonction du sexe et de l'âge fait ressortir clairement qu'indépendamment du type de comportement, le bien-être général est plus

répandu chez les personnes âgées que chez les jeunes générations (graphique 5.11). Seule exception: les protecteurs passifs. Indépendamment du sexe et de l'âge, le bien-être général est plus souvent présent chez les protecteurs actifs que chez les preneurs de risques.

En affinant l'analyse avec les types de comportement et les différences liées au sexe et à l'âge, on observe toujours des liens plausibles entre comportement et état de santé. Ceux-ci restent pourtant ténus et ne permettent pas d'en conclure par exemple que plus le comportement est favorable à la santé, meilleur est l'état de santé. Le comportement a un impact sur la santé, mais l'état de santé actuel influence aussi le comportement. De plus, le lien entre comportement et état de santé est soumis à toute une série d'autres facteurs, parmi lesquels figurent les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques citées aux points 5.1 et 5.2.

5.4 Résumé

Dans ce chapitre, nous avons mis en relation la santé physique, psychique et sociale ainsi que les différents types de comportement influant sur la santé.

L'examen des trois aspects de la santé – physique, psychique et social – a fait apparaître avant tout une étroite corrélation entre les indicateurs propres à chacune des dimensions. Ainsi, les personnes qui se sentent bien en général souffrent moins de troubles chroniques et celles qui se sentent psychiquement équilibrées ont davantage le sentiment d'avoir le contrôle de leur vie. En revanche, les deux indicateurs servant à mesurer la santé sociale sont nettement moins corrélés: avoir un(e) confident(e) ne protège que peu du sentiment de solitude.

Pour ce qui est des liens entre les dimensions, il existe une relation étroite entre santé physique et santé psychique. Une personne qui se sent bien physiquement jouit généralement d'un bon équilibre psychique et inversement. En aucun cas ce rapport n'est cependant déterministe: les troubles physiques chroniques ne vont pas forcément de pair avec un mauvais équilibre psychique et une souffrance psychique n'empêche pas de juger bon son état de santé général. L'indépendance relative des différentes dimensions de la santé est également illustrée par le fait que le bien-être physique et social tend à diminuer avec l'âge, alors que l'équilibre psychique devient meilleur.

Cela étant, nous avons cherché à comprendre comment on parvenait à un cumul de sentiments de bien-être ou de mal-être à la fois physique et psychique et quelles catégories de personnes étaient touchées au pre-

mier chef. Il s'avère que la moitié de la population bernoise bénéficie d'un «bien-être général» (se sent bien au plan tant physique que psychique), tandis que moins d'une personne sur dix souffre de mal-être général. Un bon tiers se sent physiquement bien mais psychiquement mal et 4,2% des Bernoises et des Bernois se sentent psychiquement bien mais physiquement mal.

Le bien-être comme le mal-être général se rencontrent plus fréquemment chez les générations âgées que chez les jeunes. Ces derniers se sentent en effet très souvent bien physiquement, mais pas psychiquement. Mis à part l'âge, les facteurs favorisant ce bien-être général sont un revenu et une formation élevés, la nationalité suisse ainsi que l'absence de troubles chroniques. Par contre, un bas niveau de formation et de salaire ainsi qu'un statut professionnel modeste augmentent les risques de souffrir de mal-être général.

Au chapitre des liens entre les types de comportement face à la santé, les relations sont moins étroites et moins uniformes que pour l'état de santé. En tenant compte de l'influence des différences liées au sexe et à l'âge, on obtient pourtant quelques constats intéressants. Le comportement en matière d'activité physique constitue clairement la variable clé: les personnes qui bougent font aussi davantage attention à la santé et à l'alimentation, appartiennent généralement au groupe des non-fumeurs et souffrent moins de surcharge pondérale.

Une analyse plus poussée des différents types de comportement permet de distinguer quatre catégories: les protecteurs actifs, les protecteurs passifs, les compensateurs de risques et les preneurs de risques. Les premiers ont pour la plupart une bonne formation et un revenu élevé, tandis que les derniers regroupent une proportion supérieure d'hommes d'âge moyen, de personnes exerçant un métier manuel et de ressortissants étrangers. Les compensateurs pour leur part sont le plus souvent des hommes jeunes et les protecteurs passifs des femmes âgées. Par rapport à l'ensemble de la Suisse, le canton de Berne compte un peu moins de preneurs de risques et un peu plus de protecteurs actifs.

Enfin, un comportement positif face à la santé n'entraîne pas automatiquement un meilleur état de santé. Les liens entre ces deux éléments sont en effet peu marqués et ne vont pas tous dans le même sens. Les personnes qui ont un état de santé physique moyen, voire mauvais, ont pourtant tendance à faire plus attention à la santé et à l'alimentation et à consommer moins d'alcool. Mais on constate aussi que l'activité physique et un poids normal vont de pair avec un bon état de santé. D'un côté, l'état de santé a un impact sur l'attention portée à la santé et de l'autre, un comportement conscient a des effets positifs sur l'état de santé.

6 Santé et styles de vie des adolescents de 11 à 20 ans: quelques résultats des études HBSC et SMASH²⁵

Passage obligé entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un envol vers de nouveaux horizons: formation de l'image de soi, choix d'une orientation professionnelle, découverte de la sexualité, détachement des parents, etc. Le goût de la nouveauté peut amener les adolescents à prendre des risques et occasionner des problèmes de santé (p. ex. des accidents). Mais c'est aussi au cours de cette étape décisive qu'ils adoptent des comportements qui influenceront leur avenir et leur santé (habitudes alimentaires, pratique sportive, consommation de drogue, etc.). Sans oublier l'impact non négligeable de l'environnement social et personnel des adolescents sur leur santé et leur comportement (situation familiale et formation, conditions économiques, etc.).

6.1 Deux études sur la santé des adolescents âgés de 11 à 20 ans

Avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique et des cantons, deux études nationales sur la santé des adolescents ont été réalisées en 2002, la première sous le nom de HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) et la seconde intitulée SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health). Toutes deux donnent une photographie de l'état de santé et des besoins des jeunes en formation âgés de 11 à 20 ans.

Les deux études se sont déroulées au printemps 2002 sous forme de questionnaires remplis directement en classe. Les données techniques sur le tirage de l'échantillon et la représentativité figurent dans l'annexe au présent chapitre, dans la dernière partie du rapport. À relever que dans les deux cas, l'échantillon bernois présentait quelques différences par rapport à l'échantillon national en termes de répartition de l'âge, de proportion élèves/apprentis et adolescents de nationalité suisse/étrangère. Ce dernier point reflète le taux d'étrangers moins élevé dans le canton de Berne (cf. tableau 1.3, données de référence du canton).

La plupart des résultats sont présentés séparément par tranche d'âge. Il convient de tenir compte des différences susmentionnées en effectuant des comparaisons avec les valeurs obtenues pour l'ensemble du pays.

Trois remarques pour faciliter la lecture:

- Sauf mention contraire, les chiffres cités sont ceux du canton de Berne. Les résultats nationaux ne sont mentionnés qu'en présence d'un écart supérieur à 3%.
- Les données concernant les adolescents entre 11 et 16 ans sont tirées de l'étude HBSC et celles relatives aux jeunes de 16 à 20 ans de l'étude SMASH.
- Les pourcentages indiqués correspondent sans exception aux réponses fournies par les personnes interrogées.

Tab. 6.1 Carte d'identité des deux études

Etude HBSC	Etude SMASH
Etude quadriennale internationale (36 pays) réalisée depuis 1986 sous l'égide de l'OMS.	Etude nationale réalisée pour la première fois en 1993.
Participants: 10'115 adolescents	Participants: 7428 adolescents
Responsable: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne	Responsable: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne, Institut de psychologie, Université de Berne, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, canton du Tessin
Tranche d'âge: 11–16 ans	Tranche d'âge: 16–20 ans
Etablissements: écoles obligatoires de toute la Suisse	Etablissements: écoles secondaires supérieures et écoles professionnelles publiques de 19 cantons

²⁵ Auteurs: Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker et les chercheurs ayant collaboré aux études «SMASH 2002» et «HBSC 2002», Institut de psychologie, Université de Berne, décembre 2004

6.2 Etat de santé subjectif, alimentation et activité physique

La plupart des adolescents se sentent en bonne santé, mais beaucoup se plaignent de divers maux

Tous âges confondus, la majorité des adolescents interrogés (plus de 90%) estiment leur état de santé bon, très bon, voire excellent. Pourtant, un grand nombre d'entre eux se plaignent de soucis divers (graphique 6.1). En haut du classement figurent les maux de tête et de dos ainsi que les troubles du sommeil, autant de tracas qui peuvent être liés au stress, aux changements physiologiques intervenant à l'adolescence (p. ex. rythme nyctéméral) ou au style de vie. Le nombre de jeunes Bernoises et Bernois âgés de 16 à 20 ans souffrant fréquemment de problèmes de sommeil est légèrement moins élevé que la moyenne suisse, les autres résultats étant tous comparables.

L'étude SMASH incluait également des questions sur les handicaps physiques²⁶ et les maladies chroniques²⁷. Parmi les jeunes de 16 à 20 ans interrogés dans le canton de Berne, tous en formation postobligatoire, 5% souffraient d'un handicap physique et 4% d'une maladie chronique.

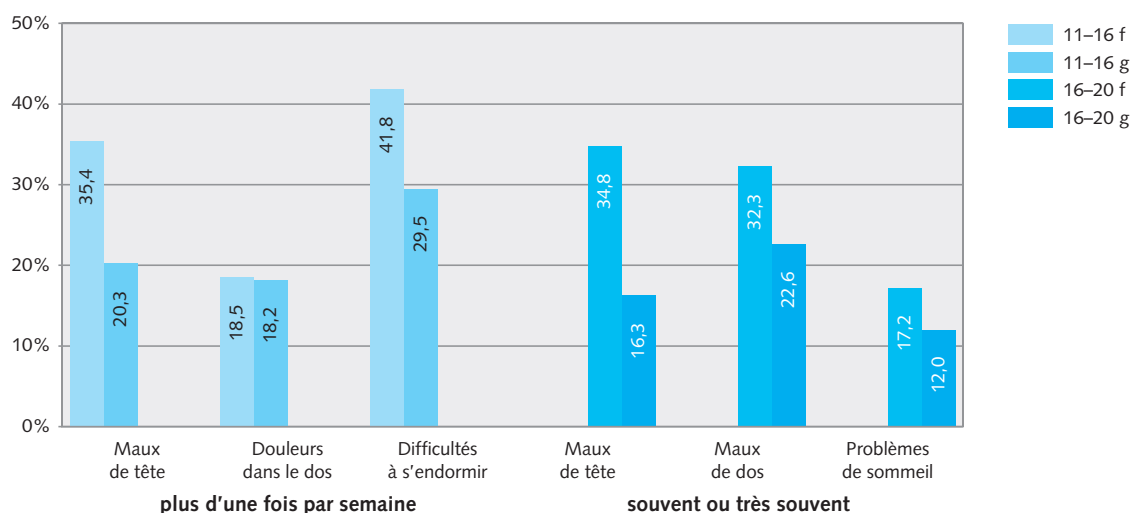
Les jeunes adolescents et les apprentis souvent victimes d'accidents

On constate que la proportion d'élèves de 11 à 16 ans ayant eu au moins un accident au cours des douze derniers mois a augmenté par rapport à 1998 (graphique 6.2). En revanche, dans la classe d'âge des 16–20 ans, tant les accidents de sport que les accidents au travail ont reculé depuis 1993. Les accidents de la circulation²⁸, quant à eux, restent malheureusement stationnaires dans cette tranche d'âge et demeurent la première cause de mortalité chez les jeunes dans la plupart des pays industrialisés. Dans l'ensemble de la Suisse, il apparaît que les apprentis sont plus souvent victimes d'accidents de la circulation que les élèves. On n'observe pas en 2002 de différence significative entre les résultats du canton de Berne et la moyenne nationale.

Les résultats obtenus auprès des jeunes de 16 à 20 ans montrent bien que les conséquences des accidents ne sont pas négligeables: 6% (CH 9%) des adolescentes et 4% des adolescents interrogés dans le canton de Berne indiquent souffrir des séquelles physiques²⁹ d'un accident. Quant aux conséquences psychologiques³⁰, elles touchent 11% des adolescentes et 5% des adolescents sondés (CH idem). Les données ne permettent cependant pas de savoir si les jeunes filles souffrent effectivement plus souvent des suites d'un accident, si elles en parlent plus facilement ou si elles le vivent différemment des garçons.

Proportion d'adolescents (BE) qui se plaignent de maux fréquents

Fig. 6.1



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

²⁶ Questionnaire SMASH 2002: «lésion qui atteint l'intégrité de votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit.»

²⁷ Questionnaire SMASH 2002: «maladie qui dure longtemps (au moins 6 mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers (exemple: diabète, scoliose, etc.).»

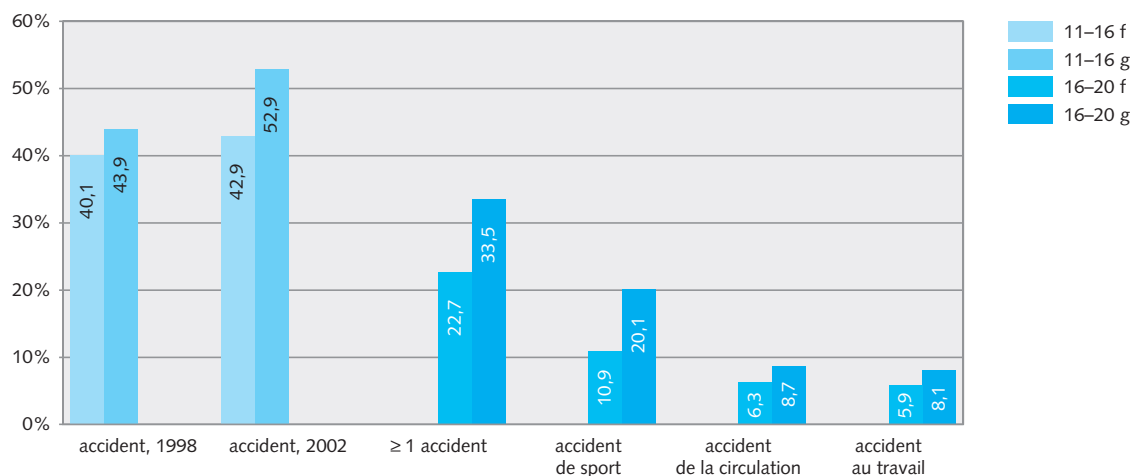
²⁸ Narring et al. 2004

²⁹ Questionnaire SMASH 2002: «Vous ne pouvez plus faire certaines activités de la vie quotidienne, ou ne pouvez plus les faire sans aide.»

³⁰ Questionnaire SMASH 2002: «Changement dans votre manière d'être, peurs, problèmes de concentration, etc.»

Proportion d'adolescents (BE) qui rapportent avoir eu un accident au cours de l'année écoulée

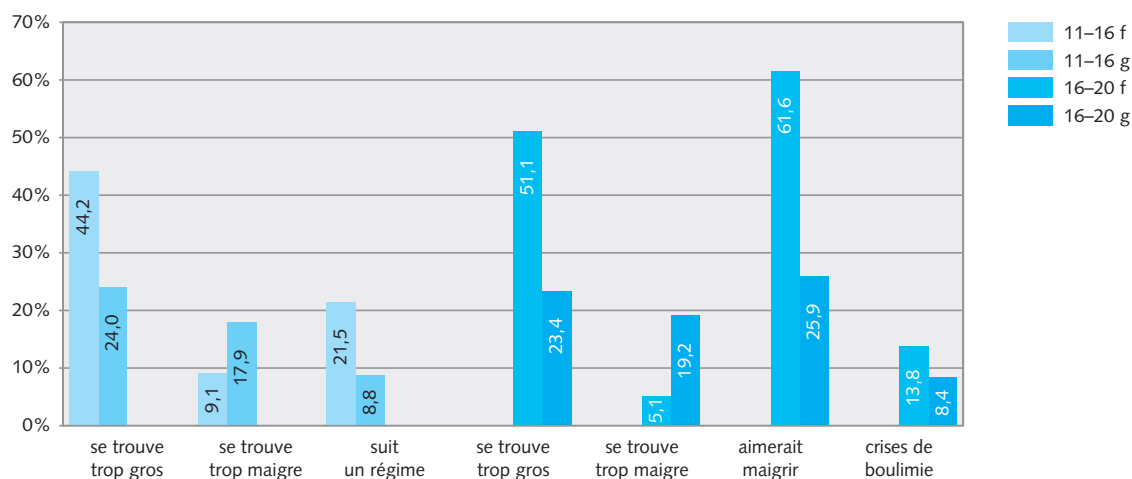
Fig. 6.2



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquêtes HBSC 1998 et 2002, participants BE (1998: n=1195; 2002: n=1426); adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

Proportion d'adolescents (BE) répondant à différentes questions sur l'image du corps et un comportement alimentaire problématique

Fig. 6.3



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

Mentionnons également les traumatismes acoustiques comme forme un peu particulière d'accident: 34% des jeunes Bernois de 16 à 20 ans ont souffert d'un tel problème au cours de l'année écoulée, généralement après un concert ou une soirée en discothèque. Respectivement 1% et 5% des adolescentes et des adolescents se plaignent de troubles auditifs persistants.

Image du corps: le prix des idéaux

Les résultats 2002 montrent que l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle est de plus en plus répandue: au niveau national, 53% des filles de 16 à 20 ans se trouvent trop grosses (CH 1993: 37%). Dans la même

tranche d'âge, davantage de garçons sont eux aussi insatisfaits de leur corps. En 1993, ils étaient 12% à s'estimer trop gros et 8% trop maigres contre respectivement 20% et 21% en 2002. Dans le canton de Berne, 62% des adolescentes et 26% des adolescents âgés de 16 à 20 ans aimeraient perdre du poids. Par ailleurs, 14% des filles et 8% des garçons indiquent avoir au moins une fois par semaine des crises de boulimie, dont une partie du moins semblent dues à un apport insuffisant de nourriture.

Si le nombre de jeunes Bernoises de 11 à 16 ans qui se trouvent trop grosses et suivent un régime est supérieur à la moyenne suisse, les adolescentes de 16 à 20 ans sont moins nombreuses à vouloir perdre du poids

(BE 62%; CH 70%). Il est étonnant de constater qu'en 2002, la proportion de jeunes filles de 16 à 20 ans désireuses de maigrir est moins élevée (62%) qu'en 1993 (68%), alors qu'on observe la tendance inverse à l'échelon national. Se pourrait-il que les mesures de prévention engagées ces dernières années aient porté leurs fruits?

Les filles se sentent plus souvent tristes, déprimées ou seules que les garçons

Outre la santé physique, la santé psychique est un sujet particulièrement important chez les jeunes. Il est donc indispensable d'aborder la question des tensions psychiques et la problématique du suicide.

Dans le canton de Berne, près d'une fille sur cinq du groupe des 11–16 ans se sent triste plusieurs fois par semaine. Chez les adolescentes de 16 à 20 ans, pratiquement une sur trois estime avoir besoin d'aide pour surmonter sa tristesse.

Le fait qu'à tout âge, les filles fassent plus souvent état que les garçons de symptômes d'humeur dépressive est également relevé par d'autres d'études³¹, y compris dans des milieux culturels différents³². Au plan national, les apprenties (11%) sont plus souvent touchées que les élèves de sexe féminin (8%) et les apprentis (6%) davantage que les élèves de sexe masculin (3%).

Par rapport aux résultats obtenus pour l'ensemble de la Suisse, les Bernoises et les Bernois de 16 à 20 ans ont un peu moins souvent besoin de soutien pour faire face à leur stress ou leur tristesse. La proportion de jeunes déprimés est aussi moins importante (CH: filles 10%, garçons 6%).

