

Observatoire suisse de la santé

Editeur

La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques

Rapport national sur la santé 2015



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

 **hogrefe**

Dans les Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, la maison d'édition Hogrefe publie d'excellents résultats des travaux de l'Observatoire suisse de la santé.

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

Veuillez trouver davantage d'informations sur notre site web: www.hogrefe.ch

La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques

Rapport national sur la santé 2015

Editeur: Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel
Monika Diebold, Ilona Kickbusch, Fred Paccaud, Thomas Zeltner
Auteurs: Nicole Bachmann, Laila Burla, Dimitri Kohler

Editeur: Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel
Monika Diebold, Ilona Kickbusch, Fred Paccaud, Thomas Zeltner
Auteurs: Nicole Bachmann, Laila Burla, Dimitri Kohler
Révision: Jean-Pierre Bommer
Graphisme/Layout: Section DIAM, Prepress / Print
Traduction: Services linguistiques de l'OFS
Page de couverture: Hogrefe Verlag
Préresse: Office fédéral de la statistique, DIAM PP, Neuchâtel
Impression et reliure: AZ Druck und Datentechnik, Kempten, Allemagne, Printed in Germany
Référence bibliographique: Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag

Ce livre est la traduction d'un texte original en allemand.



Le présent ouvrage, y compris l'ensemble de ses éléments constitutifs, est protégé par le droit d'auteur. Toute exploitation sortant des limites étroites dudit droit est réputée illicite et punissable, sauf accord de l'éditeur. La présente disposition s'applique notamment aux reproductions, traductions, microscopies ainsi qu'au stockage et au traitement sur des systèmes électroniques. La reproduction dans le présent ouvrage de noms d'usage, de noms commerciaux ou d'appellations d'origine ne confère aucunement le droit, même en absence de signe distinctif particulier, de supposer que lesdits noms au sens de la législation sur la protection des marques devraient être considérés comme librement exploitables et qu'ils peuvent par conséquent être utilisés par tout un chacun.

Hogrefe Verlag
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tél. +41 31 300 45 00
Fax +41 31 300 45 93
verlag@hogrefe.com
www.hogrefe.com

1^{re} édition 2015
© 2015 by Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95567-4)
ISBN 978-3-456-85567-7

Préface

La population d'un pays hautement industrialisé comme la Suisse souhaite vieillir en bonne santé et avec une bonne qualité de vie. Pour bien des gens, hélas, la réalité est tout autre: vieillir, c'est souvent tomber malade, être atteint d'une maladie chronique, voire de plusieurs maladies en même temps. Les maladies chroniques constituent un gros défi pour les malades et pour leurs proches. Le souhait des malades est d'arriver à intégrer au mieux la maladie dans leur vie quotidienne et de conserver un maximum d'autonomie.

Le vieillissement de la population va de pair avec une progression constante des maladies chroniques dans notre société. Les modes de vie modernes favorisent l'apparition de ces maladies, notamment par le tabagisme, par le manque d'activité physique et par une alimentation déséquilibrée. Les maladies chroniques somatiques sont aujourd'hui dans la ligne de mire des responsables de la politique de la santé. Elles constituent, avec les maladies chroniques psychiques, dont les conséquences sont multiples, un défi de taille pour notre système de santé et un problème majeur de santé publique.

La prise en charge des maladies chroniques requiert une bonne coordination du système de santé. La Confédération et les cantons y travaillent activement en s'engageant par exemple dans le domaine du personnel de santé et de l'organisation des structures de soins. Confédération et cantons contribuent à faire en sorte que les maladies chroniques psychiques ou somatiques deviennent moins fréquentes ou soient traitées suffisamment tôt. Tels sont les objectifs des politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies, dont l'importance ira croissant à l'avenir.

Le présent rapport national sur la santé donne une vue d'ensemble de la santé dans la population suisse; il met en lumière certains aspects importants des maladies chroniques dans notre pays. Puisse-t-il donner des impulsions nouvelles et aider les acteurs du système suisse de santé à maîtriser ensemble les défis liés à ces maladies.

Alain Berset, conseiller fédéral
Chef du département
fédéral de l'intérieur

Philippe Perrenoud, conseiller d'Etat
Président de la Conférence suisse
des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Table de matières

Préface	3
Table de matières	5
Avant-propos	11
Synthèse	15
Partie A: État de santé de la population suisse	15
Partie B: Maladies chroniques – un défi majeur pour le système de santé	19
1 Introduction	27
Partie A: Indicateurs	27
Partie B: Maladies chroniques	28
Partie A	
2 Déterminants démographiques et socio-économiques	36
2.1 Conditions de vie économiques	37
2.2 Formation	38
2.3 Contexte migratoire	39
2.4 Situation professionnelle	40
2.5 Structure du ménage	41
3 Enfants	42
3.1 Espérance de vie/années de vie en bonne santé	43
3.2 Santé mentale	44

3.3	Causes de décès	45
3.4	Maladies infectieuses	46
	<i>Rougeole</i>	46
3.5	Maladies non transmissibles	47
	<i>Diabète sucré</i>	47
	<i>Cancer</i>	48
3.6	Accidents	49
3.7	Handicaps	50
3.8	Alimentation	51
3.9	Poids corporel	52
3.10	Activité physique	53
4	Adolescents et jeunes adultes	54
4.1	Etat de santé auto-évalué	55
4.2	Santé mentale	56
	<i>Troubles psychiques</i>	56
	<i>Santé psychique positive</i>	57
4.3	Causes de décès	58
4.4	Maladies infectieuses	59
	<i>VIH/sida</i>	59
4.5	Maladies non transmissibles	60
	<i>Cancer</i>	60
	<i>Diabète sucré</i>	61
4.6	Douleurs	62
4.7	Accidents	63
4.8	Alimentation	64
4.9	Poids corporel	65
4.10	Activité physique	66
4.11	Tabagisme	67
4.12	Alcool	68
4.13	Médicaments	69
4.14	Comportements sexuels	70
4.15	Soutien social	71
4.16	Nuisances sonores au domicile	72

5	Adultes d'âge moyen	73
5.1	Etat de santé auto-évalué	74
5.2	Santé mentale	75
	<i>Dépressions</i>	75
	<i>Energie et vitalité</i>	76
5.3	Causes de décès	77
5.4	Maladies infectieuses	78
	<i>VIH/sida</i>	78
5.5	Maladies non transmissibles	79
	<i>Cancers</i>	79
	<i>Diabète sucré</i>	80
	<i>Infarctus aigu du myocarde</i>	81
	<i>BPCO/bronchite chronique/emphysème</i>	82
5.6	Douleurs	83
5.7	Accidents	84
5.8	Limitations des activités de la vie quotidienne	85
5.9	Alimentation	86
5.10	Poids corporel	87
5.11	Activité physique	88
5.12	Tabagisme	89
5.13	Alcool	90
5.14	Médicaments	91
5.15	Comportements sexuels	92
5.16	Soutien social	93
5.17	Nuisances sonores au domicile	94
6	Personnes âgées	95
6.1	Espérance de vie/années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans	96
6.2	Etat de santé auto-évalué	97
6.3	Santé mentale	98
	<i>Dépressions</i>	98
	<i>Qualité de vie</i>	99
6.4	Causes de décès	100
6.5	Maladies infectieuses	101
	<i>Grippe saisonnière</i>	101

6.6	Maladies non transmissibles	102
	<i>Cancer</i>	102
	<i>Diabète sucré</i>	103
	<i>Maladies cardiovasculaires</i>	104
	<i>BPCO/bronchite chronique/emphysème pulmonaire</i>	105
	<i>Ostéoporose</i>	106
	<i>Démence</i>	107
6.7	Douleurs	108
6.8	Accidents	109
	<i>Chutes</i>	109
6.9	Limitations dans les activités quotidiennes	110
6.10	Multimorbidité	111
6.11	Alimentation	112
6.12	Poids corporel	113
6.13	Activité physique	114
6.14	Tabagisme	115
6.15	Alcool	116
6.16	Médicaments	117
6.17	Soutien social	118
6.18	Nuisances sonores au domicile	119

Partie B

7	Les maladies chroniques: survol	123
	Messages clés	123
7.1	Prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité	124
7.2	Conséquences financières pour la collectivité	130
7.3	Facteurs de risques communs – stratégies communes de prévention et de promotion de la santé	134
7.4	Synthèse	143
8	Vivre avec une maladie chronique	146
	Messages clés	146
8.1	Introduction	147
8.2	Les maladies chroniques vues par les malades	151

8.3	Principaux défis pour les malades chroniques et leur entourage	152
8.4	Le système de santé du point de vue des patients	163
8.5	Maîtriser la maladie chronique	167
8.6	Importance du soutien social	168
8.7	Les soins informels en Suisse	175
8.8	Synthèse	180
9	Nouveaux modèles de prise en charge	185
	Messages clés	185
9.1	Nouveaux modèles de prises en charge des malades chroniques et des patients multimorbides	186
9.2	Tour d'horizon des programmes structurés destinés aux malades chroniques et multimorbides	194
9.3	Conditions-cadres de l'introduction de modèles de soins intégrés en Suisse	202
9.4	Conclusions	210
9.5	Synthèse	214
10	Mobilité active et santé	218
	Messages clés	218
10.1	Introduction	219
10.2	Les effets de l'activité physique et de la mobilité active sur la santé	222
10.3	Pratique de la mobilité active en Suisse	232
10.4	Les déterminants de la marche et de la pratique du vélo	242
10.5	Promotion de la mobilité active	245
10.6	Exemples de promotion de la mobilité active en Suisse	251
10.7	Synthèse	256
	Perspectives	259
	Abréviations	261

Avant-propos

Un rapport de santé publique doit produire une vue d'ensemble de la situation sanitaire d'une population, présenter des données empiriques sur son état de santé et fournir des bases de discussion aux décideurs. Rédiger un rapport de santé publique n'est pas une entreprise aisée: il faut d'une part condenser une masse énorme d'informations, d'autre part éclairer largement les défis actuels dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades.

Le présent rapport répond à beaucoup de questions touchant la santé en Suisse. Il présente, sur la base d'une série d'indicateurs-clés, l'état de santé de la population à tous les âges de la vie. Des liens renvoient à des données complémentaires sur le site web de l'Obsan (www.obsan.ch) – par exemple à des analyses différenciées selon le niveau de formation et le revenu, à des comparaisons entre les villes et les campagnes ou entre les régions linguistiques. Les systèmes d'indicateurs présentés dans ce rapport permettent d'acquérir rapidement une vue d'ensemble de telle ou telle problématique et de s'orienter dans la masse des informations disponibles. En même temps, il faut accepter l'existence d'inévitables lacunes dans les données, qui peuvent être à l'origine d'interprétations erronées.

Le thème de la deuxième partie du rapport n'a pas été difficile à trouver. Ce devait être une problématique actuelle de santé publique; le choix s'est porté tout naturellement sur la question des maladies chroniques, qui continuera à nous occuper dans les années à venir. Des collectifs d'auteurs ont été invités à rédiger un rapport de fond sur les questions suivantes: «Vivre avec une maladie chronique», «Nouveaux modèles de prise en charge des maladies chroniques» et «Mobilité active et santé». Ces travaux ont servi de base à la deuxième partie du rapport. Ils sont accessibles sur le site web de l'Obsan. Le rapport sur la santé, sous forme compacte, et les rapports de fond, fournissent parallèlement, des informations détaillées sur toutes les questions abordées.

Le rapport national sur la santé 2015 a été rédigé avec la collaboration d'un grand nombre de personnes:

Nous remercions vivement *Nicole Bachmann* (actuellement à la haute école spécialisée suisse du Nord-Ouest) et *Laila Burla* (Obsan) qui ont contribué de façon significative à façonner le rapport avec la tâche de relever les informations pertinentes, de traiter et vérifier les contenus, de rédiger des textes, sans jamais perdre de vue le «fil rouge», afin de donner une forme attrayante à ce rapport. Merci également à *Dimitri Kohler* (Obsan) qui a calculé et élaboré un grand nombre d'indicateurs.

Nos remerciements vont également à Jürgen Pelikan (professeur émérite de sociologie à l'université de Vienne), qui a relu le texte avec soin et a fait d'utiles commentaires. Le texte a été révisé aussi par des collaborateurs de l'Office fédéral de la santé publique, de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et de l'Office fédéral de la statistique. Nous les remercions tous de leurs précieuses remarques.

Le rapport «Vivre avec une maladie chronique» a été rédigé par Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger et Beat Sottas (fondation Careum). Sima Djalali et Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Zurich) ont produit le rapport «Nouveaux modèles de prise en charge des maladies chroniques». Le «Rapport sur les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse» a été établi par Isabelle Peytremann, Sonia Ebert et Nicolas Senn (Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne et Policlinique médicale universitaire de Lausanne). Le thème «Mobilité active et santé» a été traité par une équipe de projet composée de Thomas Götschi, Sonja Kahlmeier, Eva Martin-Diener et Brian Martin (Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Zurich) et de Raphael Bize, Thomas Simonson et Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'université de Lausanne). Un grand merci à tous ces auteurs.

Il convient de signaler enfin les nombreux auxiliaires invisibles qui, par leur travail de révision, de mise en page, de traduction, etc., ont rendu possible la publication de ce rapport. Qu'ils soient eux aussi chaleureusement remerciés.

Les éditeurs

Monika Diebold

Directrice de l'Observatoire suisse de la santé

Ilona Kickbusch

Membre du comité directeur de la fondation Careum et directrice des programmes Global Health, Institut de hautes études internationales et du développement, Genève

Fred Paccaud

Professeur d'épidémiologie et de santé publique à la faculté de médecine de l'Université de Lausanne et Directeur de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne

Thomas Zeltner

Professeur honoraire de santé publique à l'université de Berne et visiting scientist à l'université Harvard de Boston, ancien directeur de l'Office fédéral de la santé publique

Synthèse

Le rapport national sur la santé poursuit un double objectif: il fournit les informations épidémiologiques nécessaires à la planification et à la gestion du système de santé et présente, sur des questions d'actualité, des données scientifiques propres à servir de fondement au débat politique et à la formation de l'opinion.

La première partie du rapport (partie A) décrit, sur la base d'une série d'indicateurs, la situation épidémiologique actuelle en Suisse; la seconde partie (partie B) est consacrée aux maladies chroniques. Une part importante de la population suisse souffre d'affections psychiques chroniques. Étant donné qu'elles apparaissent relativement tôt dans la vie, ces maladies compromettent plus que d'autres l'aptitude des patients à acquérir une formation et à exercer une activité professionnelle. Les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques sont également très répandues, et elles poursuivront leur progression dans une population vieillissante. Si on entend les maîtriser, les problèmes liés aux maladies chroniques appellent une réflexion commune des malades, des professionnels de la santé et des autorités sanitaires. Des changements de stratégies sont nécessaires à différents niveaux. Les maladies chroniques, outre leur aspect médical, constituent un défi pour le système de santé et l'ensemble de la société.

Partie A: État de santé de la population suisse

La première partie du rapport présente une vue d'ensemble de la santé et des conditions sanitaires de la population, aujourd'hui en Suisse. Elle met en évidence des inégalités entre différents groupes de populations en matière de santé. Les quelque quatre-vingts indicateurs figurant dans ce rapport donnent une vue d'ensemble claire et concise de la santé de la population à tous les âges de la vie.

Les premiers indicateurs concernent des facteurs démographiques et socio-économiques qui jouent un rôle important pour la santé tout au long de la vie. Les indicateurs suivants concernent quatre segments d'âges de la population: les enfants de 0 à 10 ans, les adolescents et les jeunes adultes de 11 à 24 ans, les adultes de 25 à 64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus. Les résultats présentés dans cet

ouvrage sont complétés par d'autres données qui figurent sur le site www.obsan.ch: évolutions au cours du temps, analyses selon le degré d'urbanisation, le niveau de formation, etc. La présente synthèse résume les résultats de la partie A du rapport.

La santé et ses déterminants sociaux: vue d'ensemble

D'une manière générale, la santé de la population suisse s'améliore. L'espérance de vie augmente depuis des siècles. Elle est actuellement de 85 ans chez les femmes et de 81 ans chez les hommes. La Suisse se situe au deuxième rang mondial, après le Japon (WHO, 2012). Un aspect particulièrement positif porte sur l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé, qui augmente depuis plusieurs années davantage que l'espérance de vie globale. Non seulement la durée de vie s'allonge, mais nous restons aussi plus longtemps en bonne santé. On observe en outre, depuis quelques années, que les hommes comblent leur retard sur les femmes pour la durée de vie totale et pour l'espérance de vie en bonne santé. L'écart entre les sexes diminue.

Au siècle dernier, des travaux pionniers ont montré que les disparités socio-économiques exerçaient des effets sur la santé. C'est aussi le cas en Suisse: plus les niveaux de formation et de revenus des individus sont bas, plus leur état de santé et espérance de vie le sont également. Les personnes qui élèvent seules des enfants sont particulièrement exposées dans leur santé. Les indicateurs de la situation professionnelle vont dans le même sens: les personnes sans emploi et les chômeurs se sentent en moins bonne santé que les individus actifs, tant sur le plan physique que psychique.

Le problème du surpoids se pose dès l'enfance

Les risques et atouts individuels en matière de santé se manifestent dès l'enfance. Le taux de mortalité au cours de la première année d'existence a nettement reculé, passant de 15,2 décès pour 1000 naissances en 1969 à 3,6 décès en 2012. C'est là un signe réjouissant.

Les données disponibles sur la santé des enfants sont incomplètes. Nous ne sommes pas en mesure de fournir dans ce domaine des références solides pour l'ensemble du pays. On peut néanmoins estimer que le surpoids y constitue un problème sérieux dès l'enfance. Des données récentes et comparables ne sont disponibles que pour les villes de Berne, Zurich et Bâle. Elles révèlent que le nombre d'enfants en excès de poids augmente à mesure qu'on s'élève dans les degrés scolaires.

La proportion d'enfants en excès de poids, d'environ 13% à l'école enfantine, passe à 22% à l'école primaire. Les proportions sont à peu près stables dans les trois villes en comparaison des années précédentes.

Il ne faut pas sous-estimer l'importance des accidents chez les enfants. En 2011, près de 290'000 d'entre eux se sont blessés en Suisse, dont environ 10'000 dans des accidents de la route, 130'000 en pratiquant un sport et 150'000 à domicile ou lors d'autres activités de loisirs. Trente-huit enfants sont morts par accident en 2011, majoritairement sur les routes. Malgré la hausse du trafic motorisé, le nombre d'accidents de la route impliquant des enfants est néanmoins stable depuis plusieurs années, selon le Bureau de prévention des accidents (bfu).

Symptômes psychiques fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes

Les adolescents et jeunes adultes, dans des proportions supérieures à la moyenne, se sentent en bonne ou très bonne santé. Les problèmes psychiques n'en sont pas moins fréquents dans ces groupes d'âge, en particulier chez les jeunes femmes. Ainsi, 15% des jeunes filles et 8% des jeunes hommes affirment souffrir de symptômes dépressifs modérés à sévères, proportions qui diminuent par la suite. On parle souvent de suicide chez les jeunes. Les chiffres montrent en effet qu'il représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes hommes (32% des décès) après les accidents/actes de violence, et la troisième cause chez les jeunes femmes (13%), après les accidents/actes de violence et les cancers.

Une part importante des données de ce rapport sur les troubles de santé proviennent de sondages auprès de la population. Ces enquêtes reflètent la manière dont les personnes interrogées perçoivent leur santé. Les adolescents et les jeunes adultes se plaignent en particulier de maux de dos, lesquels peuvent avoir des causes somatiques ou psychiques. On sait que ces douleurs vont souvent de pair avec une dépression. Une jeune fille de 14–15 ans sur six affirme souffrir de maux de dos au moins une fois par semaine. La proportion est de un sur dix chez les jeunes hommes.

Parmi les facteurs défavorables à la santé, l'excès de poids est très répandu chez les adolescents et les jeunes adultes. 24% des hommes et 15% des femmes de 16 à 24 ans sont en excès de poids – c'est deux fois plus qu'il y a vingt ans. Autres facteurs défavorables: le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. À l'âge de 15 ans, 13% des jeunes hommes et 10% des jeunes filles fument quotidiennement, des proportions qui augmentent ensuite fortement jusqu'à l'âge adulte. Dans le groupe des 20–24 ans, 41% des hommes et 19% des femmes disent s'enivrer au moins un fois par mois.

Les maladies chroniques s'installent progressent au cours de l'âge adulte

L'état de santé perçue évolue de manière importante au cours de l'âge adulte. La part des personnes qui se sentent en bonne ou très bonne santé diminue jusqu'à l'âge de la retraite, passant de plus de 90% chez les jeunes à environ 75% à la retraite. Les maladies chroniques s'installent progressivement. On en voit les effets en termes de mortalité. Les accidents, les actes de violence et les suicides, causes de mortalité les plus fréquentes chez les jeunes adultes, cèdent la place vers le milieu de la vie aux maladies cancéreuses puis, chez les personnes âgées, aux affections cardiovasculaires.

Le diabète est une maladie chronique typique dont la fréquence augmente avec l'âge. S'il ne touche qu'un enfant sur mille environ, pas moins de 9% des hommes et 6% des femmes âgés de 55 à 64 ans en sont atteints. Dès 75 ans, la proportion monte à 18% chez les hommes et 9% chez les femmes. Depuis des années, les taux de diabète dans la population adulte augmentent dans le monde et en Suisse. La progression de ce mal et des autres affections chroniques résulte du vieillissement démographique, ainsi que de l'évolution des modes de vie qui favorisent le surpoids. Au cours des vingt dernières années, surpoids et obésité ont augmenté chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées des deux sexes. Entre 1992 et 2012, le taux de la population en surpoids est passé de 30% à 41%. On observe en revanche une évolution favorable dans le domaine de l'activité physique. La part de la population physiquement active est passée de 63% à 73% au cours des dix dernières années. Cette évolution est réjouissante car l'activité physique est – indépendamment du poids corporel – un des principaux facteurs capable d'influencer la prévalence des maladies chroniques dans la population. Une légère amélioration s'observe également, au cours des dix à vingt dernières années, en matière de tabagisme et de consommation d'alcool à risque.

Personnes âgées: bonne santé subjective, mais des risques liés à l'usage des médicaments

À partir des données disponibles, on estime que deux tiers des individus âgés d'environ 80 ans vivant en ménage privé, contre un tiers de ceux qui résident dans un établissement médico-social, se sentent en bonne ou en très bonne santé. Il est toutefois à noter qu'on ne dispose pas des mêmes données sur ces deux catégories de personnes. Aussi faut-il considérer ces estimations avec prudence. Dans le présent rapport, nous procédons à des comparaisons chiffrées dans la mesure du possible.

En 2008, une dépression a été diagnostiquée chez 35% des personnes âgées de 75 à 84 ans résidant dans un établissement médico-social. C'est une part une fois et demie à deux fois plus élevée que chez les individus du même âge vivant à domicile.

La démence constitue un problème majeur chez les personnes âgées. Selon certaines estimations, le nombre des individus atteints pourrait passer de 110'000 aujourd'hui à 190'000 d'ici à 2030. Cette évolution, cruelle pour les personnes touchées, soumet le personnel soignant et la collectivité dans son ensemble à un important défi. Les personnes âgées souffrent de plus en plus fréquemment de plusieurs maladies simultanées. Près de 45% des individus de plus de 85 ans vivant à domicile sont atteints de multimorbidité. Cette part est de 86% chez les individus en établissement médico-social. Des chiffres qui soulèvent également un grand défi, évoqué en détail dans la partie B de ce rapport.

Un point qui mérite d'être considéré avec beaucoup d'attention est celui de l'usage des médicaments. Les personnes souffrant de maladies multiples prennent souvent plusieurs médicaments en même temps, ce qui accroît fortement les risques d'effets secondaires indésirables. Certains médicaments qui ne devraient être prescrits qu'avec beaucoup de prudence sont très répandus chez les personnes âgées. Après 75 ans, près d'un individu sur huit fait un usage quasi quotidien de somnifères ou de tranquillisants. Ce constat est préoccupant, notamment si l'on considère les risques de chutes accrus qui en résultent.

Partie B: Maladies chroniques – un défi majeur pour le système de santé

La seconde partie du rapport traite des affections chroniques non transmissibles – maladies de longue durée ne résultant pas d'infections – qui constituent un défi majeur pour le système de santé. Nous considérons la prévalence de ces maladies et leurs manifestations, les facteurs de risques, les stratégies de prévention et de prises en charge des malades, ainsi que leurs conséquences économiques. Une attention particulière est portée au point de vue des malades, à leurs besoins et aux stratégies qu'ils développent pour cohabiter avec la maladie. Enfin, nous présentons à titre d'exemple une stratégie efficace de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé: l'encouragement de la mobilité active.

Les modes de vie ont profondément évolué dans le monde au cours des dernières décennies. Les habitudes de consommation, les produits mis sur le marché et les conditions de vie ont changé. Pour la première fois dans l'histoire, la population urbaine est plus nombreuse que celle des campagnes, et l'on compte davantage de personnes en surpoids que trop maigres. Suite à l'évolution des modes de vie dans les pays riches et pauvres, la part des décès imputables aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, cancers, diabète et affections pulmonaires chroniques ne cesse de croître.

Pourquoi ces maux chroniques constituent-ils un problème de santé majeur en Suisse? L'espérance de vie de la population y est l'une des plus élevées au monde. Faire baisser la mortalité n'est plus, dès lors, un objectif majeur dans notre pays. Il importe désormais bien davantage d'augmenter le nombre des années vécues en bonne santé et d'améliorer les conditions de vie des individus malades. Les affections chroniques non transmissibles représentent aujourd'hui près de 90% de la charge de morbidité en Suisse (WHO, 2008) et elles continueront, selon toute vraisemblance, de progresser. Le problème, au plan individuel et collectif, est énorme et notre système de santé n'y est pas suffisamment préparé. Dans son rapport sur le système suisse de santé, l'OCDE (OECD, 2011) estime que les maladies chroniques sont le principal problème sanitaire que notre pays devra résoudre dans les années à venir.

*« Le principal défi du système suisse de santé sera de répondre avec efficacité à la hausse des maladies chroniques et de multimorbidité. »
(OECD, 2011, p. 21)*

L'OCDE fonde son appréciation sur le fait que les coûts de santé sont déjà très élevés en Suisse, que le système sanitaire n'est pas suffisamment axé sur la prise en charge des malades chroniques et qu'une pénurie de personnel s'annonce dans les soins de base et qu'elle menace de s'accroître.

Des études scientifiques ont démontré que l'efficacité des traitements des maladies chroniques suppose la participation active des malades, compte tenu de leurs points de vue et conditions de vie quotidiennes. Le système de santé peut favoriser ou, au contraire, affecter les stratégies que les malades développent pour recouvrer la santé, la joie de vivre et un certain bien-être, les efforts qu'ils déploient pour assumer leurs responsabilités face à la maladie et pour intégrer celle-ci dans leur vie quotidienne. Il convient par conséquent de fortifier les malades et de les aider à agir positivement sur leur santé et leur bien-être.

Certaines mesures de prévention qui permettent de réduire l'apparition des maladies chroniques dans la population sont connues. Selon l'OMS, il faut promouvoir l'égalité des chances dans le domaine de la santé et mettre en œuvre des stratégies intersectorielles. Il est en effet possible, par des mesures de prévention simultanées dans plusieurs domaines politiques (santé, formation, travail, transports) d'agir positivement sur les facteurs structurels de la santé et de réduire ainsi les inégalités face à la maladie.

Prévalence, facteurs de risques, conséquences financières

En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent d'une affection chronique et près de 20% de la population de plus de 50 ans sont atteints de maladies chroniques multiples (multimorbidité). Ce sont principalement, mais pas exclusivement, des personnes relativement âgées. On observe par ailleurs que plus les niveaux d'éducation, de revenus et de statut professionnel sont bas, plus le risque d'affections chroniques est élevé.

Le coût matériel des maladies non transmissibles est très élevé. En 2011, il représentait 80% des coûts directs de la santé en Suisse, soit plus de 51 milliards de francs. Les coûts indirects ne peuvent pas encore être chiffrés avec précision. Les évaluations donnent des ordres de grandeur annuels de 30 à 40 milliards de francs. Les coûts indirects comprennent surtout les interruptions de travail, retraites anticipées et soins informels aux malades. Ils sont particulièrement élevés pour les affections psychiques qui, contrairement à la plupart des maladies somatiques, apparaissent souvent relativement tôt dans la vie et réduisent fortement l'aptitude à la formation et au travail.

Par leur prévalence et leur charge de morbidité, les maladies chroniques majeures sont les cancers, le diabète, les troubles cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires et musculosquelettiques, la dépression et la démence. Plusieurs de ces maux sont partiellement déterminés par certains comportements: tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation défavorable à la santé, manque d'activité physique. Les premiers effets négatifs de ces comportements se manifestent notamment au plan somatique par une hausse de la tension artérielle et de la glycémie, par une altération de la composition des lipides sanguins, par un excès de poids ou des fatigues musculaires.