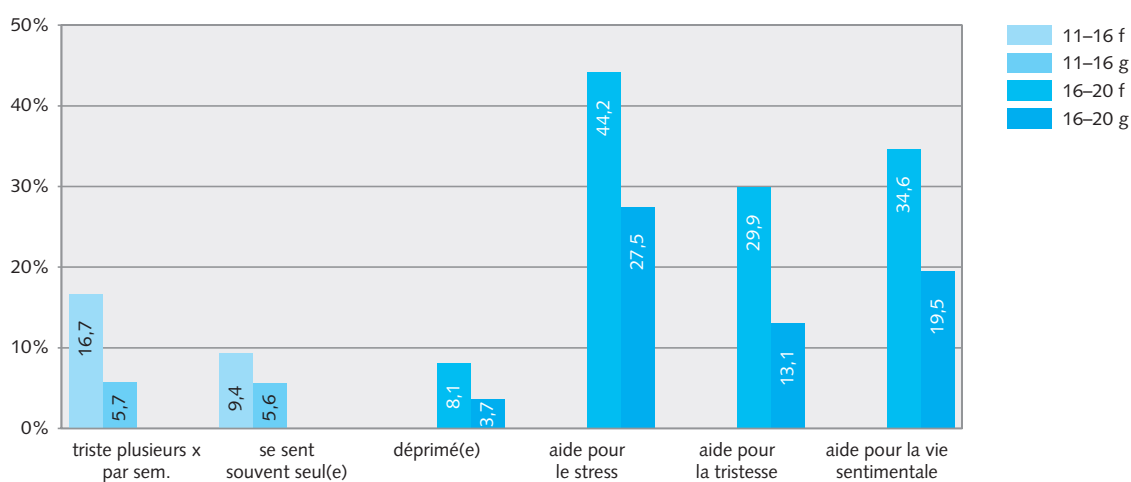
Trop de tentatives de suicide passent inaperçues

Fortement corrélé avec la santé psychique, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents après les accidents de la circulation. Penser au suicide n'est pas rare dans cette période de la vie. Dans la catégorie des 16–20 ans, 18% des Bernoises et 12% des Bernois indiquent avoir songé au suicide au cours des douze derniers mois, soit un peu moins que la moyenne nationale (filles 21%, garçons 15%). Du côté des 14–16 ans, 35% des Bernoises et 19% des Bernois ont déjà eu une fois dans leur vie des idées suicidaires. Plus grave, 6,8% des filles de 16 à 20 ans (garçons: 2,5%) et 2,6% des filles de 14 à 16 ans³³ (garçons: 1,5%) ont déjà attenté à leurs jours. Au plan national, chez les 16–20 ans, seul un tiers des jeunes concernés ont indiqué avoir pu parler avec quelqu'un de leur tentative de suicide et une minorité seulement a consulté un spécialiste. Les garçons ont plus de mal à obtenir à une aide professionnelle: seuls 3% d'entre eux ont été suivis par un médecin et 4% par un psychologue (filles: 8% et 27%)³⁴. Sachant que les adolescents morts par suicide ont souvent fait une ou plusieurs tentatives de suicide auparavant, ces chiffres ont de quoi inquiéter.

Habitudes alimentaires et activité physique: sur le fil du rasoir

Si une majorité des jeunes Bernois de 11 à 16 ans pratiquent régulièrement une activité physique, cette proportion chute chez les 16–20 ans: une moitié seulement des filles et trois quarts des garçons ont pratiqué au moins

Proportion d'adolescents (BE) qui font état de tensions psychiques Fig. 6.4



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

³¹ Steinhausen & Winkler Metzke 2000

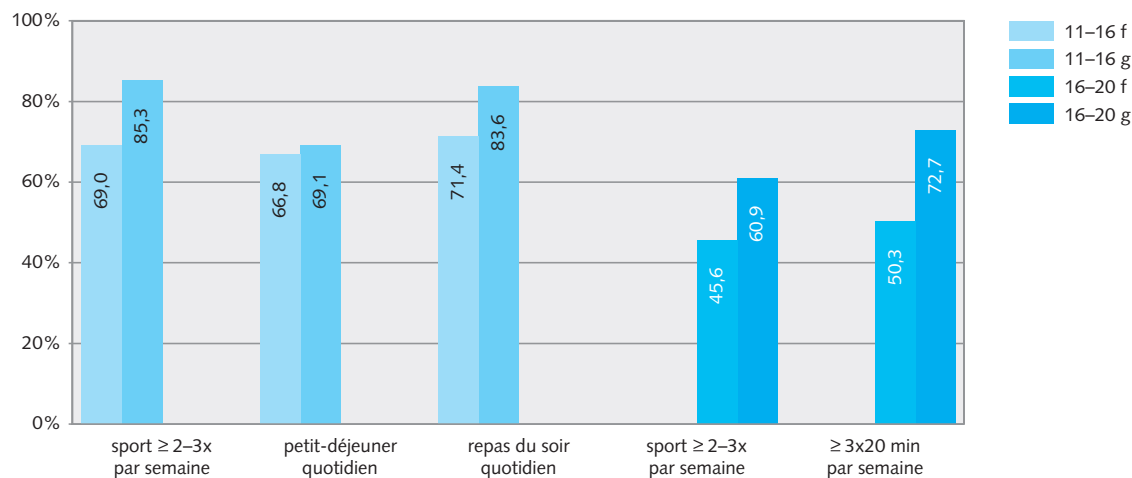
³² Voir p. ex.: Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons 1994, Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews 1993

³³ HBSC: seuls les jeunes de 14 à 16 ans ont été interrogés sur le suicide.

³⁴ Les chiffres pour le canton de Berne sont trop faibles pour calculer des pourcentages.

Proportion d'adolescents (BE) répondant à différentes questions sur leurs habitudes en matière d'exercice physique et d'alimentation

Fig. 6.5



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

trois fois par semaine une activité qui les amène à transpirer ou à s'essouffler, ce qui correspond à une recommandation *minimale* pour garder la forme et la santé. Toujours est-il que par rapport à l'ensemble de la Suisse, les adolescents bernois sont un peu plus nombreux à faire de l'exercice ou du sport. Les raisons avancées par les jeunes de la tranche d'âge supérieure pour justifier l'abandon des pratiques sportives sont avant tout le manque de temps et la préférence pour d'autres types de loisirs.

Les années passant, de plus en plus de jeunes sautent des repas. De 60% à 11 ans, le nombre d'adolescents qui déjeunent quotidiennement parmi les personnes interrogées tombe à 44% à 16 ans. Si 92% des adolescents mangent chaque soir un repas complet à 11 ans, ils ne sont plus que 60% à 16 ans. Et lorsqu'après l'école obligatoire, le repas de midi a aussi tendance à passer à la trappe – la faute aux pauses plus courtes et aux trajets plus longs –, on peut craindre que les vrais repas ne deviennent l'exception la semaine pour un nombre croissant d'adolescents. Comme substituts, les snacks correspondent bien à leur style de vie, mais ne couvrent généralement pas les besoins effectifs en nutriments. L'équilibre entre l'apport et la dépense d'énergie est de plus en plus précaire.

Le déséquilibre de la balance énergétique est confirmé par les explications complémentaires ci-après sur le problème de la surcharge pondérale.

6.3 Surcharge pondérale chez les enfants et les adolescents, problème de santé majeur à l'horizon³⁵

Si l'on considère l'ensemble de la population bernoise, on constate que les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité touchent avant tout les générations âgées. Toutefois, dès l'école enfantine, 12% des enfants sont en surpoids (chiffre pour la ville de Berne) et près de 18% à l'âge de 15 ans.

Une évolution inquiétante

L'Organisation mondiale de la santé a récemment qualifié d'épidémie préoccupante l'augmentation du nombre d'enfants souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité dans les pays occidentaux, mais aussi dans les pays nouvellement industrialisés (The Lancet 2001). Être en surpoids à cet âge n'est pas seulement une question esthétique, puisque cet état peut avoir des conséquences graves sur la santé. Si l'on pensait auparavant que ce facteur n'avait d'effets néfastes pour la santé qu'à l'âge adulte, on constate aujourd'hui qu'il est à l'origine, dès l'enfance, de maladies et d'atteintes touchant l'appareil locomoteur, le métabolisme, le système hormonal et l'appareil circulatoire (Wabitsch 2004; Weiss et al. 2004). Depuis le milieu des années 90 en particulier, on observe une forte augmentation du diabète de type II (diabète sucré) lié au surpoids chez les enfants et les adolescents (Kapellen et al. 2004).

³⁵ Auteur chapitre 6.3: N. Bachmann, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, canton de Berne.

L'IMC comme unité de mesure

Comme chez les adultes, l'indice de masse corporelle (IMC) est utilisé pour mesurer le poids en relation avec la taille (cf. chapitre 2). Les valeurs limites doivent cependant être définies autrement pour les enfants.

Conformément à la méthode reconnue actuellement au plan international (Cole 2000), sont considérés en surpoids les adolescents qui, d'après les valeurs empiriques, auront un IMC supérieur à 25 (valeur limite fixée pour les adultes) ou à 30 (seuil de l'obésité chez les adultes) au moment d'entrer dans l'âge adulte.

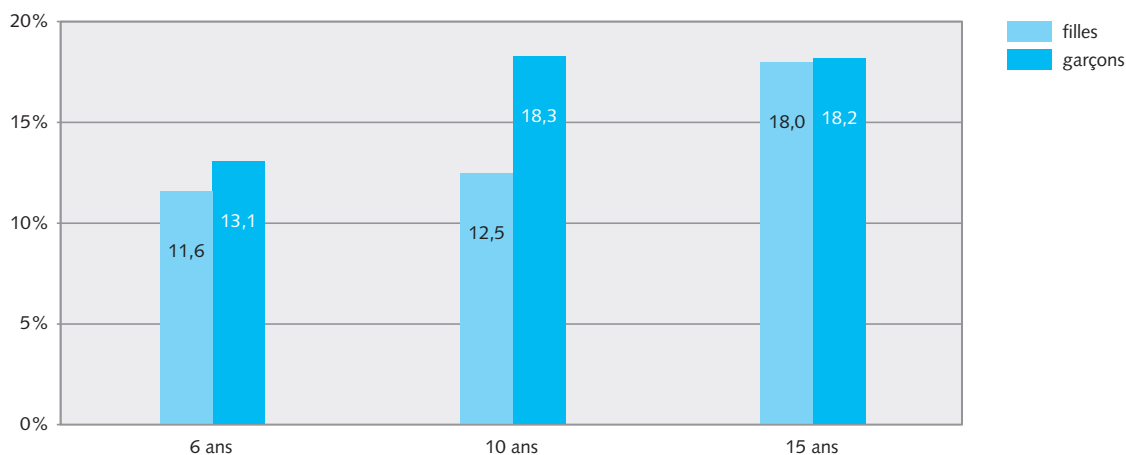
Chez les enfants, seules des mesures objectives permettent d'obtenir des informations fiables sur la taille et le poids corporel. C'est pourquoi la présente analyse se

fonde non pas sur des enquêtes, mais sur les mesures réalisées à intervalles réguliers par les médecins scolaires à l'école enfantine, en 4^e et en 8^e années. Malheureusement, ces données ne sont disponibles que pour les enfants et les adolescents de la ville de Berne, qui a recensé 90% des élèves des écoles publiques (et jardins d'enfants) et de quelques établissements privés durant l'année scolaire 2000/2001.

Ce graphique montre que deux phénomènes observables à l'âge adulte sont déjà présents dans l'enfance: la proportion d'individus en surpoids augmente avec l'âge et la population masculine est légèrement plus touchée.

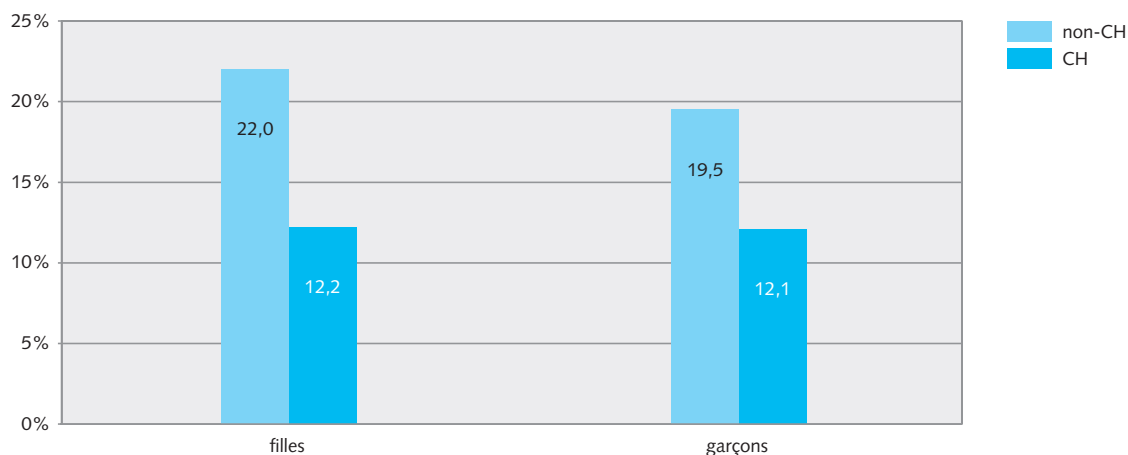
Proportion d'enfants en surpoids selon le sexe et l'âge, ville de Berne

Fig. 6.6



Proportion de filles et de garçons en surpoids selon la nationalité (suisse ou étrangère)

Fig. 6.7



Différences sociales marquées dès l'enfance

De même, les différences liées au milieu social, à la formation et aux ressources financières qui ont une incidence sur le risque de souffrir de surcharge pondérale à l'âge adulte (voir chapitre 2) se dessinent déjà durant l'enfance: la proportion d'individus en surpoids est beaucoup plus grande chez les enfants de nationalité étrangère ainsi que chez ceux dont les parents n'ont pas de formation professionnelle.

Le graphique 6.7 montre la différence entre les enfants issus de familles suisses et étrangères.

Le nombre d'enfants en surpoids a augmenté au cours des 30 dernières années

On observe au plan international une augmentation du nombre d'enfants en surpoids. La question de savoir si ce problème touche aussi notre pays n'intéresse pas seulement les spécialistes de la santé, mais aussi, de plus en plus, le grand public.

Malheureusement, les données pour y répondre sont rares. De tels changements se développent très lentement et il faudrait posséder des chiffres sur plusieurs décennies pour les déceler. En ce sens, la série temporelle publiée par Prader des courbes de l'IMC mesurées entre 1954 et 1976 chez les enfants de nationalité suisse âgés de 5 à 16 ans résidant dans les villes de Berne, Bâle et Zurich constitue une source intéressante (Prader 1989). Une comparaison avec le même groupe de population en 2000/2001 montre un IMC plus élevé tant chez les filles que chez les garçons. La différence est la plus marquée pour les élèves de 8^e année de sexe masculin.

Selon Prader, 10% des garçons en 8^e année avaient un IMC égal ou supérieur à 21,5; aujourd'hui ces 10% ont un IMC de 25 ou plus. Ils sont donc clairement en surcharge pondérale et davantage exposés à des problèmes de santé.

Alimentation, loisirs et mobilité

Pourquoi y a-t-il de plus en plus d'enfants et d'adolescents en surpoids? La littérature fait état d'un changement de mode de vie des enfants et de leurs familles, étroitement lié à une évolution générale de la société et de la culture. Ainsi, les habitudes alimentaires ont fortement changé, les enfants et les adolescents bougent beaucoup moins durant leurs loisirs et la mobilité a elle aussi évolué: s'il était courant autrefois de faire de longs trajets à pied pour aller à l'école, la plupart des enfants sont aujourd'hui amenés en voiture par leurs parents ou utilisent un bus scolaire. Les réponses aux questions posées sur l'activité physique et l'alimentation dans les études réalisées auprès des jeunes semblent indiquer qu'au cours de l'adolescence, le nombre d'individus qui bougent suffisamment et entretiennent de bonnes habitudes alimentaires se font plus rares.

6.4 Consommation de médicaments, de tabac, d'alcool et de cannabis

Les adolescents de 16 à 20 ans consomment essentiellement des médicaments contre la douleur et l'acné

L'étude SMASH intégrait une question sur la consommation de médicaments, dont les réponses sont résumées dans le tableau 6.2. Les pourcentages indiqués sont dans la moyenne nationale et on constate que la prise de médicaments vise surtout à calmer la douleur. Il est intéressant de remarquer également qu'un jeune sur dix se voit prescrire des médicaments contre l'acné.

Augmentation du nombre de fumeurs chez les jeunes adolescents et les apprentis

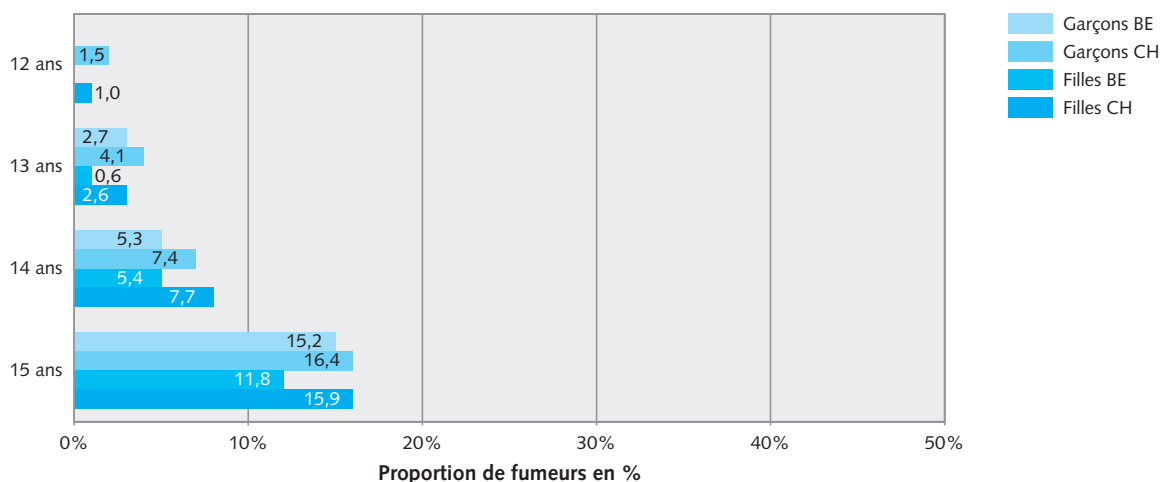
Les études montrent qu'à l'âge de 11 ans, 11% des Bernoises et 15% des Bernois ont déjà essayé la cigarette, chiffres qui passent respectivement à 57% et 63% chez les jeunes de 16 ans. Les pourcentages de fumeurs réguliers sont indiqués dans le graphique suivant.

Tab. 6.2 Proportion d'adolescents de 16 à 20 ans (BE) ayant indiqué consommer des médicaments 2 à 3 fois par mois (résultats CH si écart ≥ 3%)

	Médicaments prescrits par un médecin		Médicaments sans ordonnance	
	filles 16–20 ans	garçons 16–20 ans	filles 16–20 ans	garçons 16–20 ans
2–3x par mois				
Analgésiques	23%	9%	17%	6%
Acné	10% (CH 15%)	11%	3%	4%
Fatigue	3%	1%	3%	1%
Nervosité, angoisse	4%	2%	2%	1%
Somnifères	2%	1%	1%	1%

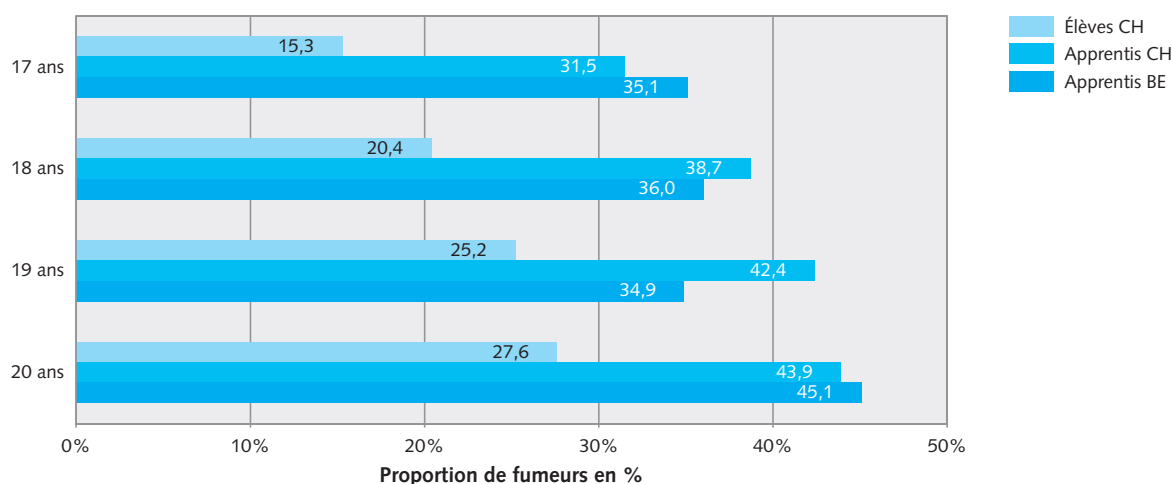
Source: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957

Proportion d'adolescents de 12 à 15 ans qui fument régulièrement, par sexe Fig. 6.8



Sources: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; participants CH, n=10'115.

Proportion d'adolescents de 17 à 20 ans qui fument régulièrement, par type de formation Fig. 6.9



Sources: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957 (apprentis: n=837; élèves: n=120, non inclus dans le graphique), participants CH, n=7428.

La consommation de tabac dépend fortement de l'âge et du type de formation. Les jeunes en apprentissage sont nettement plus nombreux à fumer que les adolescents en filière scolaire. En revanche, les différences entre les sexes sont minces, puisque ce n'est qu'à l'âge de 19–20 ans que le nombre de fumeurs devient plus important chez les garçons que chez les filles. C'est pourquoi le graphique pour la catégorie des 17–20 ans (ci-après) prend comme référence *non pas le sexe mais le type de formation* pour la comparaison avec le canton de Berne. L'absence de données concernant les élèves bernois est due au trop faible nombre de jeunes interrogés par catégorie d'âge.

Vu le petit nombre de données par catégorie, il est difficile de dégager des tendances pour le canton de

Berne. En revanche, pour l'ensemble de la Suisse, on constate que la consommation de tabac augmente jusqu'à la vingtième année. Un nombre important de jeunes commencent donc probablement à fumer après avoir quitté l'école obligatoire. Depuis 1993, l'usage de tabac a connu une forte hausse chez les adolescents plus âgés, en particulier chez les apprentis. Dans la catégorie des 11–16 ans, la consommation a continué de progresser depuis 1998, mais est restée stable chez les jeunes de 15 ans. Ces constats sont en principe valables également pour le canton de Berne. Fait réjouissant: le nombre de jeunes filles de 13 à 15 ans qui fument y est inférieur à la moyenne suisse.

Tab. 6.3 Proportion d'adolescents de 16 à 20 ans qui consomment de l'alcool au moins une fois par semaine

Au moins 1 fois par semaine	Filles (%)		Garçons (%)	
	1993	2002	1993	2002
Adolescents de 13 à 15 ans BE	6	11	12	18
<i>é lcool (bière, vin, eau-de-vie) CH</i>				
<i>é lcool, alcopops inclus, BE</i>	28	28	56	63
<i>é lcool, alcopops inclus, CH</i>		43		68
<i>Alcool, alcopops inclus, BE</i>		49		71

Source: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957

Augmentation de la consommation d'alcool: des abus à plusieurs niveaux

La substance psychoactive la plus prisée par les jeunes n'est autre que l'alcool, dont la consommation constitue à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique. Comme le montre le tableau 6.3 portant sur la consommation (au moins) hebdomadaire, les élèves de 13 à 15 ans boivent beaucoup plus qu'avant. Les résultats obtenus pour les jeunes plus âgés laissent supposer que l'augmentation est largement due, surtout chez les filles, à la mise sur le marché des alcopops (canton de Berne et Suisse).

Le phénomène connu sous le nom de *binge drinking*³⁶ est particulièrement inquiétant. Dans la catégorie des jeunes de 16 à 20 ans, 27% des Bernoises et 54% des Bernois ont indiqué avoir absorbé cinq boissons alcoolisées lors d'une même occasion, et ce au moins une fois par mois durant l'année écoulée. En outre, 60% des filles et 82% des garçons (CH 77%) ont affirmé avoir déjà été ivres au cours de leur vie. Chez les jeunes de 11

à 16 ans, 17% des Bernoises et 27% des Bernois déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse.

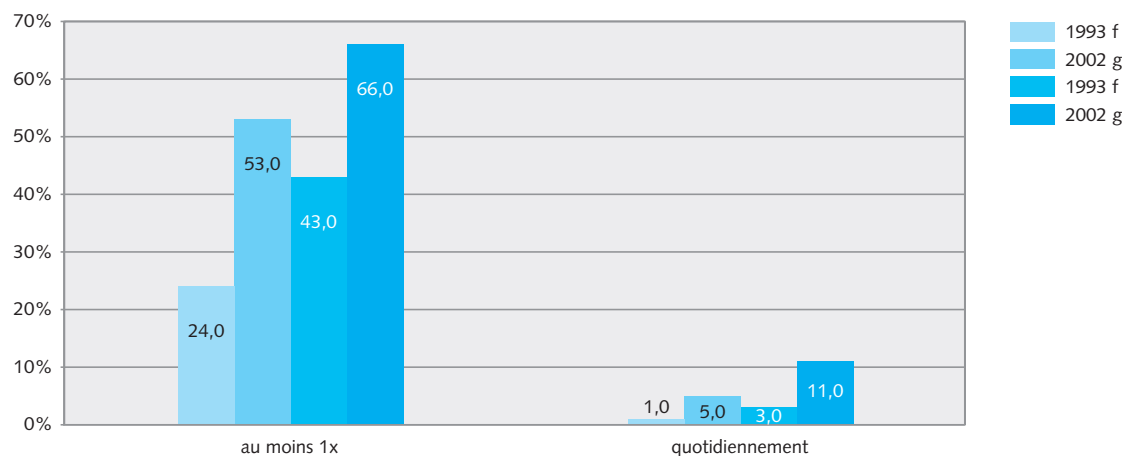
Cannabis: consommation occasionnelle et consommation problématique en hausse³⁷

Les questions posées aux jeunes de 14 à 16 ans dans le cadre de l'étude HBSC donnent les résultats suivants: 33% des adolescents bernois ont déclaré qu'ils accepteraient probablement/certainement d'essayer le cannabis si on le leur proposait. Par ailleurs, 58% des garçons (CH 55%) et 48% des filles (CH 45%) ont affirmé qu'ils sauraient sans problème où se procurer un joint.

S'agissant des adolescents bernois interrogés, le graphique 6.10 fait état d'une augmentation à la fois du nombre de jeunes qui ont déjà expérimenté le cannabis et de ceux qui en consomment quotidiennement. A noter que ces chiffres correspondent aux résultats obtenus pour l'ensemble de la Suisse. Enfin, 40% des adolescents qui ont consommé du cannabis à au moins dix reprises

Proportion d'adolescents de 16 à 20 ans (BE) qui déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis ou en consommer quotidiennement (résultats 1993 et 2002)

Fig. 6.10

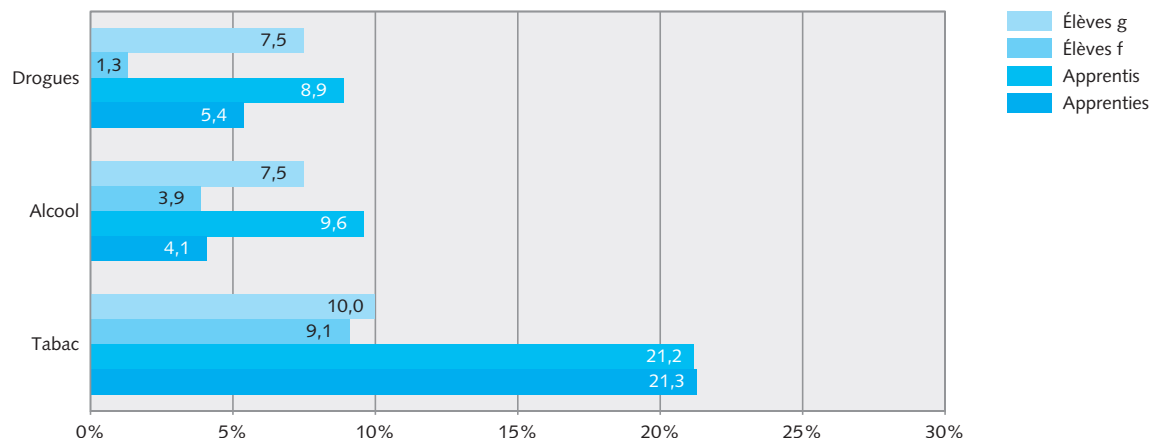


Sources: enquête SMASH 1993, participants BE, n=1005; enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

³⁶ Binge drinking: consommation de 5 boissons alcoolisées lors d'une même occasion (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens & Castillo 1994, Windle 1996)

³⁷ HBSC: seuls les jeunes de 14 à 16 ans ont été interrogés sur la consommation de cannabis.

Proportion d'adolescents (BE) qui disent avoir besoin d'aide en relation avec la consommation de substances psychoactives, par type de formation Fig. 6.11



Sources: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

durant le mois écoulé indiquent avoir souffert de problèmes ayant affecté leur formation ou leur apprentissage.

Chez les apprentis en particulier, la consommation de substances psychoactives semble poser problème à un grand nombre d'adolescents interrogés: près d'un sur dix déclare avoir besoin d'aide en relation avec la consommation d'alcool ou de drogues et un bon cinquième d'entre eux pour le tabac (graphique 6.11). Un résultat qui devrait encourager les spécialistes, et en particulier les médecins, à aborder beaucoup plus souvent le sujet avec les jeunes.

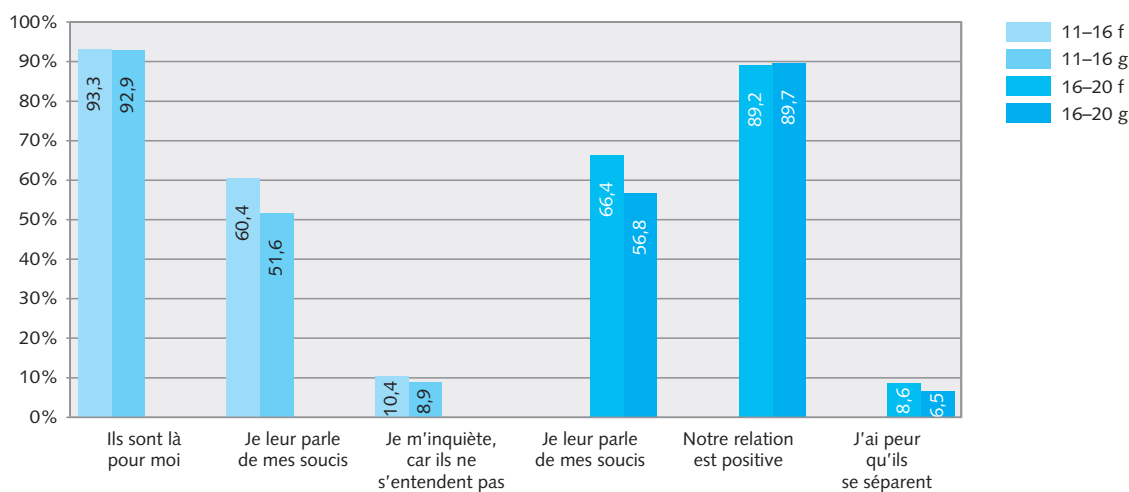
6.5 Environnement social

La relation avec les parents reste importante

L'intensité des relations entre parents et enfants diminue au cours de l'adolescence mais garde toute son importance. Les jeunes qui entretiennent une relation de confiance avec leurs géniteurs ont moins de problèmes de santé. Tel est le résultat qui ressort de plusieurs études³⁸ et que semblent confirmer les données issues de SMASH³⁹. Fait réjouissant: dans le canton de Berne comme dans l'ensemble de la Suisse, la plupart des adolescents disent avoir de bons rapports avec leurs parents.

Proportion d'adolescents (BE) répondant à différentes questions sur la relation avec leurs parents

Fig. 6.12



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

³⁸ Voir p. ex. Resnick et al. 1997

³⁹ «La santé des adolescents, à l'image de la société», brochure exposant les résultats clés des études HBSC et SMASH, 2004, p. 11

Vu l'importance de la relation avec les parents, les conflits avec ces derniers ou la crainte qu'ils puissent se séparer⁴⁰ sont ressentis très négativement par les jeunes ayant participé à l'étude (graphique 6.12). En outre, 4% des adolescents de 11 à 16 ans interrogés dans le canton de Berne déclarent être giflés et 2% frappés au moins une fois par mois. Chez les adolescents de 16 à 20 ans, 5% des Bernoises et 2% des Bernois ont peur, voire très peur d'être battus par leurs parents. Le tabou entourant la violence au sein de la famille empêche souvent ces jeunes de recevoir l'aide dont ils ont besoin.

Les adolescents bernois donnent une appréciation particulièrement positive de leur relation avec leurs enseignants

Par rapport à la moyenne suisse, les adolescents bernois de la tranche d'âge supérieure donnent beaucoup plus souvent une appréciation positive des différents aspects de la relation avec leurs enseignants. Davantage de jeunes estiment en particulier que leurs professeurs s'occupent des problèmes des élèves (BE 68%; CH 55%), ce qui explique peut-être que les adolescents de 11 à 16 ans soient un peu moins stressés par l'école (BE 19%; CH 22%). Dans la catégorie des jeunes de 16 à 20 ans, 90% des Bernoises et 93% des Bernois (CH: filles 86%; garçons 88%) affirment que la majeure partie des élèves se sentent bien dans leur classe. Quant aux apprentis, 80% des filles et 88% (CH 83%) des garçons rapportent

que la plupart d'entre eux sont à l'aise dans l'entreprise ou dans leur équipe de travail. Par contre, 20% des apprentis interrogés se disent fortement sous pression à cause de plusieurs facteurs de stress (p. ex. temps, responsabilité). Enfin, 93% des jeunes de 16 à 20 ans pensent qu'ils réussiront à terminer leur formation (BE 1993: 93%) et 96% qu'ils trouveront un emploi plus tard (BE 1993: filles 72% et garçons 75%).

Parmi les adolescents de 11 à 16 ans interrogés dans le canton de Berne, 74% des filles et 70% des garçons (CH 66%) ont du plaisir à aller à l'école et 84% estiment que les élèves de leur classe s'entendent bien.

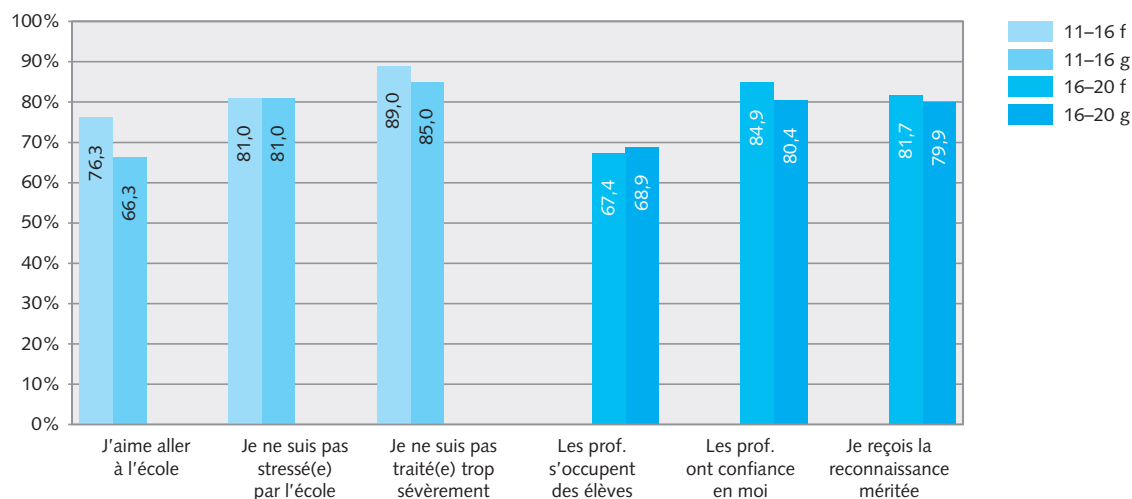
Les analyses longitudinales font ressortir un lien entre un bon climat scolaire et un minimum d'atteintes à la santé⁴¹. Si l'on compare les adolescents qui ont donné une appréciation positive de l'ambiance à l'école avec ceux qui l'ont jugée négativement, on constate que les données de l'étude SMASH confirment ces résultats. Ce facteur a toutefois une influence un peu moins forte sur la santé que la relation avec les parents⁴².

Violence subie et violence exercée: les limites ne sont pas toujours respectées

Les violences vécues peuvent porter atteinte à la santé et au bien-être des adolescents. Les garçons en particulier sont plus souvent victimes de tels actes (graphique 6.14).

Dans la catégorie des jeunes Bernois de 11 à 16 ans, 6% des filles et 10% des garçons rapportent avoir été

Proportion d'adolescents (BE) répondant à différentes questions sur l'école Fig. 6.13



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

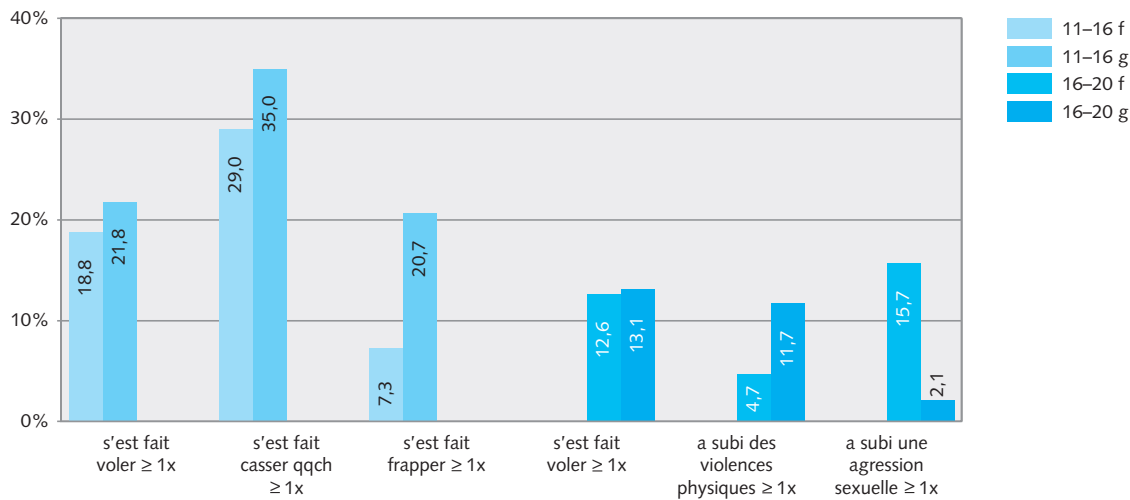
⁴⁰ Craignent «assez» ou «beaucoup» de voir leurs parents divorcer ou se séparer

⁴¹ Voir p .ex. Resnick et al. 1997

⁴² «La santé des adolescents, à l'image de la société», brochure exposant les résultats clés des études HBSC et SMASH, 2004, p.12

Proportion d'adolescents (BE) qui rapportent avoir subi des violences au cours de l'année écoulée

Fig. 6.14



Sources: adolescents de 11 à 16 ans: enquête HBSC 2002, participants BE, n=1426; adolescents de 16 à 20 ans: enquête SMASH 2002, participants BE, n=957.

brimés au moins une fois par semaine au cours des derniers mois. Du côté des adolescents de 16 à 20 ans, 12% des Bernoises et 17% des Bernois (CH 14%) indiquent avoir été agressés verbalement au moins une fois pas semaine; de plus, 20% des filles et 12% des garçons déclarent avoir été exclus intentionnellement au moins une fois par semaine. Pouvant être qualifiée de *mobbing*, cette forme de harcèlement systématique peut avoir un effet dévastateur sur l'estime de soi des jeunes victimes⁴³. D'un autre côté, 6% des adolescentes et 15% des adolescents (11-16 ans, BE) affirment avoir brimé quelqu'un au moins une fois par semaine au cours des derniers mois.

Les garçons sont plus souvent les auteurs d'actes répréhensibles: 15% des adolescents de 11 à 16 ans et 23% (CH 27%) des jeunes Bernois de 16 à 20 ans indiquent avoir volé quelque chose durant l'année écoulée. Dans les deux catégories, 25% déclarent avoir volontairement détruit quelque chose qui ne leur appartenait pas. Chez les filles interrogées dans le canton de Berne, 7% (11-16 ans) et 16% (16-20 ans) ont commis un vol; 12% et 6% ont détruit quelque chose volontairement. Par ailleurs, 13% des adolescents bernois de 11 à 16 ans ont emporté une arme en cours et 24% des jeunes Bernois de 16 à 20 ans ont porté une arme sur eux, que ce soit à l'école ou ailleurs. Certes, trois quarts des filles et la moitié des garçons n'ont commis aucun acte de délinquance au cours des douze derniers mois, mais il semble que les limites ne soient pas suffisamment claires pour un trop grand nombre d'adolescents.

⁴³ Alsaker 2003

6.6 Résumé

La grande majorité des adolescents interrogés pensent être en bonne, voire en excellente santé. Cette image a priori positive doit cependant être relativisée, car seuls les jeunes en formation obligatoire ou postobligatoire au moment de l'enquête ont participé aux deux études. Pour des raisons méthodologiques notamment, il n'a pas été possible d'inclure ceux qui sont sortis du système scolaire et qui, on le sait, sont plus défavorisés du point de vue de la santé. Les résultats auraient très certainement été moins positifs pour ces adolescents.

Même chez les jeunes en formation, plusieurs constats sont préoccupants:

- Divers troubles physiques sont répandus, en particulier les maux de dos et de tête et les problèmes de sommeil.
- Au plan de la santé psychique, les sentiments de déprime chez les jeunes continuent malheureusement d'être fréquents. Au cours des dix dernières années, l'image du corps a évolué négativement chez les deux sexes.
- La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis a augmenté de façon alarmante.
- L'activité physique diminue chez les jeunes plus âgés, qui tendent à remplacer les repas réguliers et complets par des en-cas souvent insuffisants. Conséquence: l'équilibre de la balance énergétique est de plus en plus précaire. Une menace à prendre au sérieux compte tenu des problèmes qui en découlent.