Mais à se concentrer exclusivement sur les facteurs de risques comportementaux des maladies chroniques, on peut être amené à négliger leurs dimensions sociale et psychologique. La forte prévalence des troubles psychologiques, souvent associés à des maladies somatiques, et leur charge de morbidité élevée exigent une attention accrue aux maladies psychiques et à la santé psychologique de la population. Certains comportements à risques, tels le tabagisme ou une alimentation déséquilibrée, sont favorisés par certaines dispositions psychologiques (dépression, stress, anxiété, etc.) et par des facteurs sociaux.

Le point de vue des malades

Les malades sont des sujets agissants. Le système de santé se bornait jusqu'ici trop souvent à les considérer comme des objets de traitements. Or ils ont leur libre-arbitre et acquièrent au fil du temps un véritable savoir sur leur état de santé. Ils développent des stratégies complexes pour gérer leurs affections et maîtriser leur vie quotidienne. Beaucoup parmi eux mènent, malgré leurs maux, une vie presque normale. Tout dépend de la nature de la maladie, des possibilités de traitements existantes, des ressources personnelles du malade et de son entourage social. Du point de vue des patients, une maladie est bien maîtrisée quand elle passe à l'arrière-plan, quand la santé et la vie «normale» reprennent le dessus. La maladie se fond alors dans la vie du patient, moyennant certains ajustements et adaptations à différents niveaux. Les questions émotionnelles et spirituelles sont, en ce domaine, aussi importantes que les aspects purement médicaux. Une part importante du processus d'intégration de la maladie réside dans l'autogestion du malade, dans son aptitude à développer une stratégie lui permettant de maîtriser son mal comme il gère ses activités et ses obligations quotidiennes, et à ajuster celles-ci à l'évolution de celui-là.

Les malades chroniques doivent souvent apprendre à vivre dans l'incertitude, le doute et les contradictions. Ils ont par conséquent grand besoin d'informations fiables, pratiques et compréhensibles. Selon le type d'affections, la recherche d'informations peut prendre beaucoup de temps. Les patients se plaignent souvent de recevoir des indications inintelligibles. La gestion des médicaments est également perçue comme un gros problème, notamment par les patients multimorbides. Beaucoup de personnes ont des difficultés à intégrer la prise des médicaments dans leur vie quotidienne. Les difficultés, mais aussi la peur des effets secondaires, augmentent parallèlement à la hausse du nombre de médicaments prescrits.

Les maladies chroniques s'accompagnent souvent de douleurs constantes qui contribuent à détériorer la qualité de la vie, les relations sociales, la mobilité et les aptitudes professionnelles des malades. Ces derniers disent se sentir «prisonniers» de leurs maux. Si de surcroît les douleurs n'ont pas de cause organique apparente, ils sont exposés aux réactions négatives de leur entourage. Ils courent aussi un risque accru de dénuement, n'ayant pas toujours droit à une rente d'invalidité. La question de la poursuite de l'activité professionnelle ne se pose d'ailleurs pas seulement aux personnes qui souffrent de douleurs chroniques. Pour rester le plus longtemps possible professionnellement actif, il faut que le malade et ses collègues de travail, mais aussi son employeur et ses supérieurs hiérarchiques, fassent preuve de souplesse et d'ouverture d'esprit. Les malades chroniques hésitent souvent à évoquer leur état sur leur lieu de travail, craignant des réactions de rejets, voire la perte de leur emploi. Ce problème se pose notamment chez les personnes atteintes de troubles stigmatisants, telles les affections de nature psychique.

Les problèmes liés aux maladies chroniques sont mieux résolus si les personnes touchées participent activement à la gestion de leurs maux. D'où la nécessité, pour les personnels de santé, d'être à leur écoute et de prendre en considération leurs besoins individuels. Ce qui n'est toutefois, de l'avis des malades, pas encore suffisamment le cas dans la pratique actuelle. Les patients se plaignent notamment du manque de temps et de prise en considération de leur situation particulière qui leur est consacré par les médecins. Ils aimeraient disposer d'une personne de référence qui leur serve à la fois de partenaire et de guide dans le système de santé, et qui se concentre moins sur la maladie que sur l'ensemble de leurs conditions de vie. La majorité des malades chroniques souhaitent conserver autant que possible leur autonomie et tiennent à gérer eux-mêmes leur maladie. Différentes formes d'assistance, notamment par les groupes d'entraide, sont à cet égard d'une grande utilité.

L'intégration du malade dans un réseau de relations sociales peut faciliter sa vie quotidienne et l'aider à recouvrer un certain bien-être. L'effet salutogène de l'insertion sociale et du soutien d'autrui est clairement démontré, tant chez les personnes en bonne santé que chez les malades. L'attention d'autrui, les encouragements, le sentiment de ne pas être abandonnés, mais aussi l'aide pratique et les soins de l'entourage constituent un soutien important aux malades chroniques. Or ces ressources sociales sont inégalement réparties. Les femmes âgées, les personnes économiquement faibles et atteintes d'une maladie psychique, en particulier, souffrent fréquemment d'isolement social et manquent de soutien.

Les soins informels des proches et des amis jouent un rôle majeur dans la gestion des maladies chroniques. La charge qui pèse sur les proches des malades, parfois très lourde, peut avoir des effets négatifs sur leur propre santé. Il est souvent difficile de cumuler activité professionnelle et soins à un tiers. Près de 330'000 personnes qui exercent un métier assument régulièrement, en Suisse, des tâches d'aide et de soins à un malade. Ce sont souvent des femmes d'un certain âge. Il n'est pas rare que des femmes réduisent ou cessent leur activité professionnelle pour soigner une personne proche. Plusieurs cantons accordent aux soignants un soutien financier, qui est toutefois davantage considéré comme un geste de reconnaissance que comme une véritable indemnité. Les personnes qui prodiguent des soins disent que ce qui les soulagerait le plus serait d'avoir de temps à autre des moments de liberté.

Il ressort d'études consacrées au point de vue des patients que la maladie chronique constitue une charge particulièrement lourde pour certains groupes de populations. Ces groupes comprennent les individus atteints de maladies stigmatisantes, notamment psychiques, et de multimorbidité, ainsi que les personnes âgées vivant seules, le plus souvent des femmes, ou socialement isolées, économiquement faibles, avec un bas niveau de formation, ou encore des groupes issus d'une autre culture, notamment quand leur rapport à la maladie diffère fortement de nos pratiques médicales.

La réponse du système de santé aux maladies chroniques

De nouvelles approches ont été proposées pour combler les déficits actuels dans la prise en charge des malades chroniques et des patients multimorbides. Elles visent d'une part à combler les lacunes existantes dans les soins et, d'autre part, à éliminer les doublons et les interventions inutiles. Les voies proposées pour atteindre ces objectifs sont très différentes selon que l'accent est mis sur les questions de financement, sur la désignation d'une personne de référence chargée de la coordination des soins, sur le rôle des patients dans le processus thérapeutique ou sur l'application de protocoles de traitements pour certaines maladies. Mais toutes les approches proposées obéissent à une idée directrice commune, celle de l'intégration des soins. Cette idée directrice comporte essentiellement les éléments suivants: équipes de traitement pluridisciplinaires, personnes de référence, prise de décisions cliniques selon des règles bien définies, participation active des patients, facilité d'accès au système de soins. Un modèle de référence important est le «chronic care model» (CCM), qui a été créé puis développé dans le but d'optimiser la prise en charge des malades chroniques.

Les programmes structurés de prises en charge des adultes souffrant de maladies chroniques ou de multimorbidité ont été recensés en Suisse en 2013. 44 programmes de soins ont été identifiés, qui remplissent dans une plus ou moins large mesure les critères du «chronic care model». Cette offre, bien qu'en forte hausse par rapport à 2007, est encore très loin de couvrir l'ensemble des besoins du pays.

La Confédération, les cantons et d'autres acteurs importants du système de santé s'accordent sur la nécessité de revoir les priorités du système de santé. Il faut passer d'un régime aujourd'hui centré sur les maladies aiguës à un dispositif qui permette de prendre en charge efficacement et durablement les malades chroniques et multimorbides, et qui reposera sur le patient. Autrement dit, il faut passer du «cure» au «care». Cela suppose une réorganisation des professions de la santé, la création de différentes formes de collaborations et une nouvelle division du travail. La Confédération et les cantons ont déjà entrepris et en partie réalisé plusieurs réformes des professions de la santé et des soins médicaux de base. Mais des obstacles s'opposent encore à la généralisation de méthodes adéquates de prises en charge des malades chroniques. Un problème important réside dans le système de financement actuel, qui génère des incitations indésirables. Toute réforme du système de santé n'est guère concevable sans une adaptation des mécanismes de financement.

Si l'on entend considérer le patient comme un partenaire dans la gestion de la maladie, il convient alors de reconsidérer également la terminologie médicale. Il serait bon de ne plus parler, par exemple, de «prise en charge» du malade, ni de «discipline» (ou d'«indiscipline») dans la prise des médicaments. D'autre part, malgré la tendance aux économies dans le secteur de la santé et en matière sociale, il importe de ne pas

abandonner les populations vulnérables à leur sort. Il faut former et sensibiliser les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux à cette question et favoriser une politique sociale et sanitaire faisant obstacle à l'exclusion des groupes de populations qui cumulent plusieurs handicaps.

Mobilité active et santé

Pour répondre au défi des affections chroniques, il convient d'améliorer la prise en charge des patients, tout en développant la prévention des maladies. Une forme d'intervention concrète réside à cet égard dans la promotion de la mobilité active. Une étude approfondie y est consacrée dans le présent rapport. On entend par mobilité active les déplacements par la force musculaire, à commencer par la marche et le vélo.

La promotion de la mobilité active pour la prévention des maladies chroniques constitue une approche intersectorielle qui fait intervenir plusieurs domaines politiques et favorise l'égalité des chances en matière de santé. Ses effets sanitaires sont doublement favorables: elle encourage l'activité physique tout en contribuant à diminuer la pollution de l'environnement. Les transports et l'aménagement du territoire sont deux domaines publics où une action bien ciblée génère des bénéfices sanitaires importants («co-benefits»).

Les atouts d'une activité physique régulière sont clairement identifiés. Elle réduit les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et de plusieurs cancers, ainsi que d'ostéoporose, de certains troubles psychiques et de décès prématuré. Ses effets sur plusieurs facteurs favorables à la santé sont également démontrés. Elle améliore la balance énergétique, réduisant la probabilité de surcharge pondérale. Se déplacer à pied ou à vélo produit des effets notables sur les risques de maladies et de morbidité. La mortalité d'un groupe de population qui se déplace régulièrement à pied diminue de 10% à 20%; voire de 10% à 30% en cas d'utilisation fréquente du vélo. Le mouvement est l'un des principaux facteurs susceptibles d'influencer la prévalence des maladies chroniques dans une population.

La Suisse compte de nombreux individus qui se déplacent régulièrement à pied ou à vélo. Ils représentaient, en 2012, 22,6% de la population. Cette part était un peu plus élevée dix ans plus tôt (25%).

La Suisse se prête bien à la promotion de la mobilité active. Le degré d'urbanisation élevé pourrait inciter bien des gens à délaissier la voiture et à se déplacer plus souvent à pied ou à vélo: 13% des déplacements en automobile sont inférieurs à 1 kilomètre, un tiers à 3 kilomètres, soit des distances que même les individus non entraînés peuvent parcourir aisément à pied ou à bicyclette. Globalement, 70% des trajets effectués en voiture comptent moins de 10 kilomètres.

Maints programmes et stratégies de promotion de la mobilité active existent déjà en Suisse à tous les niveaux de la société. Pour accroître le nombre des individus pratiquant la mobilité active, il conviendrait d'accorder à ces programmes un taux de priorité nettement supérieur dans la planification de l'espace urbain, y compris ses agglomérations. Il y aurait lieu d'activer l'aménagement de voies de circulation rapides et sûres, d'améliorer leurs liaisons avec les transports publics et de favoriser l'adhésion du public à la marche et, surtout, à la pratique du vélo.

Au cours des années à venir, l'accent devrait être porté sur les mesures suivantes: accroître le sentiment de sécurité subjectif des individus dans le trafic, encourager la mobilité active sur le chemin de l'école, développer les réseaux cyclables rapides, confortables et sûrs, notamment dans les zones à forte circulation, renforcer les activités des groupes de travail intersectoriels de la Confédération, des cantons et des communes en matière d'aménagement du territoire et de la planification des transports.

L'exemple de la mobilité active montre comment les modes de vie et les habitudes quotidiennes peuvent exercer des effets positifs sur la santé des individus et de la population. Pour encourager durablement les comportements favorables et les ancrer dans les habitudes, il conviendrait d'engager des actions concertées dans plusieurs domaines politiques. La santé de la population, en effet, ne concerne pas que le système sanitaire. Elle englobe d'autres domaines publics, tels la formation, l'économie, les services sociaux, l'aménagement du territoire et les transports.

1 Introduction

Nicole Bachmann, Monika Diebold

Ce troisième rapport national suisse sur la santé vise d'une part à présenter des données de fait sur la santé, d'autre part à faciliter le débat sur des questions générales qui engagent l'avenir du système de santé de la Suisse. A la différence de ceux de 1993 (Weiss, 1993) et de 2008 (Meyer, 2009), le présent rapport est divisé en deux parties: la première partie est un recueil d'indicateurs présentant des données importantes et récentes sur la santé de la population suisse, la deuxième partie porte sur le thème des maladies chroniques.

Partie A: Indicateurs

On trouvera dans la *partie A «Indicateurs»* des données, des chiffres et des explications sur les déterminants de la santé, sur l'état de santé de la population, sur son niveau de bien-être et sur ses comportements aux différents âges de la vie: enfance (jusqu'à 10 ans), adolescence et début de l'âge adulte (de 11 à 24 ans), âge adulte (de 25 à 64 ans) et vieillesse (plus de 65 ans). Cette partie du rapport est destinée à servir de référence. On y trouvera à chaque page un graphique suivi d'un bref commentaire. Le présent ouvrage ne contient qu'une petite partie des informations produites dans le cadre du rapport national sur la santé. Le site internet de l'Obsan (www.obsan.ch) propose des analyses supplémentaires basées sur les mêmes indicateurs, mais envisagés sous des angles différents, avec des références bibliographiques et des liens vers d'autres pages web.

Les indicateurs ont été sélectionnés selon une méthode itérative. Sur la base de quatre systèmes d'indicateurs produits par l'OCDE, Eurostat, Santé Canada¹ et l'Office fédéral de la santé publique (non publié), une série d'indicateurs (a) pertinents du point de vue de la santé publique et (b) pour lesquels on disposait de données chronologiques représentatives pour la population suisse ont été sélectionnés dans un premier temps. Plusieurs modèles de santé théoriques ont présidé au choix des indicateurs (p. ex. Dahlgren & Whitehead, 1991; Solar & Irwin, 2010). En plus des déterminants

¹ Eurostat: ECHIM www.echim.org; OCDE: www.oecd.org/health/; Santé Canada: www.hc-sc.gc.ca → [Health Care System](#) → [Reports & Publications](#) → [Reports and Publications](#) → [Health Care System](#) (sites consultés le 24.02.2015)

sociaux de la santé, on a tenu compte des contraintes et ressources qui exercent une influence sur la santé et veillé – chaque fois que c'était possible – à retenir des indicateurs portant non seulement sur la maladie mais aussi sur l'état de santé (p. ex. le bien-être, l'énergie, la vitalité).

Après évaluation de chaque indicateur par les coéditeurs du rapport et par les collaborateurs de l'Obsan, certains ont été écartés, d'autres ajoutés. La liste définitive des indicateurs comporte des lacunes dans certains domaines où les données font défaut. Par exemple, on ne dispose pas aujourd'hui en Suisse de données nationales sur l'alimentation et la santé psychique des enfants, ni sur le nombre de personnes atteintes de démence. On a procédé, là où cela paraissait raisonnable, à des estimations sur la base d'études étrangères. Le nombre d'indicateurs varie par conséquent selon les groupes d'âge. Grâce à cette approche pragmatique, nous pouvons présenter ici une partie importante des connaissances actuellement disponibles en Suisse.

La première partie du rapport est subdivisée en cinq chapitres. Le [chapitre 2](#) présente quelques facteurs socio-économiques et démographiques déterminants pour la santé tout au long de la vie. Suivent des indicateurs sur la santé des enfants jusqu'à 10 ans ([chapitre 3](#)), des jeunes de 11 à 24 ans ([chapitre 4](#)), des adultes de 25 à 64 ans ([chapitre 5](#)) et des personnes âgées de 65 ans ou plus ([chapitre 6](#)).

Partie B: Maladies chroniques

La deuxième partie du rapport porte sur le thème «*Vivre avec une maladie chronique*». Une attention particulière a été accordée aux perceptions des malades, à leurs besoins et aux stratégies qu'ils mettent en œuvre pour vivre avec la maladie.

Le monde traverse aujourd'hui des mutations profondes qui affectent la santé des populations: pour la première fois dans l'histoire, la population urbaine dépasse la population rurale. Les personnes en surpoids ou en insuffisance pondérale n'ont jamais été aussi nombreuses, et toujours plus de personnes souffrent et meurent d'une maladie cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie pulmonaire chronique. Ces maladies appartiennent à la catégorie des «maladies non transmissibles» («*non communicable diseases*», NCD), maladies qui ne sont pas causées par une infection et dont l'évolution est souvent chronique.

Le terme de «maladie non transmissible»

Du point de vue médical et épidémiologique, le terme de «maladie non transmissible» est plus précis que celui de «maladie chronique», raison pour laquelle nous l'avons utilisé au chapitre 7, qui traite du coût de ces maladies. Ailleurs dans ce rapport, nous utiliserons plutôt le terme de «maladie chronique», qui convient mieux pour parler de l'expérience vécue par les patients atteints d'une maladie de longue durée. Le terme de maladie chronique désigne toujours, dans ce rapport, les maladies chroniques non transmissibles, à l'exclusion des maladies chroniques transmissibles (telles que le VIH/SIDA).

Quelle est la situation en Suisse? Les maladies chroniques constituent depuis quelque temps déjà un problème majeur de santé publique dans notre pays. Les changements démographiques, mais aussi les mutations auxquelles on assiste dans le domaine du travail, de la mobilité, des habitudes alimentaires et des habitudes de consommation, ont une influence déterminante sur le risque de maladie chronique. Ces mutations ont commencé il y a fort longtemps. Les facteurs de risque comportementaux communs à toutes les maladies chroniques (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique) sont depuis des années à l'ordre du jour des organisations de promotion de la santé et de prévention des maladies, et ils sont désormais bien ancrés dans la conscience de la population.

Les raisons ne manquent pas de considérer aujourd'hui les maladies chroniques comme un problème majeur de santé publique en Suisse:

- *Forte charge de morbidité*: les maladies chroniques représentaient en 2004 déjà près de 90% de la charge de morbidité en Suisse, en termes de «perte d'années de vie en bonne santé» (WHO, 2008). Les affections chroniques sont la principale cause de maladie, d'invalidité et de mortalité dans notre pays. Selon Wieser et al. (2014), on peut estimer à 80% la part des dépenses de santé imputables aux maladies non transmissibles en Suisse.
- *Prévisions défavorables*: selon les prévisions de l'OMS, de l'OCDE et de l'Office fédéral de la santé publique, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique continuera à augmenter à l'avenir en Suisse. Cette évolution s'explique principalement par l'évolution démographique (hausse de la population âgée et très âgée), par les progrès de la technologie médicale et par l'évolution des conditions de vie et de travail, qui ont des effets négatifs sur certains facteurs de risque.

- *Sous-estimation des déterminants socio-économiques de la santé*: une raison supplémentaire d'ouvrir le débat sur les maladies chroniques réside dans le fait que l'on tend aujourd'hui encore à sous-estimer fortement les effets des déterminants socio-économiques de la santé et les effets de l'évolution de la société et de l'économie sur les comportements de la population et sur le risque de maladie.
- *Un système de santé encore trop axé sur les maladies aiguës*: le système suisse de santé est traditionnellement axé sur le traitement des maladies aiguës. La prise en charge et le suivi des personnes atteintes d'une maladie chronique ou de multimorbidité exige un changement de paradigme et une restructuration de notre système de santé.
- *Une médecine encore insuffisamment centrée sur le patient*: tous les acteurs et toutes les organisations du système de santé considèrent aujourd'hui qu'il faut centrer la médecine et le système de santé sur la personne malade, mais ce postulat n'est pas encore suffisamment mis en pratique au quotidien.

Divers acteurs nationaux et internationaux de la santé publique considèrent qu'il faut réformer le système suisse de santé pour le rendre mieux à même de répondre aux besoins des malades chroniques et des patients multimorbides (p. ex. OECD & WHO, 2011; GDK & BAG, 2012).

Dans le cadre de cette réforme, il convient de réfléchir à la définition même de la santé. La santé est-elle le fonctionnement parfait du corps et de l'esprit à tous les âges de la vie? – avec pour corollaire que tout écart à la norme relèverait de la médecine. Ou bien la santé est-elle ce que chaque individu considère qu'elle est pour soi-même, l'élément déterminant étant l'idée subjective que chacun se fait de son bien-être, de sa qualité de vie et de sa vitalité? Loin d'être une question purement théorique, la définition de la santé est au cœur de notre système de santé et elle détermine de manière très pratique son évolution future. La santé n'est pas un état naturel définissable en termes biologiques. La définition de la maladie et de la santé est déterminée par des facteurs sociaux, historiques et culturels. Elle est déterminée aussi par des intérêts économiques. C'est dans ce contexte qu'il faut aborder notamment les débats actuels sur la «pathologisation» de l'existence et sur la médicalisation croissante de notre société.

La question de savoir quelle conception de la santé il convient d'adopter dans un contexte donné et ce qu'il faut ranger sous les termes de santé et de maladie ne relève pas seulement de la médecine. Elle relève du discours social et politique. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a abordé la question dans son projet relatif à la médecine durable. L'ASSM note dans sa feuille de route que la croyance occidentale au progrès a fait naître l'idée qu'il n'y a pas de limite à l'amélioration de la santé, et que cette idée est précisément un des principaux problèmes de la médecine contemporaine.

« Il est nécessaire d'avoir une vision de la médecine qui soit limitée et qui ne tente pas d'avoir raison de l'âge, de la mort et de la maladie, mais qui aide chacun à éviter une mort prématurée et à mener une vie décente et non pas parfaite. » (Callahan, 2004, cité dans SAMW, 2012a, p. 9)

L'espérance de vie en Suisse est parmi les plus élevées du monde. L'objectif prioritaire, en termes de santé publique, n'est plus de diminuer la mortalité, mais d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé. Il s'agit de promouvoir la santé des bien portants et la qualité de vie des malades. L'évolution de nombreuses maladies dépend dans une large mesure des ressources des malades, de leur motivation et de leurs comportements. Le système de santé peut favoriser ou au contraire gêner les stratégies et les efforts que les malades déploient pour recouvrer la santé, pour retrouver la joie de vivre et un certain bien-être, pour se prendre en charge et pour intégrer la maladie dans leur vie quotidienne. Un objectif important de toute réforme du système de santé sera par conséquent d'aider les malades à s'investir personnellement dans leur santé et dans leur bien-être.

Dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, il faut mettre en œuvre des stratégies propres à réduire la forte charge de morbidité qui est aujourd'hui associée aux maladies chroniques. Considérant les fortes disparités sociales qui existent dans le monde face aux maladies chroniques, l'OMS (WHO, 2011) préconise des stratégies qui contribuent non seulement à combattre ces maladies mais à augmenter l'égalité des chances dans le domaine de la santé. L'OMS recommande une approche et des pratiques pluridisciplinaires et intersectorielles. La responsabilité du bien-être, de la vitalité et de la santé d'une population n'incombe pas au seul système de santé. Tout aussi déterminantes sont les conditions qui règnent dans les domaines de la formation, du marché du travail, de l'environnement et de la politique sociale. Pour une introduction détaillée sur la question des déterminants de la santé, nous renvoyons au rapport national sur la santé 2008 (Kickbusch & Engelhardt, 2009, p. 19ss). Une approche intersectorielle et pluridisciplinaire a été mise en pratique de façon exemplaire dans le domaine des transports, où la mobilité active (à vélo ou à pied) est encouragée afin de diminuer les embouteillages, le bruit du trafic et la pollution dans les zones métropolitaines de Suisse. Les effets avérés de la mobilité active sur la santé font partie des «cobénéfices» de cette stratégie, qui relève en premier lieu de la politique des transports (voir le [chapitre 10](#)).

Nous avons commandé quatre rapports de fond sur le thème «Vivre avec une maladie chronique»: Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger et Beat Sottas (Careum Stiftung, Zurich) ont produit un rapport sur les maladies chroniques vues par les malades. Sima Djalali et Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Zurich) ont examiné les modèles de prise en charge des maladies chroniques. Sonja

Ebert et Nicolas Senn (Policlinique médicale universitaire de Lausanne) et Isabelle Peytremann-Bridevaux (Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne) ont recensé les programmes spécifiquement axés sur le traitement des maladies chroniques en Suisse. Thomas Götschi, Eva Martin-Diener, Sonja Kahlmeier, Brian Martin (Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Zurich), Raphaël Bize, Thomas Simonson et Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne) ont fait le point des connaissances actuelles sur la mobilité active comme moyen de promotion de la santé. Ces quatre études, complétées par d'autres informations disponibles, ont été intégrées sous une forme condensée dans la deuxième partie du présent rapport.

Sur le thème des maladies chroniques, nous nous sommes intéressés notamment aux questions suivantes:

- Quelle est la prévalence des maladies chroniques en Suisse et quels groupes de population sont particulièrement touchés? Quels sont les principaux facteurs de risque? Quels sont les coûts associés à ces maladies?
- Comment vit-on aujourd'hui en Suisse lorsqu'on est atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques? Quelles stratégies les personnes touchées mettent-elles en œuvre pour vivre au mieux avec leur maladie? Que peut-on faire pour soutenir ces personnes?
- Que faut-il changer, de l'avis des personnes touchées, dans le système de santé?
- Quels programmes spéciaux de soins aux malades chroniques existent aujourd'hui en Suisse? L'offre est-elle satisfaisante en termes de quantité et de qualité?
- Dans quelle direction faut-il faire évoluer le système suisse de santé?
- Quelles stratégies peut-on recommander aujourd'hui pour prévenir les maladies chroniques? En quoi le système de transport joue-t-il un rôle particulier dans ce contexte?

La partie B du rapport est subdivisée en quatre chapitres: le *chapitre 7* informe sur la prévalence des maladies chroniques et sur leur importance pour la société; le *chapitre 8* traite de la manière dont les malades chroniques vivent et perçoivent la maladie, et il montre l'importance du soutien social et des soins informels aux malades; le *chapitre 9* traite de l'état actuel et de l'évolution future du système suisse de santé en ce qui concerne la prise en charge des malades chroniques; le *chapitre 10* montre comment l'encouragement de la mobilité active contribue à la promotion de la santé et à la lutte contre la charge de morbidité liée aux maladies chroniques.

Le rapport se termine par un regard vers l'avenir, où l'on montre ce que pourrait être un système de santé optimisé, capable de maîtriser les défis liés aux maladies chroniques. Le présent rapport n'a toutefois pas vocation à proposer un plan de mesures concret. Il présente des informations scientifiques destinées à aider les

responsables politiques, les administrations publiques et l'ensemble de la société civile à fixer des priorités et à planifier des mesures dans le domaine des maladies chroniques.

Où trouver les informations?

Le rapport national sur la santé 2015 est disponible sous trois formes:

- *une version électronique (pdf) téléchargeable gratuitement;*
 - *un ouvrage imprimé;*
 - *une version électronique enrichie d'informations plus détaillées et plus approfondies, disponible sur le site www.obsan.ch (analyses supplémentaires des indicateurs de la partie A, rapports de base mentionnés plus haut, liens, bibliographie, etc.).*
-

Partie A: Indicateurs

Laila Burla, Dimitri Kohler

2 Déterminants démographiques et socio-économiques

Parler de la santé d'une population, c'est s'intéresser en particulier aux différences de santé entre les groupes de population. Outre les différences selon le sexe et selon l'âge, il convient de considérer notamment les différences selon le statut social (formation, revenu, situation professionnelle, etc.), qui sont autant d'inégalités face à la santé. Ces différences sont en grande partie liées aux conditions de vie et aux comportements.

On trouvera dans ce chapitre une sélection d'indicateurs relatifs à certains aspects des conditions de vie qui exercent une influence sur la santé.