- Du point de vue de la santé, les apprentis sont défavorisés à plusieurs égards: plus souvent déprimés, ils ont davantage d'accidents, fument plus et font moins d'exercice physique que les élèves.

Le fait d'avoir une relation de confiance avec des adultes de référence (parents, enseignants, formateurs, etc.) demeure important durant toute l'adolescence. C'est là une ressource à renforcer dans le travail de prévention et de promotion de la santé, mais aussi dans le domaine pédagogique.

Pour terminer, quelques résultats réjouissants concernant spécifiquement le canton de Berne: les adolescents ont beaucoup plus souvent donné une appréciation positive de leurs relations avec leurs enseignants, le nombre de jeunes fumeuses est inférieur à la moyenne suisse et les adolescents bernois souffrent un peu moins souvent de déprime et de stress. Même si les données recueillies ne permettent pas d'identifier des liens de cause à effet, ces constats encouragent pour le moins à poursuivre sur la voie de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Santé et style de vie des adolescents

Outre les problèmes «classiques» liés à l'alcool et au tabac, les deux études montrent que près de 20 pour cent des adolescents se sentent souvent déprimés, nerveux et stressés. Des résultats pour le moins préoccupants.

Chez les enfants et les adolescents, il est très important d'identifier rapidement une évolution du comportement à risque ou un déséquilibre croissant entre les problèmes affectant la santé et les ressources dont ils disposent pour y faire face. Les principales conclusions des études réalisées auprès des élèves doivent donc être portées à la connaissance de l'administration et des spécialistes et servir de fondement scientifique à des mesures pratiques. C'est dans cette optique que les résultats de l'enquête SMASH ont été présentés et débattus lors du congrès organisé le 12 mai 2005 sur le thème «Agir ensemble pour la santé des enfants et des adolescents». Très suivie, cette manifestation a permis de tirer des enseignements qui sont pris en compte pour la planification des prestations offertes par le canton.

Famille, école, lieu d'apprentissage, marché du travail, conditions de logement: tous ces facteurs, et d'autres encore, ont une influence sur la santé des enfants et des adolescents. Il ne suffit donc pas de concevoir des projets de prévention ciblés sur un seul aspect. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale en est consciente et a saisi l'occasion du congrès de mai pour faire passer le message: la promotion de la santé concerne tous les domaines, et non uniquement la santé publique; il est nécessaire d'instaurer une collaboration efficace entre les Directions du canton de Berne et les spécialistes de la promotion de la santé et de la prévention. La rencontre se voulait le point de départ d'une prise de conscience de cette responsabilité commune.

7 Hospitalisations de la population bernoise: une analyse fondée sur la statistique médicale de l'OFS⁴⁴

7.1 Introduction

Ce chapitre vise à présenter un panorama des problèmes de santé des habitants du canton de Berne lors de séjours stationnaires dans les hôpitaux, les cliniques de psychiatrie et les centres de réadaptation. Contrairement aux autres parties du présent rapport, cette analyse ne se fonde pas sur des enquêtes réalisées auprès d'un échantillon de la population, mais sur les données recueillies directement dans les établissements de soins hospitaliers (sources: statistique médicale et statistique des hôpitaux, Office fédéral de la statistique, OFS; enquêtes exhaustives obligatoires). Par souci d'harmonisation avec les autres chapitres, nous avons néanmoins retenu exclusivement les données de l'année 2002 (à l'exception des séries temporelles pour la durée de séjour).

Depuis 1998, les hôpitaux de Suisse tiennent une statistique médicale incluant tous les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers. Transmises sous forme électronique à l'OFS par l'intermédiaire des cantons, les données relevées portent sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, tels que le sexe, l'âge, la nationalité ou la région de domicile, ainsi que sur les diagnostics et les traitements déterminants pour le séjour hospitalier. Cette statistique donne une bonne vue d'ensemble des prestations sanitaires fournies par les hôpitaux et offre une radiographie fiable de l'état de santé et des besoins de la population bernoise ainsi que du recours aux services hospitaliers.

La pointe de l'iceberg

Bien des maux ne donnent jamais lieu à un traitement médical, soit parce que la personne concernée ne juge pas nécessaire de rechercher de l'aide, soit parce qu'elle peut se soigner elle-même. De plus, une bonne partie des troubles et autres maladies sont intégralement traités dans les cabinets de médecine ambulatoire. Autant dire que les problèmes de santé observés dans les hôpitaux ne recouvrent qu'une partie de la réalité. Une analyse des hospitalisations ne révèle donc que la pointe de l'ice-

berg et ne permet pas de saisir sous la surface de l'eau – pour conserver cette image – les nombreux autres cas pouvant être soignés hors des hôpitaux car le problème n'est pas (encore) trop grave. Il suffit de penser au grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques, dont une minorité seulement a besoin d'être hospitalisée en clinique psychiatrique.

Naissance et décès: à l'hôpital ou à la maison?

Tous les traitements hospitaliers ne sont pas dus à des phénomènes de santé purement médicaux. Ceci est particulièrement vrai en début et en fin de vie, au moment de la naissance et de la mort. Dans bien des sociétés, il n'y a pas lieu de recourir aux services d'un hôpital pour la grossesse et l'accouchement, tant que les choses se déroulent normalement. En Suisse cependant, il est habituel de solliciter les hôpitaux dans ces cas qui constituent, comme nous le verrons, une grande partie des traitements hospitaliers pour les femmes entre 25 et 35 ans. Si naître à l'hôpital est devenu la règle, la plupart des gens préféreraient en revanche mourir à la maison (Jaggi, Junker & Minder 2001). Le respect de ce souhait dépend de l'état de santé physique et psychique ainsi que du réseau social de la personne en fin de vie et de ses proches, mais aussi et surtout de conditions structurelles. Ainsi, la proportion de personnes âgées décédées à l'hôpital en 1979–1980 variait entre 27% (Entlebuch) et 81% (Davos) dans les 106 régions de mobilité spatiale⁴⁵ de Suisse. La probabilité de mourir à l'hôpital plutôt qu'à la maison ou dans un home est plus grande lorsqu'un établissement hospitalier se trouve à proximité, que le nombre de lits en foyer est comparativement faible et que la couverture en soins médicaux de base (médecins généralistes) est peu développée (Jaggi et al. 2001).

⁴⁴ Auteurs: Nicole Bachmann, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne et Daniel Zahnd, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

⁴⁵ Cette division de la Suisse en 106 régions a été établie par l'OFS en fonction des données géographiques et des mouvements effectifs de la population.

Complétant les autres chapitres du rapport, la présentation des maladies traitées au sein des hôpitaux livre des informations importantes. Il est intéressant de connaître les prestations fournies par ces acteurs du système de santé notamment pour des raisons de coûts. En 2002, le canton de Berne a versé pour 737,8 millions de francs de subventions et couvertures de déficit, soit 770 francs par habitant au titre de participation au financement des charges d'exploitation des établissements hospitaliers⁴⁶.

7.2 Survol du paysage hospitalier bernois

Avant d'aborder la question de la fréquence et des causes des hospitalisations, arrêtons-nous un instant sur le paysage hospitalier bernois et sur quelques-unes de ses particularités.

En 2002, le canton de Berne compte 25 hôpitaux de soins aigus qui couvrent toute la gamme des traitements hospitaliers, des soins de base à la médecine de pointe. Le nombre de sites est en réalité plus élevé, car certaines entités comptent pour un établissement mais exploitent plusieurs sites, à l'image du groupe Thoune-Simmental SA (Thoune, Zweisimmen et Erlenbach). Les centres de réadaptation sont au nombre de six (y compris la clinique bernoise de Montana en Valais) et les cliniques psychiatriques se répartissent entre trois établissements publics, deux subventionnés par les pouvoirs publics et deux privés.

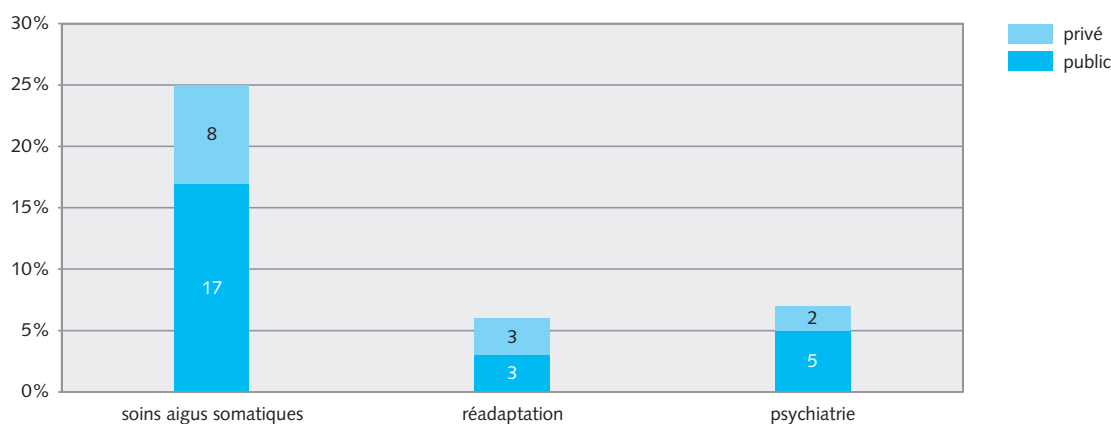
Seuls 4,4% des patients bernois sont soignés dans un autre canton

Le fait que le canton possède un hôpital universitaire explique la proportion supérieure à la moyenne d'habitants qui se font soigner dans les hôpitaux de leur canton (Berne: 95,6%; Suisse: 84,6%⁴⁷). Si le nombre de patients extracantonaux ou étrangers n'est pas particulièrement élevé à Berne (11,1% contre 15,4% en Suisse), le canton connaît une prise en charge transfrontalière avec les zones limitrophes. Ainsi, à la faveur de conventions intercantionales, les ressortissants bernois domiciliés dans certaines communes de Haute-Argovie peuvent sans autre être hospitalisés dans un établissement soleurois et le canton de Berne couvre une part importante des besoins en soins hospitaliers de cantons voisins, en particulier Soleure – 16% des patients soleurois se sont rendus en 2002 dans un hôpital bernois – et Fribourg, dont 10% des patients ont été soignés dans le canton de Berne cette année-là.

Comme on peut s'y attendre, la proportion d'assurés de base – par opposition aux personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire – est plus élevée dans les hôpitaux publics (80%) que dans les établissements privés (49%) bernois.

Nombre d'hôpitaux et de cliniques en 2002, par domaine et mode de financement

Fig. 7.1



Source: OFS, Statistique des hôpitaux, données 2002.

⁴⁶ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2002

⁴⁷ Tableaux standards 2002, statistique médicale de l'OFS

Evolution de la durée de séjour dans les hôpitaux et les cliniques publics du canton de Berne: bref retour en arrière

Au cours des 15 dernières années, le secteur hospitalier bernois a connu de profondes mutations, dont témoigne la diminution de la durée de séjour moyenne des patients⁴⁸. Entre 1991 et 2003, elle a très nettement reculé dans les deux disciplines majeures des hôpitaux de soins aigus: moins 37% en médecine interne, pour une durée moyenne aujourd'hui de 10 jours à peine, et moins 21% en chirurgie, pour une durée moyenne d'environ 8 jours à l'heure actuelle. En psychiatrie, l'évolution est encore plus spectaculaire: la durée de séjour moyenne a diminué de moitié durant cette période, passant de 120 jours à tout juste 60 jours. Dans les centres de réadaptation en revanche, la durée de séjour moyenne est restée stable (environ trois semaines).

Comment expliquer ces changements? D'une part, les progrès réalisés en matière de traitements et de techniques opératoires ont permis de raccourcir les séjours hospitaliers. D'autre part, les mentalités ont évolué: on admet aujourd'hui qu'il est préférable de limiter la durée d'hospitalisation au strict minimum, tout en assurant un suivi professionnel après la sortie de l'hôpital. Enfin, le facteur économique a très certainement joué un rôle: la suppression de surcapacités dans le canton de Berne (fermeture d'hôpitaux, réduction du nombre de lits) a contraint les établissements à veiller à ne garder les patients que le temps absolument nécessaire à leur traitement.

Cette évolution, a priori positive du point de vue sanitaire et économique, comporte néanmoins des risques non négligeables: la diminution de la durée de séjour peut porter atteinte à la qualité des soins hospitaliers, les institutions prenant la relève des hôpitaux n'ont pas forcément des capacités ou des compétences suffisantes pour absorber ces patients supplémentaires et le personnel pourrait être amené, faute de temps, à faire passer dans certains cas au second plan l'encadrement et l'information des patients et, partant, les contacts sociaux avec les malades.

Conscient de ces changements, l'Office des hôpitaux du canton de Berne a lancé en automne 2000 le projet «Qualité des soins aigus dans le canton de Berne» (QABE) en y associant les établissements hospitaliers et les assureurs. Il s'agissait de coordonner l'introduction de mesures de la qualité (mesures de résultats, satisfaction des patients, taux de complications) dans les hôpitaux. Depuis 2003, ces derniers réalisent des mesures de résultats et participent à des séances de benchmarking, démarches qui ont pour but de fournir des informations sur le succès et la qualité des traitements hospitaliers afin que les établissements puissent en maintenir le niveau et procéder à des améliorations continues.

La santé dans le canton de Berne

Adoptée par le peuple le 5 juin 2005, la loi sur les soins hospitaliers vise à assurer des soins de qualité, accessibles à tous et économiquement supportables à long terme. Désormais, le canton assumera seul la responsabilité des hôpitaux et disposera pour ce faire de nouveaux instruments de pilotage, en particulier la planification des soins et les contrats de prestations. Ce changement de législation introduira également un nouveau système de financement devant favoriser la rationalisation.

L'application des instruments de pilotage et du modèle de financement requiert des données statistiques sur les prestations hospitalières (motifs d'hospitalisation et types de traitements). La statistique médicale des hôpitaux, sur laquelle se fondent les résultats présentés au début du chapitre, est à même de fournir efficacement ces informations.

Si les Bernoises et les Bernois séjournent fréquemment à l'hôpital, ils se font généralement soigner dans un établissement de leur canton. Les hospitalisations extracantonales ne concernent en effet que les urgences et les cas dans lesquels le traitement nécessaire n'est pas disponible dans le canton de Berne. En revanche, les hôpitaux bernois accueillent un grand nombre de patients en provenance d'autres cantons. Au cours de ces 20 dernières années, beaucoup de choses ont changé. L'évolution la plus spectaculaire concerne les progrès de la médecine, qui offre aujourd'hui quantité de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Il n'est dès lors pas étonnant que les traitements hospitaliers deviennent toujours plus complexes et coûteux et la spécialisation plus poussée. Face à cette évolution, le canton a dû prendre ces dix dernières années différentes mesures de restructuration qui ont notamment conduit à la fermeture de divisions hospitalières et d'établissements entiers, à la séparation entre soins aigus et secteur du long séjour et à la constitution de groupes hospitaliers issus du rapprochement des hôpitaux de district et des hôpitaux régionaux.

Tel est le tableau de la situation en ce début de 21^e siècle. Mais les transformations ne s'arrêteront pas là: mise en réseau, unités de soins transitoires, gériatrie et coordination intercantonale de la médecine de pointe sont autant de défis pour les années à venir.

⁴⁸ Sources: Office de gestion financière et d'économie d'entreprise de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (jusqu'en 1998); statistique des hôpitaux de l'OFS (à partir de 1999)

7.3 La population bernoise à l'hôpital

Une personne sur sept

En 2002, un habitant sur sept, soit environ 141'000 personnes, s'est fait soigner au moins une fois à l'hôpital dans le canton de Berne (traitement hospitalier ou semi-hospitalier). La probabilité d'être hospitalisé dépend fortement du sexe et de l'âge, comme le montre le graphique ci-dessous illustrant le taux d'hospitalisation en fonction de ces deux critères⁴⁹. Il en ressort quelques différences intéressantes entre les femmes et les hommes au cours des années.

Presque tous les nourrissons nés en 2002 ont séjourné à l'hôpital à leur naissance, qui s'est déroulée pour la plupart sans complications. L'enfance et l'adolescence sont les périodes durant lesquelles la probabilité d'une hospitalisation est la plus faible pour la population bernoise. Dès l'âge de 20 ans, la fréquence augmente quelque peu, le taux d'hospitalisation supérieur chez les femmes étant lié à la grossesse et à l'accouchement. A partir de l'âge de la retraite environ, le nombre d'hospitalisations progresse nettement et ne tombe plus en dessous de la barre des 20%. Passé 80 ans, la fréquence est encore plus élevée. Dans ce groupe d'âge, une personne sur trois a été hospitalisée en 2002.

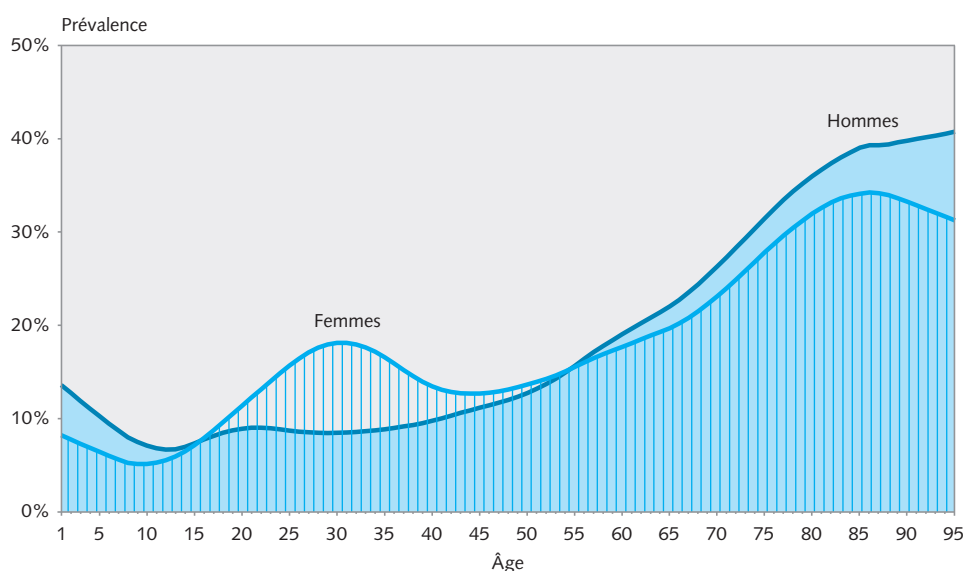
Etant donné que la présente analyse se concentre sur la probabilité d'être hospitalisé à au moins une occasion, les séjours répétés enregistrés pour les habitants bernois ne sont pas pris en compte dans le graphique ci-dessus. On notera néanmoins que parmi les personnes admises dans un hôpital ou une clinique en 2002, 77% y ont séjourné une seule fois et 20% à deux ou trois reprises.

Hommes et femmes ne font pas la même utilisation des services hospitaliers

Il est étonnant de constater une différence notable entre les sexes, et ce dès l'âge préscolaire: les garçons se retrouvent plus souvent à l'hôpital que les filles. Une particularité sur laquelle nous reviendrons dans la seconde partie de ce chapitre. La période où l'écart est le plus grand se situe entre 20 et 40 ans, avec un pic pour les femmes autour de 30 ans lié à la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement, 55% des hospitalisations étant dues à des cas normaux et 11% à des cas avec des complications légères. À un âge avancé, on observe également une différence entre les genres, les hommes âgés étant plus souvent hospitalisés que les femmes. En chiffres absolus, le nombre de femmes âgées admises dans les hôpitaux est bien entendu plus élevé, vu que ces dernières bénéficient d'une espérance de vie nettement plus longue.

Proportion de la population bernoise ayant connu une ou plusieurs hospitalisations en 2002, selon le sexe et l'âge

Fig. 7.2



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

⁴⁹ La première année de vie n'est pas comprise dans ce graphique, ni dans les suivants, car presque tous les nouveau-nés ont séjourné à l'hôpital. Les plus de 95 ans n'y figurent pas non plus, cette catégorie d'âge comptant un nombre trop faible de personnes pour tirer des conclusions statistiques valables.

Combien de temps dure généralement un séjour hospitalier? L'expérience montre que cela dépend beaucoup du motif d'hospitalisation. En 2002, la durée de séjour moyenne pour un traitement en soins somatiques aigus était de sept jours. La prise en charge hospitalière ou semi-hospitalière en clinique psychiatrique demeurait bien plus longue, avec une moyenne de 56 jours. Enfin, du côté de la réadaptation, le séjour durait généralement 26 jours.