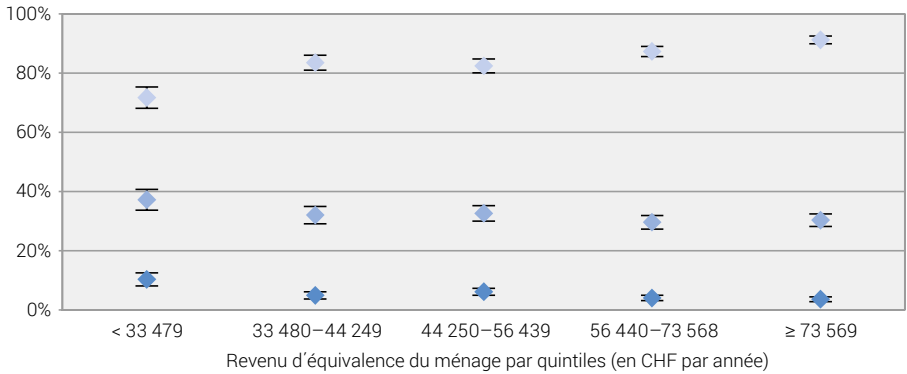
Quelques résultats:

- Un faible revenu et un bas niveau de formation vont de pair avec une morbidité et une mortalité accrues.
- Les personnes issues de la migration jouissent en moyenne d'une moins bonne santé que les autres. Cela s'explique notamment par leur statut socio-économique qui est en moyenne moins élevé. On observe toutefois des différences considérables suivant les pays d'origine.
- L'exercice d'une activité professionnelle est un facteur favorable en même temps qu'un facteur de risque pour la santé.

2.1 Conditions de vie économiques

Quelques indicateurs de santé selon le niveau de revenu, 2012

Personnes âgées entre 25 et 64 ans



Proportion de personnes...

◆ ...dont la santé subjective est (très) bonne

◆ ...avec un problème de santé de longue durée

◆ ...avec de fortes limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes

┌┐ Intervalle de confiance à 95%

Limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes depuis au moins 6 mois.

Source: OFS – SILC

© Obsan 2015

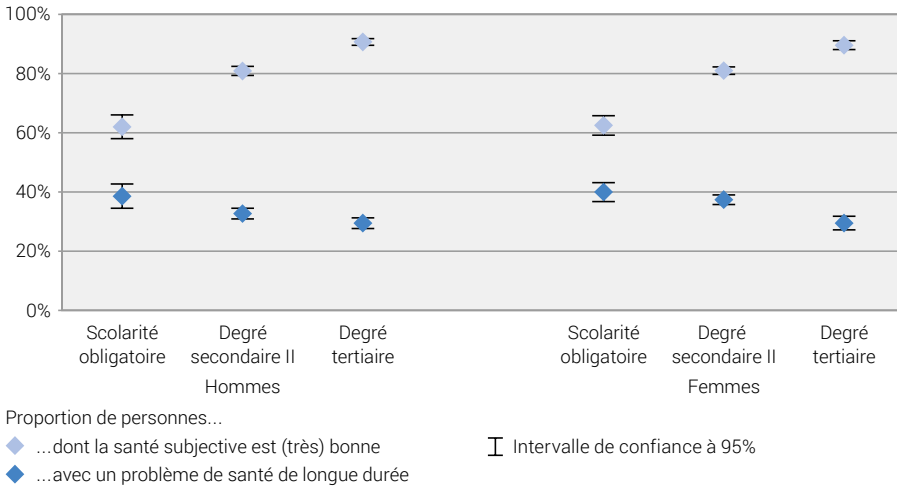
Les disparités socio-économiques expliquent en grande partie les inégalités de santé au sein d'une population (Bachmann, 2000; Lampert & Kroll, 2014; Marmot, 2005; Mielck, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009b). Il est dès lors essentiel de déterminer quels sont les groupes de population les plus défavorisés sur le plan matériel. Les chiffres concernant la Suisse montrent que le taux de pauvreté est supérieur à la moyenne chez les personnes élevant seules leurs enfants, les adultes vivants seuls, les personnes peu qualifiées, les personnes sans activité professionnelle ou vivant dans des ménages à faible participation au marché du travail, ainsi que chez les étrangers (BFS, 2014b).

L'incidence de la situation financière sur la santé apparaît clairement dans la figure ci-dessus, qui présente quelques indicateurs de la santé selon le niveau de revenu: les personnes de 25 à 64 ans qui ont les revenus les plus faibles (quintile inférieur) ont une perception nettement plus défavorable de leur santé que les personnes qui ont un revenu plus élevé, et elles souffrent plus fréquemment d'un problème de santé chronique ou d'un problème de santé qui les limite fortement dans leurs activités quotidiennes.

2.2 Formation

Quelques indicateurs de santé selon le niveau de formation, 2012

Personnes de 25 ans et plus



Source: OFS – ESS

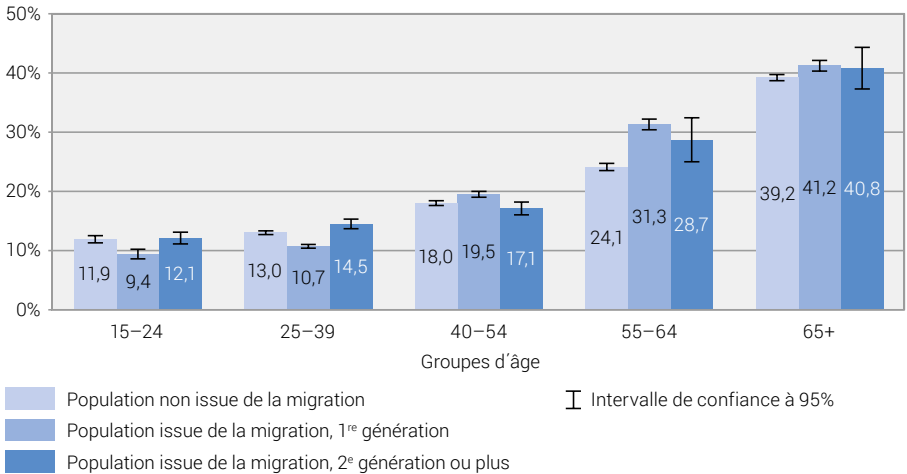
© Obsan 2015

La formation influe de diverses manières sur la santé. Elle influence par exemple les conditions générales de vie, qui elles-mêmes ont un impact sur la santé. Une formation de niveau élevé améliore les perspectives professionnelles et notamment les chances de trouver un emploi bien rémunéré (voir l'indicateur 2.1) ou d'exercer une activité gratifiante et peu dangereuse (Stamm & Lamprecht, 2009a). Les connaissances et les comportements en matière de santé sont en partie liés au niveau de formation, de même que l'aptitude à s'orienter dans le système de santé (Stamm & Lamprecht, 2009b). En conséquence, plus une personne a une formation élevée, meilleure sera sa santé, son espérance de vie et ses comportements en matière de santé (BFS, 2014c; Mielck, 2005; Wanner & Lerch, 2012).

Selon les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 (figure ci-dessus), env. 63% des personnes sans formation postobligatoire s'estiment en bonne ou en très bonne santé, contre env. 90% des personnes possédant une formation du degré tertiaire. 38,6% des hommes et 40,0% des femmes sans formation post-obligatoire souffrent d'un problème de santé chronique. Le pourcentage est moins élevé de dix points chez les diplômés du degré tertiaire (29,5% pour les deux sexes).

2.3 Contexte migratoire

Limitations dans les activités quotidiennes selon le statut migratoire, 2013



Limitations fonctionnelles depuis au moins 6 mois.

Source: OFS – ESPA

© Obsan 2015

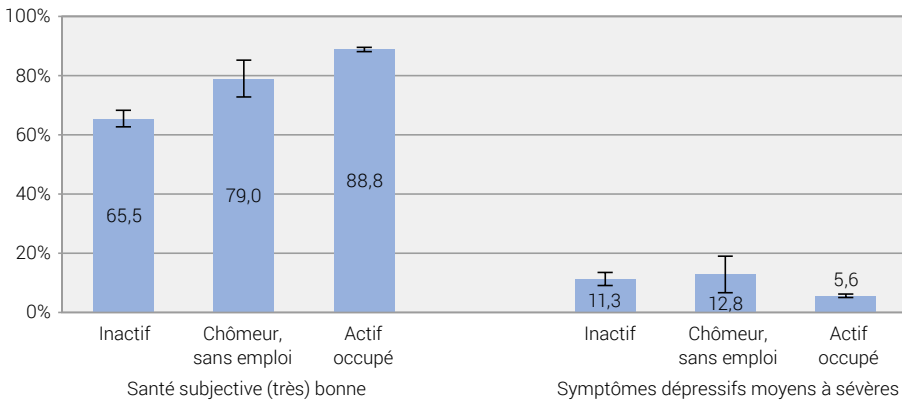
L'analyse de l'état de santé de la population issue de la migration est problématique du fait de l'hétérogénéité de cette population. D'une manière générale, on observe que la population migrante est en moins bonne santé que la population autochtone (BAG, 2011, 2013). Parmi les facteurs liés à la migration qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé, on peut citer les circonstances de la migration, le statut de séjour et le manque d'intégration. Une grande partie de la population migrante de Suisse a un niveau de formation et de revenu inférieur à la moyenne et est davantage exposée à la pauvreté et au chômage (BFS, 2014e; BAG, 2013b).

Les chiffres présentés dans la figure concernant les limitations dans les activités quotidiennes pour raison de santé montrent que les jeunes migrants de 1^{re} génération déclarent moins de limitations liées à la santé que les personnes non issues de la migration ou celles de 2^e génération ou plus. C'est là une manifestation de l'effet «healthy worker»: ce sont avant tout les personnes en bonne santé qui migrent, lorsqu'elles en ont le choix. A partir de 40 ans, les migrants et migrantes de 1^{re} génération présentent davantage de limitations dues à leur état de santé que la population non issue de la migration. Pour les migrants de 2^e génération, les valeurs sont plus proches de celles de la population autochtone.

2.4 Situation professionnelle

Quelques indicateurs de santé selon le statut d'activité, 2012

Personnes de 25 ans et plus



┆ Intervalle de confiance à 95%

Symptômes lors des deux dernières semaines.

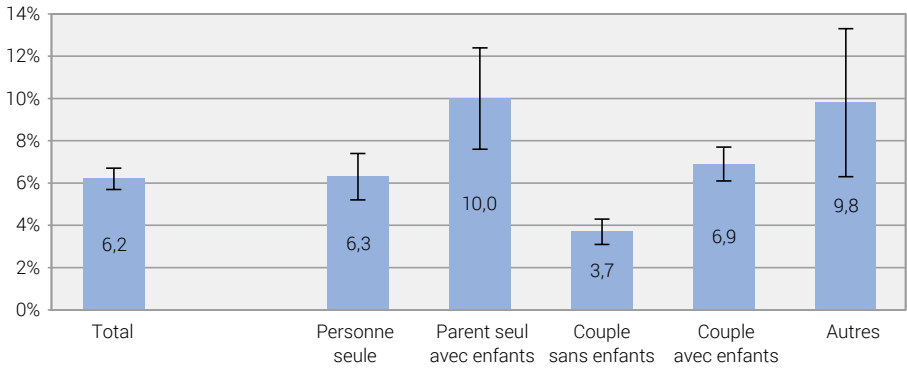
Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les liens multiples existant entre le travail et la santé s'observent à différents niveaux (Kroll & Lampert, 2012). Les personnes actives occupées sont généralement en meilleure santé que les personnes sans activité professionnelle ou sans emploi (BFS, 2014d; Gesundheitsförderung Schweiz, 2013; Schuler & Burla, 2012). Selon les résultats de l'ESS 2012, 88,8% des personnes actives occupées de 25 à 64 ans s'estiment en bonne ou en très bonne santé, contre 79% des sans-emploi et 65,5% des personnes sans activité professionnelle. Par ailleurs, les personnes sans emploi ou sans activité professionnelle font plus fréquemment état de symptômes dépressifs. Cela tient d'une part au fait que les personnes atteintes dans leur santé tendent à avoir plus de mal que les autres à intégrer le marché du travail (healthy worker effect). D'autre part, avoir un emploi contribue au maintien d'une bonne santé dans la mesure où cela garantit l'existence matérielle tout en renforçant l'estime de soi, la confiance en ses capacités et l'intégration sociale. A l'inverse, une longue période de chômage a des conséquences négatives sur la santé (Lätsch et al., 2011, Baer et al., 2013). Mais l'activité professionnelle peut aussi constituer un facteur de risque si les conditions de travail sont mauvaises (BFS, 2014a). Il n'est pas rare que les travailleurs soient exposés à des contraintes physiques (accidents, travail de nuit et en horaires alternants, travail physiquement exigeant, etc.) et psychiques (surmenage ou au contraire sous-occupation, manque de reconnaissance, mobbing, etc.).

2.5 Structure du ménage

Symptômes dépressifs moyens à sévères, selon le type de ménage, 2012



┌ Intervalle de confiance à 95%

Symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les conditions de vie des individus se reflètent en partie dans la structure des ménages dans lesquels ils vivent. Il n'est pas étonnant dès lors que les conditions de santé soient inégalement réparties entre les différents types de ménage. L'analyse des symptômes dépressifs est parlante: les personnes élevant seules leurs enfants font nettement plus souvent état de symptômes dépressifs (10,0%) que la moyenne de la population (6,2%). Les couples sans enfant sont nettement moins touchés (3,7%). Parmi les facteurs à prendre en compte pour expliquer les inégalités de santé entre les différents types de ménages figurent notamment l'âge, les ressources financières, la charge de travail (p. ex. la double charge pour les personnes élevant seules leurs enfants), l'intégration sociale. A noter que les personnes vivant en institution ne sont pas incluses dans les résultats susmentionnés.

3 Enfants

Ce chapitre traite de la santé des enfants de 0 à 10 ans. Il présente des indicateurs importants sur la santé des enfants et sur ses facteurs déterminants, en mettant l'accent sur quelques thèmes particulièrement pertinents pour ce groupe d'âge. Une partie des indicateurs (p. ex. les causes de mortalité, le diabète, le poids corporel) se retrouvent dans les chapitres consacrés aux autres groupes d'âge (adolescents et jeunes adultes, adultes d'âge moyen, personnes âgées). A noter que les chiffres proviennent parfois de sources différentes et qu'elles ne sont pas toujours comparables sans restriction. Certains indicateurs, par exemple sur la rougeole et sur les handicaps, n'apparaissent que dans le présent chapitre. Le premier indicateur – espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé à la naissance – est un cas particulier: il est une grandeur théorique calculée pour l'âge 0 et pour une année de naissance donnée, et ne dit rien de la santé des enfants.

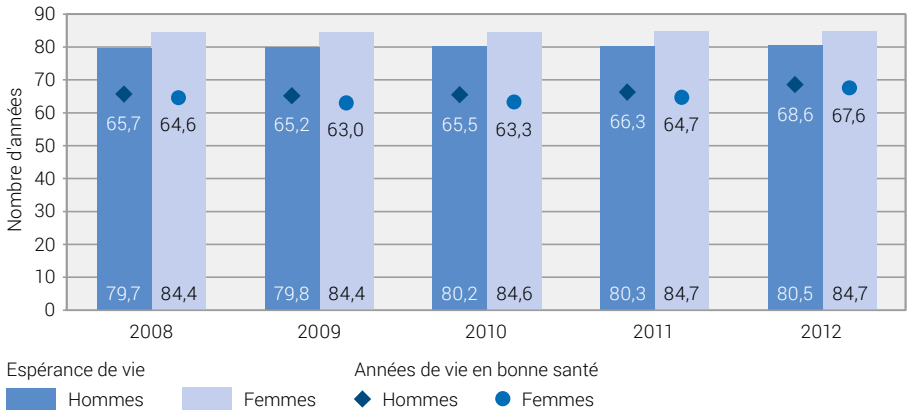
Le choix des indicateurs a été conditionné assez souvent par les données disponibles. Si quelques indicateurs (causes de mortalité, rougeole, maladies cancéreuses, accidents) s'appuient sur une bonne base de données, il est des domaines importants dans lesquels les données sont insuffisantes, surtout pour les enfants. Il a donc fallu – notamment pour la santé psychique et pour le diabète, mais aussi pour le poids corporel et pour l'activité physique chez les enfants – recourir à des études particulières, dont la portée est limitée. Sur certains thèmes, comme l'alimentation, nous ne disposons d'aucune donnée ou seulement de données internationales.

Quelques résultats:

- L'espérance de vie en bonne santé augmente plus rapidement que l'espérance de vie totale.
- Selon les estimations, jusqu'à 20% des enfants présentent des perturbations psychologiques.
- Les principales causes de mortalité dans la première année de vie sont les complications périnatales et les malformations, plus tard ce sont les accidents et les cancers.
- Environ 22% des enfants à l'âge de l'école primaire sont en excès de poids – proportion qui est restée stable au cours des dernières années.

3.1 Espérance de vie/années de vie en bonne santé

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à la naissance, 2008–2012



Source: OFS – ESPOP, BEVNAT, STATPOP et Eurostat

© Obsan 2015

En 2012, l'espérance de vie en Suisse était de 84,7 ans pour les femmes et de 80,5 ans pour les hommes. L'espérance de vie a pratiquement doublé au 20^e siècle. Le principal facteur de hausse de l'espérance de vie n'est plus le recul de la mortalité infantile, comme aux alentours de 1900, mais l'allongement de la vie. L'écart entre les sexes s'est réduit ces dernières années. La Suisse se classe au deuxième rang mondial derrière le Japon (WHO, 2014).

Les *années de vie en bonne santé* (healthy life years) correspondent au nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre sans limitations fonctionnelles. Les garçons nés en 2012 ont en moyenne 68,6 années de vie sans incapacité fonctionnelle devant eux, les filles 67,6. Entre 2008 et 2012, l'espérance de vie en bonne santé a augmenté plus rapidement que l'espérance de vie totale.

La Suisse est l'un des rares pays européens où l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est plus basse chez les femmes que chez les hommes. Cela, ajouté au fait que l'espérance de vie totale augmente, n'est pas sans conséquence sur le nombre d'années à vivre avec des limitations fonctionnelles.

3.2 Santé mentale

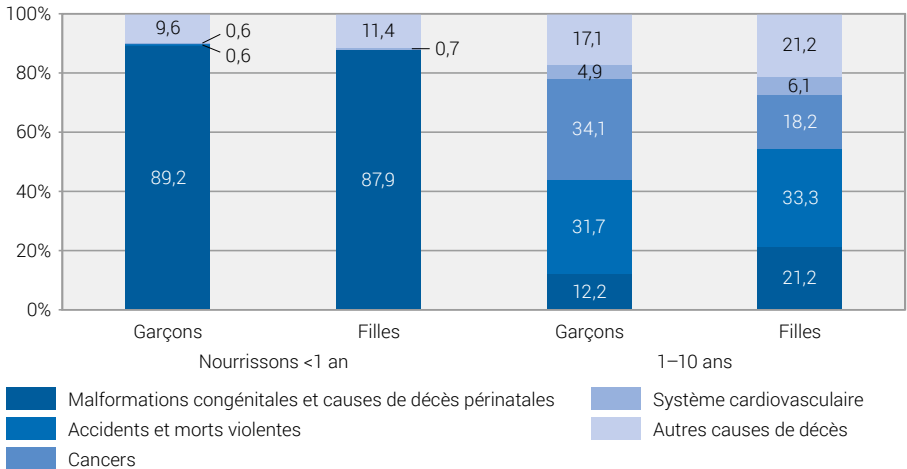
Il n'existe en Suisse que peu d'études portant sur la santé psychique des enfants. La seule enquête représentative qui fournit des chiffres sur la prévalence des troubles psychiques chez l'enfant est une étude zurichoise de 1994 (Etude ZAPPS, Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study, Steinhausen et al., 1998). Selon cette étude, la prévalence totale des maladies psychiques est de 22,5% chez les jeunes de 7 à 17 ans. Les enfants de 7 à 9 ans sont particulièrement touchés avec une prévalence de 31,3% (25,4% pour les 10–13 ans, 12,8% pour les 14–17 ans). Toujours selon cette étude, les garçons présentent plus fréquemment des troubles psychiques que les filles.

L'estimation de la prévalence des troubles psychiques chez l'enfant en Suisse se fonde généralement sur des recherches internationales. C'est le cas de l'étude de Rüesch & Mäder (2010). Cette étude, comme beaucoup d'autres, ne porte pas exclusivement sur les enfants mais également sur les adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans. Chez l'enfant et l'adolescent, les pathologies les plus fréquentes sont les troubles anxieux et le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Selon une étude sur la prescription de Ritaline® (méthylphénidate) réalisée en 2002 dans le canton de Vaud, 1,2% des garçons et 0,2% des filles de 5 à 14 ans seraient traités à la Ritaline® dans ce canton (Huissoud et al., 2005).

Une enquête de long terme sur la santé des enfants et des adolescents (KiGGS) réalisée en Allemagne livre des résultats détaillés concernant les enfants. Selon les deux premiers relevés couvrant les périodes 2003–2006 et 2009–2012, 20% environ des enfants de 3 à 10 ans présenteraient des troubles psychiques (Hölling et al., 2007; Hölling et al., 2014; Schlack et al., 2007). Il s'agit le plus souvent de problèmes de comportement et d'hyperactivité, les garçons étant davantage touchés que les filles.

3.3 Causes de décès

Causes de mortalité chez les enfants, 2012



Source: OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Les décès sont rares chez les enfants. Les chiffres sur les causes et la fréquence des décès fournissent néanmoins des informations importantes dans l’optique de la prévention. La mortalité des enfants de moins d’un an a fortement reculé en Suisse ces dernières décennies puisqu’on est passé de 15,2 décès pour 1000 naissances vivantes en 1969 à 3,6 en 2012 (non représenté dans la figure). La forte baisse des morts subites du nourrisson depuis le début des années 1990 y est pour beaucoup (BFS, 2012b). La mortalité du nourrisson était autrefois nettement plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais cet écart a pratiquement disparu.

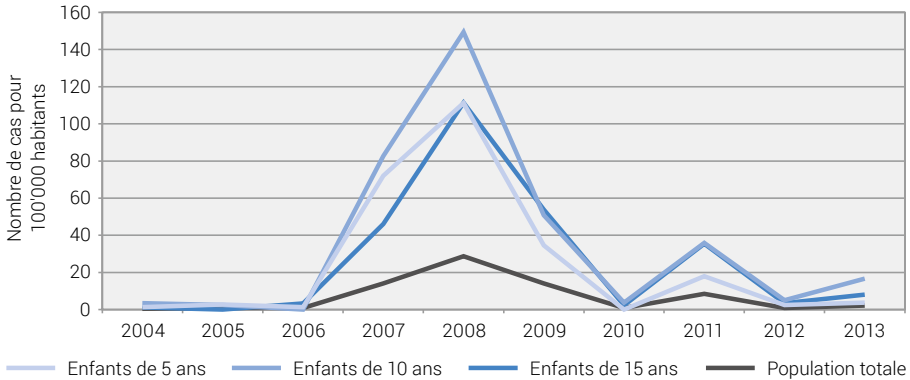
Malgré ces progrès, c’est toujours dans la première année de vie que le risque est le plus grand: sur les 370 décès recensés en 2012 chez les enfants de 0 à 10 ans, 158 ou 42,7% sont survenus dans les premières 24 heures de vie, et 296 ou 79,9% durant la première année.

Comme le montre la figure, la mort chez les nourrissons résulte de complications périnatales ou de malformations congénitales dans 89,1% des cas chez les garçons et 87,9% des cas chez les filles, avec un risque accru pour les grands prématurés et les enfants de grossesses multiples (BFS, 2012b). Dans les années suivantes, les causes de décès les plus fréquentes sont les accidents/morts violentes et les cancers. [L’indicateur 5.3](#) présente les causes de décès pour tous les groupes d’âge.

3.4 Maladies infectieuses

Rougeole

Incidence de la rougeole, selon l'âge, 2004 – 2013



Source: OFSP – Statistique des maladies infectieuses à déclaration obligatoire

© Obsan 2015

La rougeole est une maladie infectieuse pouvant entraîner de graves complications, en particulier chez l'adulte et dans certains groupes à risque (femmes enceintes, nourrissons, personnes présentant un déficit immunitaire). Dans les pays industrialisés, la mortalité est de 1 à 3 décès pour 10'000 malades (BAG, 2012a).

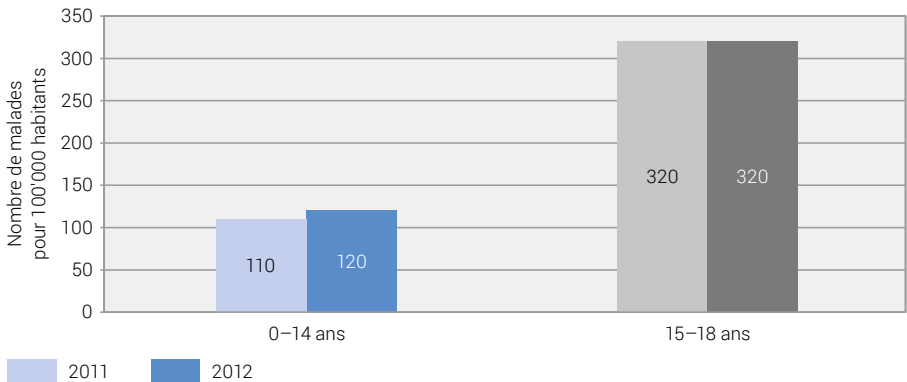
Dans les 10 ans écoulés, la Suisse a connu une grande épidémie de rougeole, qui a atteint son pic en 2008, avec 2220 cas recensés et une incidence de 29 cas pour 100'000 habitants. Plusieurs petites flambées ont été signalées depuis. Les enfants et les personnes non vaccinées sont à chaque fois les plus fortement touchés. 189 cas de rougeole ont été déclarés en 2013, 67% concernaient la classe d'âge des 5 à 19 ans et 23% les adultes de 20 ans et plus.

La rougeole peut être évitée grâce à la vaccination. On considère en général qu'un taux de couverture de 95% de la population permet de protéger les personnes non vaccinées (immunité collective) et d'éradiquer la maladie (BAG, 2003). La couverture de vaccination des enfants de deux ans contre la rougeole (deux doses) a certes augmenté ces dernières années, mais il n'atteint que 85%, encore loin du taux visé de 95%. De plus, les chiffres de 2012 montrent que la couverture vaccinale chez l'adulte est inférieure à 80% (BAG, 2012b, 2014a).

3.5 Maladies non transmissibles

Diabète sucré

Diabète chez les enfants et les adolescents (prévalence), 2011/2012



Source: Assurances Helsana/Analyse pour l'Obsan

© Obsan 2015

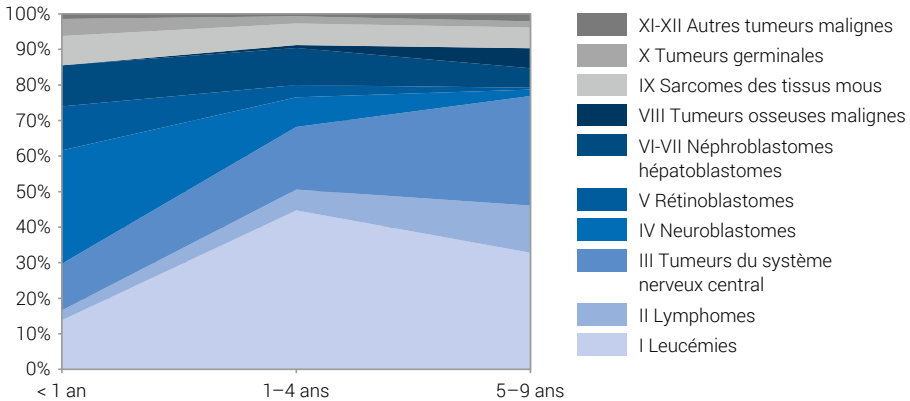
Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique dont l'incidence est en progression dans le monde depuis quelques décennies (International Diabetes Federation, 2013a). On distingue essentiellement deux types de diabète: celui de type 2 est fortement lié au style de vie et associé au surpoids. Il survient le plus fréquemment à l'âge adulte. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui survient typiquement dès l'enfance ou l'adolescence. Mais depuis quelque temps, le taux de morbidité des deux types de diabète est en augmentation chez l'enfant.

Les estimations ici présentées pour les enfants et les adolescents s'appuient sur les données d'une grande société d'assurance-maladie. Le nombre total de personnes atteintes de diabète (types 1 et 2; pas de différenciation possible) est estimé sur la base du nombre de cas traités. Selon les calculs effectués pour les années 2011 et 2012, entre 110 et 120 enfants de 0 à 14 ans sur 100'000 seraient atteints de diabète en Suisse, ce qui représente au total environ 29'400 enfants.

Il n'existe pas de données actuelles permettant d'évaluer l'incidence du diabète chez l'enfant en Suisse. Selon les estimations de la Fédération internationale du diabète (FID) (2013b), dont les chiffres concernant la Suisse remontent à une enquête de 2001 (Schoenle et al., 2001), l'incidence du diabète de type 1 chez l'enfant de moins de 15 ans est de 13,1 cas annuels pour 100'000 enfants.

Cancer

Principaux cancers diagnostiqués chez l'enfant, 1987–2011



Taux basés sur tous les nouveaux cas sur la période 1987–2011.

Groupes de diagnostics basés sur la classification internationale des cancers de l'enfant.

Source: RSCE

© Obsan 2015

Si le taux de guérison des cancers infantiles avoisine aujourd'hui les 80%, le cancer n'en reste pas moins la deuxième cause de mortalité chez l'enfant après les causes accidentelles (BFS, 2011). Entre 2007 et 2011, on a recensé 181 nouveaux cas en moyenne annuelle et près de 26 décès. L'incidence des cancers diminue à partir de la 4^e année de vie pour progresser à nouveau à l'adolescence (BFS, 2011).

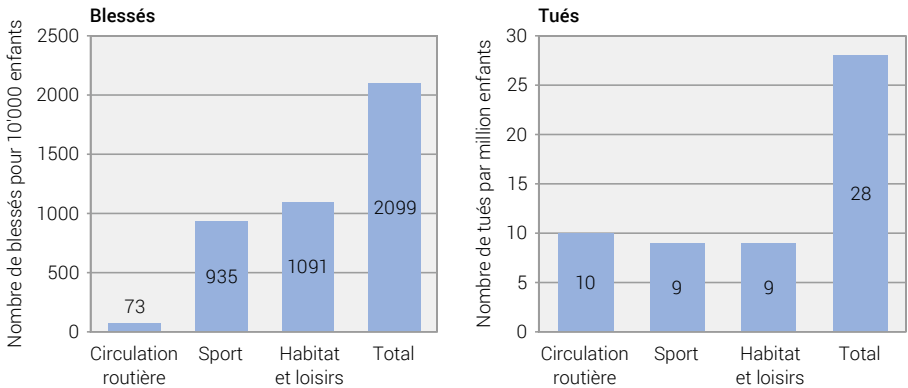
Comme le montre la figure ci-dessus, les tumeurs de l'enfant sont souvent très différentes de celles de l'adulte (voir la figure générale par âge au [chapitre 5](#), indicateur sur le [cancer](#)). Chez l'enfant de moins d'un an, les principales tumeurs sont les tumeurs dites embryonnaires (p. ex. le neuroblastome, le rétinoblastome, le néphroblastome et les tumeurs germinales). Chez les enfants de 1 à 10 ans, les cancers les plus répandus sont les leucémies, les tumeurs du système nerveux central et les lymphomes.

Comme la grande majorité des enfants survivent aujourd'hui au cancer, l'attention se porte désormais particulièrement sur les complications tardives de la maladie ou de ses traitements. Des tumeurs secondaires sont aussi toujours possibles. Plusieurs études sur la qualité de vie de ces enfants sont disponibles auprès du Registre suisse du cancer de l'enfant.

3.6 Accidents

Enfants blessés ou tués dans des accidents, 2011

Personnes de 0 à 16 ans



Sources: bpa – Statistique des accidents non professionnels, OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Les accidents sont une cause importante d'hospitalisation et de mortalité chez l'enfant (voir l'indicateur 3.3 sur les causes de mortalité; BFS, 2014f). Si l'on part du principe qu'un accident est évitable, le travail de prévention joue ici un rôle essentiel.

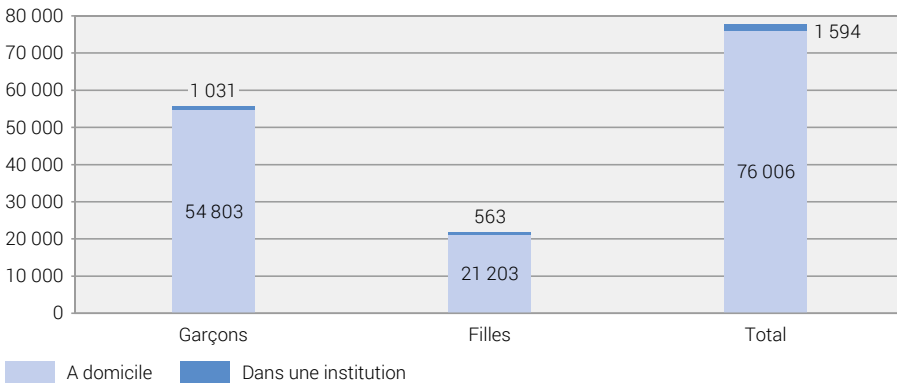
En 2011, 286'430 enfants se sont blessés en Suisse, 9960 dans des accidents de la route, 127'580 en faisant du sport et 148'890 dans des accidents domestiques ou de loisirs. Le taux d'incidence est de 2099 enfants pour 10'000 habitants. 38 enfants de 0 à 16 ans ont trouvé la mort dans un accident, 14 dans un accident de la route, 12 en pratiquant un sport et 12 dans un accident domestique ou de loisirs (bfu, 2014). Cela représente 28 décès par million d'habitants (voir la figure). Les décès sont plus fréquents chez les garçons (23) que chez les filles (15). Pour un tableau d'ensemble des accidents par groupes d'âge, voir l'indicateur 4.7.

Les données à long terme sur les accidents de la circulation montrent que le nombre de blessés et de morts chez les enfants (0 à 14 ans) est en fort et constant recul depuis les années 1980 malgré des fluctuations annuelles (bfu, 2014).

3.7 Handicaps

Nombre d'enfants souffrant d'un handicap, 2012

Enfants de 0 à 10 ans



Sources: OFS – ESS, Somed

© Obsan 2015

Le handicap n'est pas un problème de santé en soi. Le terme de handicap désigne les conséquences d'un problème de santé dans la vie quotidienne d'une personne.

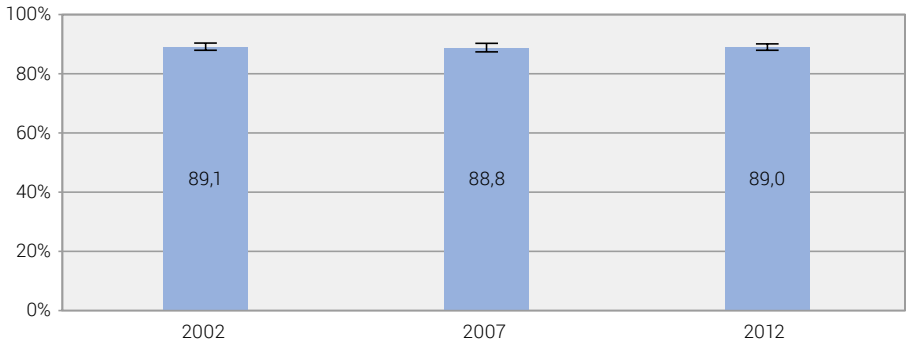
L'enquête suisse sur la santé de 2012 – dans laquelle il a été demandé aux parents si leur enfant avait un handicap et quelles conséquences ce handicap avait sur la scolarité et les activités quotidiennes de l'enfant – et la statistique 2012 des institutions médico-sociales (Somed) révèlent que 77'600 enfants (55'834 garçons et 21'766 filles) âgés de 0 à 10 ans sont atteints d'un handicap en Suisse, ce qui représente 8,7% des enfants de cette tranche d'âge (voir la figure ci-dessus). Parmi eux, 1594 (2,1%) vivent en institution, ce qui laisse supposer un handicap assez sévère.

Selon d'autres analyses, basées sur l'ESS de 2007, 122'110 ménages suisses comptent en leur sein au moins un enfant de 0 à 14 ans atteint d'un handicap, ce qui correspond à 8,4% des ménages avec enfant(s) de 0 à 14 ans. Dans près de 24% des cas, le handicap a de fortes répercussions sur la vie de l'enfant (BFS, 2010).

Les garçons sont plus fréquemment atteints d'un handicap que les filles, dans une proportion de deux tiers contre un tiers. Si les causes de cette inégalité ne sont pas simples à trouver, les facteurs suivants pourraient apporter quelques éléments de réponse: certaines maladies héréditaires (p. ex. la trisomie 21) et certains troubles comportementaux touchent proportionnellement davantage les hommes, qui sont par ailleurs aussi plus souvent victimes d'accidents (BFS, 2012a).

3.8 Alimentation

Proportion de femmes ayant allaité leur dernier-né, 2002 – 2012



┆ Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

L'alimentation revêt une importance capitale pour la santé dès les premiers jours de la vie. L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. Une méta-analyse indique que l'allaitement contribuerait à éviter le surpoids (Kleiner et al., 2013) et améliorerait l'intelligence (Horta & Victora, 2013). On pense également qu'être longtemps nourri uniquement au lait maternel réduirait les risques d'allergie chez l'enfant (Foisy et al., 2011).

Selon une analyse des données de l'ESS, près de 90% des mères en Suisse ont allaité leur dernier-né (voir la figure ci-dessus). Cette proportion est restée inchangée au cours de la décennie écoulée. Un quart environ (26%) des mères interrogées ont allaité leur enfant durant un à quatre mois et un autre quart (25%) entre quatre et six mois. Un enfant sur cinq (21%) a été allaité entre six et douze mois et presque un sur dix (9%) pendant plus d'un an.²

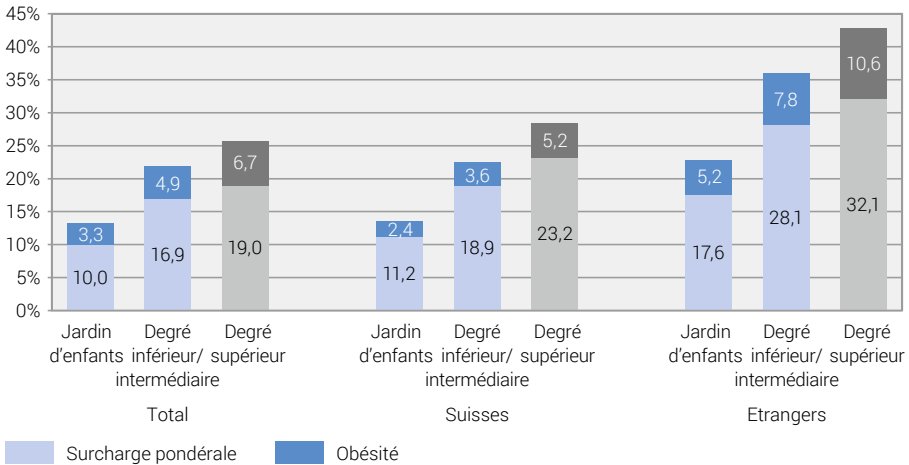
Il n'existe pas d'autres données sur l'alimentation et le comportement alimentaire des enfants suisses. Selon des données allemandes pour la période 2003–2006, deux tiers des enfants de trois à six ans consomment quotidiennement des fruits. Deux tiers des filles et la moitié des garçons de trois à six ans mangent tous les jours des légumes (Mensink et al., 2007).

² Voir l'indicateur de l'allaitement de l'OFSP: www.bag.admin.ch → Thèmes → Nutrition et activité physique → Système de monitoring → Recueil d'indicateurs → Indicateur 2.7

3.9 Poids corporel

Enfants en surpoids, 2012/2013

Villes de Bâle, Berne et Zurich



Source: Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A. et al., 2014

© Obsan 2015

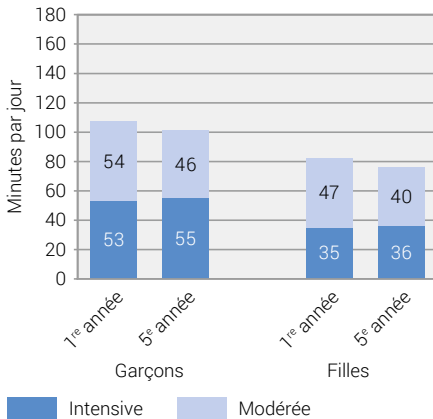
Le surpoids est un important facteur de risque de nombreuses maladies non transmissibles, comme les affections cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains types de cancers. Les programmes d'action visant à promouvoir un poids corporel sain chez les enfants et les adolescents sont d'autant plus importants que le surpoids persiste ensuite souvent jusqu'à l'âge adulte, avec les conséquences qui en découlent à moyen et à long terme pour la santé.

Il n'existe pas de données sur le poids corporel des enfants et des jeunes dans l'ensemble de la Suisse. On dispose depuis 2005/2006 de données fournies par les services de santé scolaire des Villes de Berne, de Zurich et de Bâle (Stamm et al., 2014). Plus l'âge avance, plus la proportion d'enfants en excès de poids augmente. Au jardin d'enfants (âge moyen: 5,4 ans), 13,3% des enfants sont en surpoids ou obèses. La proportion passe à 21,8% au degré élémentaire et moyen (âge moyen: 9,7 ans) et s'accroît encore au degré supérieur (âge moyen: 14,6 ans) (voir aussi l'indicateur 4.9)

Les enfants étrangers sont plus fréquemment en surpoids que les enfants suisses et sont deux fois plus touchés par l'obésité, tous niveaux scolaires confondus. La proportion d'enfants en surpoids est restée relativement stable ces dernières années (Stamm et al., 2014).

3.10 Activité physique

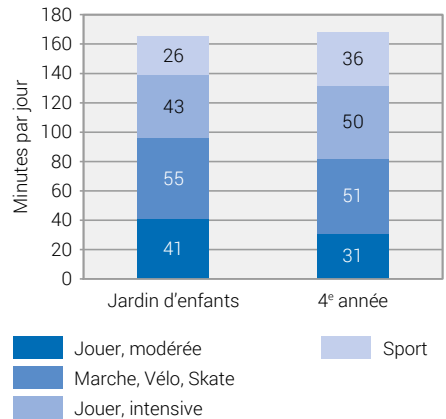
Activité physique chez les enfants: étude KISS, 2006



Activité moyenne en minutes par jour.

Source: Observatoire sport et activité physique Suisse, 2013 © Obsan 2015

Activité physique chez les enfants: étude SCARPOL, 2004/05



Activité moyenne en minutes par jour.

Source: Observatoire sport et activité physique Suisse, 2013 © Obsan 2015

Pratiquer suffisamment d'activité physique est essentiel au bon développement physique, psychique et social de l'enfant et de l'adolescent. Associée à une alimentation saine, la pratique régulière d'une activité physique est un important facteur de protection contre de nombreuses maladies non transmissibles (p. ex. les affections cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2, le cancer). Pour les enfants et les adolescents, il est recommandé de pratiquer au moins une heure de sport ou d'activité physique par jour (BASPO et al., 2013).

L'étude KISS de 2006 (cantons d'Argovie et de Bâle-Campagne) et l'étude SCARPOL de 2004/2005 (Villes de Berne, de Bienne et de Payerne) sont deux des rares enquêtes à avoir recueilli des données sur l'activité physique des enfants. Les deux figures montrent l'activité physique quotidienne moyenne exprimée en minutes (mesurée à l'aide d'un accéléromètre) par degré scolaire.

Selon l'étude KISS (figure de gauche), les garçons ont plus d'activité physique que les filles (env. 100 min. par jour contre 80). Les comportements évoluent peu entre la 1^{re} et la 5^e année primaire. L'étude SCARPOL indique des valeurs un peu plus élevées: au jardin d'enfants et en 4^e primaire, les enfants pratiqueraient environ 2 heures et demie d'activité physique par jour, essentiellement sous la forme de jeux.

4 Adolescents et jeunes adultes

Ce chapitre traite de la santé des adolescents et des jeunes adultes de 11 à 24 ans. Il présente des indicateurs sur la santé dans ce groupe d'âge et sur ses facteurs déterminants. L'accent est mis sur quelques thèmes particulièrement importants pour les adolescents et les jeunes adultes. Pour quelques indicateurs (p. ex. les causes de mortalité, le diabète, le poids corporel), les graphiques incluent aussi les autres groupes d'âge (enfants, adultes d'âge moyen, personnes âgées), ou une partie d'entre eux, donnant une image complète de la santé à tous les âges de la vie. A noter que les chiffres proviennent parfois de sources différentes et qu'ils ne sont pas toujours comparables sans restriction.

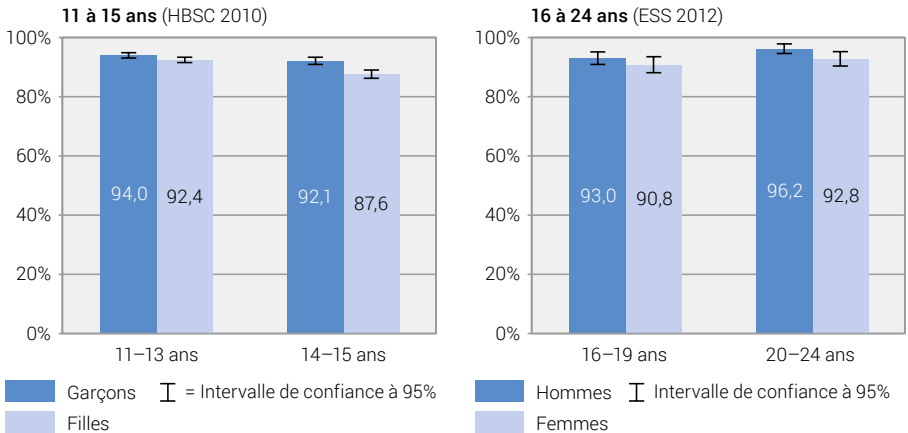
Le choix des indicateurs est déterminé en partie par les données disponibles. Outre quelques banques de données particulières (statistique des causes de décès, épidémiologie du cancer, statistique des accidents non professionnels), on a utilisé surtout les résultats de deux enquêtes: d'une part, la *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, une étude internationale sur les écoliers de la 5^e à la 9^e année scolaire (pour la plupart âgés de 11 à 15 ans), réalisée tous les 4 ans et portant sur différents aspects des comportements de santé et des modes de vie; d'autre part, *l'enquête suisse sur la santé (ESS)* de l'Office fédéral de la statistique, qui est réalisée tous les 5 ans auprès de la population résidente permanente de 15 ans ou plus et qui porte sur différents thèmes en rapport avec la santé (état de santé, facteurs influençant la santé, recours au système de santé, etc.). Pour beaucoup d'indicateurs (santé psychique, douleurs, tabagisme, activité physique, etc.), les résultats des deux enquêtes sont présentés côte à côte. Dans l'interprétation, il faut tenir compte du fait que les données proviennent de sources diverses, qu'elles sont souvent basées sur des questionnaires d'enquêtes formulés différemment, et qu'elles ne sont pas toujours comparables sans restriction.

Quelques résultats:

- Un tiers des jeunes gens et plus de la moitié des jeunes femmes de 16 à 19 ans font état de symptômes dépressifs.
- Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes gens, la troisième chez les jeunes femmes.
- La part des hommes et des femmes en excès de poids a doublé dans le groupe des 16–24 ans au cours des vingt dernières années.
- A l'âge de 15 ans, 13% des jeunes gens et 10% des jeunes filles fument tous les jours.

4.1 Etat de santé auto-évalué

Adolescents et jeunes adultes dont l'état de santé auto-évalué est bon ou très bon, 2010 et 2012



Source: HBSC, OFS – ESS

© Obsan 2015

L'état de santé auto-évalué, appelé aussi état de santé subjectif, mesure l'état de santé tel qu'il est ressenti par l'individu lui-même. La manière dont un individu perçoit subjectivement son état de santé constitue un bon facteur de prédiction sur des variables telles que la morbidité, la mortalité ou l'utilisation des ressources du système de santé (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

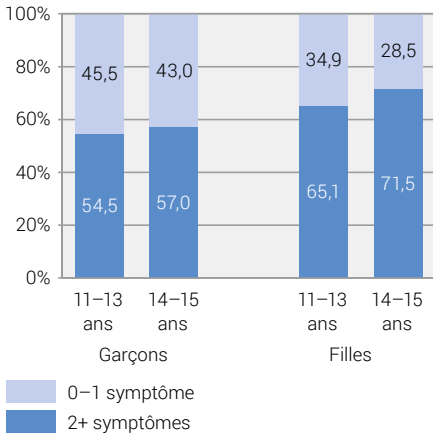
La grande majorité des adolescents et des jeunes adultes se sentent en bonne ou en très bonne santé: les pourcentages sont tous supérieurs à 90%, sauf chez les filles de 14 et 15 ans, qui sont moins nombreuses (87,6%) que les garçons de leur âge à se considérer en bonne ou en très bonne santé (différence significative). Les données sur les 11-15 ans proviennent de l'étude HBSC et celles sur les 16-24 ans de l'ESS. Le graphique synoptique de tous les groupes d'âge (voir l'indicateur 5.1) montre que la proportion de gens qui se considèrent en bonne ou en très bonne santé diminue avec l'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Etat de santé auto-évalué (RNS)

4.2 Santé mentale

Troubles psychiques

Symptômes psycho-affectifs chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010

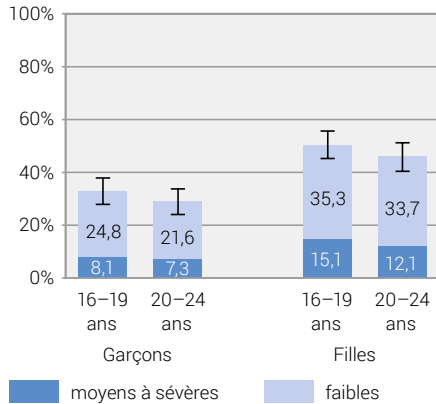


Symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Source: HBSC

© Obsan 2015

Symptômes dépressifs chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



I Intervalle de confiance à 95%. Les intervalles de confiances se rapportent au total des symptômes dépressifs (symptômes faibles à sévères).

Symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

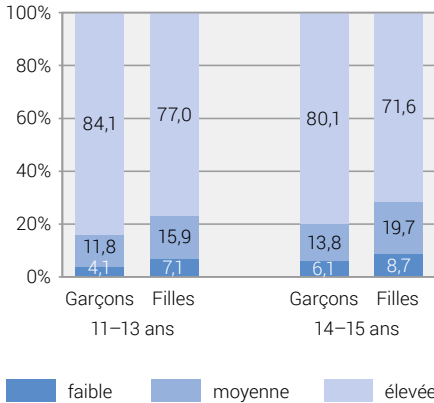
Les données sur les jeunes de 11 à 15 ans proviennent du volet *symptômes psycho-affectifs* (tristesse, difficulté à s'endormir, anxiété/inquiétude) de l'étude HBSC. 54,5% des garçons et 65,1% des filles de 11 à 13 ans présentent deux ou plusieurs symptômes de ce type. Dans la tranche d'âge des 14-15 ans, les proportions sont de 57,0% chez les garçons et 71,5% chez les filles.

Pour les jeunes adultes de 16 à 24 ans, les données proviennent du volet de l'ESS relatif aux *symptômes dépressifs*. Un tiers des jeunes gens (32,9%) de 16 à 19 ans et plus de la moitié des jeunes femmes (50,4%) du même âge déclarent présenter de tels symptômes. Chez 8,1% des hommes et 15,1% des femmes, il s'agit de symptômes modérés à sévères. Les pourcentages sont un peu moins élevés chez les 20-24 ans. Pour un graphique synoptique de la dépression dans toutes les classes d'âge, voir l'[indicateur dépression](#) au [chapitre 5.2](#).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Symptômes dépressifs (RNS)

Santé psychique positive

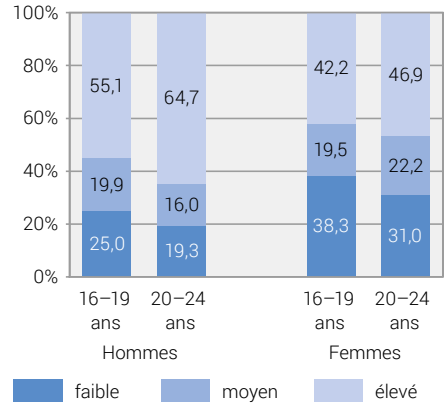
Satisfaction dans la vie chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010



Source: HBSC

© Obsan 2015

Niveau d'énergie et de vitalité chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La santé psychique peut être considérée sous l'aspect des troubles et des pathologies (approche axée sur les déficits) ou au contraire sous des aspects positifs comme l'énergie et l'optimisme (approche axée sur les ressources).

Les données concernant la satisfaction dans la vie chez les adolescents de 11 à 15 ans sont tirées de l'étude HBSC. La satisfaction dans la vie est un facteur favorable à la santé et, inversement, le fait d'être en bonne santé contribue grandement à ce sentiment de satisfaction (Smith et al., 1999). Les filles sont moins satisfaites de leur vie que les garçons, et les 14-15 ans, tous sexes confondus, le sont moins que les 11-13 ans.

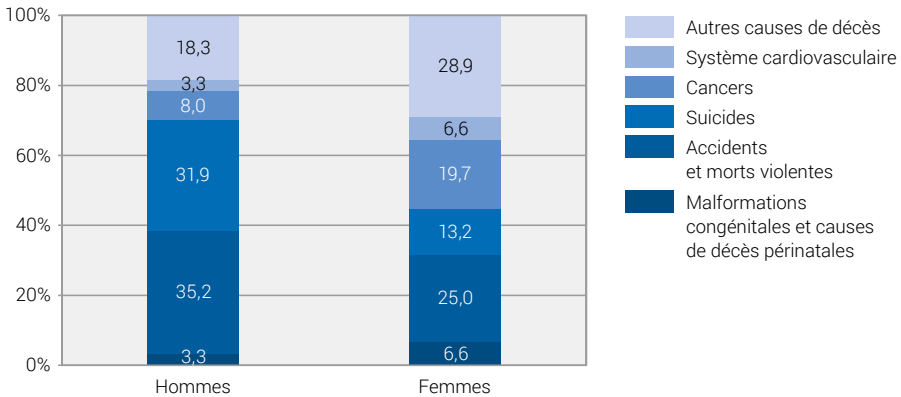
Les données sur les jeunes adultes de 16 à 24 ans proviennent du volet niveau d'énergie et de vitalité de l'ESS. Chez les 16-19 ans, 55,1% des hommes et 42,2% des femmes ont une vitalité élevée. Chez les 20-24 ans, les proportions sont de 64,7% pour les hommes et de 46,9% pour les femmes. La différence entre les sexes n'est pas significative, celle entre les deux groupes d'âge ne l'est que pour les hommes.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Energie et vitalité (RNS)

4.3 Causes de décès

Causes de décès chez les adolescents et les jeunes adultes, 2012

Personnes de 11 à 24 ans



Source: OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Comme chez les enfants, les décès sont rares chez les adolescents et les jeunes adultes. Les chiffres relatifs à leurs causes et à leur fréquence peuvent néanmoins être utiles dans l'optique de la prévention.

En 2012, 213 hommes et 76 femmes de 11 à 24 ans ont trouvé la mort en Suisse, ce qui représente 2,3 décès pour 10'000 habitants. Les accidents, les actes de violence et les suicides sont cause de plus de deux tiers (67,1%) des décès chez les hommes jeunes (femmes: 38,2%), comme le montre la figure ci-dessus. Les décès par suicide représentent à eux seuls 31,9% des décès chez les hommes jeunes et 13,2% chez les femmes jeunes.

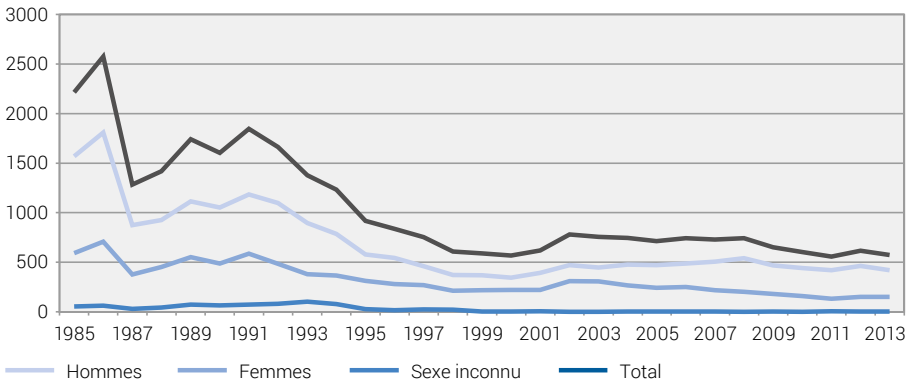
Le principal facteur de risque du suicide est une tentative de suicide antérieure. D'où l'importance, dans l'optique de la prévention, de disposer de chiffres dans ce domaine (BAG, 2005). Dans une enquête réalisée il y a quelques années auprès de jeunes de 16 à 20 ans, 8,2% des femmes et 3,2% des hommes déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide (Narring et al., 2004).

Les femmes jeunes meurent plus fréquemment d'un cancer (19,7% des décès) que les hommes de même âge (8,0% des décès). Les décès dus aux maladies cardiovasculaires restent rares dans ce groupe d'âge. Pour les causes de mortalité dans toutes les classes d'âge, voir l'indicateur 5.3.