Retour à la maison après une hospitalisation, même à un âge avancé

Il n'est pas toujours évident que les patients âgés encore autonomes puissent réintégrer leur domicile après avoir effectué un séjour à l'hôpital. Dans la présente analyse, nous avons pris en compte uniquement les personnes âgées de 60 ans et plus qui vivaient encore chez elles avant d'être hospitalisées (n=63'156).

Dans 88% des cas enregistrés en 2002, les patients de plus de 60 ans ont pu rentrer chez eux directement après le traitement hospitalier; 2,5% ont été admis dans un home (foyer pour personnes âgées, foyer médicalisé ou autre) et près de 3% ont dû être pris en charge dans un autre hôpital. A partir de 70 ans, il est de plus en plus probable que la personne ne puisse pas réintégrer son domicile et doive être hébergée dans un établissement médico-social (graphique 7.3). Il est toutefois étonnant – et réjouissant – de constater que même chez les aînés de 90 ans et plus, trois quarts des patients peuvent encore rentrer chez eux après avoir été soignés à l'hôpital.

Politique du 3^e âge dans le canton de Berne

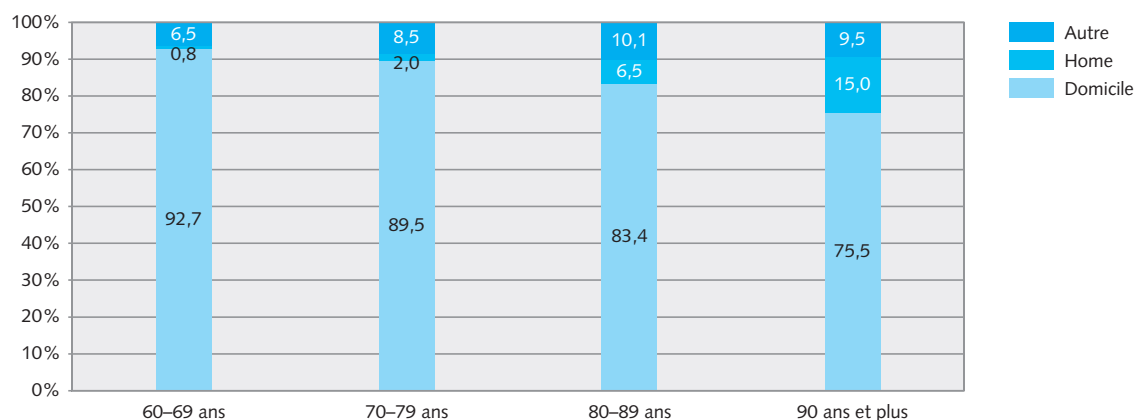
Les personnes âgées doivent pouvoir vivre le plus longtemps possible dans l'environnement qui leur est familier, en recevant sur place le soutien dont elles ont besoin pour demeurer autonomes. Il s'agit de retarder au maximum, voire d'éviter un placement en institution. Tels sont les objectifs centraux du rapport «Politique du 3^e âge dans le canton de Berne», dont le Grand Conseil a pris connaissance en avril 2005 à une large majorité favorable. Ce document définit neuf domaines d'intervention concrets au sein desquels des mesures seront élaborées et appliquées ces prochaines années. Une des pistes proposées concerne par exemple les visites préventives à domicile, qui devraient contribuer à préserver l'autonomie et la santé des aînés. Dans la même optique, il est prévu de renforcer et de réorganiser les services d'aide et de soins à domicile et de mettre en place des unités de soins transitoires pour préparer les patients sortant d'un séjour hospitalier à leur retour à la maison. Des initiatives qui permettront à davantage de personnes âgées d'être prises en charge sans changer de cadre de vie.

Les prestations proposées aux personnes tributaires de soins et d'encadrement qui doivent être hébergées en institution devront elles aussi évoluer pour mieux répondre aux besoins. Les maîtres mots en la matière sont: adaptation de l'infrastructure des homes existants, placement dans des familles, mise à disposition de centres de jour et de places temporaires pour soulager l'entourage, prestations pour les personnes atteintes de démence et leurs proches, mise en œuvre de la planification de la gériatrie et de celle des soins psychiatriques. Plus généralement, le rapport comprend également des mesures pour le recrutement du personnel dans le domaine des soins et de l'encadrement, l'amélioration de la formation et du perfectionnement, la définition de critères de qualité pour les EMS ainsi que la révision des mécanismes de financement.

Les mesures présentées ne sont pas exhaustives et ne constituent pas un cadre rigide. Bon nombre d'entre elles devront d'abord être testées avant de pouvoir être généralisées si elles s'avèrent concluantes. Des projets pilotes seront réalisés ces prochaines années pour recueillir les expériences nécessaires.

Lieu de séjour après hospitalisation des patients de plus de 60 ans qui vivaient encore chez eux avant d'entrer à l'hôpital

Fig. 7.3



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

7.4 Analyse des principaux motifs d'hospitalisation

Nous nous intéresserons à présent aux principaux motifs d'hospitalisation de la population bernoise. Pour donner une vue d'ensemble de cette problématique, nous devons nous concentrer sur quelques aspects en laissant de côté les détails, qui livreraient pourtant des informations tout aussi intéressantes.

Nos analyses se fondent sur les diagnostics principaux codés dans la statistique médicale sur la base de la classification CIM-10. Afin de regrouper en catégories cohérentes du point de vue épidémiologique les plus de 15'000 diagnostics différents auxquels nous avons affaire, nous avons utilisé le «Clinical Classification System» (CCS, Zahnd 2003). Ce système de classification comprend 259 groupes de diagnostics (p. ex. cataracte), à leur tour réunis en 18 chapitres de diagnostics (p. ex. maladies de l'appareil circulatoire, qui contient des groupes de diagnostics tels que l'artériosclérose ou l'infarctus aigu du myocarde). Pour plus d'informations sur les caractéristiques de la méthode et une brève description du CCS, se référer à l'annexe.

Les graphiques ci-après illustrent le taux d'hospitalisation de la population bernoise pour quelques chapitres de diagnostics, ce qui permet d'identifier pour chaque tranche d'âge les problèmes de santé dominants nécessitant un traitement hospitalier. Ces données font ressortir des différences importantes entre les sexes selon les phases de la vie.

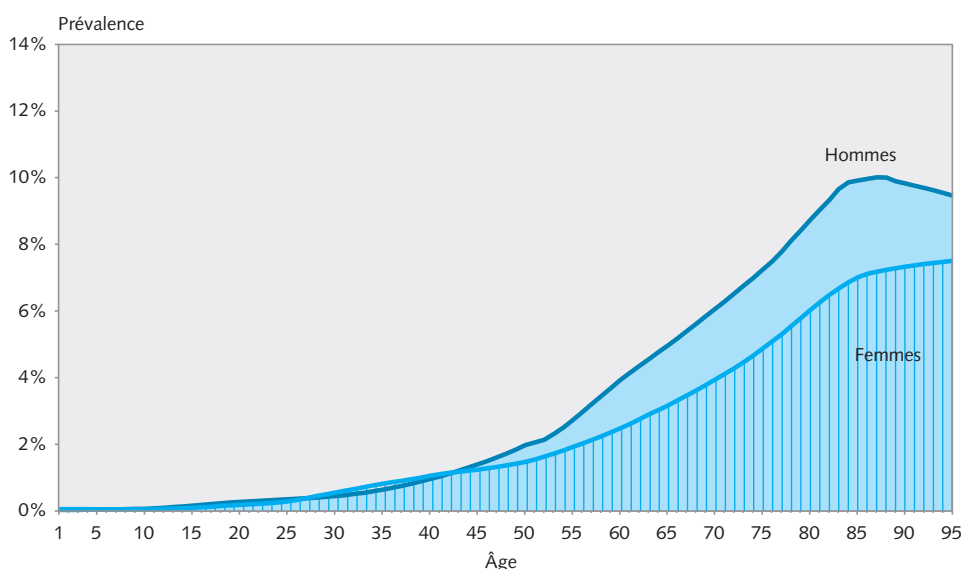
7.4.1 Chapitre de diagnostics: maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil circulatoire sont l'un des motifs d'hospitalisation les plus fréquents dans le canton de Berne. Très répandus dans notre société, les troubles cardiovasculaires chroniques sont causés en grande partie par notre comportement, ainsi que par des facteurs sociaux, culturels et économiques. Le tabagisme, une forte consommation d'alcool et une pression artérielle élevée sont autant de facteurs de risques importants, eux-mêmes influencés par des éléments tels que la surcharge pondérale, le manque de mouvements et le stress ainsi qu'un taux de cholestérol élevé et le diabète sucré (Hense 1997; pour les facteurs de risque, voir aussi le chapitre 2 du présent rapport). Dans l'ensemble, les femmes sont moins souvent touchées par ce problème de santé: elles ont généralement un comportement plus favorable à la santé (p. ex. concernant le tabac et l'alimentation) et disposent jusqu'à la ménopause d'une protection hormonale naturelle contre les maladies cardiovasculaires.

Il ressort du graphique 7.4 que le taux d'hospitalisation suite à des maladies de l'appareil circulatoire augmente régulièrement avec l'âge, plus fortement à partir de 50 ans environ chez les hommes et de 60 ans chez les femmes, avant de devenir la cause la plus fréquente à un âge avancé. Près de 10% des Bernois (hommes) de plus de 80 ans ont dû être hospitalisés au moins une fois en 2002 en raison de problèmes cardiovasculaires.

Taux d'hospitalisation de la population bernoise en raison de maladies cardiovasculaires en 2002, selon le sexe et l'âge

Fig. 7.4



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

Diversité des maladies cardiovasculaires: des varices à l'infarctus aigu du myocarde

Entre 40 et 60 ans, la prévalence des maladies cardiovasculaires est globalement plus faible chez les femmes. Plus de la moitié (54%) de l'ensemble des hospitalisations dans cette tranche d'âge sont dues au traitement de varices des membres inférieurs. Si la majorité des interventions poursuivent un but avant tout esthétique, elles ne sont pas totalement exemptes de risques (complications telles qu'embolie pulmonaire, inflammation vasculaire ou ulcère).

Chez les hommes en revanche, 25% des hospitalisations pour cause cardiovasculaire relèvent du groupe «cardiopathies artérioscléreuses et autres affections cardiaques». Sont comprises sous ce titre les maladies coronariennes telles que l'angine de poitrine ou la thrombose coronaire, à l'exclusion de l'infarctus aigu du myocarde. Dans cette classe d'âge, les séjours hospitaliers pour infarctus aigu du myocarde sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (8,3% contre 1,4% pour ce chapitre de diagnostics).

À partir de 60 ans environ, l'artériosclérose est la cause d'hospitalisation première pour les deux sexes, le taux restant toutefois nettement inférieur chez les femmes. Si ce groupe de diagnostics prédomine chez les hommes jusqu'à un âge avancé, chez les femmes ce sont les maladies cérébrovasculaires (attaque cérébrale) qui prennent le pas dès l'âge de 80 ans pour ce chapitre de diagnostics.

7.4.2 Chapitre de diagnostics: tumeurs (cancers)

Ce chapitre comprend aussi bien les tumeurs bénignes que les tumeurs malignes (cancers). Comme les maladies cardiovasculaires, ce sont des troubles de santé qui mettent du temps à se déclarer et sont donc plus fréquents dans la seconde moitié de la vie, même si certains types de cancers connaissent une évolution très rapide. La fréquence des différentes formes de cancer varie beaucoup en fonction du sexe et de l'âge.

Le graphique 7.5 montre le taux d'hospitalisation de la population bernoise selon le sexe et l'âge pour toutes les maladies cancéreuses.

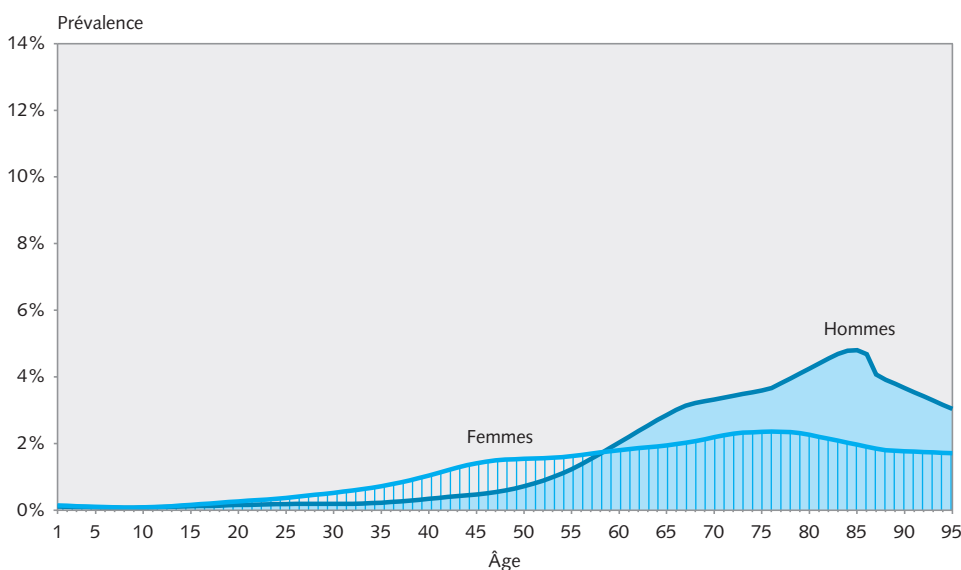
Il est important de savoir que 35% des femmes et 17% des hommes qui ont séjourné à l'hôpital en 2002 pour soigner des tumeurs souffraient de tumeurs *bénignes* qui constituent, chez les femmes de moins de 60 ans en particulier, une part importante des hospitalisations pour ce groupe de maladies (21–40 ans: 59%; 41–60 ans: 48%, dont la moitié pour des tumeurs bénignes de l'utérus).

Les tumeurs malignes touchant le plus les femmes dans les premières décennies de l'âge adulte sont les cancers de l'utérus, du col de l'utérus et du sein. Dès 40 ans, le cancer du sein domine (21%) dans ce groupe de diagnostics.

Chez les hommes, outre les tumeurs bénignes, le cancer de la prostate est la cause la plus fréquente d'hospitalisation dans ce groupe de diagnostics à partir de 40

Taux d'hospitalisation de la population bernoise en raison de tumeurs en 2002, selon le sexe et l'âge

Fig. 7.5



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

ans, et ce jusqu'à un âge avancé. Les cancers des bronches, du poumon, de la vessie et du côlon sont également souvent répandus.

7.4.3 Chapitre de diagnostics: lésions traumatiques et empoisonnements

Comme indiqué au chapitre 2.1, les accidents non professionnels sont en passe de devenir un problème sanitaire et financier de premier plan dans notre pays.

Dans cette section, nous n'examinerons pas les situations dans lesquelles surviennent ces accidents, mais uniquement la proportion de ce groupe de diagnostics parmi les cas d'hospitalisation, en fonction du sexe et de l'âge.

Il convient de relever en premier lieu que, contrairement aux autres chapitres de diagnostics présentés, les lésions traumatiques et empoisonnements sont une cause d'hospitalisation importante dès l'enfance et l'adolescence. Selon nos données, les types de lésions traumatiques affectant les enfants entre 1 et 10 ans ne varient guère entre filles et garçons. Cependant, la fréquence est différente: les garçons sont plus souvent hospitalisés suite à des blessures, des contusions, des plaies ouvertes, des contusions cérébrales et des fractures (taux d'hospitalisation pour ce chapitre de diagnostics chez les enfants âgés de 1 à 10 ans: garçons 1,9%; filles 1,4%). Cette différence entre les sexes est encore plus marquée à l'adolescence avec un taux d'hospitalisation de 3,2% chez les garçons de 11 à 20 ans contre 1,8% chez les

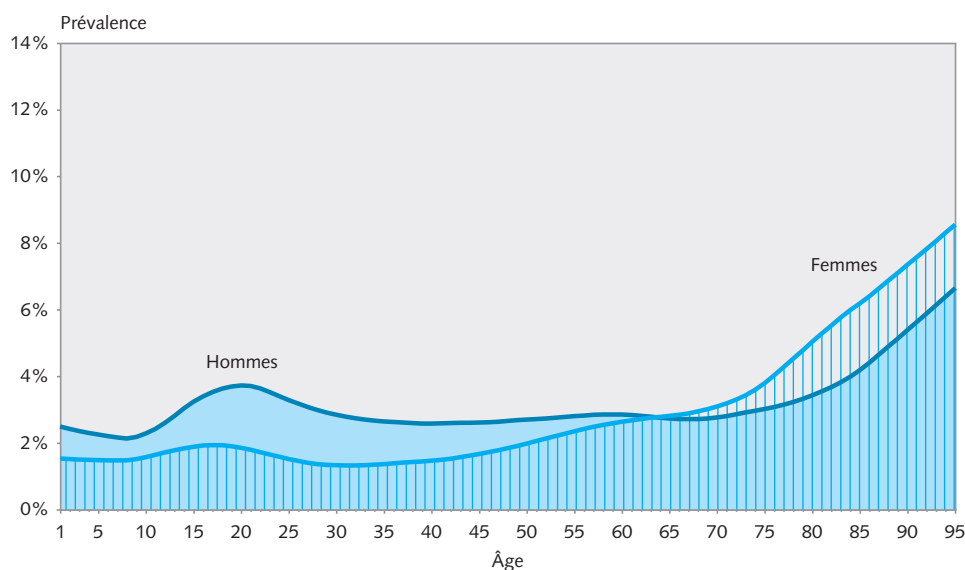
filles de cette tranche d'âge. On retiendra en particulier le grand nombre de fractures dont sont victimes les garçons. Ce phénomène pourrait s'expliquer par un certain goût du risque, mais aussi par le fait qu'ils sont plus souvent exposés à des situations «dangereuses» (p. ex. en pratiquant des sports comme le football).

Après l'adolescence, le taux d'hospitalisation en raison de lésions traumatiques, d'empoisonnements ou d'autres causes externes diminue chez les hommes, tandis qu'il augmente curieusement chez les femmes, si bien qu'à 60 ans, elles ont comblé leur retard. Le taux d'hospitalisation chez les femmes de plus de 80 ans – 5,5% – est comparativement très élevé et continue de progresser avec les années. Ces résultats sont confirmés par les études les plus récentes, qui mettent en évidence le risque d'accident et de chute chez les femmes âgées qui tiennent encore leur ménage (Höpflinger et al. 2003).

À l'âge adulte, sans distinction de sexe, les affections articulaires traumatiques et les luxations sont les motifs d'hospitalisation les plus fréquents de ce groupe de diagnostics, suivies des fractures des membres inférieurs. À partir de 60 ans, les fractures du col du fémur progressent lentement, jusqu'à devenir la première cause d'hospitalisation pour lésion traumatique chez les aînés. Si l'on considère les femmes âgées, la proportion de fractures du col du fémur (33%) est plus élevée que chez les hommes du même âge (25%).

Taux d'hospitalisation de la population bernoise en raison de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres causes externes en 2002, selon le sexe et l'âge

Fig. 7.6



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

7.5 Proportions des principaux motifs d'hospitalisation au cours de la vie

Dans un premier temps, nous examinerons la répartition proportionnelle des hospitalisations entre les groupes de diagnostics en fonction du sexe et de l'âge. Cette analyse transversale du *risque d'hospitalisation proportionnel* montre quels sont les types de maladies qui dominent durant chaque phase de la vie. Pour ce faire, le total des hospitalisations pour chaque année est fixé à 100%. Quelques précisions pour bien comprendre les différentes approches:

- Au point précédent (7.4), nous nous intéressions à la question suivante: quel est le risque d'être hospitalisé à tel ou tel âge en étant de sexe masculin ou féminin (p. ex. hommes de 50 à 60 ans)?
- Dans cette section (7.5.), nous abordons une autre question, celle de savoir quelles sont les maladies ou blessures qui conduisent le plus souvent à une hospitalisation pour tel sexe et telle classe d'âge (p. ex. femmes de 10 à 20 ans).

Il est important de ne pas confondre le risque d'hospitalisation proportionnel avec le risque absolu: si l'on admet que 20% des cas d'hospitalisation sont dus à des fractures durant l'enfance et que cette proportion est de 10% chez les personnes très âgées, le risque absolu d'être hospitalisé

pour cause de fracture peut néanmoins être plus important chez les aînés, car la proportion de personnes âgées hospitalisées est dans l'ensemble beaucoup plus grande.

Dans un second temps (7.5.2), nous prendrons comme référence non plus le nombre de cas, mais les journées d'hospitalisation pour établir la répartition entre les différents groupes de maladies. Là encore, il s'agit de déterminer la part proportionnelle de telle ou telle maladie pour chaque âge par rapport au total des journées d'hospitalisation enregistrées dans les hôpitaux.

- La question qui nous intéresse sera la suivante: si l'on considère une catégorie d'âge déterminée et l'un des deux sexes (p. ex. femmes entre 10 et 20 ans), quelles sont les maladies ou les blessures qui occupent la plus grande proportion des journées d'hospitalisation?

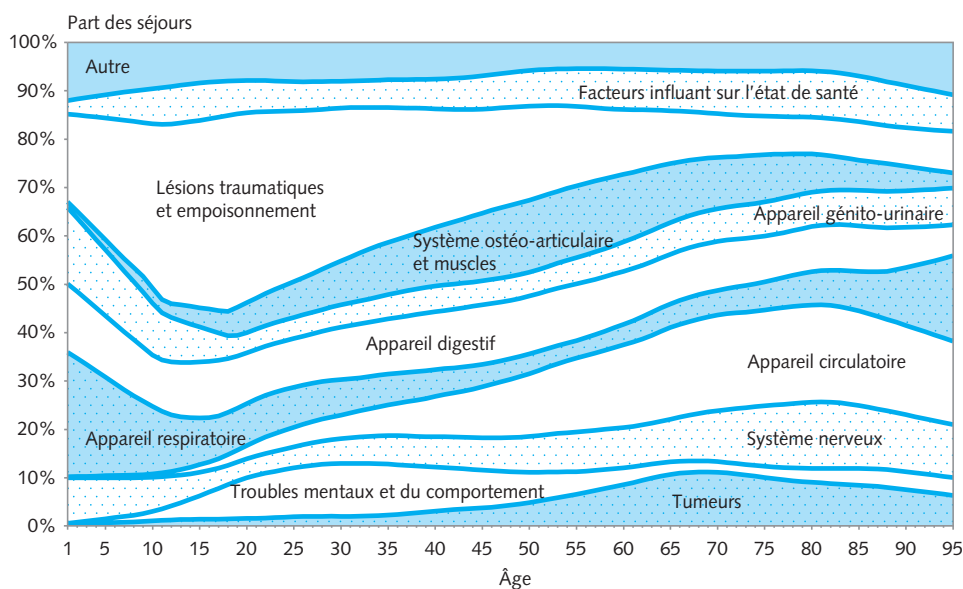
Sachant que chaque journée d'hospitalisation ou de séjour dans un hôpital bernois requiert une infrastructure et une offre de prise en charge, de traitement et de soins, cette analyse renseigne d'une part sur l'utilisation des ressources du secteur hospitalier et, d'autre part, sur l'importance de plusieurs problèmes de santé en termes de perte de journées en bonne santé et, partant, de productivité.

7.5.1 Analyse du nombre d'hospitalisations

Les graphiques 7.7 et 7.8 illustrent le risque d'hospitalisation proportionnel pour les hommes et pour les femmes.

Proportion des différents chapitres de diagnostics parmi les cas d'hospitalisation selon l'âge (hommes)

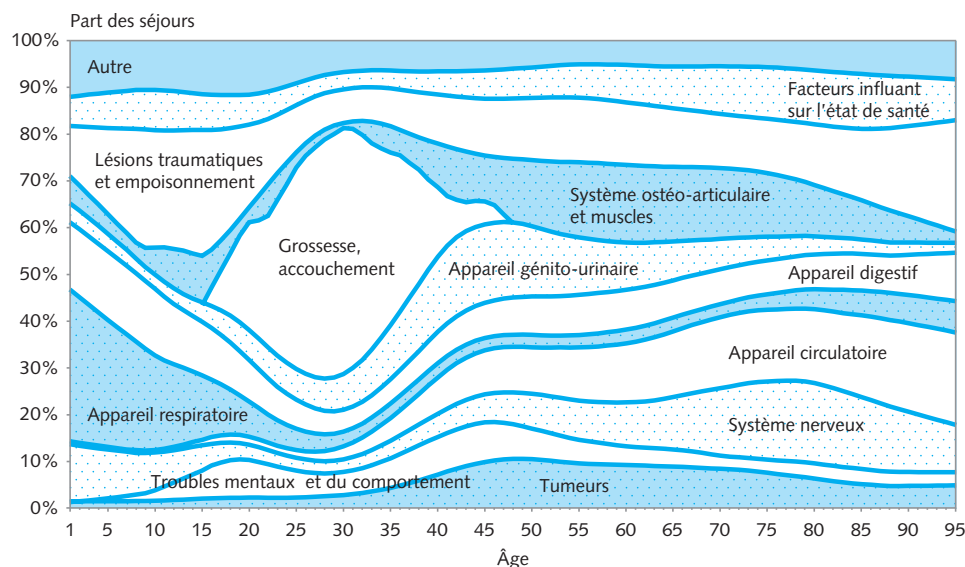
Fig. 7.7



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

Proportion des différents chapitres de diagnostics parmi les cas d'hospitalisation selon l'âge (femmes)

Fig. 7.8



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

Enfance et adolescence

La répartition proportionnelle des motifs d'hospitalisation de la population bernoise présente encore peu de différences entre les sexes durant l'enfance (1 à 10 ans)⁵⁰. Les chapitres de diagnostics concernant l'appareil respiratoire et le système nerveux y occupent une place importante. L'inflammation aiguë ou chronique des amygdales (amygdalite) et l'inflammation de l'oreille moyenne (otite) sont les premières causes d'hospitalisation pour cette tranche d'âge. Elles appartiennent d'ailleurs aux chapitres de diagnostics précités. Le taux légèrement plus élevé chez les garçons de problèmes relevant du chapitre «système génito-urinaire» est essentiellement lié aux circoncisions.

Entre 10 et 20 ans, les hospitalisations sont dues en premier lieu aux lésions traumatiques et empoisonnements, la proportion étant encore plus marquée chez les garçons (de même que le risque absolu, voir les explications dans la section précédente). Les diagnostics individuels les plus fréquents sont les fractures des membres supérieurs tels que l'avant-bras, le bras et l'épaule, mais aussi les entorses, foulures et autres problèmes articulaires. L'appendicite, à classer dans le chapitre des maladies de l'appareil digestif, est également un motif d'hospitalisation répandu dans cette classe d'âge.

⁵⁰ Comme au point précédent, nous renonçons à inclure les nouveau-nés dans l'analyse pour des raisons pratiques.

Les plus grandes différences entre les sexes se manifestent à l'âge adulte

Entre 20 et 60 ans, la répartition proportionnelle des motifs d'hospitalisation varie beaucoup selon les sexes. La différence la plus évidente saute aux yeux en comparant les graphiques 7.7 et 7.8: il s'agit des séjours liés à la maternité (grossesse, naissance et médecine de la reproduction) entre 25 et 35 ans qui peuvent générer jusqu'à 50% des hospitalisations chez les femmes.

Chez les hommes, au début, ce sont encore les lésions traumatiques et empoisonnements qui motivent la plupart des hospitalisations, avant de diminuer fortement au cours des années. On constate par contre une hausse marquée du nombre de problèmes liés à l'appareil circulatoire et au système musculo-squelettique. Au niveau des groupes de diagnostics, ce sont les affections articulaires traumatiques et les luxations qui conduisent le plus souvent les hommes entre 20 et 60 ans à l'hôpital. Second groupe de diagnostics majeur chez les hommes à partir de 35 ans, les spondyloses (arthrose de la colonne vertébrale), les atteintes d'un disque intervertébral et autres problèmes du dos. Il s'agit là d'un problème de santé important, sachant que les hospitalisations ne représentent que la pointe de l'iceberg.

Chez les femmes entre 20 et 40 ans, les séjours hospitaliers sont liés en majorité à la grossesse et à l'accouchement, que ce soit avec ou sans complications. À partir de 40 ans, comme chez leurs homologues masculins, les problèmes du système musculo-squelettique et de l'ap-

pareil circulatoire deviennent plus importants. À noter que chez les femmes, les hospitalisations en raison de tumeurs augmentent déjà nettement avant la quarantaine, alors que ce phénomène ne touche les hommes que bien plus tard. Mais ce sont pour la plupart des tumeurs bénignes, comme nous l'avons souligné au point précédent.

S'agissant des différents groupes de diagnostics, les interventions pour les troubles de la menstruation (curetage, ablation de l'utérus), le traitement des varices, mais également des affections articulaires traumatiques constituent le gros des hospitalisations pour les femmes entre 40 et 60 ans. À partir de 45 ans, l'ostéo-arthrite (affection articulaire d'origine inflammatoire) connaît une progression importante chez les femmes jusqu'à l'âge de 80 ans, où ce problème est à l'origine de la plus forte proportion des hospitalisations.

Les maladies de la dernière phase de vie

Chez les hommes âgés (à partir de 60 ans), les problèmes cardiovasculaires constituent clairement la proportion la plus importante des hospitalisations. Au niveau des groupes de diagnostics, les cardiopathies artérioscléreuses et autres affections cardiaques prédominent. Ce motif d'hospitalisation tient le haut du classement jusque vers 80 ans. Passé cette limite, le traitement de la cataracte passe en tête.

Du côté des femmes, une bonne partie des hospitalisations sont également dues à des problèmes de l'appareil circulatoire, mais aussi à des affections touchant le système nerveux. À noter une forte augmentation des traitements hospitaliers imputables aux lésions traumatiques qui ne concerne que les femmes très âgées. Il convient de mentionner également le chapitre de diagnostics portant le titre «symptômes et états mal définis», qui réunit les cas dans lesquels il est impossible de poser un diagnostic univoque. Il peut s'agir de fièvres d'origine inconnue, de réactions du système lymphatique, de douleurs dont les causes restent nébuleuses ou de réactions allergiques, telles que la dermatite sous toutes ses formes. Ce chapitre comprend aussi les séjours de rééducation, ainsi que différents examens médicaux et «autres suites de traitement».

S'agissant des diagnostics individuels, les femmes entre 60 et 70 sont le plus souvent hospitalisées pour soigner l'arthrite (détérioration de la colonne vertébrale ou d'autres articulations très touchées comme les hanches ou les genoux). À partir de 70 ans et jusque vers 85 ans, le traitement de la cataracte passe en première place,

comme chez les hommes, mais à un niveau étonnamment plus élevé, puisque le taux de prévalence annuel est supérieur à 5% chez les femmes de 80 ans. Passé 85 ans, la fracture du col du fémur constitue le diagnostic principal, ce qui peut expliquer l'augmentation susmentionnée des hospitalisations relevant du chapitre lésions traumatiques.

7.5.2 Analyse du nombre de journées d'hospitalisation

Pour cette dernière analyse, nous allons nous pencher non plus sur le total des cas, mais sur le nombre de journées d'hospitalisation fournies par les hôpitaux et les cliniques. Le rapport entre les cas et les journées d'hospitalisation est déterminé par la durée du séjour hospitalier. En d'autres termes, les maladies qui requièrent un traitement particulièrement long ou au contraire très bref connaîtront automatiquement un taux plus élevé ou plus faible que dans l'analyse fondée sur le nombre de cas. Les questions auxquelles nous entendons répondre sont les suivantes: quels sont les problèmes de santé de la population bernoise qui absorbent le maximum de journées d'hospitalisation? Constate-t-on des différences par rapport à l'analyse des cas?

Toujours en appliquant la même méthode, nous avons calculé dans les graphiques 7.9 et 7.10 la part des journées d'hospitalisation par chapitre de diagnostics selon l'âge, pour les hommes et pour les femmes.

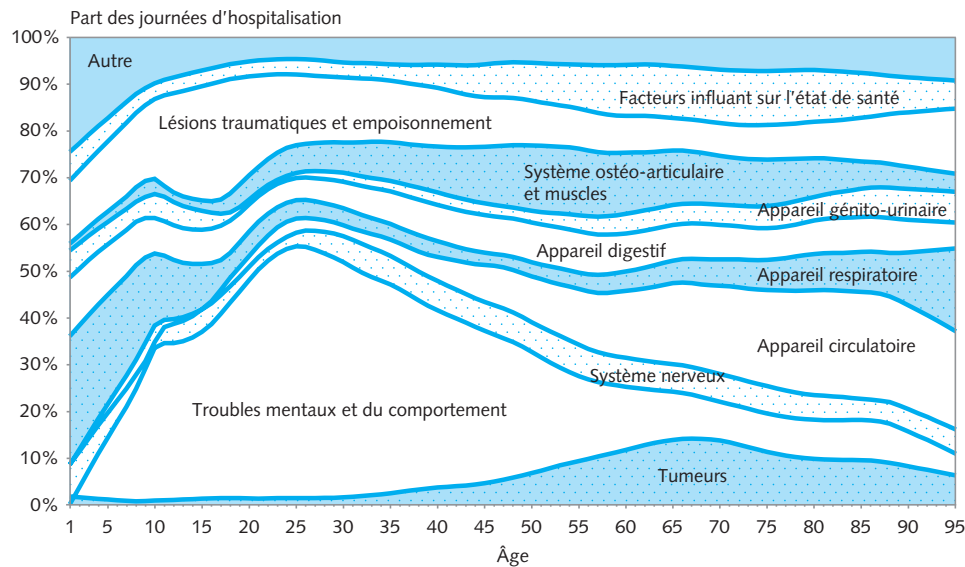
On observe effectivement des écarts importants entre les deux types d'analyse, qui s'expliquent par les maladies psychiques: sans distinction de sexe, ces dernières occupent une grande partie des journées d'hospitalisation fournies aux habitants du canton entre 15 et 60 ans. Chez les hommes, le résultat est simple à interpréter: le maximum est atteint dans la première partie de l'âge adulte, où la moitié des journées d'hospitalisation sont consacrées à ce problème de santé. Chez les femmes, cette courbe est relativement moins marquée en raison du nombre de journées de soins liées à la grossesse et à l'accouchement.

Sachant que les journées d'hospitalisation comptabilisées correspondent au temps durant lequel les maladies psychiques atteignent un degré tel qu'une hospitalisation s'impose, on mesure toute la gravité de ce problème de santé. Sans compter que d'un point de vue plus général, cette période correspond aussi à un manque de productivité pour l'économie.

Le type de troubles psychiques change avec l'âge. Du côté des hommes, la plupart des journées d'hospitalisation enregistrées chez les enfants et les adolescents entre

Proportion des différents chapitres de diagnostics par rapport aux journées d'hospitalisation selon l'âge (hommes)

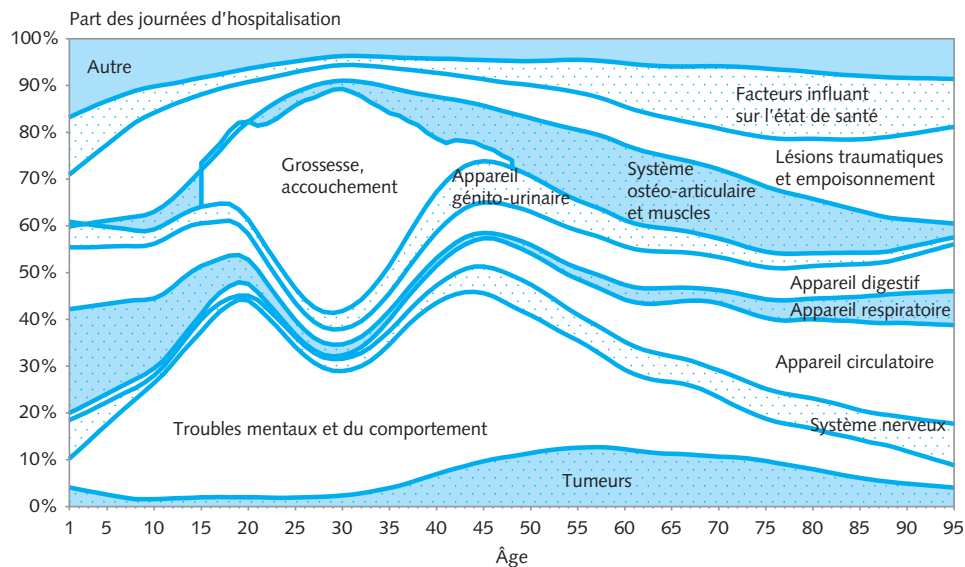
Fig. 7.9



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

Proportion des différents chapitres de diagnostics par rapport aux journées d'hospitalisation selon l'âge (femmes)

Fig. 7.10



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux, données 2002, propres calculs.

5 et 15 ans portent sur le traitement de troubles comportementaux et émotionnels propres à cette période de la vie. Ils incluent les troubles liés au comportement social, les troubles hyperkinétiques (troubles de l'attention), les troubles du développement et les troubles émotionnels. Entre 15 et 40 ans, la majorité des journées d'hospitalisation concernent le traitement de la schizophrénie et autres troubles schizo-affectifs. Puis, entre 40 et 50 ans, ce sont les troubles de l'humeur qui dominent, tels

que la dépression et l'apathie. À noter que les troubles liés à l'abus d'alcool jouent un rôle important chez les hommes entre 30 et 60 ans, arrivant au deuxième rang des groupes de diagnostics générant des journées d'hospitalisation dans cette tranche d'âge.

À partir de 50 ans, chez les hommes toujours, les troubles psychiques cèdent le pas aux séjours de rééducation (chapitre de diagnostics: symptômes et états mal définis), aux maladies cardiovasculaires et aux tumeurs.

Passé 85 ans, le groupe «sénilité et troubles mentaux organiques» occupe la majorité des journées d'hospitalisation. Il inclut la maladie d'Alzheimer, les démences d'origine vasculaire et les atteintes au cerveau et au système nerveux liées à l'âge. L'augmentation des maladies des voies respiratoires chez les hommes très âgés est due aux pneumonies (inflammations des poumons).

Du côté des femmes, les maladies les plus importantes en termes de journées d'hospitalisation entre 1 et 12 ans sont celles des voies respiratoires, dont font partie l'amygdalite, la bronchite et l'asthme. Viennent ensuite entre 13 et 21 ans les troubles mentaux, comme chez les hommes. Il s'agit de troubles anxieux, dissociatifs et somatoformes, de phobies, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'adaptation, de la personnalité et du comportement.

Comme nous l'avons vu, la plupart des journées d'hospitalisation entre 20 et 40 ans sont liées chez les femmes à la maternité. Entre 40 et 60 ans, ce sont les troubles de l'humeur qui dominent, comme pour les hommes, suivis, au deuxième rang, par la schizophrénie et les autres troubles schizo-affectifs. Enfin, entre 60 et 90 ans, la majorité des journées d'hospitalisation sont consacrées aux séjours de rééducation.

Soins psychiatriques

L'analyse des hospitalisations dans le canton de Berne met en évidence un constat souvent méconnu: les maladies psychiques sont un problème de santé majeur dans notre société. Durant la première moitié de l'âge adulte, elles sont fréquemment à l'origine des séjours hospitaliers.

Les cas d'hospitalisation en psychiatrie ne représentent toutefois que la pointe de l'iceberg des souffrances psychiques. Une grande partie des malades suivent en effet un traitement ambulatoire auprès d'un psychiatre, d'un psychothérapeute, de leur médecin de famille ou d'un service psychiatrique. Témoin de l'impact économique des maladies psychiques, les «psychoses et psychonévroses» figurent en tête de liste des motifs de versement d'une rente AI et concernent 86'429 bénéficiaires en Suisse.

Tant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que la «Politique nationale de la santé» de la Confédération et des cantons prévoient des stratégies pour améliorer la santé mentale. Deux voies principales sont tracées: d'un côté promouvoir la santé psychique par la création de conditions sociales favorables et renforcer les ressources personnelles et, de l'autre, mettre en place une offre de soins psychiatriques adaptée aux besoins de la société d'aujourd'hui.

Dans le canton de Berne, la planification des soins psychiatriques, en cours d'élaboration, fera partie de la planification des soins hospitaliers qui devra être adoptée par le Conseil-

exécutif d'ici fin 2007. L'assistance de proximité et la continuité des soins comptent parmi les objectifs prioritaires de ce document.

La mise en place de conditions propices à la santé est une tâche de longue haleine qui requiert des mesures dans les domaines les plus divers: école, politique familiale, sécurité sociale, intégration sociale, aménagement du territoire et bien d'autres encore. Autant dire qu'il faudra sensibiliser tous les acteurs de l'administration cantonale pour promouvoir une nécessaire collaboration entre les Directions.

7.6 Résumé

La statistique médicale des hôpitaux offre une vue d'ensemble sur les hospitalisations de la population bernoise. Disponibles sous forme codée, les diagnostics médicaux peuvent faire l'objet d'analyses plus ou moins détaillées, du général – les chapitres de diagnostics (classification sommaire des maladies) – au particulier – les groupes de diagnostics, qui permettent d'obtenir des résultats beaucoup plus nuancés mais aussi plus complexes. Nous nous sommes intéressés ici aux diagnostics principaux des hospitalisations de patients bernois survenues en 2002. Les données ont été analysées en tenant compte de l'âge, du sexe et des diagnostics (chapitres et groupes) sur la base du «Clinical Classification System».