4.4 Maladies infectieuses

VIH/sida

Nombre de cas de VIH diagnostiqués selon le sexe, 1985 – 2013



Source: OFSP

© Obsan 2015

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a fortement diminué depuis les années 1990 comme le montre la figure ci-dessus. En comparaison avec d'autres pays européens, le taux d'incidence du VIH reste cependant élevé en Suisse (BAG, 2014b; BFS, 2014g). Selon les estimations, entre 22'000 et 29'000 personnes en Suisse sont actuellement porteuses du VIH (BAG, 2014c).

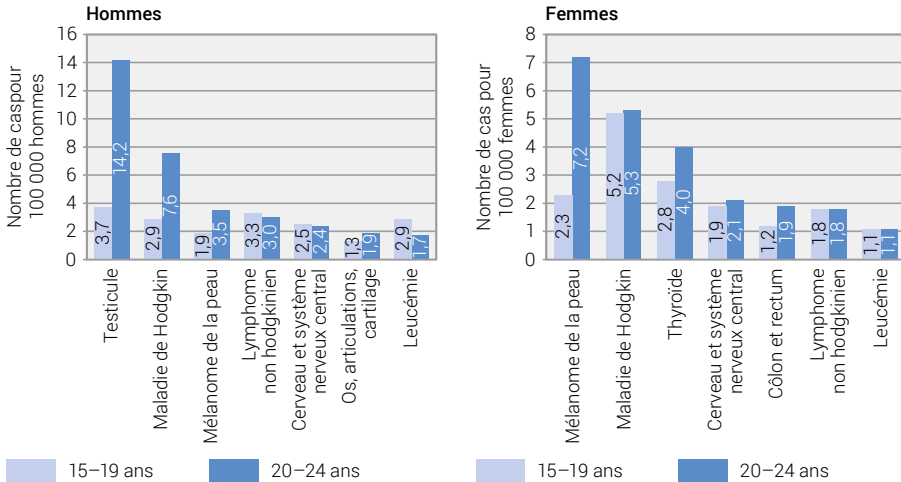
574 diagnostics de VIH ont été déclarés en 2013. Entre 2009 et 2013, on a enregistré en moyenne 460 nouveaux cas par an. Trois quarts des personnes diagnostiquées sont des hommes. Environ 9% des diagnostics concernent des jeunes de 15 à 24 ans et 80%, soit la grande majorité, des personnes de 25 à 55 ans. Pour des données sur les voies d'infection, voir [l'indicateur 5.4](#).

4.5 Maladies non transmissibles

Cancer

Incidence du cancer chez les adolescents et les jeunes adultes, 2007–2011

Principales localisations



Moyenne annuelle des années 2007 à 2011.

Sources: OFS, NICER et RCT – EC

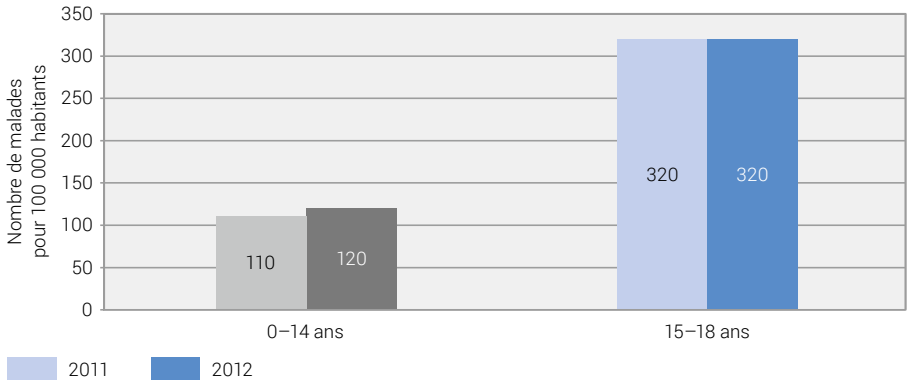
© Obsan 2015

La guérison du cancer est fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes. Il n'en demeure pas moins qu'un cancer est un événement qui marque souvent la vie entière d'une personne, ne serait-ce qu'en raison des dommages tardifs que la maladie ou son traitement peuvent entraîner.

La figure montre que chez les hommes jeunes, le cancer le plus fréquent est celui du testicule avec une incidence annuelle de 3,7 cas pour 100'000 habitants chez les 15–19 ans et de 14,2 cas chez les 20–24 ans, ce qui en fait le cancer numéro un dans cette dernière classe d'âge. Du côté des femmes, la tumeur maligne la plus répandue chez les 15–19 ans est le lymphome hodgkinien (5,2 cas pour 100'000 habitantes). Chez les 20–24 ans, c'est le mélanome de la peau qui arrive en tête avec 7,2 cas annuels pour 100'000 habitantes. Alors que le cancer du testicule devient plus rare avec l'âge, le taux de morbidité du mélanome de la peau a au contraire tendance à augmenter. Pour un graphique synoptique de l'incidence des cancers, voir [l'indicateur du cancer](#) au [chapitre 5.5](#).

Diabète sucré

Diabète chez les enfants et les adolescents (prévalence), 2011/2012



Source: Assurances Helsana/Analyse pour l'Obsan

© Obsan 2015

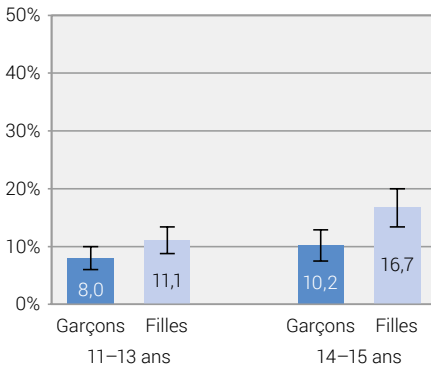
Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique dont l'incidence est en forte hausse dans le monde depuis quelques décennies (International Diabetes Federation, 2013). On distingue essentiellement deux types de diabète: celui de type 2 est fortement lié au style de vie et associé au surpoids. Il survient le plus souvent à l'âge adulte. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui apparaît généralement durant l'enfance ou l'adolescence. Si les enfants sont surtout touchés par le type 1, le nombre d'adolescents atteints du diabète de type 2 a progressé ces dernières décennies.

Les chiffres présentés dans la figure ci-dessus se fondent sur les données d'une grande société d'assurance-maladie, qui estime le nombre total de malades (types 1 et 2, sans distinction possible) à partir du nombre de traitements. Selon les calculs effectués pour les années 2011 et 2012, la prévalence serait de 320 malades pour 100'000 personnes. 1120 jeunes de 15 à 18 ans seraient atteints de cette maladie en Suisse.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Diabète sucré (RNS)

4.6 Douleurs

Douleurs dorsales chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010



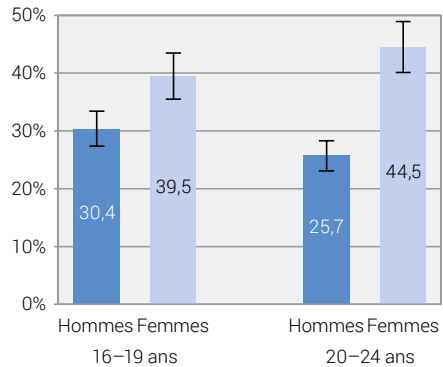
┆ Intervalle de confiance à 95%

Douleurs plusieurs fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête.

Source: HBSC

© Obsan 2015

Douleurs dorsales/lombaires chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



┆ Intervalle de confiance à 95%

Douleurs légères à fortes lors des quatre semaines précédant l'enquête.

Source: OFS - ESS

© Obsan 2015

Selon une étude internationale, environ 16% de la population suisse souffre de douleurs chroniques, le plus souvent au dos ou à la tête (Breivik et al., 2006). Les douleurs dorsales sont déjà relativement fréquentes chez les jeunes; elles peuvent conduire à une limitation des activités, à des absences scolaires et à une réduction voire un arrêt complet de l'activité physique (Calvo-Muñoz et al., 2013).

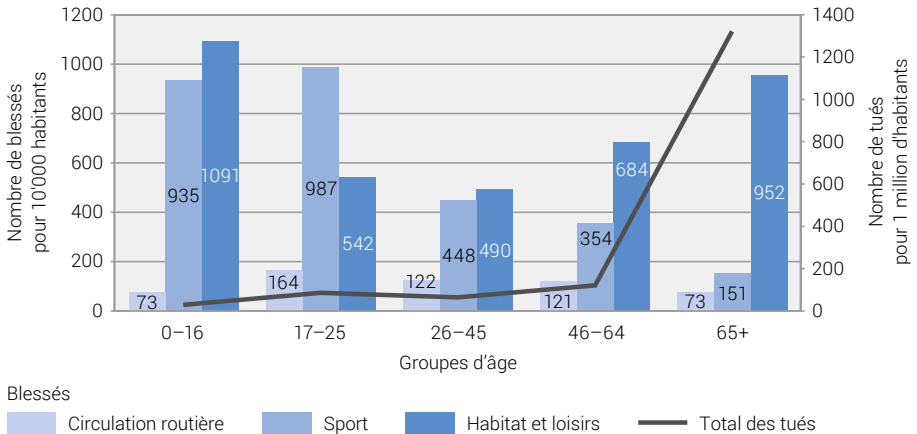
Dans le cadre de l'étude HBSC, des adolescents de 11 à 15 ans ont été interrogés sur les *douleurs ressenties dans les six mois écoulés*. 8,0% des garçons et 11,1% des filles de 11 à 13 ans déclarent souffrir de maux de dos plusieurs fois par semaine. Les proportions sont plus élevées chez les 14-15 ans (10,2% des garçons et 16,7% de filles, différence significative).

Les résultats concernant les jeunes de 16 à 24 ans sont tirés de l'ESS. Ils ne sont pas directement comparables avec ceux qui portent sur les 11-15 ans. Interrogés sur les *douleurs ressenties durant les 4 semaines précédant l'enquête*, 30,4% des hommes de 16 à 19 ans et 25,7% de ceux de 20 à 24 ans déclarent des douleurs dorsales ou lombaires d'intensité légère à forte. Les proportions sont plus élevées chez les femmes: 39,5% (16-19 ans) et 44,5% (20-24 ans).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Douleurs (RNS)

4.7 Accidents

Blessés et tués dans des accidents non professionnels, 2011



Source: bpa – Statistique des accidents non professionnels; OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Les accidents constituent la principale cause de décès chez les jeunes. Ils sont responsables du tiers des décès masculins et du quart des décès féminins à l'adolescence.

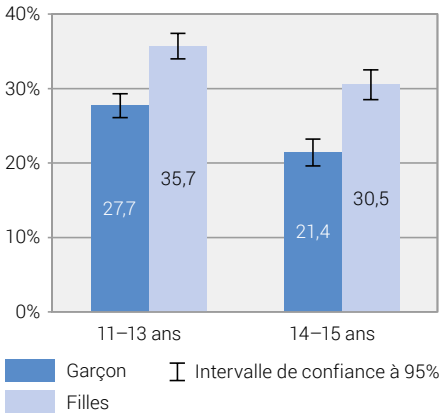
En 2011, 146'100 jeunes adultes (de 17 à 25 ans) se sont blessés dans un accident non professionnel, soit un taux de 1693 blessés pour 10'000 habitants (voir dans la figure le total des trois colonnes chez les 17-25 ans). Le sport, football en tête, est la première cause de blessure dans cette tranche d'âge (987 cas pour 10'000 habitants).

73 personnes de 17 à 25 ans sont mortes en 2011 des suites d'un accident. Avec 85 cas par million d'habitants, le taux de décès par accident est sensiblement plus élevé dans cette tranche d'âge que dans la précédente (0 à 16 ans: 28 cas par million d'habitants). Les accidents de la route sont la principale cause de décès accidentels chez les jeunes adultes (53 cas par million d'habitants), le plus souvent lors d'un déplacement en voiture (non représenté dans la figure).

Les données à long terme sur les accidents de la route montrent que le nombre de blessés et de morts chez les jeunes adultes (18-24 ans) est en fort et constant recul depuis les années 1980 malgré des fluctuations annuelles (bfu, 2014).

4.8 Alimentation

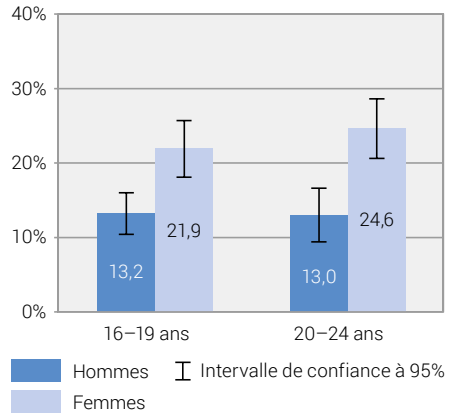
Consommation quotidienne de légumes chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010



Source: HBSC

© Obsan 2015

Mise en pratique de la recommandation «5 par jour» chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Personnes qui mangent cinq portions ou plus de fruits et légumes au moins cinq jours par semaine.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

L'alimentation est, avec l'activité physique, un déterminant majeur de diverses pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains types de cancers. Si les comportements alimentaires s'acquièrent dès l'enfance, leurs conséquences sur la santé ne se manifestent souvent qu'à l'âge adulte (Currie, 2012). L'adolescence s'accompagne souvent d'une remise en question des valeurs, qui peut avoir des répercussions sur les habitudes alimentaires.

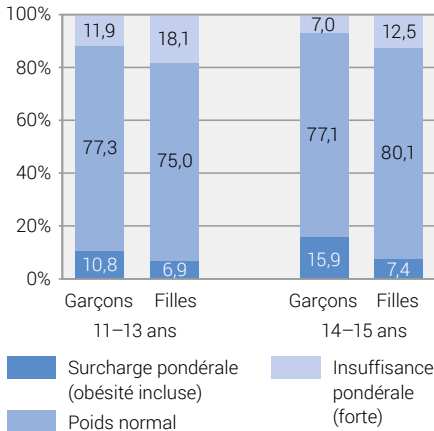
Les données pour les 11–15 ans sont tirées de l'étude HBSC. La figure indique la proportion de jeunes qui mangent des légumes au moins une fois par jour. Les filles en consomment davantage que les garçons. Les garçons et les filles de 14 et 15 ans mangent moins de légumes que leurs cadets de 11 à 13 ans.

Les données concernant les 16–24 ans proviennent de l'ESS. Ils présentent la proportion de personnes qui disent consommer 5 portions de fruits et légumes au moins 5 jours par semaine. Dans les deux tranches d'âge considérées, ce sont à nouveau les femmes qui mangent davantage de fruits et légumes. Le pourcentage pour chaque sexe demeure relativement stable entre les deux classes d'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Alimentation (RNS)

4.9 Poids corporel

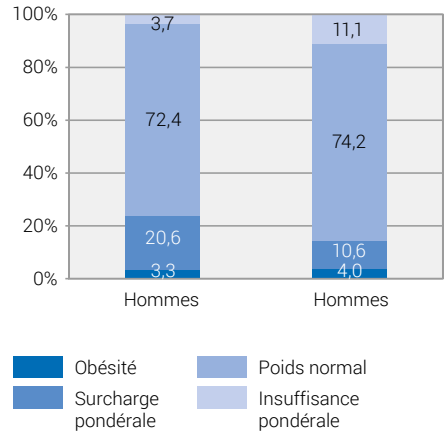
Poids corporel chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010



Source: HBSC

© Obsan 2015

Poids corporel chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le surpoids est un important facteur de risque de nombreuses maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains types de cancers. Promouvoir la santé chez les enfants et les adolescents est d'autant plus important que le problème du surpoids persiste fréquemment jusqu'à l'âge adulte, avec les conséquences à moyen et long terme qui en découlent pour la santé.

Selon les résultats de l'étude HBSC, 10,8% des garçons de 11 à 13 ans et 15,9% des 14-15 ans sont en surpoids (ou obèses). Les taux sont moins élevés chez les filles: ils se situent autour de 7% dans les deux classes d'âge considérées. A noter la proportion élevée (jusqu'à 18%) de garçons et de filles présentant une insuffisance pondérale.

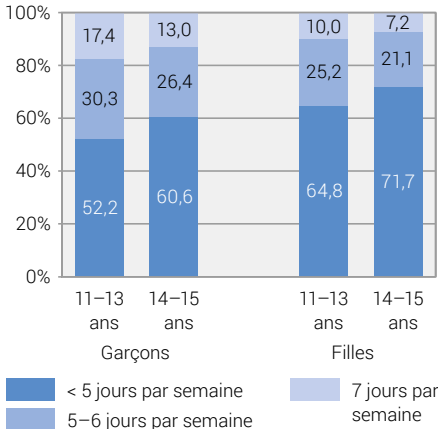
Les chiffres de l'ESS montrent, pour les jeunes de 16 à 24 ans, que 23,9% des hommes et 14,6% des femmes sont en surpoids, dont 3,3% (hommes) et 4,0% (femmes) sont obèses. L'insuffisance pondérale concerne 3,7% des hommes et environ une jeune femme sur neuf (11,1%). Pour un graphique synoptique des données sur le poids corporel dans toutes les classes d'âge, voir l'indicateur 5.10.

Le taux de jeunes en surpoids âgés de 16 et 24 a doublé au cours des 20 dernières années (1992-2012): de 11% à 24% pour les hommes et de 8% à 14% pour les femmes.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Indice de masse corporelle (RNS)

4.10 Activité physique

Activité physique chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010

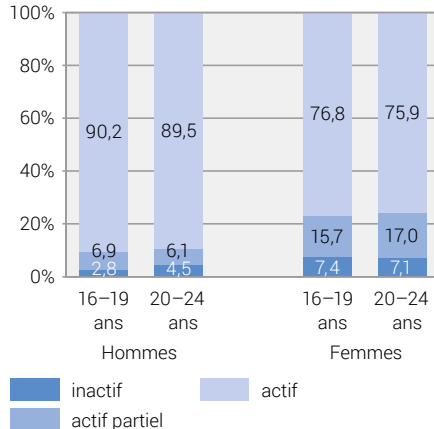


Nombre de jours avec une activité physique d'au moins 60 minutes.

Source: HBSC

© Obsan 2015

Activité physique chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Se nourrir sainement et faire régulièrement de l'exercice sont deux facteurs importants de protection contre de nombreuses maladies non transmissibles (p. ex. les affections cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2, le cancer). Pour les enfants et les adolescents, il est recommandé de pratiquer au moins une heure de sport ou d'activité physique par jour (BASPO et al., 2013).

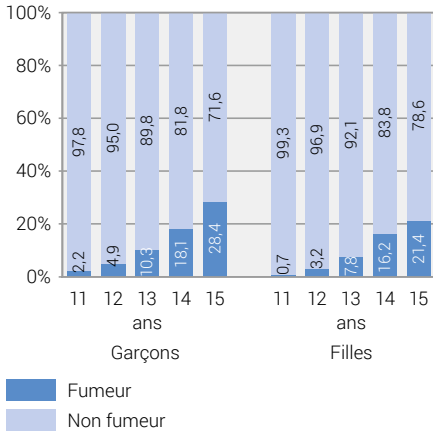
Pour les 11-15 ans, la figure présente les résultats de l'étude HBSC. On constate que les garçons font nettement plus d'exercice physique que les filles. Près de la moitié des garçons de 11 à 13 ans (47,7%) et 39,4% des garçons de 14 à 15 ans déclarent pratiquer une activité physique d'au moins une heure par jour pendant au moins 5 jours par semaine. Chez les filles de 11 à 13 ans, la proportion est de 35,2%; elle descend à 28,3% chez les 14-15 ans.

Les résultats de l'ESS concernant les jeunes de 16 à 24 ans montrent aussi une différence selon le sexe mais pas selon l'âge: environ 90% des hommes et trois quarts des femmes sont actifs dans les deux groupes d'âge considérés. Dans l'interprétation des données, il faut tenir compte du fait que les catégories d'activité se basent sur les recommandations pour un adulte. Pour un graphique synoptique sur l'activité physique dans toutes les classes d'âge, voir l'[indicateur 5.11](#).

Résultats supplémentaires; www.obsan.ch → Indicateurs → Activité physique (RNS)

4.11 Tabagisme

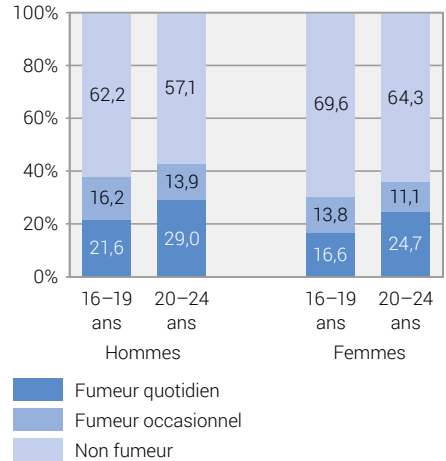
Consommation de tabac chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010



Source: HBSC

© Obsan 2015

Consommation de tabac chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Dans l'optique de la prévention, les informations sur les comportements tabagiques des enfants et adolescents sont d'autant plus importantes que les conséquences du tabagisme pour la santé ne se font sentir que beaucoup plus tard. On sait par ailleurs que de nombreux adultes ont commencé de fumer dès l'adolescence.

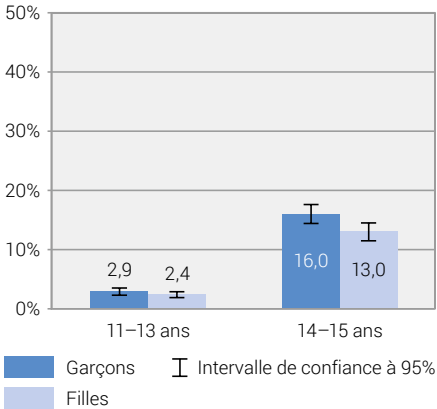
Les résultats de l'étude HBSC concernant les 11-15 ans montrent que la consommation de tabac évolue très fortement avec l'âge: à 11 ans, seule une petite partie des enfants fument (2,2% des garçons et 0,7% des filles). La proportion de fumeurs augmente ensuite jusqu'à l'âge de 15 ans où elle atteint 28,4% chez les garçons et 21,4% chez les filles. A cet âge, 13,2% des garçons et 10,4% des filles fument déjà quotidiennement.

Les résultats concernant les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 24 sont issus de l'ESS. En 2012, 16,6% des jeunes femmes de 16 à 19 ans et 21,6% des hommes du même âge déclaraient fumer quotidiennement. Dans le groupe des 20-24 ans, la proportion passe à 29,0% chez les hommes et à 24,7% chez les femmes. Pour des données sur le tabagisme dans tous les groupes d'âge, voir l'indicateur 5.12.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de tabac (RNS)

4.12 Alcool

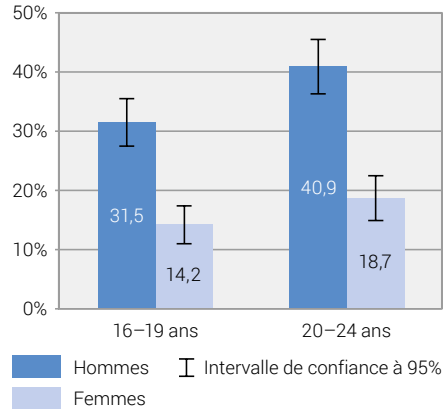
Part des 11–15 ans qui se sont enivrés au moins une fois au cours du mois précédent, 2010



Source: HBSC

© Obsan 2015

Part des 16–24 ans qui s'enivrent au moins une fois par mois, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La consommation excessive d'alcool, outre qu'elle est dommageable à la santé, entraîne souvent de sérieux problèmes sociaux, y compris pour l'entourage. Si on les additionne, les conséquences directes et indirectes de la consommation d'alcool constituent un des principaux facteurs de mortalité chez les personnes de 15 à 29 ans à l'échelle européenne (Marmet et al., 2014; Rehm et al., 2003). Chez les jeunes, une des formes de consommation à risque les plus fréquentes est la consommation ponctuelle excessive (Gmel et al., 2013).

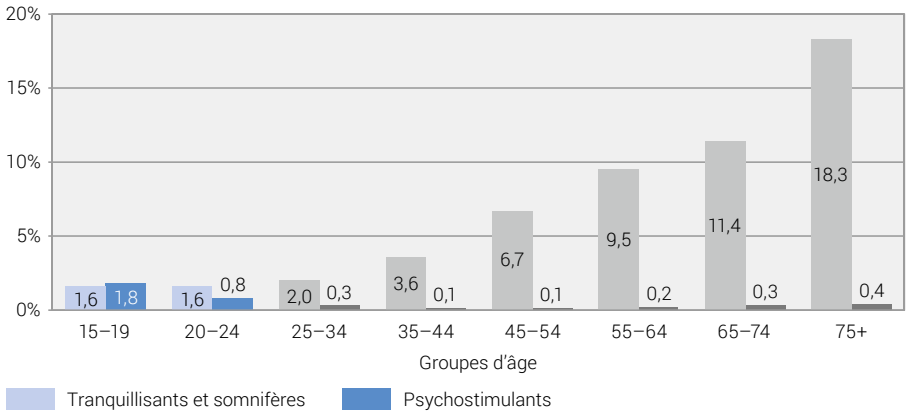
Les résultats de l'étude HBSC pour les jeunes de 11 à 15 ans révèlent d'importantes différences selon l'âge: chez les 11–13 ans, moins de 3% des garçons et des filles rapportent avoir été *ivres au moins une fois dans le mois écoulé*, chez les 14–15 ans, la proportion est nettement plus élevée (filles: 13%; garçons: 16%). L'écart entre les sexes est statistiquement non significatif.

Pour les adolescents et les jeunes adultes de 16 à 24 ans, les résultats sont tirés de l'ESS. La figure présente la proportion de jeunes qui disent avoir été *ivres au moins une fois par mois durant l'année écoulée* (6 boissons alcoolisées ou plus en une même occasion). On observe ici un écart important entre les sexes: dans les deux groupes d'âge considérés, resp. 31,5% et 40,9% des jeunes hommes ont répondu par l'affirmative, soit environ deux fois plus que chez les jeunes femmes.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation d'alcool (RNS)

4.13 Médicaments

Consommation de somnifères/tranquillisants et de psychostimulants, selon l'âge, 2011



Consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Source: Monitorage suisse des addictions

© Obsan 2015

Il y a abus de médicaments lorsqu'un individu prend un médicament en quantités inutiles ou sans indication médicale claire. Dans la pratique, les catégories suivantes de médicaments sont particulièrement visées: les somnifères, les analgésiques, les tranquillisants, ainsi que les stimulants et les modérateurs d'appétit. La prise quotidienne de somnifères et de tranquillisants devrait se limiter à des cas exceptionnels en raison notamment du potentiel addictif de ces produits.

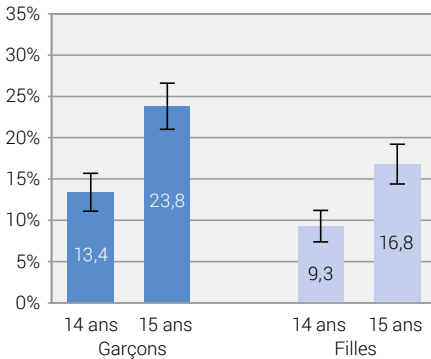
La figure indique la proportion de personnes ayant pris des somnifères, des tranquillisants ou des psychostimulants durant les 30 jours écoulés (prévalence à 30 jours). Près de 2% des 15-24 ans ont pris un somnifère ou un tranquillisant durant cette période. Parmi eux, 7,3% des 15-19 ans et plus du quart (26,2%) des 20-24 ans en ont fait un usage quotidien ou presque (voir l'indicateur 5.14).

1,8% des jeunes de 15 à 19 ans et 0,8% des 20-24 ans déclarent prendre des psychostimulants (p. ex. de la Ritaline).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de médicaments (RNS)

4.14 Comportements sexuels

Part des 14–15 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, 2010

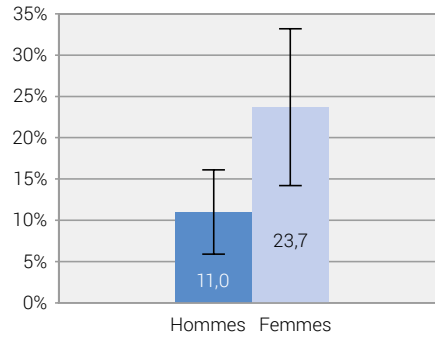


┆ Intervalle de confiance à 95%

Source: HBSC

© Obsan 2015

Rapports sexuels sans préservatif avec partenaire occasionnel chez les 16–24 ans, 2012



┆ Intervalle de confiance à 95%

Dernier rapport sexuel avec partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les comportements sexuels à risques sont à considérer en particulier dans l'optique des maladies sexuellement transmissibles (VIH, gonorrhée, chlamydie, syphilis, etc.) et des grossesses non désirées. Du point de vue de la prévention, il importe que les jeunes aient conscience des risques liés aux rapports non protégés et de l'importance d'observer les règles de «safer sex».