Cette statistique est encore relativement nouvelle, puisque l'enquête a été introduite en 1998 seulement. Son caractère administratif et routinier fait que la qualité des données dépend en grande partie de l'engagement et de la motivation des responsables dans les différents hôpitaux. Cet inconvénient est cependant compensé par un avantage de taille: obligatoire dans tout le pays, cette enquête exhaustive et uniforme livre en principe une image complète des prestations hospitalières fournies par les hôpitaux.

L'analyse des données en fonction de l'âge permet de dessiner une sorte de biographie de maladies donnant des indications détaillées sur les maux dominants dans chaque phase de la vie. Il convient toutefois de rappeler que seules les données transversales ont été analysées. Outre le facteur âge, d'autres effets de cohorte (différences entre les générations) pourraient donc influencer sur les écarts observés entre les catégories d'âge.

La réserve susmentionnée est d'ailleurs encore plus importante pour les écarts constatés entre les genres. Les résultats concernant les taux d'hospitalisation seront en effet fort différents à l'avenir si les comportements à risque propres à chaque sexe continuent de se modifier (p. ex. augmentation du nombre de jeunes fumeuses).

Comme nous l'avons vu, les lésions traumatiques et empoisonnements sont les premières causes d'hospitalisation durant la jeunesse. Plus tard, ils sont supplantés par les maux de dos et les problèmes articulaires, à tel point qu'ils pourraient presque mériter le qualificatif de «maladie de civilisation». Les années passant, ce sont les troubles cardiovasculaires et les tumeurs (cancers) qui passent au premier plan. Nous retenons également le grand nombre d'hospitalisations programmées, telles que la circoncision chez les hommes et les interventions sur les varices chez les femmes, souvent pour des raisons esthétiques.

Les différences biologiques entre les sexes expliquent l'écart le plus frappant entre les hommes et les femmes, qui concerne les hospitalisations liées à la maternité. D'autres divergences en revanche découlent d'attitudes et de modes de vie différents. Dès l'enfance et l'adolescence, les garçons ont un comportement à risque plus marqué, qui se traduit par un taux d'hospitalisation plus élevé pour cause d'accidents et de lésions traumatiques. Du côté des femmes, on constate à un âge avancé un fort risque de chute chez les personnes qui tiennent encore leur ménage de manière autonome.

En outre, le taux d'hospitalisation en raison de maladies cardiovasculaires, qui dépend beaucoup du comportement de santé individuel, est nettement plus élevé chez les hommes. Ce facteur est d'ailleurs en partie responsable de leur espérance de vie comparativement moins grande.

Enfin, l'analyse des journées d'hospitalisation met en évidence l'importance des troubles psychiques soignés en psychiatrie, un résultat étonnant par son ampleur, qui tient cependant au fait que ces maladies durent longtemps et que leur traitement requiert davantage de temps que les maladies somatiques.

La statistique médicale constitue un outil précieux pour analyser la santé de la population bernoise et il sera intéressant d'effectuer après un certain temps des comparaisons longitudinales pour dégager des tendances. Ces données revêtiront d'ailleurs une importance cruciale pour les hôpitaux avec l'introduction de modèles de financement liés aux diagnostics.

8 Bibliographie

- Alsaker, F.D. (2003).* Quälgeister und ihre Opfer. Bern: Verlag Hans Huber.
- Andrews, F., J. Morgan et J. Sonquist (1971).* Multiple Classification Analysis: A Report on a Computer Program for Multiple Regression using Categorical Predictors. Ann Arbor, Mi.: Survey Research Center, Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Etat de santé: les aspects psychosociaux de la santé. In: OFS, Office fédéral de la statistique (éd.). Santé et comportements vis-à-vis de la santé 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Badura, B. (éd.) (1981).* Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Baggott, R. (2000).* Public Health. Policy and Politics. New York: Palgrave.
- Balarajan, R. et V. Soni Raleigh (1995).* Ethnicity and Health in England. London: HMSO.
- Benninghaus, H. (2002).* Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bisig, B. et F. Gutzwiller (2004a).* Wohnregion (Sprachregion und MS-Region) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig et F. Gutzwiller (éd.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 119–146.
- Bisig, B. et F. Gutzwiller (2004b).* Schlussfolgerungen/Massnahmen. In: B. Bisig et F. Gutzwiller (éd.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 225–234.
- Bisig, B. et F. Gutzwiller (2004c).* Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht und Band 2 Detailresultate. Chur: Rüegger (résumé en français: Prestations de santé en Suisse: pléthore ou pénurie?).
- Bisig, B. et G. Gmel (2004).* Schulbildung/Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig et F. Gutzwiller (éd.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 55–82.
- Bisig, B. et V. Beer (1996).* Mortalité. In: La santé dans le canton de Fribourg. Lausanne: Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux (ISH/SKI).
- Bortz, J. (2004).* Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bourdieu, P. (1979).* La distinction. Critique sociale du jugement. Ed. de Minuit.
- bpa, Bureau suisse de prévention des accidents (2003).* Les accidents en Suisse: statistique 2003. Berne: Bureau suisse de prévention des accidents.
- Cardia-Vonèche, L. et B. Bastard (1999).* L'environnement social. In: Gutzwiller, F. et O. Jeanneret (éd.). Médecine sociale et préventive, santé publique. Berne et al.: Hans Huber: 471–479.
- Carstairs, V. et R. Morris (1989).* Deprivation: Explaining Differences in Mortality Between Scotland and England and Wales. British Medical Journal 299: 886–889.
- Cole, T.J., M.C. Bellizzi, K.M. Flegal et W.H. Dietz (2000).* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 320: 1–6.
- Crivelli, L., M. Filippini et I. Mosca. (2003).* Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per I Cantoni svizzeri. Lugano: Università della Svizzera italiana, Mecop.
- Dawson, D. A. et R. Room (2000).* Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö Conference overview. Journal of Substance Abuse, 12 (1–2): 1–21.

- Domenighetti, G. et C. Limoni (1994).* Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse. *Ars Medici* 14: 966–969.
- Domenighetti, G. et L. Crivelli (2001).* Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lausanne: IEMS, Université de Lausanne; Lugano: Università della Svizzera italiana.
- Doppmann, R. (1985).* Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz. Basel: Schlattmann.
- Drever, F. et M. Whitehead (1995).* Mortality in Regions and Local Authority Districts in the 1990s: Exploring the Relationship with Deprivation. *Population Trends* 82: 19–27.
- Egger T. (2003).* Intégration et travail: champs d'action, acteurs et pistes pour l'amélioration des étrangers sur le marché du travail suisse, Berne: Commission fédérale des étrangers, CFE.
- Eichholzer, M. (2003).* Poids corporel en Suisse: revue de la littérature récente (résumé en français). <http://www.swissbalance.ch>, 2.8.2004.
- Eisner, M et P. Manzoni (éd.) (1998).* Gewalt in der Schweiz: Studien zur Entwicklung, Wahrnehmung und staatlichen Reaktion. Chur/Zürich: Rüegger.
- Eisner, M. et M. Killias (2004).* Country Survey: Switzerland. In: *European Journal of Criminology*, Vol. 1 (2): 257–293.
- Fondation suisse de cardiologie. (sans année).* L'hypertension artérielle. Berne: Fondation suisse de cardiologie.
- Ge, X., F.O. Lorenz, R.D. Conger, G.H. Elder Jr. & R.L. Simons (1994).* Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology* 30: 467–483.
- Gmel, G. (2000).* Ampleur et facteurs d'influence de la consommation de somnifères, d'analgésiques et de tranquillisants. In: E. Maffli (éd.). *L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques*. Lausanne: SFA-ISPA Press: 25–31.
- Grob A., R. Lüthi et A. Flammer (1990).* Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Gubéran, E. et M. Usel (2000).* Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT).
- Haari, R., C. Rüefli et A. Vatter (2002).* Comment s'expliquent les différences intercantoniales des coûts de la santé. In: *Sécurité sociale* 1/02: 16–18.
- Harding, S. et R. Maxwell (1997).* Differences in the Mortality of Migrants. In: F. Drever et M. Whitehead (éd.). *Health Inequalities: Decennial Supplement*. London: Stationery Office: 108–121.
- Hartung, J. et B. Elpelt (1986).* *Multivariate Statistik: Lehrbuch und Handbuch der angewandten Statistik*. München: Oldenbourg.
- HEA; Health Education Authority (1997).* Guidelines: promoting Physical Activity with Black and Minority Ethnic Groups. London: HEA.
- Hense, H.-W. (1997).* Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (éd.). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber: 264–274.
- Hirsig, R. (1996).* *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band I*. Zürich: Seismo.
- Hirsig, R. (1997).* *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band II*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F. et V. Hugentobler (2003).* Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse – Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. Berne: Huber.
- Idler, E.L. et Y. Benyamini (1997).* Self-rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav* 38: 21–37.
- IHA-GfK Hergiswil (2003).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Schlussbericht zur Datenerhebung (document interne).
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich (éd.) (1994).* *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Interpharma, service de communication (2003).* Le marché du médicament en Suisse. Bâle: Pharma Information.
- ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004a).* *Infodrogues Tabac*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

- ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004b)*: La réalité sur les drogues – Corriger les erreurs courantes. Texte téléchargé sur le site www.sfa-isp.ch (2.11.2004).
- ISPA, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004c)*. Infodrogues Cocaine. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
- Jaggi A., C. Junker, C. Minder (2001)*. Beeinflusst die medizinische Versorgungsstruktur den Anteil Todesfälle im Spital? Eine ökologische Analyse in den MS-Regionen der Schweiz. *Soz Präventivmed.* 46(6): 379–88.
- Jeanrenaud C. et al. (2003)*. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Rapport élaboré à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Neuchâtel, octobre 2003.
- Kapellen, T.M., A. Galler, A. Böttner et W. Kiess (2004)*. Epidemiologie, Behandlungsstrategie und Prävention von Typ 2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Med Wochenschr* 129: 1519–1523.
- Künzli, N., R. Kaiser, R. Rapp, H. Sommer, H.-U. Wanner, R. Seethaler et U. Ackermann-Liebrich (1997)*. Pollution de l'air en Suisse – Quantification des effets sur la santé et données de base épidémiologiques. *Journal suisse de médecine* 127, 1997: 1361–1370.
- Ladewig, D. (2000)*. L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance. In: E. Maffli (éd.). *L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques*. Lausanne: SFA-ISPA Press: 25–31.
- Lamprecht, M. et HP. Stamm (1999)*. Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: C. Maeder, C. Burton-Jangros et M. Haour-Knipe (éd.). *Santé, médecine et société*. Zurich: Seismo: 62–85.
- Lewinsohn, P.M., H. Hops, R.E. Roberts, J.R. Seeley & J.A. Andrews (1993)*. Adolescent psychopathology. In: *Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*. *Journal of Abnormal Psychology* 102: 133–144.
- MacIntyre, S. McIver et A. Soomans (1993)*. Area, Class and Health: Should We Be Focusing on Places or People? *Journal of Social Policy* 22: 213–234.
- Mackenbach J.P., J.G. Simon, C.W.N. Looman et I.M.A. Joung (2002)*. Self-assessed Health and Mortality: Could Psychosocial Factors Explain the Association? *International Journal of Epidemiology* 31 (6): 1162–1168.
- Maffli, E. et U. Bahner (1999)*. Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz (Forschungsbericht Nr. 33). Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Marti, Bernard et Achim Hättich (1999)*. Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Mechanic, D. (1963)*. Religion, religiosity and illness behavior: The special case of the Jews. *Human Organization* 22: 202–208.
- Meslé, F. (2004)*. Espérance de vie: un avantage féminin menacé? *Population et Sociétés*. Bulletin d'information 402. Paris: Institut national d'études démographiques.
- Meyer, P.C. et O. Jeanneret (1999)*. Les déterminants sociaux et structurels de la santé. In: Gutzwiller, F. et O. Jeanneret (éd.). *Médecine sociale et préventive, santé publique*. Berne et al.: Hans Huber: 480–489.
- Mielck, A. (2000)*. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Berne: Huber.
- Mielck, A. (éd.) (1994)*. Krankheit und soziale Ungleichheit, Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich.
- Müller, S et G. Gmel (2002)*. Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Sozial- und Präventivmedizin* 47: 14–23.
- Narring, F., A. Tschumper, L. Inderwildi Bonivento, A. Jeannin, V. Addor, A. Bütikofer, J.-C. Suris, C. Diserens, F. Alsaker & P.-A. Michaud (2004)*. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne (Raisons de santé, 95b).
- Nazroo, J.Y. (1997)*. The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey. London: Policy Studies Institute.
- Nizard A. (1997)*. Les trois révolutions de la mortalité depuis 1950. *Population et Sociétés*. N° 327. Paris: Institut national d'études démographiques.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1997)*. Les niveaux géographiques de la Suisse. Berne: Office fédéral de la statistique.

- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2000). Santé et comportements vis-à-vis de la santé 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2003a). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Erhebungsmethode in Kürze. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (document interne).
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2003b). Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Dokument 3.5. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (document interne).
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2003d). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2003e). Statistique des causes de décès. Causes de mortalité 1997 et 1998. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2004a). Statistique des causes de décès. Causes de mortalité 1999 et 2000. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2004b). L'évolution démographique des cantons de 2002 à 2040. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2004c). Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2003. Résultats définitifs, après l'adaptation au RFP 2000. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, *Office fédéral de la statistique* (2005). Ages et générations – La vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (Office fédéral du sport), *Office fédéral de la santé publique (OFSP), et al.* (2001). Répercussions économiques du rapport entre santé et activité physique: premières estimations pour la Suisse. Bulletin OFSP 2001, 33: 604–607.
- OMS, *Organisation mondiale de la santé* (1997). Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève: Organisation mondiale de la santé (Série de rapports techniques, n° 894).
- OMS, *Organisation mondiale de la santé* (2001). Rapport mondial sur la santé – la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, *Organisation mondiale de la santé* (2002). Rapport sur la santé dans le monde – réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS, *Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe* (1999). Santé 21. Série européenne de la Santé pour tous, n° 6. Copenhague: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation panaméricaine de la santé* (2002). La Standardisation: une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. Bulletin épidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO). Vol. 23(3). Washington.
- Organisation panaméricaine de la santé* (2003). Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité: les années potentielles de vie perdues. Bulletin épidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO). Vol. 24(2). Washington.
- Prader, A., R.H. Largo, L. Molinari & C. Issler (1989). Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. *Paediatrica Acta*, 1989, Suppl. 52.
- Rehm, J. (1998). Measuring quantity, frequency and volume of drinking. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22 (2 Suppl): 4S–14S.
- Resnick, M.D., P.S. Bearman, R.W. Blum et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278: 823–832.
- Rüefli, C. et A. Vatter (2001). Les différences intercantonnales en matière de coûts de la santé. Rapport de recherche 14/01. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Rüesch, P. et P. Manzoni (2003). La santé psychique en Suisse. *Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schmid, H., E.N. Kuntsche et M. Delgrande (éd.) (2003). Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern. Bern: Haupt.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- SECO, *Secrétariat d'Etat à l'économie* (2002). *Tendances conjoncturelles, hiver 2002/03*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Shaw, M., D. Dorling et N. Brimblecombe (1998). *Changing the Map: Health in Britain 1951–91*. *Sociology of Health and Illness* 20(5): 694–709.
- Smala, Antje M., Iris Beeler et Thomas Szucs (2001). *Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz*. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Steinhausen, H.C., & Winkler Metzke, C. (2000). *Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study*. *Journal of Youth and Adolescence* 29: 427–440.
- Suva, *Caisse nationale suisse en cas d'accidents* (2004). *Statistique des accidents LAA 1998 – 2002*. Rapport quinquennal. Lucerne: Caisse nationale suisse en cas d'accidents.
- The Lancet – Editorial* (2001). *Childhood obesity: an emerging public-health problem*. *The Lancet*, 357, 1989.
- Urban, D. (1993). *Regressionstheorie und Regressionstechnik*. Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002). *Mortalité, sexe et genre*. In: Guillaume Wunsch, Graziella Caselli, Jacques Vallin (Dir.). *Démographie: analyse et synthèse*. INED. Paris.
- Vatter, A., M. Freitag, M. Bühlmann et C. Müller (2004). *Politische, soziale und ökonomische Daten zu den Schweizer Kantonen 1983–2002*. Bern: Institut für Politikwissenschaft.
- Wabitsch, M. (2004). *Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47: 251–255.
- Wanner, H-U. (1993). *Le bruit*. In: W. Weiss (éd.). *La santé en Suisse*. Zurich: Seismo: 413–423.
- Wechsler, H., A. Davenport, G. Dowdall, B. Moeykens & S. Castillo (1994). *Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses*. *Journal of the American Medical Association* 272: 1672–1677.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Weiss, R. et al. (2004). *Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents*. *N Engl J Med* 350: 2362–2374.
- Weiss, W. (éd.) (2000a). *Deuxième rapport sur la santé dans le canton de Berne*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.
- Weiss, W. (éd.) (2000b). *Enquête suisse sur la santé 1997, canton du Valais*. Sion: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, canton du Valais.
- Weiss, W. et al. (éd.) (1996). *Die Gesundheit im Kanton Basel-Stadt*. Lausanne: Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux ISH/SKI.
- Weiss, W., T. Spuhler, F. Gruet, D. Guidani et H. Noack (1990). *Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé»*. Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Lausanne: Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux ISH/SKI.
- Wild, S. et P. McKeigue (1997). *Cross-sectional Analysis of Mortality by Country of Birth in England and Wales 1970–92*. *British Medical Journal* 314: 305–310.
- Windle, M. (1996). *An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability*. *Journal of Studies on Alcohol* 57: 627–637.
- Zahnd, D. (2003). *Statistique médicale des hôpitaux: Clinical Classification System (CCS) – un instrument pour évaluer la statistique médicale*, OFS, CodeInfo 2/03: 7–11.
- Zola, I.K. (1966). *Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints*. *American Sociological Review* 31: 615–630.

9 Annexe

9.1 Annexe au chapitre 1: Enquête suisse sur la santé

9.1.1 Description de l'échantillon

L'Enquête suisse sur la santé de 2002 (ESS02) est la troisième du genre, après l'ESS92/93 et l'ESS97. Il s'agit d'une enquête par échantillonnage représentative de la population résidente (Suisses et étrangers établis) âgée d'au moins 15 ans vivant dans un ménage privé équipé d'un raccordement téléphonique. Pour ce type d'enquête, la sélection des participants est particulièrement importante si l'on veut obtenir une image fidèle de la population totale. Afin d'éviter les variations saisonnières, l'échantillon a été tiré en quatre vagues successives correspondant aux quatre saisons.

Concrètement, l'échantillon a fait l'objet d'un tirage aléatoire à deux niveaux selon un plan d'échantillonnage stratifié par canton. Les 25 strates correspondent donc aux cantons suisses, les demi-cantons d'Appenzell AI et AR ayant été regroupés pour l'enquête. Au sein de chaque strate, la sélection s'est déroulée en deux temps: premièrement, tirage aléatoire de ménages à l'aide du registre téléphonique électronique et, deuxièmement, tirage aléatoire d'une personne dans chaque ménage sélectionné. Les cantons avaient la possibilité d'augmenter la taille de l'échantillon en finançant des interviews supplémentaires pour pouvoir effectuer à leur niveau des analyses fiables. Les 16 cantons suivants ont bénéficié d'un échantillon représentatif: AG, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SG, SO, TI, VD, VS, ZG, ZH (OFS 2003a).

Dans l'ensemble du pays, 19 706 personnes ont participé à l'enquête. Si l'on soustrait les 2 044 adresses non valables (adresses commerciales, maisons de vacances, numéros de fax, etc.) de l'échantillon brut totalisant 32 868 ménages, on obtient un taux de réponse de 64%, ce qui est relativement élevé en comparaison internationale. Les interviews ont été réalisées dans les trois langues officielles exclusivement: 13 249 en allemand (taux de participation: 65,5%), 4 950 en français (61,1%) et 1 507 en italien (60,4%).

Quelques précisions sur les 36% qui n'ont pas participé à l'enquête:

- Au niveau des ménages, il n'a pas été possible d'effectuer d'interview dans 7668 cas (23,3% de l'échantillon brut) pour les raisons suivantes: refus de participer (56%), pas de réponse (jusqu'à 50 tentatives d'appel, 21%), problème de santé (10%), problème de langue (7%), autres raisons (5%).
- Au niveau des personnes cibles, il n'a pas été possible d'effectuer d'interview dans 3450 cas (10,5% de l'échantillon brut) pour les raisons suivantes: refus de participer (64%), pas de réponse (24%), problème de santé (4%), problème de langue (3%), autres raisons (5%) (OFS 2003a).

Près de 900 ménages ou personnes cibles n'ont pas pu répondre pour cause de problème de santé et 650 autres en raison de difficultés liées à la langue. Sans une analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques des individus qui n'ont pas été en mesure de participer, il est difficile d'évaluer l'impact sur la représentativité de l'échantillon. Ce constat pourrait toutefois indiquer que les personnes souffrant de graves problèmes de santé entraînant des séjours prolongés à l'hôpital ou dans un home ainsi que les groupes de population étrangère non intégrée du point de vue de la langue seraient sous-représentés dans l'enquête avec, pour corollaire, une sous-estimation partielle de certains problèmes de santé de la population en général.

9.1.2 Saisie des données

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour relever les données requises dans le cadre de l'ESS. Pour les personnes cibles âgées de 15 à 74 ans, il s'agissait d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur («Computer Assisted Telephone Interview» CATI). Au total, 18'554 entretiens de ce type ont été réalisés, ce qui correspond à 94,2% de l'échantillon. Si une personne était dans l'incapacité de répondre pour une raison ou une autre (séjour pro-

longé à l'étranger, problèmes de compréhension ou d'expression), c'est un tiers qui a été chargé de fournir les renseignements pour la personne cible. Connue sous le nom de «proxy interview», cette méthode a été employée pour 947 personnes (4,8% de l'échantillon). Les interviews portaient sur quelque 400 questions et duraient en moyenne un peu moins de 40 minutes. Enfin, des entretiens personnels ont été menés avec 205 (1,0% de l'échantillon) des 1823 personnes âgées de 75 ans et plus qui l'avaient demandé. Les 18'759 personnes cibles qui ont été interrogées par téléphone ou personnellement ont ensuite reçu par la poste un questionnaire complémentaire écrit, pour lequel le taux de participation est équivalent à 86,0%, ce qui représente 16'141 personnes (OFS 2003a).

L'OFS a mandaté l'institut d'études de marché IHA-GfK à Hergiswil pour réaliser l'enquête. Des collaborateurs de l'office se rendaient au moins une fois par semaine dans le laboratoire téléphonique de l'institut afin de s'assurer de la qualité du travail effectué. Pour plus de détails concernant la saisie des données, consulter le rapport final établi par la société (2003).

9.1.3 Pondération des données

Après la sélection des participants, la pondération des données recueillies est une autre étape cruciale pour s'assurer que les conclusions tirées de l'enquête soient valables pour toute la Suisse. Elle permet en effet de corriger, en partie du moins, les différences liées au tirage de l'échantillon, telles qu'un déséquilibre au niveau de la taille des ménages ou l'impact des non-réponses. Pour ce faire, la composition de l'échantillon est comparée avec la structure de la population résidente suisse de 15 ans et plus (état: fin 2001), qui comprend les personnes vivant aussi bien en ménage privé qu'en ménage collectif. Cette opération consiste essentiellement à calculer en fonction de critères sociodémographiques un facteur de pondération pour chaque personne interrogée, à l'aide duquel chacune de ses réponses sera ensuite multipliée. On espère, sans pouvoir le vérifier, que la représentativité de l'échantillon s'étendra alors à toutes les caractéristiques étudiées.

Pour les interviews téléphoniques et personnelles, les critères suivants ont été inclus dans le calcul des facteurs de pondération: taille du ménage (nombre d'individus de plus de 15 ans vivant dans le ménage de la personne interviewée), sexe (masculin, féminin), âge (six groupes: 15–24 ans, 25–34 ans, 35–44 ans, 45–59 ans, 60–69 ans, 70 ans et plus), nationalité (suisse, étrangère) et strate de l'échantillon (cantons répartis en 16 groupes).

Pour l'enquête écrite, il a été tenu compte en plus du niveau de formation, de l'état de santé subjectif et d'éventuels handicaps visuels (OFS 2003b). Si on constatait par exemple que les femmes étrangères âgées de 70 ans et plus étaient sous-représentées dans l'échantillon téléphonique national par rapport à la population résidente suisse, cette différence pouvait être corrigée grâce à la pondération pour obtenir la même proportion dans les deux cas.

9.1.4 Exploitation des données

Dans ce passage, nous donnerons un bref aperçu des méthodes statistiques employées pour les analyses figurant dans le présent rapport. Pour plus d'informations sur les fondements et les calculs, nous renvoyons à la littérature spécialisée (Bortz, 2004, Benninghaus 2002, Urban 1993, Hartung et Elpelt 1986, Hirsig 1996, 1997).

Les pourcentages sont présentés selon la distribution des fréquences simples et se fondent sur les données pondérées. En outre, le nombre précis de personnes interrogées (nombre de cas) est indiqué dans chaque tableau ou graphique pour les rubriques analysées, chiffres qui reposent toujours sur les données non pondérées. Lorsque le nombre de personnes interrogées équivaut à moins de 30 cas, le pourcentage dans la cellule figure entre parenthèses. S'il tombe en dessous de 10, aucun chiffre n'est inscrit dans le tableau.

Pour l'analyse des corrélations bivariées, les tests de signification et les coefficients de corrélation sont calculés sur la base des données non pondérées. La détermination de la signification tient compte des deux seuils d'erreur usuels en sciences sociales, à savoir 5% (significatif) et 1% (très significatif). Afin d'examiner non seulement la signification de l'association mais aussi le degré de corrélation, différentes mesures d'association sont calculées en fonction du niveau d'échelle. Il est fait recours au V de Cramer (V) pour les variables nominales, au gamma de Goodman et Kruskal (γ) pour les variables ordinales et à la corrélation produit-moment de Pearson (r) pour les variables mesurées sur une échelle d'intervalle. Ces coefficients de corrélation ont des valeurs comprises entre 0 (corrélacion nulle entre les deux variables) et 1 ou -1 (corrélacion parfaite entre les deux variables).

Ont également été appliquées pour les analyses multivariées les méthodes conventionnelles de l'analyse de régression (logistique) et de l'analyse de variance. Dans l'analyse de régression, on tente de trouver la fonction permettant de prédire au mieux la distribution d'une variable dépendante sur la base de la distribution d'une variable indépendante. Avec la méthode des moindres car-

rés ordinaires (estimateur MCO) utilisée ici, «au mieux» signifie que la somme des écarts au carré entre les valeurs estimées et les valeurs effectivement observées doit être minimale. Deux indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la qualité de cette prédiction, autrement dit la force de la relation linéaire entre les deux variables: le coefficient de régression standardisé (correspondant à la corrélation produit-moment de Pearson dans le modèle bivarié), qui renseigne sur le degré et la direction de la relation, et le coefficient de détermination (R^2), qui indique dans quelle mesure la variance des variables dépendantes peut être expliquée par les variables indépendantes. Dans le modèle multivarié, le coefficient de régression standardisé (coefficient bêta) traduit l'effet des variables indépendantes, lorsque l'influence de toutes les autres variables indépendantes spécifiées est rendue constante.

L'estimateur MCO ne peut pas être appliqué lorsque la variable dépendante prend la modalité 0 ou 1, car les hypothèses du modèle linéaire général ne sont pas remplies. Il faut donc recourir à la régression logistique. En prenant le logarithme, la variable dépendante binaire est transformée de sorte qu'elle varie théoriquement de moins l'infini à plus l'infini. À partir des modalités des variables indépendantes, la régression logistique estime la probabilité que la variable à expliquer prenne la valeur 1. Si les estimateurs sont positifs (et significatifs), la probabilité que la variable dépendante obtienne la valeur 1 augmente. Les estimateurs négatifs (significatifs) indiquent par contre une diminution de la probabilité (Urban 1993).

L'analyse de variance est un procédé permettant de tester des hypothèses. La méthode d'analyse de classification multiple employée au chapitre 5 en fait partie, mais peut aussi être considérée comme un cas particulier d'analyse de régression (Bortz, 2004, Andrews et al. 1971). Comme cette dernière, l'analyse de variance permet de répondre à la question de savoir dans quelle mesure la variance d'une variable dépendante s'explique par une ou plusieurs variables indépendantes ou par leur interaction. Dans l'analyse de régression, l'explication de la variance est déterminée en fonction des écarts par rapport à la droite de régression, alors que dans l'analyse de variance, il s'agit des écarts à la moyenne du groupe. Cette caractéristique de l'analyse de variance fait que les hypothèses centrales – linéarité des relations et variables sur une échelle d'intervalle – sont formulées de manière moins stricte, un avantage non négligeable.

9.2 Annexe au chapitre 2.4: mortalité et causes de décès

Les données utilisées proviennent de la statistique des causes de décès (voir p. ex. OFS 2003d, 2004e) et de la statistique de l'état annuel de la population (voir p. ex. OFS 2004f). Les taux de mortalité se fondent sur la population résidente permanente au milieu de l'année⁵¹ et les analyses géographiques se réfèrent au canton dans lequel les personnes décédées avaient leur domicile légal. Les taux de mortalité sont standardisés par âge selon la méthode de standardisation directe (Organisation panaméricaine de la santé 2002), la population standard européenne de 1976 constituant la population de référence. Les causes de décès sont classées selon la classification internationale des maladies (CIM-10, OFS 2004a). Afin d'éviter une trop forte pondération de la mortalité infantile, les décès survenant durant la première année d'existence ont été exclus dans la section 2.4.2.

L'analyse des années potentielles de vie perdues (APVP) donne des indications sur les causes les plus fréquentes de décès «prématuré» et, partant, sur les éventuelles mesures à prendre du point de vue de la prévention (OFS, 2004a). Pour ce faire, il n'est pas tenu compte uniquement du décès, mais de l'âge auquel il est intervenu (Organisation panaméricaine de la santé 2003).

Formule 1: calcul des APVP

Les APVP spécifiques à une cause de décès se calculent en additionnant les décès par âge dus à cette cause, puis en multipliant le résultat par la différence entre l'âge observé et la limite d'âge, fixée à 70 ans, ce qui donne la formule suivante:

$$VPL = \sum_{i=1}^L (L - i) \cdot d_i$$

L = âge observé et L = limite d'âge choisie, i = âge au moment du décès et d_i = nombre de décès à l'âge i .

Source: Organisation panaméricaine de la santé (2003)

L'indice standardisé de mortalité (ISM) mesure la différence de mortalité entre deux régions en tenant compte de la structure d'âge de ces dernières. Un ISM de 100 signifie qu'il n'y a aucune différence entre les deux régions observées. Une valeur de 110 dans un canton indique un taux de mortalité supérieur de 10% à la moyenne suisse. En revanche, un résultat de 90 reflète un taux de mortalité inférieur de 10% à la moyenne nationale dans le canton considéré et pour la cause de décès étudiée (Bisig et Beer 1996).

⁵¹ Moyenne arithmétique entre la population résidente permanente au 1^{er} janvier et au 31 décembre d'une année civile.

Formule 2: Indice standardisé de mortalité (ISM)

$$ISM = \frac{K}{\sum_{x=1}^g \left[E_x \cdot \frac{C_x}{R_x} \right]} \cdot 100$$

g = nombre de groupes d'âge, R_x = population dans le groupe d'âge x en Suisse, C_x = nombre de cas dans le groupe d'âge x en Suisse, E_x = population dans le groupe d'âge x du canton et K = nombre de cas observés dans le canton.

Source: Organisation panaméricaine de la santé (2002)

9.3 Annexe au chapitre 6: santé et styles de vie des adolescents de 11 à 20 ans

9.3.1 Tirage de l'échantillon et représentativité

Dans les deux cas, l'échantillon a été tiré en appliquant la méthode de l'échantillonnage par grappes, chaque grappe étant constituée par une classe d'école, en s'appuyant sur le fichier répertoriant les classes fourni par l'OFS pour l'étude HBSC et sur les listes cantonales de toutes les classes du domaine postobligatoire public pour l'étude SMASH. Le tableau 9.1 met en parallèle les échantillons bernois et suisse avec les données du recensement fédéral de la population 2000.

La comparaison avec les données du recensement d'une part et l'échantillon national d'autre part montre

que l'échantillon bernois de l'étude HBSC compte davantage d'adolescents des catégories d'âge supérieures. L'étude SMASH, quant à elle, n'est représentative qu'au niveau de la région linguistique. De plus, l'échantillon bernois comprend davantage d'apprentis, de jeunes de nationalité suisse (ce qui s'explique par le pourcentage d'étrangers moins élevé dans le canton de Berne) et, chez les participantes, de filles de la tranche d'âge supérieure. Il convient de prendre en compte ces différences au moment de comparer les résultats obtenus dans le canton de Berne avec les données recueillies pour l'ensemble du pays.

9.4 Annexe au chapitre 7: hospitalisations de la population bernoise

9.4.1 Remarques sur la méthode

Nous avons utilisé pour ce chapitre les données de la statistique médicale des hôpitaux 2002, en tenant compte de l'ensemble des sorties de patients domiciliés dans le canton de Berne qui ont été soignés en 2002 en mode hospitalier ou semi-hospitalier dans des hôpitaux de Suisse (y compris dans des établissements non bernois). Les classes d'âge ont été constituées dans une fourchette entre 1 et 95 ans, la dernière catégorie comprenant également les personnes plus âgées que cette limite.

Tab.9.1 Composition des échantillons bernois des études HBSC et SMASH comparée avec les échantillons nationaux et les données du recensement 2000 (jusqu'à l'âge de 16 ans uniquement⁵²)

	11–16 ans		HBSC BE		HBSC CH		16–20 ans		SMéSH BE		SMéSH CH	
	Recensement BE		N=1426		N=10 115		N=957		N=7428			
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles		
Habitants	33 924 51%	31 923 49%										
Adolescents interrogés (n, %)			698 49%	728 51%	4 986 51%	5 129 49%	487 51%	470 49%	4 044 54%	3 384 46%		
11–12 ans	11 568 34%	10 956 34%	165 24%	164 22%	1 610 32%	1 702 33%						
13–14 ans	11 176 33%	10 495 33%	284 41%	310 43%	2 029 41%	2 164 42%						
15–16 ans	11 180 33%	10 472 33%	249 36%	254 35%	1 351 27%	1 257 25%						
16–17 ans							176 36%	151 32%	1 520 38%	1 371 40%		
18–20 ans							311 64%	319 68%	2 524 62%	2 013 60%		
Apprentis							448 92%	389 83%	3 183 79%	2 131 63%		
Elèves							39 8%	81 17%	861 21%	1 252 37%		

⁵² Il n'a pas été possible d'effectuer de comparaison avec les données du recensement au-delà de 16 ans, car les catégories pour la formation ne sont pas tout à fait les mêmes.

Pour la population résidante, nous avons pris comme référence les données du recensement 2000, les seules à être suffisamment différenciées (classes d'âge). Nous n'avons pas fait appel à la statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) de l'OFS, qui relève chaque année la population résidante au milieu de l'année, car les résultats ne sont pas détaillés par âge. L'écart entre la population résidante selon le domicile économique 2000 (source: recensement de la population) et la population résidante moyenne selon le domicile économique 2002 (source: ESPOP) est au demeurant minime ($N_{2000} = 957'197$; $N_{2002} = 955'428$).

Le nombre de journées d'hospitalisation a quant à lui été déterminé en calculant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée, plus un jour. Lorsque le séjour avait débuté avant 2002, les journées antérieures au 1^{er} janvier n'ont pas été prises en compte dans l'analyse, étant donné que la période sous revue était strictement limitée à 2002. Cette exclusion permet aussi d'éviter que des cas d'hospitalisation particulièrement longs ne viennent fausser les résultats sur douze mois. Nous n'avons donc retenu que les journées d'hospitalisation enregistrées durant cette année civile.

Tab.9.2 Les 18 chapitres de diagnostics et les principaux groupes de maladies du CCS⁵³

Chapitres	Titre du chapitre	Principaux groupes de maladies
1	Maladies infectieuses et parasitaires	Infections bactériennes et virales, septicémie, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, hépatites, sida, mycoses, vaccinations et dépistage
2	Tumeurs	Tumeur bénignes, tumeurs malignes du sein, prises en charge pour séance de chimiothérapie ou de radiothérapie, tumeurs malignes des bronches et du poumon, tumeurs malignes de la prostate, tumeurs bénignes de l'utérus, tumeurs malignes de la vessie
3	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Diabète sucré avec complications, affections nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques, affections de la glande thyroïde, diabète sucré sans complications
4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	Carences et autres anémies, anomalies de la coagulation et affections hémorragiques, anomalies des leucocytes
5	Maladies mentales et du comportement	Troubles de l'humeur, troubles anxieux, dissociatifs, somatoformes et de la personnalité, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, schizophrénie et autres troubles schizo-affectifs, sénilité et troubles mentaux organiques
6	Maladies du système nerveux (y.c. affections de l'œil et de l'oreille)	Cataracte, affections du système nerveux, épilepsies et convulsions, affections de l'œil, otite
7	Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathies athéroscléreuses et autres affections cardiaques, varices des membres inférieurs, maladies cérébrovasculaires aiguës, infarctus aigu du myocarde
8	Maladies de l'appareil respiratoire	Pneumonies (sauf celles causées par la tuberculose), amygdalites aiguës et chroniques, autres infections des voies respiratoires supérieures, maladies pulmonaires obstructives chroniques et bronchectasies
9	Maladies de l'appareil digestif	Hernies abdominales, maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires (pancréas excl.), appendicites, infections intestinales, diverticuloses, autres maladies de l'appareil digestif
10	Maladies du système génito-urinaire	Lithiases urinaires, autres affections des organes génitaux de la femme, troubles de la menstruation, autres affections des organes génitaux de l'homme, hyperplasies de la prostate
11	Grossesse, accouchement et puerpéralité	Grossesses et/ou accouchements normaux, complications de l'accouchement et de la puerpéralité affectant la prise en charge, détresses fœtales et anomalies des forces en jeu au cours du travail, avortements provoqués
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, autres affections de la peau, ulcérations chroniques de la peau, autres affections inflammatoires de la peau
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Spondyloses, atteintes d'un disque intervertébral et autres problèmes du dos, ostéo-arthrites, autres affections systémiques du tissu conjonctif, déformations acquises des pieds, autres affections articulaires non traumatiques
14	Anomalies congénitales	Autres malformations congénitales, malformations congénitales des organes génitaux et de l'appareil urinaire, malformations congénitales de l'appareil circulatoire, malformations congénitales de l'appareil digestif
15	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Nouveau-nés vivants, autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, anomalies liées à une brièveté de la gestation, un poids insuffisant à la naissance et une croissance lente du fœtus, maladies hémolytiques du fœtus
16	Lésions traumatiques et empoisonnements	Affections articulaires traumatiques et luxations, fractures des membres, contusion cérébrale et commotion cérébrale, fractures du col du fémur, écrasements ou lésions traumatiques internes
17	Symptômes et états mal définis	Soins impliquant une rééducation, une mise en place de prothèses externes ou un ajustement d'autres appareils, investigations et examens médicaux, autres suites de traitement, douleurs abdominales, syncopes
18	Autres codes et causes externes	Codes résiduels, non classés ailleurs

⁵³ Classés selon leur fréquence (nombre de cas).

9.4.2 Brève description du système CCS

La grande diversité des faits médicaux relevés constitue une difficulté majeure dans l'exploitation des statistiques portant sur les diagnostics. Sachant qu'il existe près de 15'000 possibilités de diagnostic principal, il était impératif d'opérer une simplification. À cette fin, nous avons utilisé le «Clinical Classification System» (CCS) développé aux États-Unis. Proposant des regroupements pertinents du point de vue clinique et épidémiologique, cette méthode permet de ramener les diagnostics à 260 groupes, ce qui simplifie la tâche, tout en garantissant une différenciation suffisante entre les principales maladies. Dans notre analyse, nous avons utilisé le plus souvent les 18 chapitres de diagnostics constitués à partir de ces groupes de maladies.

9.4.3 Calcul des taux de prévalence

La fréquence des maladies a été calculée en fonction de la population. Le rapport entre le nombre de personnes hospitalisées et la population résidante enregistrée durant la période sous revue, à savoir l'année 2002, permet de déterminer à la fois la prévalence générale et la prévalence spécifique par diagnostic⁵⁴. Afin d'obtenir la prévalence générale des personnes hospitalisées, indépendamment du motif d'hospitalisation, les cas saisis ont été corrigés en excluant les hospitalisations multiples; en d'autres termes, nous avons examiné la proportion des habitants du canton qui ont dû séjourner au moins une fois à l'hôpital en 2002. Pour le calcul de la prévalence spécifique par diagnostic, les cas ont été corrigés en excluant cette fois les hospitalisations multiples intervenues *en raison du même diagnostic principal* (groupage selon le système CCS); autrement dit, nous avons examiné la proportion de la population ayant dû être hospitalisée au moins une fois en 2002 pour un motif déterminé. Enfin, les codes de liaison anonymes de la statistique médicale ont été utilisés pour ajuster les cas en fonction des ré-hospitalisations, 31 cas munis d'un code erroné ayant été exclus à cette occasion.

⁵⁴ Le «Clinical Classification System» (CCS) américain a été utilisé pour grouper les diagnostics.