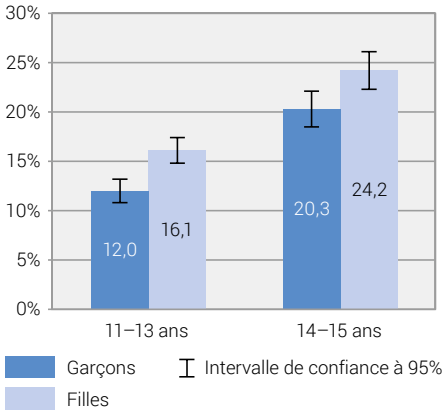
La première figure montre la proportion de jeunes de 14 et 15 ans ayant *déjà eu des rapports sexuels* (données de l'étude HBSC). 13,4% des hommes et 9,3% des femmes de 14 ans déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles, proportions qui, à l'âge de 15 ans, passent à 23,8% (hommes) et 16,8% (femmes).

La figure de droite montre le pourcentage des jeunes de 16 à 24 ans qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport avec un partenaire occasionnel (donnée de l'ESS). 11,0% des hommes et 23,7% des femmes ne se sont pas protégés, l'écart entre les sexes n'est cependant pas significatif. Pour un graphique synoptique des résultats relatifs à toutes les classes d'âge, voir l'[indicateur 5.15](#).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Comportements sexuels \(RNS\)](#)

4.15 Soutien social

Difficultés de se confier aux parents chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2010

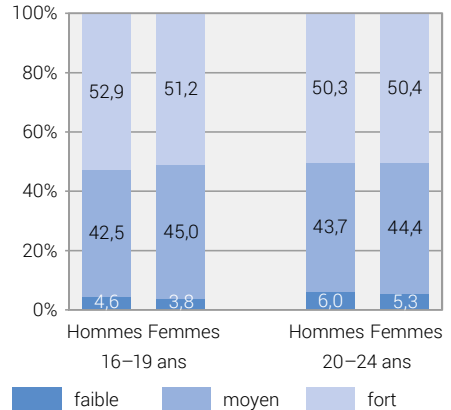


Proportion des enfants qui trouvent plutôt/très difficile de se confier à au moins un des parents.

Source: HBSC

© Obsan 2015

Soutien social chez les jeunes de 16 à 24 ans, 2012



Soutien social selon l'échelle d'Oslo.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les ressources sociales ont une influence sur le bien-être, sur l'espérance de vie, sur le risque de contracter certaines maladies, sur les chances et le temps de guérison, et sur les comportements de santé en général (Bachmann, 2014).

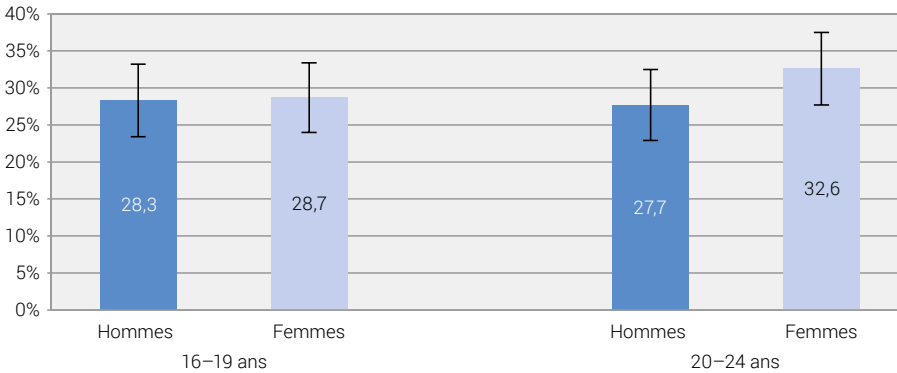
La figure de gauche pour les 11 à 15 ans (données de l'étude HBSC) montre la proportion de jeunes qui estiment (plutôt) difficile de parler de ce qui les préoccupe vraiment avec au moins un de leurs parents: les filles ont plus de difficultés à le faire que les garçons, et les 14-15 ans davantage que les 11-13 ans.

Les résultats concernant les adolescents et les jeunes adultes de plus de 16 ans reposent sur les données de l'ESS. Pour analyser les données, un indice du soutien social a été constitué à partir du faisceau des trois questions suivantes: nombre de personnes proches sur qui on peut compter; intérêt manifesté par l'entourage; aide des voisins en cas de besoin. Il en ressort que la moitié environ des jeunes interrogés bénéficient d'un fort soutien social, et 5% d'un soutien social faible, cela indépendamment du groupe d'âge et du sexe. [L'indicateur 5.16](#) présente une analyse comparative des résultats de tous les groupes d'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Soutien social \(RNS\)](#)

4.16 Nuisances sonores au domicile

Nuisances sonores au domicile chez les 16–24 ans, 2012



┆ Intervalle de confiance à 95%

Part des personnes qui se sentent perturbées par le bruit.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les nuisances sonores au domicile (bruits de la circulation, de l'activité commerciale ou industrielle, du voisinage, etc.) sont un déterminant majeur de la santé. Si ces bruits ne présentent généralement pas de dangers pour l'audition quand les niveaux sonores ne sont pas excessifs, ils peuvent perturber le bien-être psychique et physique des personnes qui les subissent (WHO, 2009, 2011b).

Nos données sur les nuisances sonores ne portent que sur les jeunes de 16 ans ou plus (données de l'ESS). La figure montre la proportion de jeunes qui subissent des nuisances sonores. Environ 30% des hommes et des femmes de 16 à 24 ans disent être gênés par le bruit à leur domicile. Les écarts entre les sexes et les âges sont statistiquement non significatifs. [L'indicateur 5.17](#) présente une analyse comparative des résultats de tous les groupes d'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Nuisances sonores \(RNS\)](#)

5 Adultes d'âge moyen

Ce chapitre traite de la santé des adultes de 25 à 64 ans. Il présente des indicateurs importants sur la santé dans ce groupe d'âge et sur ses facteurs déterminants. Il met l'accent sur des thèmes qui intéressent particulièrement les adultes d'âge moyen. Pour la plupart des indicateurs considérés dans ce chapitre, les graphiques embrassent tous les groupes d'âge de la population, donnant une image complète de la santé à tous les âges de la vie. Dans les graphiques, les groupes d'âge compris entre 25 et 64 ans sont en bleu, les autres sont en gris. Sur certains points, on trouvera des résultats plus détaillés dans les chapitres relatifs à d'autres groupes d'âge (p. ex. le diabète chez les enfants, la dépression chez les personnes âgées). A noter que les chiffres proviennent de sources diverses et qu'ils ne sont pas toujours comparables sans restriction.

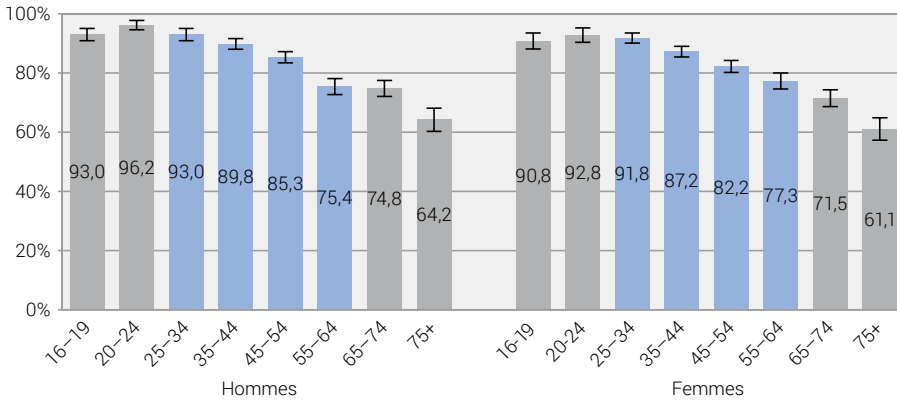
Le choix des indicateurs est déterminé en partie par les données disponibles. Outre quelques banques de données particulières (statistique des causes de décès, épidémiologie du cancer, statistique des accidents non professionnels), on a utilisé pour une grande partie des indicateurs les résultats de *l'enquête suisse sur la santé (ESS)* de l'Office fédéral de la statistique. L'ESS porte sur différents thèmes en rapport avec la santé (état de santé, facteurs influençant la santé, recours au système de santé, etc.); elle est réalisée tous les 5 ans auprès de la population résidente permanente de 15 ans et plus. Dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte du fait que l'ESS ne s'adresse qu'aux personnes vivant dans un ménage privé et que les personnes issues de la migration et qui ne maîtrisent aucune des trois langues officielles sont de facto exclues de l'enquête.

Quelques résultats:

- Les causes de mortalité les plus fréquentes vers la fin de la vie active sont le cancer, les accidents, les actes de violence et les suicides.
- Les infections au VIH sont encore relativement fréquentes en Suisse, comparativement aux autres pays d'Europe occidentale.
- Dans la population de 55 à 64 ans, 63% des hommes et 42% des femmes sont en excès de poids.
- Environ 70% des adultes d'âge moyen sont physiquement actifs, 11% peuvent être considérés comme physiquement inactifs.

5.1 Etat de santé auto-évalué

Personnes qui se sentent en bonne ou en très bonne santé, selon l'âge, 2012



┆ Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

L'état de santé auto-évalué, appelé aussi état de santé subjectif, mesure l'état de santé tel qu'il est ressenti par l'individu lui-même. La manière dont un individu perçoit subjectivement son état de santé est un bon facteur de prédiction pour des variables telles que la morbidité, la mortalité et l'utilisation des ressources du système de santé (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

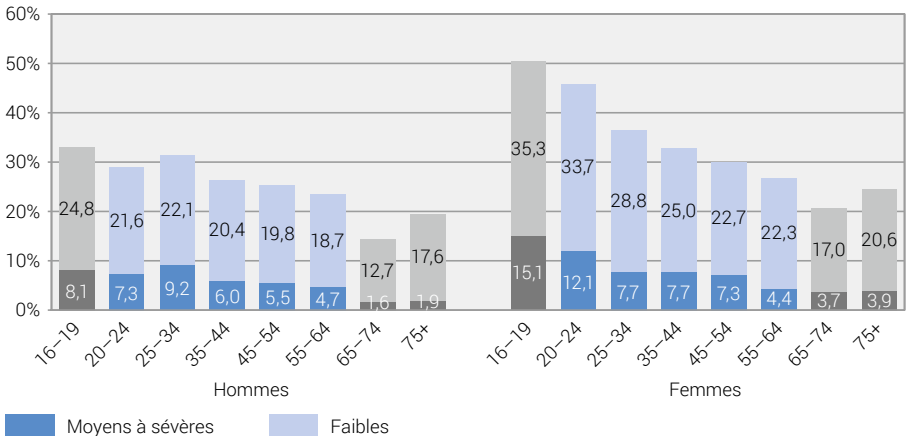
Les adultes de 25 à 34 ans portent la même appréciation sur leur état de santé que la classe d'âge précédente, comme le montre la figure ci-dessus. A partir des 35-44 ans, la proportion d'hommes et de femmes qui jugent leur santé bonne à très bonne va en diminuant. Chez les personnes en âge de travailler, on ne constate un écart entre les sexes qu'à partir du groupe des 55-64 ans: les hommes y sont plus nombreux que les femmes à s'estimer en mauvaise ou en très mauvaise santé (7,8% contre 4,8%; non représentés).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Etat de santé auto-évalué (RNS)

5.2 Santé mentale

Dépressions

Symptômes dépressifs, selon l'âge, 2012



Symptômes lors des deux semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Environ une personne sur cinq souffre d'une dépression au cours de sa vie. Les troubles dépressifs présentent souvent un caractère récidivant ou chronique et une comorbidité élevée avec d'autres maladies psychiques et somatiques (Baer et al., 2013).

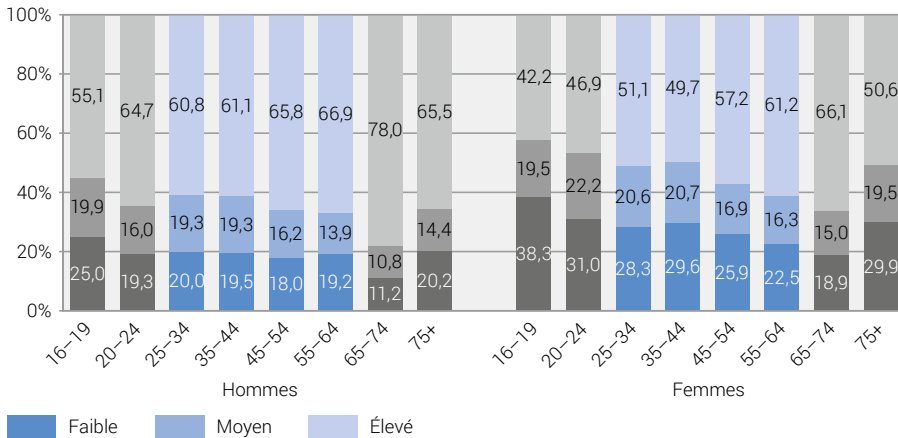
Les résultats de l'ESS montrent, pour les groupes d'âge concernés (de 25 à 64 ans), que les symptômes dépressifs ont tendance à diminuer avec l'âge chez les femmes alors que l'écart statistique n'est pas significatif chez les hommes. Les femmes sont plus touchées que les hommes par les symptômes dépressifs, l'écart n'étant toutefois significatif que pour les classes d'âges les plus jeunes.

Le mode de relevé des symptômes dépressifs dans l'ESS ayant été adapté en 2012, aucune comparaison n'est possible avec les années précédentes. Les chiffres se rapportant aux troubles psychiques indiquent que la proportion de personnes souffrant de troubles psychiques moyens à sévères a eu tendance à augmenter entre 2007 et 2012, mais l'écart est statistiquement non significatif.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Symptômes dépressifs (RNS)

Energie et vitalité

Niveau d'énergie et de vitalité, selon l'âge, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La santé mentale peut être considérée sous l'aspect des troubles et des pathologies (approche axée sur les déficits) ou sous des aspects positifs comme l'énergie, l'optimisme et la satisfaction (approche axée sur les ressources).

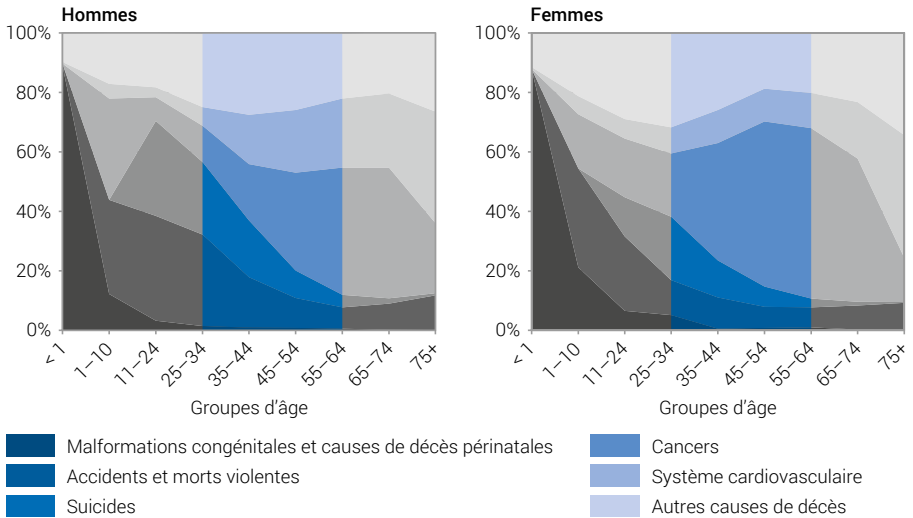
Comme le montrent les chiffres de l'ESS, environ deux tiers des hommes ont un niveau d'énergie et de vitalité élevé – une proportion qui reste plus ou moins stable durant toute la vie active. Chez les femmes, on observe plus de variations selon les époques de la vie: dans le groupe des 25–34 ans, la moitié des femmes (51,1%) disent se sentir pleines d'énergie, 28,3% disent au contraire en manquer. Chez les 55–64 ans, la proportion des femmes ayant un niveau d'énergie élevé atteint 61,2%, celle des femmes ayant une faible vitalité descend à 22,5%. Les hommes ont un niveau de vitalité et d'énergie supérieur à celui des femmes, sauf dans la classe des 55–64 ans, où les valeurs tendent à s'équilibrer.

Une comparaison dans le temps n'est pas encore possible sur la base des données de l'ESS. Les résultats du Panel suisse de ménages (PSM) permettent une comparaison entre les deux années 2009 et 2012 (non représentés): on constate d'une part un léger recul (de 17,7% en 2009 à 15,3% en 2012) de la proportion de personnes qui ont *très souvent* le sentiment d'être pleines de force, d'énergie et d'optimisme, et d'autre part une légère progression (de 55,7% en 2009 à 57,9% en 2012) de la proportion de personnes qui éprouvent *parfois* ce sentiment.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Energie et vitalité (RNS)

5.3 Causes de décès

Causes de décès, selon l'âge, 2012



Source: OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Environ 15% des décès touchent des personnes de 25 à 64 ans; la proportion est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

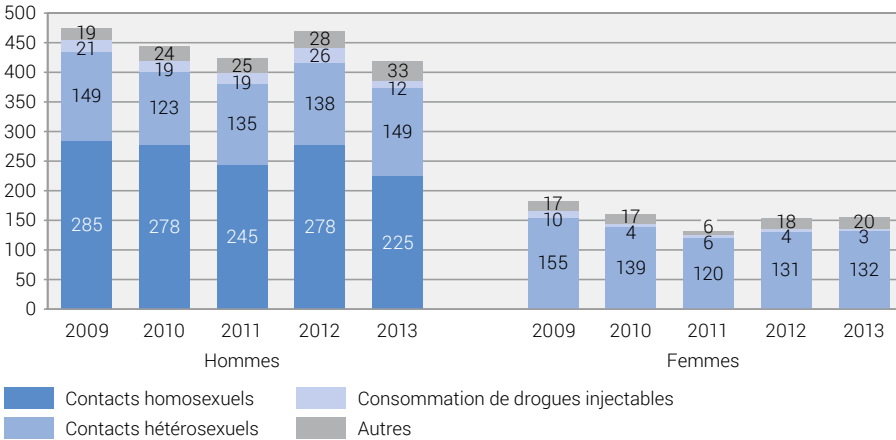
Les causes de décès chez les adolescents et les jeunes adultes diffèrent considérablement selon le sexe. Les deux figures montrent les causes de décès selon le sexe et l'âge. Chez les hommes de 25 à 34 ans, les causes de mortalité les plus fréquentes sont les accidents/morts violentes (30,7%) devant le suicide (24,4%). Chez les femmes, le suicide et le cancer sont à égalité au premier rang (21,3%), devant les accidents/morts violentes (11,8%).

Vers la fin de la vie active, le cancer est la première cause de mortalité pour les deux sexes: 42,7% des décès masculins et 57,3% des décès féminins lui sont attribuables chez les 55–64 ans. Les maladies cardiovasculaires progressent également vers cet âge, mais c'est surtout chez les personnes âgées qu'elles augmentent fortement.

5.4 Maladies infectieuses

VIH/sida

Nombre de cas de VIH diagnostiqués, selon le mode d'infection, 2009 – 2013



Source: OFSP

© Obsan 2015

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH est en constante diminution depuis les années 1990 (voir l'indicateur 4.4). L'incidence du VIH en Suisse reste cependant élevée en comparaison avec d'autres pays européens. Le nombre de décès a lui aussi fortement reculé suite à l'introduction des thérapies antirétrovirales en 1995. Le nombre de personnes vivant longtemps avec le sida a augmenté (BAG, 2014b; BFS, 2014g).

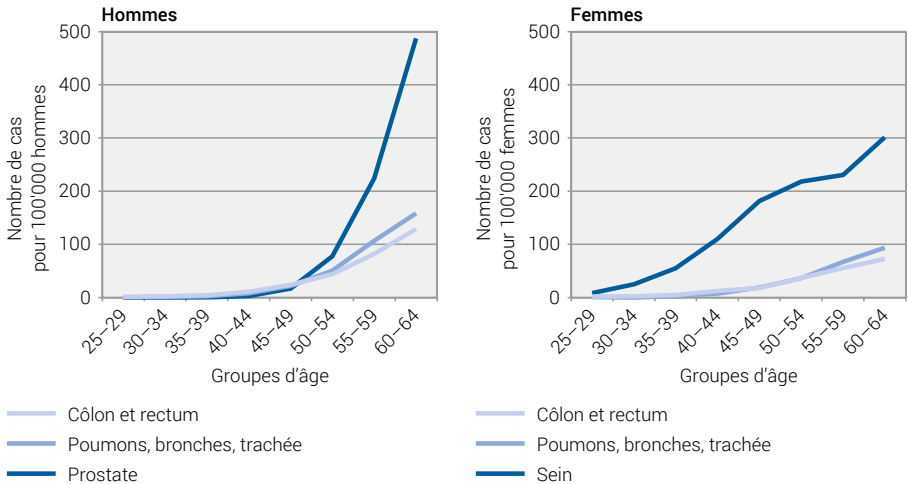
Entre 2009 et 2013, 460 nouvelles infections par le VIH ont été diagnostiquées en moyenne annuelle. Trois quarts de ces personnes sont des hommes (voir l'indicateur 4.4). La plupart des diagnostics (env. 80%) concernent des personnes de 25 à 55 ans, et 7% des personnes de 55 à 65 ans. La figure montre le nombre de diagnostics VIH par mode de contamination (tous groupes d'âge confondus): plus de la moitié des hommes (54–63% selon l'année) ont été contaminés par des rapports sexuels avec des hommes et un tiers environ par des rapports hétérosexuels. 3 à 6% des contaminations sont attribuables à l'usage de drogues injectables. 9 femmes sur 10 (85–91%) sont infectées par des rapports hétérosexuels et 2 à 5% par usage de drogues injectables. Dans 4 à 13% des cas, hommes et femmes confondus, le mode de contamination est autre ou inconnu.

5.5 Maladies non transmissibles

Cancers

Incidence du cancer, selon l'âge, 2007–2011

Pour les trois principales localisations



Les taux ont été calculés sur une moyenne de cinq ans.

Source: OFS, NICER

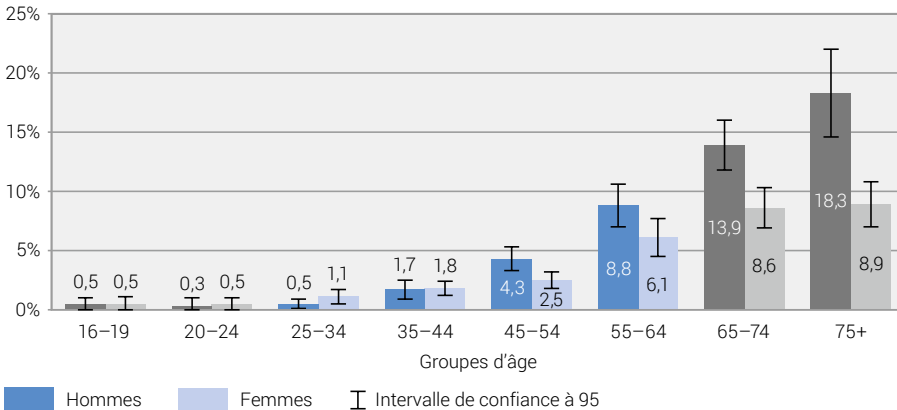
© Obsan 2015

L'incidence du cancer augmente fortement chez les adultes à partir de la cinquantaine. L'incidence (nouveaux cas en moyenne annuelle de 2007 à 2011) des trois types de cancers les plus fréquents chez les hommes passe, entre la 25^e et la 64^e année de vie, de 1,0 à 141,0 pour 100'000 habitants pour le cancer du côlon, de 0,3 à 197,1 pour le cancer du poumon et de 0,1 à 357,1 pour le cancer de la prostate. Chez les femmes, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein, dont l'incidence passe de 6,1 à 324,5 pour 100'000 habitantes entre la 25^e et la 64^e année. Le cancer du côlon et le cancer du poumon sont plus rares chez la femme que chez l'homme. De la 25^e à la 64^e année, leur taux passe respectivement de 1,6 à 81,6 et de 0,5 à 67,3 pour 100'000 habitantes par an.

Si l'on considère les taux de mortalité (non représentés), le cancer du poumon arrive au premier rang chez les hommes en âge de travailler, devant le cancer du côlon et le cancer de la prostate. Le cancer du sein est celui qui cause le plus de décès chez les femmes jeunes; il cède ensuite au cancer du poumon. Le taux de mortalité par cancer du côlon est légèrement plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Diabète sucré

Diabète, selon l'âge, 2012



Personnes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué médicalement une fois au cours de leur vie.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le diabète est une maladie métabolique chronique dont l'incidence est en forte progression dans le monde depuis quelques décennies (International Diabetes Federation, 2013a). On distingue essentiellement deux types de diabète: celui de type 2 est fortement lié au style de vie et associé au surpoids. Il apparaît le plus souvent à l'âge adulte. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui se manifeste généralement durant l'enfance ou l'adolescence. Le diabète de type 2 est le diabète le plus fréquent chez l'adulte.

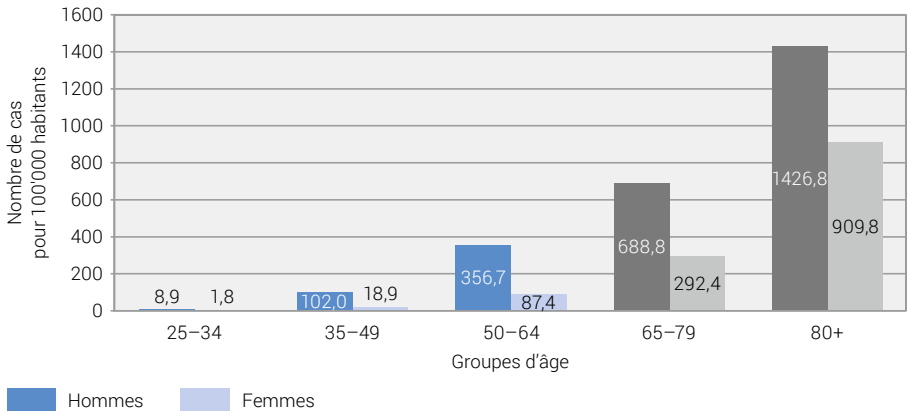
La proportion de personnes atteintes de diabète augmente fortement avec l'âge. Dans le cadre de l'ESS 2012, 0,5% des hommes et 1,1% des femmes de 25 à 34 ans déclaraient souffrir d'un diabète sucré. Chez les 55–64 ans, la proportion atteint 8,8% chez les hommes et 6,1% chez les femmes.

Différentes données montrent que le diabète a tendance à progresser en Suisse depuis quelques années, en particulier chez les personnes de plus de 54 ans et chez les hommes (BFS, 2014c; Bopp et al., 2011).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Diabète sucré (RNS)

Infarctus aigu du myocarde

Infarctus du myocarde, selon l'âge, 2008 – 2012



Les taux ont été calculés sur une moyenne de cinq ans.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux et Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

L'infarctus aigu du myocarde résulte d'un défaut d'irrigation sanguine du muscle cardiaque, entraînant une nécrose partielle des tissus de ce muscle. La figure présente la prévalence de l'infarctus aigu du myocarde, calculée en Suisse sur la base des hospitalisations (statistique médicale des hôpitaux) et des décès (statistique des causes de décès). Comme l'infarctus du myocarde entraîne le plus souvent une hospitalisation, si la mort ne survient pas avant, les chiffres relatifs aux hospitalisations et à la mortalité sont un bon indicateur de la prévalence de cette affection cardiovasculaire.

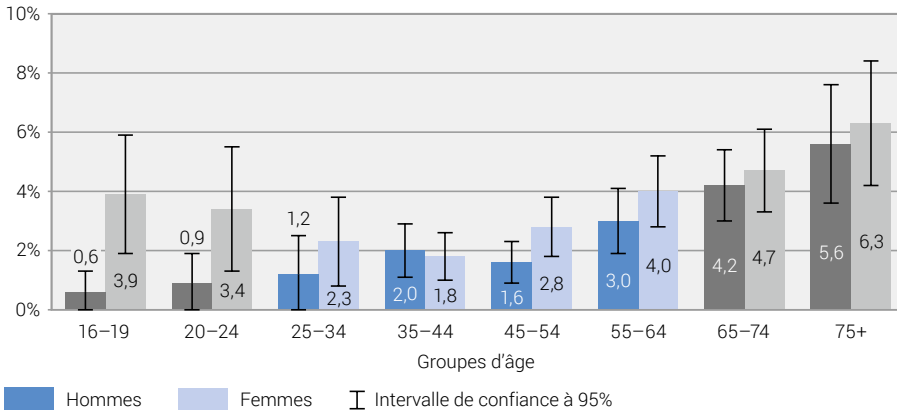
La fréquence de l'infarctus aigu du myocarde augmente sensiblement avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (voir la figure ci-dessus). Les hommes en sont victimes plus tôt dans leur vie: dans le groupe des 25–34 ans, on compte déjà en moyenne 8,9 infarctus pour 100'000 habitants chez les hommes et seulement 1,9 chez les femmes (moyennes des années 2008–2012). Chez les 50–64 ans, l'incidence s'élève à 356,7 cas (hommes) et à 87,4 cas (femmes) pour 100'000 habitants.

La prévalence standardisée selon l'âge et le sexe est en augmentation depuis 2000. Elle est passée de 149,9 cas/100'000 habitants en 2000 à 177,9 cas/100'000 habitants en 2012, avec des fluctuations d'une année à l'autre (non représenté).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Maladies cardiovasculaires \(RNS\)](#)

BPCO/bronchite chronique/emphysème

Bronchite chronique/emphysème, selon l'âge, 2012



Personnes touchées par une bronchite chronique ou un emphysème au cours des douze mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un terme générique qui désigne certaines maladies de l'appareil respiratoire. La BPCO regroupe notamment la bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire. Ces affections touchent en particulier les personnes qui ont fumé pendant longtemps.

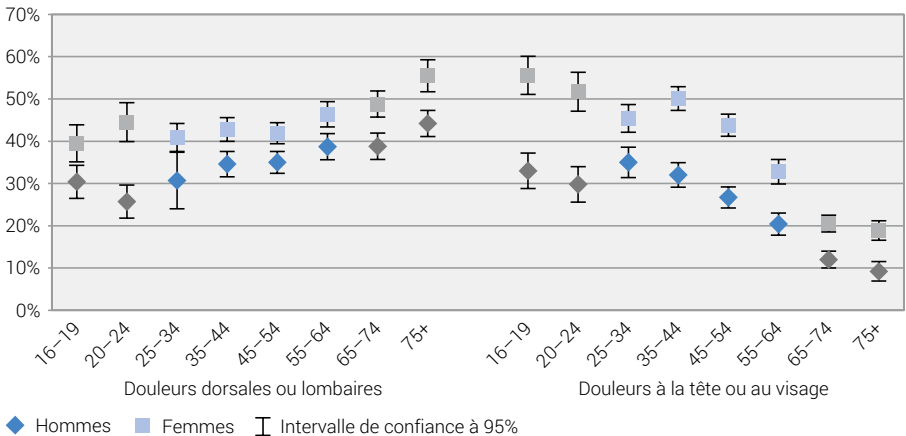
L'enquête suisse sur la santé fournit des données sur la prévalence de ces affections (on a demandé aux personnes interrogées si elles ont souffert de bronchite chronique ou d'emphysème au cours des douze mois précédant l'enquête). Comme le montre la figure ci-dessus, la proportion de personnes souffrant de l'une de ces affections respiratoires augmente de manière générale avec l'âge (différence non significative chez les hommes). 1,2% des hommes et 2,3% des femmes sont concernés chez les 25-34 ans, 3,0% des hommes et 4,0% des femmes chez les 55-64 ans.

Selon les calculs réalisés dans le cadre de l'étude de cohorte Sapaldia (Bridevaux et al., 2008), la prévalence de la BPCO était de 9,1% chez les personnes de 18 à 60 ans en 1992. L'écart avec les données de l'enquête sur la santé de 2012 s'explique par la non-concordance des périodes considérées et par l'emploi d'une méthodologie différente.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Bronchite chronique/emphysème (RNS)

5.6 Douleurs

Douleurs dorsales ou lombaires et douleurs à la tête ou au visage, selon l'âge, 2012



Douleurs légères à fortes au cours des quatre semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

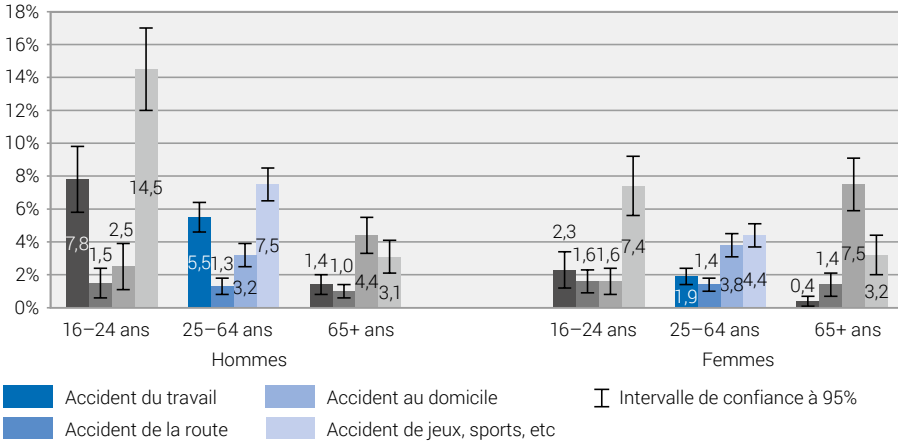
Les maux de dos et les maux de tête comptent parmi les douleurs les plus répandues (BFS, 2014d; Breivik et al., 2006). Les douleurs dorsales sont chez l'adulte une cause fréquente de consultation médicale et d'incapacité de travail, voire d'invalidité. Leur coût économique est énorme (Rheumaliga Schweiz, 2011; Robert Koch-Institut, 2012; SNF, 2011; Wieser et al., 2014).

Les femmes souffrent en moyenne nettement plus souvent de douleurs dorsales ou lombaires que les hommes (voir la figure ci-dessus). Chez les personnes en âge de travailler, c'est dans la tranche des 25–34 ans que la différence est la plus marquée, avec dix points d'écart entre les hommes et les femmes. La proportion de personnes souffrant de douleurs dorsales ou lombaires a tendance à augmenter avec l'âge, y compris après l'âge actif. Les maux de tête touchent également plus fréquemment les femmes que les hommes. L'écart atteint jusqu'à 18%. La proportion de personnes des deux sexes souffrant de maux de tête diminue avec l'âge, mais reste plus élevée chez les femmes, y compris à un âge avancé.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Douleurs (RNS)

5.7 Accidents

Accidents par types, selon l'âge, 2012



Accidents survenus au cours des douze derniers mois et ayant nécessité un traitement stationnaire ou ambulatoire.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les accidents sont une cause importante de mortalité précoce et d'hospitalisations (BFS, 2014d). Ils sont en principe évitables, d'où le rôle central joué par la prévention.

Les résultats présentés ici se fondent sur les données de l'ESS. L'indicateur 4.7 présente les données du Bureau de prévention des accidents (bfu) concernant les accidents non professionnels. La figure ci-dessus indique la proportion de personnes qui ont eu un accident ayant nécessité une prise en charge médicale stationnaire ou ambulatoire au cours des douze mois précédant l'enquête.

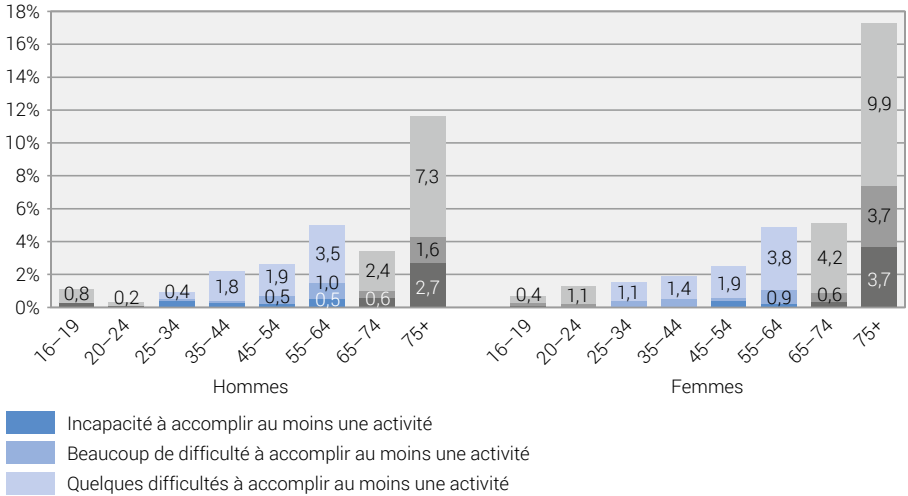
7,5% des hommes de 25 à 64 ans déclarent s'être blessés en pratiquant une activité ludique ou sportive dans les douze mois précédant l'enquête; 5,5% ont été victimes d'un accident du travail ayant nécessité des soins, 3,2% se sont blessés à la maison ou au jardin et 1,3% dans un accident de la route. Les femmes de 25 à 64 ans se blessent le plus souvent dans des accidents de sport ou de loisirs (4,4%) et lors d'activités à la maison ou au jardin (3,8%). Près de 2% des cas sont des accidents du travail, 1,4% des accidents de la route.

Le taux d'accidents du travail rapporté à la population active occupée a diminué au cours de la décennie écoulée (non représenté dans la figure). Cela s'explique par un recul de l'emploi dans le secteur secondaire et par les programmes de prévention mis en place (BFS, 2014d).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Accidents (RNS)

5.8 Limitations des activités de la vie quotidienne

Limitations dans les activités quotidiennes, selon l'âge, 2012



Activités telles que: s'habiller et se déshabiller, sortir du lit, manger, aller aux toilettes, se laver.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

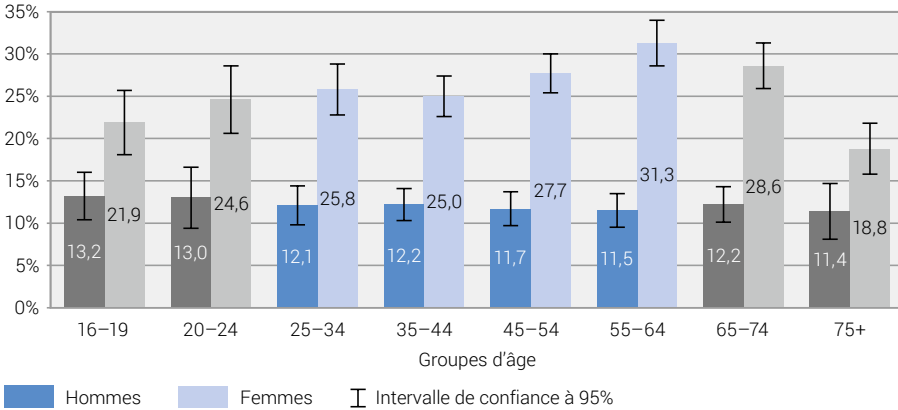
Etre limité dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes (faire la lessive, s'habiller, se nourrir, mais aussi faire ses achats et ses repas, se déplacer en transports publics) signifie une perte d'autonomie. Selon les cas, un soutien externe s'avère nécessaire. Les limitations dans les activités quotidiennes courantes ont souvent aussi des conséquences sur l'activité professionnelle, l'entourage social et la qualité de la vie en général.

Les limitations dans les activités quotidiennes restent relativement rares chez les personnes en âge de travailler: 1,0% des hommes et 1,6% des femmes de 25 à 34 ans sont concernés. La proportion passe à 5% pour les deux sexes dans les années précédant la retraite (de 55 ans à 64 ans). Il s'agit généralement de limitations légères. Les changements importants qui surviennent à un âge plus avancé sont décrits dans [l'indicateur 6.9](#).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Limitations des activités de la vie quotidienne \(RNS\)](#)

5.9 Alimentation

Mise en pratique de la recommandation «5 par jour», selon l'âge, 2012



Personnes qui mangent cinq portions ou plus de fruits et légumes au moins cinq jours par semaine.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

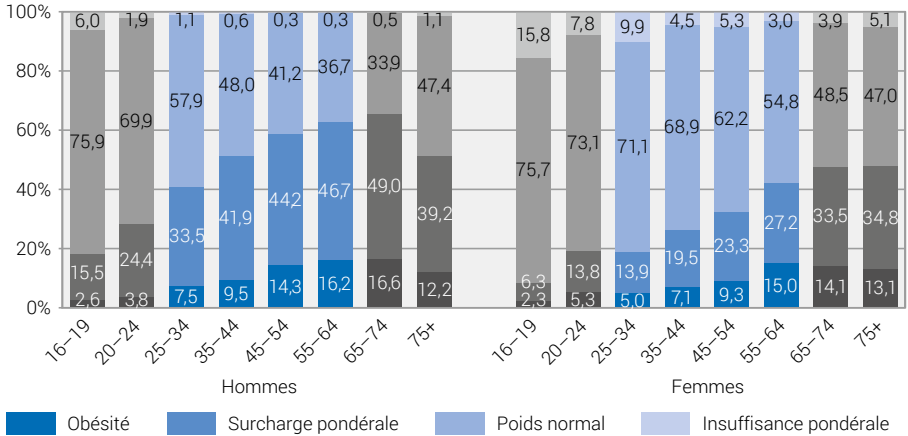
L'alimentation est, avec le manque d'activité physique, un déterminant majeur de diverses maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains cancers. Selon les recommandations actuelles en matière d'alimentation, il faudrait manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour (règle des «5 par jour»).

Les chiffres présentés concernant les adultes de 25 à 64 ans révèlent une nette différence entre les sexes: seuls quelques 12% des hommes consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour contre un quart à un tiers des femmes, et ce dans toutes les classes d'âge considérées.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Alimentation (RNS)

5.10 Poids corporel

Poids corporel, selon l'âge, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le surpoids est un important facteur de risque de nombreuses maladies non transmissibles comme les affections cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains cancers. L'obésité (= surpoids important), le surpoids, le poids normal et l'insuffisance pondérale sont déterminés à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est fonction du poids et de la taille.

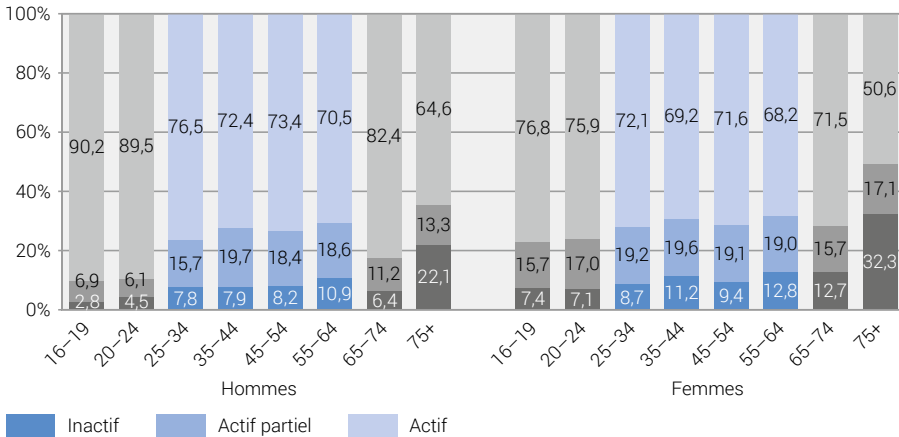
Chez les 25–64 ans, le surpoids touche nettement plus d'hommes que de femmes: le rapport est de plus du simple au double chez les jeunes adultes. La proportion de personnes en surpoids augmente avec l'âge, indépendamment du sexe: chez les 25–34 ans, 41,0% des hommes et 19,0% des femmes sont en surpoids ou obèses; les proportions atteignent 63,0% et 42,1% chez les 55–64 ans. A l'inverse, près d'une femme sur dix (9,9%) âgée de 25 à 34 est trop maigre, contre seulement 1% des hommes.

La proportion de personnes en surpoids ou obèses dans la population totale est passée de 30,1% en 1992 à 41,1% en 2012 (non représenté). Cette progression s'observe pour les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Indice de masse corporelle (RNS)

5.11 Activité physique

Activité physique, selon l'âge, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Associée à une alimentation saine, une activité physique régulière constitue un important facteur de protection contre de nombreuses maladies non transmissibles (p. ex. les affections cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2). Il est recommandé aux personnes en âge de travailler de pratiquer au moins deux heures et demie d'activité physique par semaine sous forme de sport ou de travaux quotidiens d'intensité moyenne ou une heure et quart de sport ou d'activité physique d'intensité élevée (BASPO et al., 2013). Il est également possible de combiner des exercices d'intensité diverse.

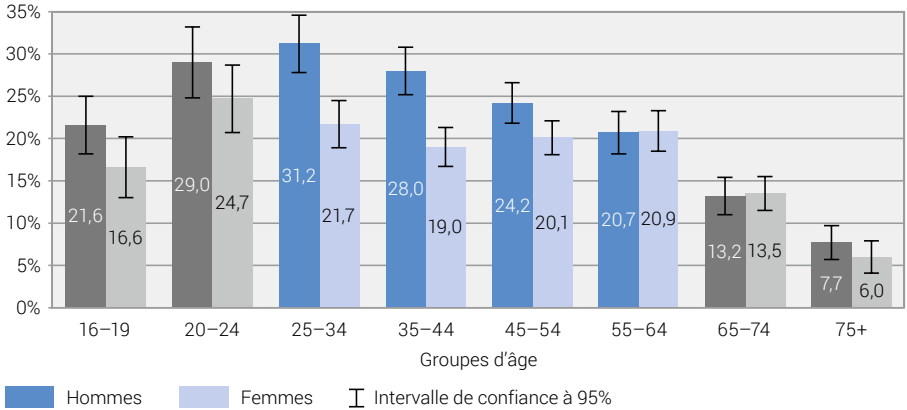
La proportion de personnes qui peuvent être considérées comme actives selon cette définition varie peu entre 25 et 64 ans, comme le montre la figure ci-dessus. Elle se situe entre 71 et 77% chez les hommes et entre 68 et 72% chez les femmes. La proportion de personnes inactives est comprise entre 8 et 11% chez les hommes et entre 9 et 13% chez les femmes.

La part de la population totale dont l'activité physique est suffisante est passée de 62,5% à 72,5% au cours de la décennie écoulée (non représenté).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Activité physique (RNS)

5.12 Tabagisme

Fumeurs quotidiens, selon l'âge, 2012



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le tabagisme est le principal facteur de risque de certaines maladies non transmissibles comme le cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires, d'autres types de cancers (p. ex. cancers de la langue et de la gorge) et les maladies respiratoires. Dans la prévention, le tabagisme doit être pris en considération à tous les âges de la vie, car on sait que l'abandon du tabac est bénéfique pour la santé même chez les fumeurs de longue date.

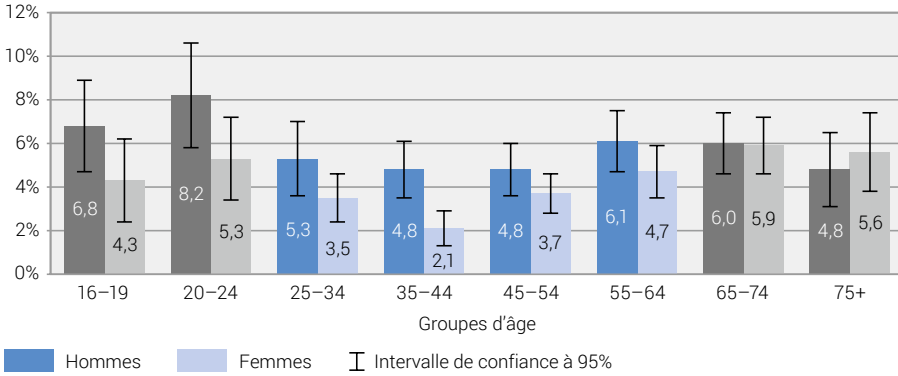
Dans la tranche des 25–44 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Par la suite, les chiffres tendent à s'équilibrer: à partir du groupe des 45–54 ans, l'écart n'est plus statistiquement significatif. On notera que la proportion de femmes qui fument quotidiennement reste plus ou moins stable dans les quatre groupes d'âge considérés. Chez les hommes, le pourcentage de fumeurs quotidiens passe de 31,2% chez les 25–34 ans à 20,7% chez les 55–64 ans.

D'autres analyses concernant l'ensemble de la population suisse montrent que le pourcentage de personnes qui fument a légèrement diminué en 20 ans, passant 30,7% en 1992 à 28,2% en 2012.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de tabac (RNS)

5.13 Alcool

Consommation chronique à risque d'alcool, selon l'âge, 2012



Consommation d'alcool présentant un risque moyen à élevé pour la santé.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

En plus d'être dommageable à la santé, la consommation excessive d'alcool peut avoir de sérieuses conséquences sociales pour la personne concernée et son entourage. Chez les adultes d'âge moyen, le problème principal est celui de la surconsommation chronique d'alcool, auquel vient s'ajouter le problème de l'ivresse ponctuelle chez les jeunes adultes de moins de 35 ans (BFS, 2014d; Gmel et al., 2013). On considère qu'il y a consommation chronique à risque lorsque la dose quotidienne moyenne dépasse 20 grammes pour une femme et 40 grammes pour un homme. Une consommation moyenne comprise entre 20 et 40 grammes pour une femme et entre 40 et 60 grammes pour un homme correspond à un risque moyen. Au-dessus, le risque est jugé élevé selon les critères de l'OMS (Gmel et al., 2013).

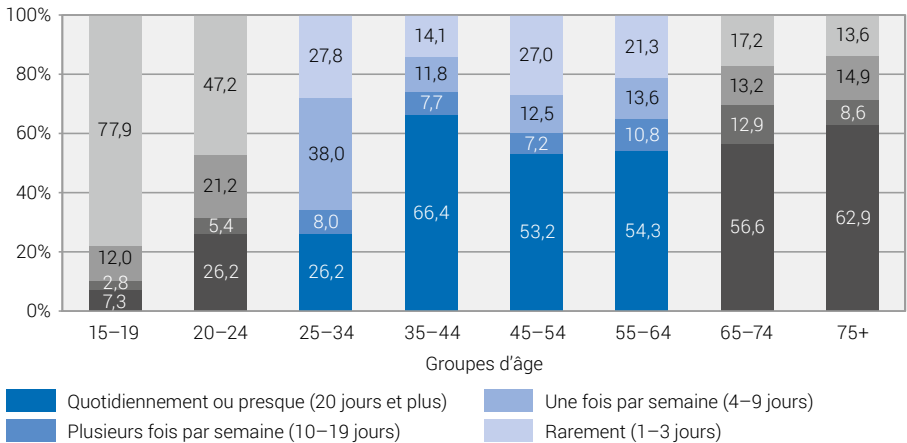
La figure montre la proportion de personnes ayant une consommation d'alcool jugée à risque moyen ou élevé. Chez les personnes en âge de travailler, la consommation chronique à risque tend à être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge – encore que les écarts ne soient souvent pas significatifs du point de vue statistique. Les femmes de 35 à 44 ans ont tendanciellement une consommation chronique moins à risque que les femmes des autres groupes d'âge.

Une comparaison dans le temps montre que la consommation chronique d'alcool jugée à risque a baissé dans l'ensemble de la population au cours de la décennie écoulée: le pourcentage de personnes ayant une consommation quotidienne à risque moyenne/élevée est passé de 5,7% en 2002 à 4,8% en 2012.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation d'alcool (RNS)

5.14 Médicaments

Fréquence de la prise de somnifères ou de tranquillisants, selon l'âge, 2011



Uniquement les personnes ayant consommé cette sorte de médicaments au cours des trente jours précédant l'enquête.

Source: Monitoring suisse des addictions

© Obsan 2015

Il y a abus de médicaments lorsqu'un individu prend une médication en quantités inutiles ou sans indication médicale claire. Dans la pratique, sont particulièrement concernées les catégories de médicaments suivantes: les somnifères, les analgésiques, les tranquillisants, ainsi que les modérateurs d'appétit et les stimulants. La prise régulière de somnifères et de tranquillisants devrait être réservée à des cas exceptionnels.

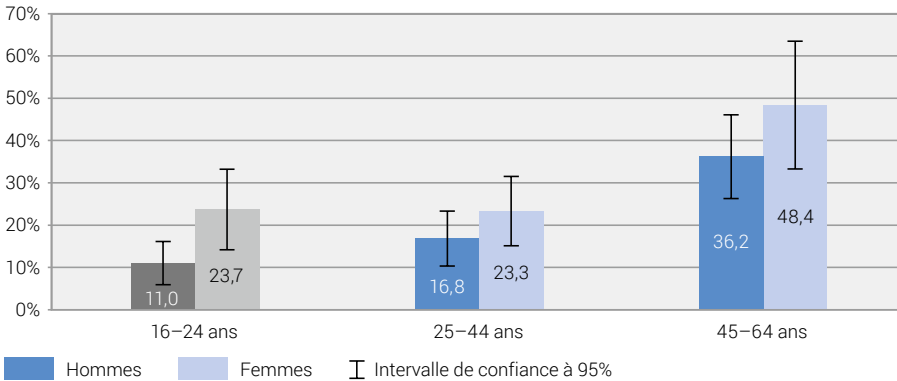
La proportion de personnes qui prennent des somnifères ou des tranquillisants augmente fortement avec l'âge. Seules 2% des personnes de 25 à 34 ans ont pris de tels médicaments dans les 30 jours écoulés, contre 9,5% chez les 55–64 ans, soit près de cinq fois plus (voir également la figure de l'indicateur 4.13 pour les adolescents). Plus que la consommation de ces médicaments, c'est la fréquence qui comporte des risques pour la santé. Parmi les personnes qui ont pris des somnifères ou des tranquillisants dans les 30 jours écoulés, la part de celles qui en font une consommation quotidienne ou presque augmente massivement avec l'âge (voir la figure ci-dessus), passant d'un quart (26,2%) chez les 25–34 ans à plus de la moitié (54,3%) chez les 55–64 ans.

La grande majorité des personnes interrogées dans le cadre du monitoring des addictions et qui ont déclaré prendre quotidiennement des somnifères et des tranquillisants le font déjà depuis plus d'un an (Gmel et al., 2012).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de médicaments (RNS)

5.15 Comportements sexuels

Rapports sexuels sans préservatif avec partenaires occasionnels, selon l'âge, 2012



Dernier rapport sexuel avec partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

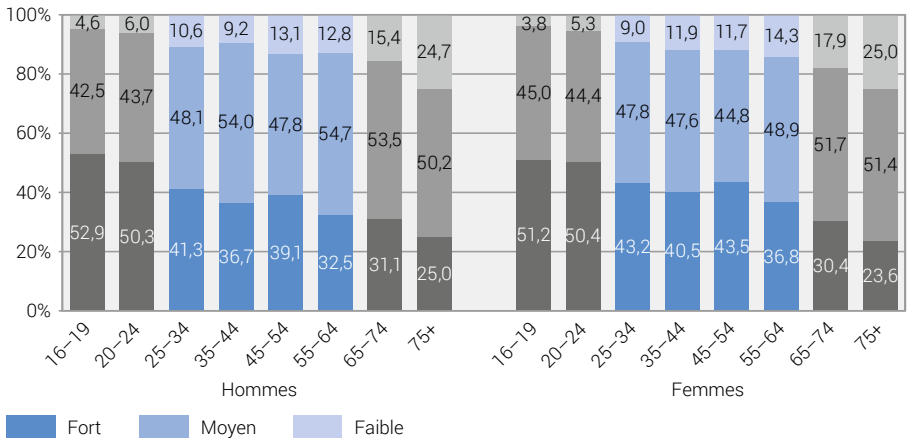
Les comportements sexuels à risques sont à considérer en particulier dans l'optique des maladies sexuellement transmissibles (VIH, gonorrhée, chlamydie, syphilis, etc.) et des grossesses non désirées. La prévention vise à informer sur les risques liés aux activités sexuelles et sur l'importance d'observer les règles du «safer sex».

La figure montre le taux de personnes qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de rapports avec un ou une partenaire occasionnel(le). Chez les 25-44 ans, 16,8% des hommes et près d'un quart (23,3%) des femmes disent avoir eu des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels. Les proportions sont nettement plus élevées chez les 45-64 ans: 36,2% pour les hommes et 48,4% pour les femmes.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Comportements sexuels (RNS)

5.16 Soutien social

Soutien social, selon l'âge, 2012



Soutien social selon l'échelle d'Oslo.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les ressources sociales influent sur le bien-être, l'espérance de vie, le risque de contracter certaines maladies, les chances et le temps de guérison, ainsi que sur les comportements de santé en général (Bachmann, 2014).

Les résultats du graphique se basent sur un indice du soutien social qui a été constitué à partir des questions de l'ESS.

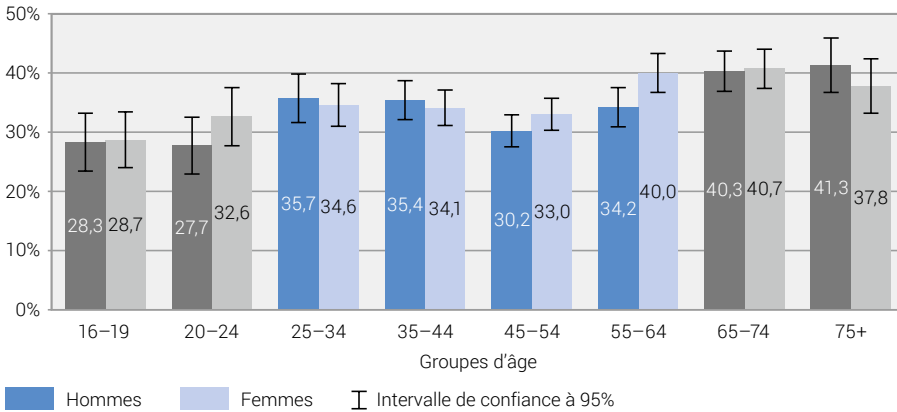
Chez les personnes en âge de travailler, entre 33 et 41% des hommes et entre 37 à 44% des femmes disent pouvoir compter sur un fort soutien social. Entre 9 et 13% des hommes et 9 et 14% des femmes font au contraire état d'un soutien social faible. Chez les hommes comme les femmes, le soutien social est plus faible chez les 55–65 ans que dans les groupes d'âge précédents.

L'analyse de l'indice du soutien social basé sur l'ESS ne vaut que pour l'année 2012. Selon d'autres indicateurs rendant compte du soutien social, on constate les évolutions suivantes pour l'ensemble de la population: la proportion de personnes qui se sentent seules a augmenté en dix ans, passant de 29,8% en 2002 à 36,1% en 2012. La part de personnes pouvant compter sur une ou plusieurs personnes de confiance est demeurée stable ces 10 dernières années et se situe autour de 95%.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Soutien social \(RNS\)](#)

5.17 Nuisances sonores au domicile

Nuisances sonores au domicile, selon l'âge, 2012



Part des personnes qui se sentent perturbées par le bruit.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les nuisances sonores (p. ex. les bruits de la circulation, de l'activité commerciale ou industrielle, du voisinage) sont un déterminant important de la santé. Si ces bruits ne présentent généralement pas de dangers pour l'audition quand les niveaux sonores ne sont pas excessifs, ils peuvent nuire au bien-être psychique et physique des personnes qui les subissent (WHO, 2009, 2011b).

Une personne sur trois en âge de travailler déclare être gênée par du bruit à son domicile. Cette proportion reste plus ou moins stable chez les hommes de 25 à 64 ans. La situation est comparable chez les femmes, à l'exception notable du groupe de 55-64 ans où la part des personnes gênées par le bruit atteint 40%.

La comparaison avec les résultats de 2002 indique une baisse nette (jusqu'à 10 points de pourcentage) des nuisances sonores perçues (résultats pour l'ensemble de la population).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Nuisances sonores (RNS)

6 Personnes âgées

Ce chapitre traite de la santé des personnes de 65 ans et plus. Il présente des indicateurs sur la santé dans ce groupe d'âge et sur ses facteurs déterminants. L'accent est mis sur des thématiques qui intéressent particulièrement les personnes âgées (p. ex. l'ostéoporose, la démence, les chutes, la multimorbidité). Une partie des indicateurs (p. ex. les causes de mortalité, le diabète et le poids corporel) se retrouvent dans les chapitres consacrés aux autres groupes d'âge, donnant une image complète de la santé à tous les âges de la vie. A noter que les chiffres, qui proviennent de sources diverses, ne sont pas toujours comparables sans restriction. Dans les graphiques qui couvrent tous les groupes d'âge, les personnes de 65 ans et plus sont en bleu, les autres sont en gris.

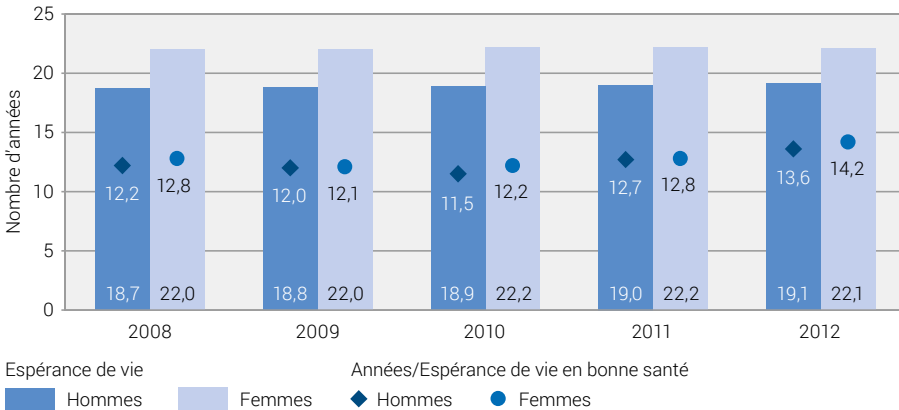
Le choix des indicateurs est largement déterminé par les données disponibles. Outre quelques banques de données particulières (p. ex. statistique des causes de décès, épidémiologie du cancer), on a utilisé surtout les résultats de deux enquêtes: *l'enquête suisse sur la santé (ESS)* et *l'enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI)*. L'ESS est une enquête réalisée tous les 5 ans auprès de la population résidante permanente de 15 ans et plus; elle porte sur différents thèmes en rapport avec la santé (état de santé et facteurs d'influence, recours au système de santé, etc.). Dans l'interprétation des résultats de l'ESS (p. ex. pour l'ostéoporose, le diabète et l'activité physique), il faut tenir compte du fait que l'ESS ne s'adresse qu'aux personnes vivant dans un ménage privé – les personnes âgées vivant dans un établissement médico-social en sont exclues. L'ESAI de 2008/2009 est à ce jour la seule enquête complète en Suisse sur la santé des personnes vivant dans les établissements médico-sociaux.

Quelques résultats:

- Environ un tiers des personnes vivant dans un établissement médico-social souffrent de dépression.
- 18% des hommes et 9% des femmes de 75 ans ou plus souffrent du diabète – la tendance est ascendante.
- Selon les estimations, le nombre de personnes atteintes de démence passera de 110'000 à 190'000 d'ici à 2030.
- 44% des personnes de 85 ans ou plus vivant dans un ménage privé sont atteintes de multimorbidité, contre 86% chez les personnes vivant dans un établissement médico-social.

6.1 Espérance de vie/années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans, 2008–2012



Source: OFS – ESPOP, BEVNAT, STATPOP et Eurostat

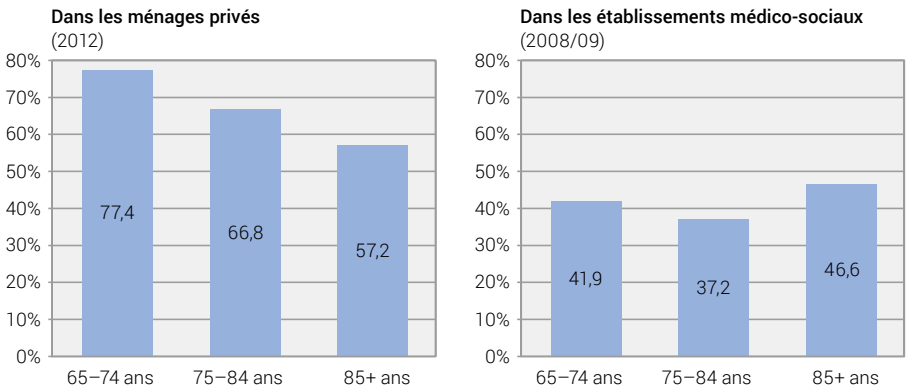
© Obsan 2015

En 2012, l'espérance de vie à 65 ans était de 19,1 ans pour les hommes et de 22,1 ans pour les femmes. Entre 2008 et 2012, on observe une légère progression de l'espérance de vie à cet âge, plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Les *années de vie en bonne santé* (healthy life years) correspondent aux années qu'une personne peut espérer vivre sans limitations/handicaps fonctionnels. En 2012, une personne de 65 ans pouvait espérer vivre 14,2 années (femmes) ou 13,6 années (hommes) en bonne santé. Le nombre d'années de vie en bonne santé progresse pour les deux sexes. Ce fait revêt une grande importance non seulement pour le bien-être de la population âgée mais également pour la planification de la prise en charge des personnes âgées.

6.2 Etat de santé auto-évalué

Personnes qui se sentent en bonne ou en très bonne santé parmi les personnes de 65 ans et plus, 2012 et 2008/09



Source: OFS – ESS et ESAI

© Obsan 2015

L'état de santé auto-évalué, appelé aussi état de santé subjectif, mesure l'état de santé tel qu'il est ressenti par l'individu lui-même. La manière dont un individu perçoit son état de santé est un bon facteur de prédiction pour des variables telles que la morbidité, la mortalité et l'utilisation des ressources du système de santé (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

Les résultats présentés pour les personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile (données de l'ESS) montrent que la proportion de celles qui s'estiment en bonne ou en très bonne santé diminue avec l'âge. Si 77% des personnes âgées 65 à 74 ans se déclarent encore en bonne ou en très bonne santé, la proportion n'est plus que 57% à l'âge de 85 ans et plus.

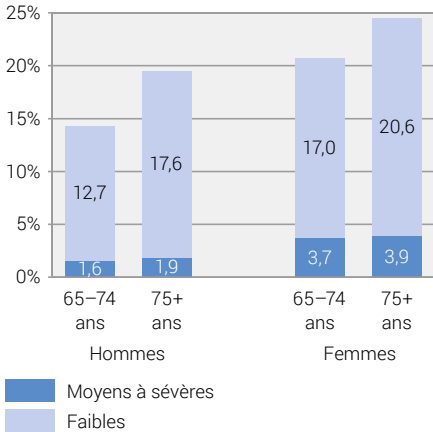
Sans surprise, les personnes vivant en maison de retraite ou en institution médico-sociale sont proportionnellement nettement moins nombreuses à s'estimer en bonne ou en très bonne santé: moins d'une sur deux dans tous les groupes d'âge ici considérés (figure de droite, données de l'enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution, ESAI).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Etat de santé auto-évalué (RNS)

6.3 Santé mentale

Dépansions

Symptômes dépressifs chez les personnes vivant dans un ménage privé, 2012

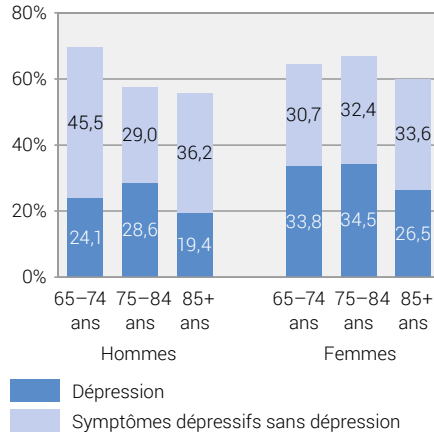


Symptômes au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Symptômes dépressifs chez les personnes vivant dans un établissement médico-social, 2008/09



Symptômes au cours des quatre semaines précédant l'enquête.

Source: OFS – ESAI

© Obsan 2015

Environ une personne sur cinq souffre d'une dépression au cours de sa vie. Les dépressions passent souvent inaperçues, surtout chez les personnes âgées (Hell & Böker, 2005; Stoppe, 2008).

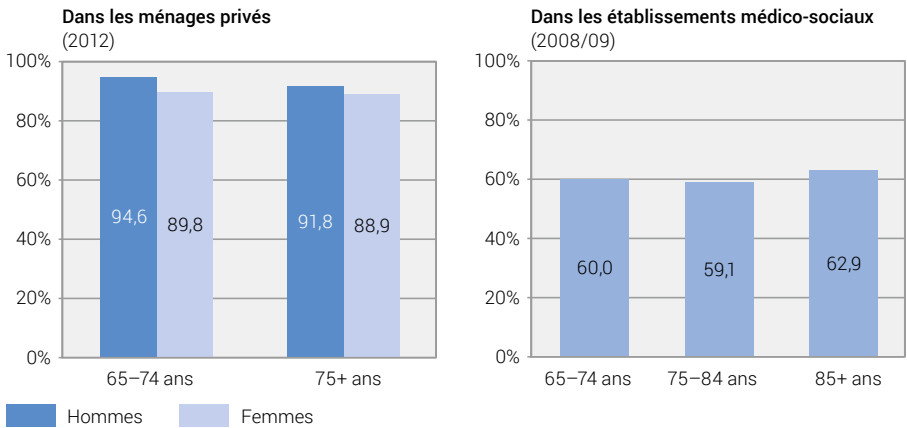
Les résultats de L'ESS montrent, pour les personnes vivant dans un ménage privé, que 21 à 25% des femmes de 65 ans et plus font état de symptômes dépressifs contre 14 à 20% des hommes (écart entre les sexes non significatif). Il s'agit de symptômes modérés à sévères dans environ 4% (femmes), 2% resp. (hommes).

Les résultats de l'ESAI pour les personnes vivant en établissement médico-social montrent que, selon l'âge et le sexe, une *dépression est diagnostiquée* chez 20 à 35% des pensionnaires (indications du personnel soignant). En outre, 29 à 46% présentent, selon leurs propres déclarations, des *symptômes dépressifs*.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Symptômes dépressifs (RNS)

Qualité de vie

Personnes dont la qualité de vie est bonne ou très bonne parmi les 65 ans et plus, 2012 et 2008/09



Source: OFS – ESS et ESAI

© Obsan 2015

La santé mentale peut être considérée sous l'aspect des troubles et des pathologies (approche axée sur les déficits) ou au contraire sous des aspects positifs comme l'énergie et l'optimisme (approche axée sur les ressources). A titre d'indicateur de la santé psychique positive, les chiffres sur la qualité de vie en général sont présentés ici.

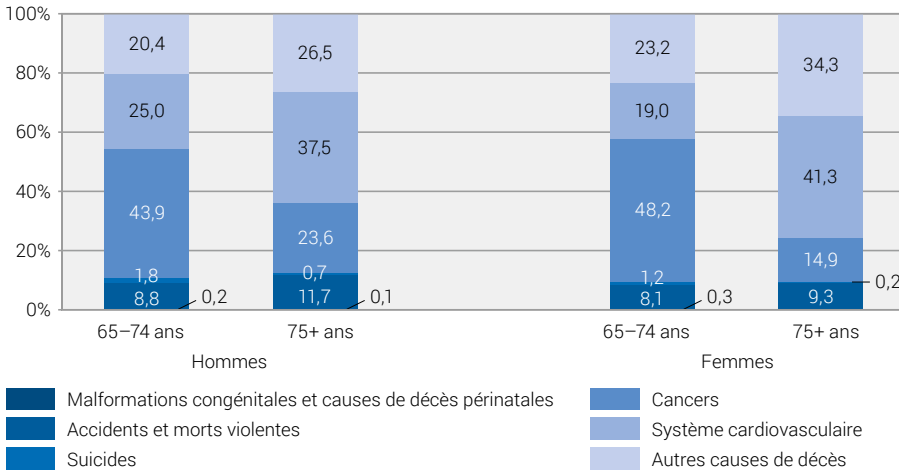
La majorité des personnes de plus de 65 ans vivant chez elles ont une qualité de vie élevée (comme le montrent les données de l'ESS dans la figure de gauche): 94,6% des hommes et 89,8% des femmes de 65 à 74 ans jugent leur qualité de vie bonne ou très bonne. Les proportions sont légèrement inférieures chez les personnes de 75 ans et plus (différences non significatives). Un autre indicateur de la santé psychique (niveau d'énergie et de vitalité) figure au [chapitre 5.2](#).

Les chiffres concernant la qualité générale de vie des personnes vivant en établissement médico-social sont nettement moins bons (données de l'ESAI, figure de droite): environ 60% seulement des résidentes et résidents jugent leur qualité de vie bonne ou très bonne. Ce pourcentage demeure plus ou moins stable dans tous les groupes d'âge considérés.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Qualité de vie \(RNS\)](#)

6.4 Causes de décès

Causes de décès chez les personnes de 65 ans et plus, 2012



Source: OFS – Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

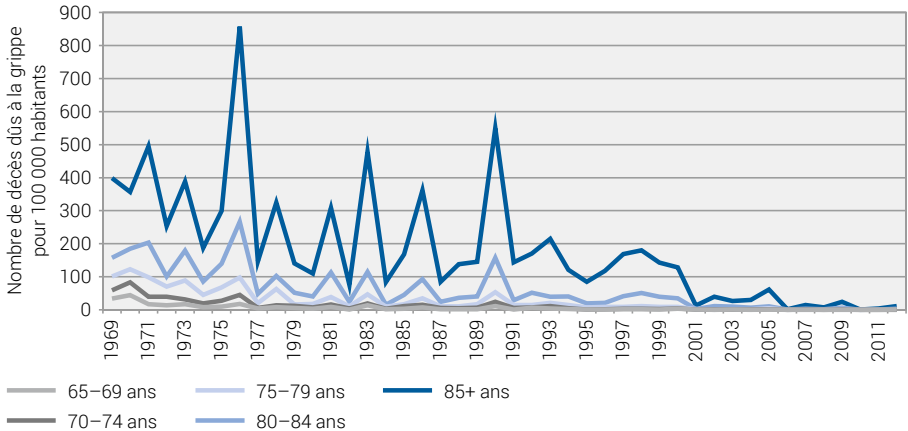
L'allongement de la vie a pour corollaire une hausse du taux de décès des personnes de 65 ans et plus; il a atteint 85% en 2012. La progression est particulièrement marquée chez les plus de 84 ans: 43% des personnes décédées en 2012 avaient 85 ans et plus (BFS, 2014h; non représentés).

Comme le montre la figure, les maladies cardiovasculaires deviennent une cause de décès de plus en plus fréquente à mesure que l'âge avance. Elles sont responsables de 37,5% de décès chez les hommes de 75 ans et plus et de 41,3% chez les femmes du même groupe d'âge. A l'inverse le taux de décès dus au cancer diminue. Les accidents mortels, très importants chez les jeunes et qui diminuent à l'âge moyen, remontent légèrement à un âge avancé. 11,7 hommes et 9,3 femmes sur 100'000 habitants de 75 ans ou plus décèdent des suites d'un accident ou d'un acte de violence. [L'indicateur 5.3](#) présente une analyse comparative des résultats de tous les groupes d'âge.

6.5 Maladies infectieuses

Grippe saisonnière

Grippe saisonnière: taux de mortalité par âge, 1969 – 2012



Source: OFSP – Statistique des maladies infectieuses à déclaration obligatoire

© Obsan 2015

L'affaiblissement de leurs défenses immunitaires rend les personnes âgées particulièrement vulnérables aux infections, et en premier lieu aux affections des voies respiratoires d'origine infectieuse. La grippe saisonnière, en particulier, est à prendre très au sérieux. Elle peut être la cause de graves complications (p. ex. une pneumonie aiguë). Le risque de mourir d'une pneumonie est huit fois plus élevé chez les personnes âgées que chez des sujets plus jeunes (Wollscheid-Lengeling & Kerksiek, 2009).

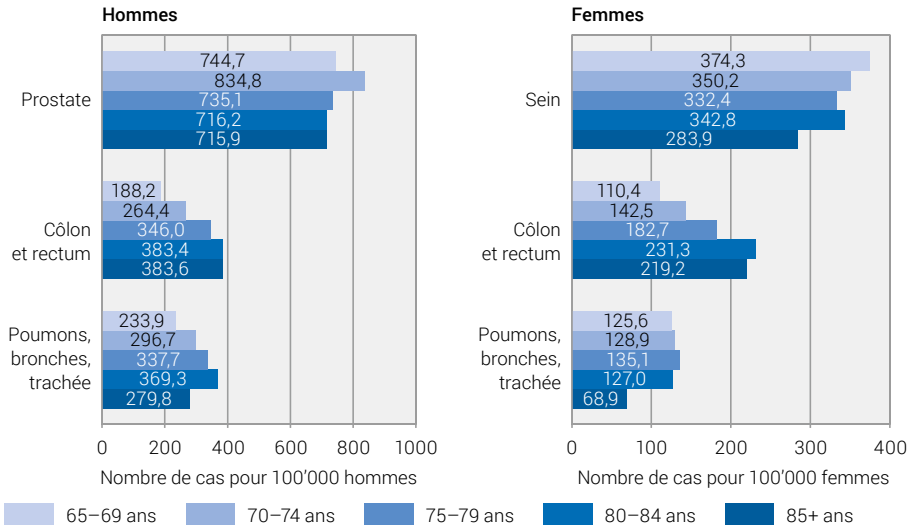
Même si les chiffres doivent être interprétés avec prudence (la confirmation du diagnostic par un laboratoire n'est requise que depuis 2010), la proportion de décès dus à la grippe est clairement plus élevée chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes. Cette affirmation reste valable si l'on prend en compte les groupes d'âge inférieurs à 65 ans, qui ne sont pas représentés ici. Le taux de mortalité varie d'une année à l'autre mais a fortement reculé dans l'ensemble durant ces dernières décennies, en raison de l'efficacité des traitements et des mesures de prévention (principalement la vaccination contre la grippe dans les groupes à risque).

6.6 Maladies non transmissibles

Cancer

Incidence du cancer chez les personnes de 65 ans et plus, 2007–2011

Pour les trois principales localisations



Les taux ont été calculés sur une moyenne de cinq ans.

Source: OFS, NICER

© Obsan 2015

Le cancer est la première cause de mortalité chez les personnes de 65 à 74 ans, et la deuxième, derrière les maladies cardiovasculaires, chez les personnes de 75 ans et plus.

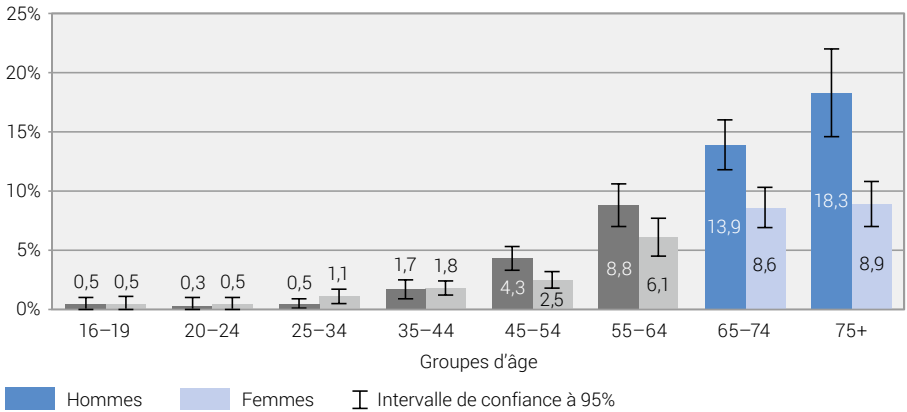
Le carcinome prostatique est, avec plus de 700 cas pour 100'000 habitants, le cancer le plus fréquent chez les hommes de plus de 65 ans, suivi du cancer du côlon dont l'incidence augmente avec l'âge pour atteindre son point culminant dans la classe d'âge la plus élevée, avec 384 cas pour 100'000 hommes. Le cancer du poumon est le troisième cancer le plus fréquent. Viennent ensuite le cancer de la vessie et le mélanome de la peau.

Chez les femmes de 65 ans et plus, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein: 374 nouveaux cas pour 100'000 femmes de 65 à 69 ans sont diagnostiqués chaque année, soit une incidence de moitié inférieure à celle du cancer de la prostate chez les hommes du même âge. Le cancer du côlon arrive au deuxième rang chez l'homme comme chez la femme, mais, avec 231 cas diagnostiqués pour 100'000 habitantes, l'incidence est là encore moins élevée que chez les hommes. La fréquence du cancer du poumon diminue nettement dans la tranche d'âge la plus élevée.

Diabète sucré

Diabète, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Personnes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué médicalement une fois au cours de leur vie.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique dont l'incidence est en forte hausse dans le monde depuis quelques décennies (International Diabetes Federation, 2013). On distingue essentiellement deux types de diabète: le type 2 est fortement lié au style de vie et est associé au surpoids. C'est aussi le plus répandu chez les personnes âgées.

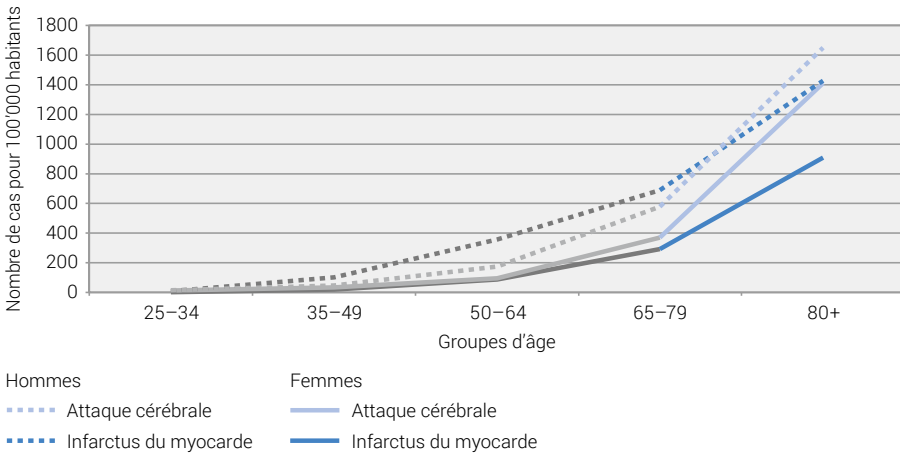
L'enquête suisse sur la santé livre des informations sur les personnes qui vivent à domicile: la proportion de personnes disant souffrir de diabète continue d'augmenter chez les personnes âgées, mais les écarts entre les deux derniers groupes d'âge ne sont pas significatifs. A un âge élevé – plus encore que chez les personnes plus jeunes – les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à souffrir de diabète: 13,9% des hommes de 65 à 74 ans et 18,3% de ceux de 75 ans et plus sont atteints de cette maladie contre environ 9% des femmes.

Plusieurs données pour la Suisse font état d'une tendance à l'augmentation du diabète au cours des dernières années, en particulier chez les personnes de 55 ans et plus et chez les hommes (BFS, 2014c; Bopp et al., 2011).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Diabète sucré (RNS)

Maladies cardiovasculaires

Infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, selon l'âge, 2008–2012



Les taux ont été calculés sur une moyenne de cinq ans.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux et Statistique des causes de décès

© Obsan 2015

Les maladies cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde et l'attaque cérébrale deviennent non seulement plus fréquentes avec l'âge mais aussi la principale cause de décès.

La figure montre la prévalence de l'infarctus aigu du myocarde et de l'attaque cérébrale, calculée sur la base des hospitalisations (statistique médicale des hôpitaux) et des décès (statistique des causes de décès).

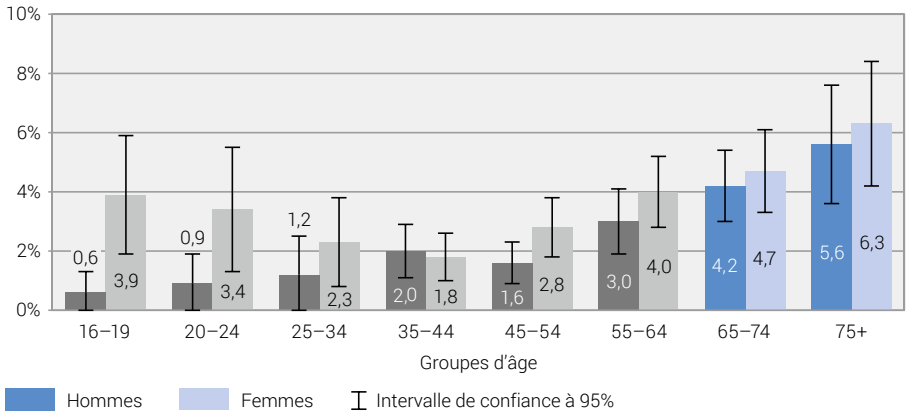
Chez les personnes de 80 ans et plus, les hommes sont davantage sujets à l'infarctus du myocarde (1427 cas pour 100'000 habitants) que les femmes (910 cas pour 100'000 habitants). L'écart entre les sexes est moins marqué en ce qui concerne l'attaque cérébrale: chez les 80 ans et plus, l'incidence est de 1650 hommes et 1411 femmes pour 100'000 habitants.

La prévalence de l'infarctus du myocarde standardisée selon l'âge et le sexe n'a cessé d'augmenter depuis 2000, passant de 149,9 cas/100'000 habitant(e)s en 2000 à 177,9 cas/100'000 habitant(e)s en 2012, alors qu'on observe au contraire une tendance à la baisse en ce qui concerne l'attaque cérébrale (184,4 pour 100'000 habitant(e)s en 2000, 176,6 en 2012). Selon différentes analyses, le taux de mortalité de ces deux affections a fortement baissé alors que le nombre d'hospitalisations a au contraire augmenté (BFS, 2014d).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Maladies cardiovasculaires (RNS)

BPCO/bronchite chronique/emphysème pulmonaire**Bronchite chronique/emphysème pulmonaire, selon l'âge, 2012**

Personnes vivant dans un ménage privé



Personnes touchées par une bronchite chronique ou un emphysème au cours des douze mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La bronchopneumopathie chronique obstructive BPCO est un terme générique qui désigne des maladies respiratoires, au premier rang desquelles la bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire. Ces affections touchent en particulier les personnes qui ont fumé pendant longtemps.

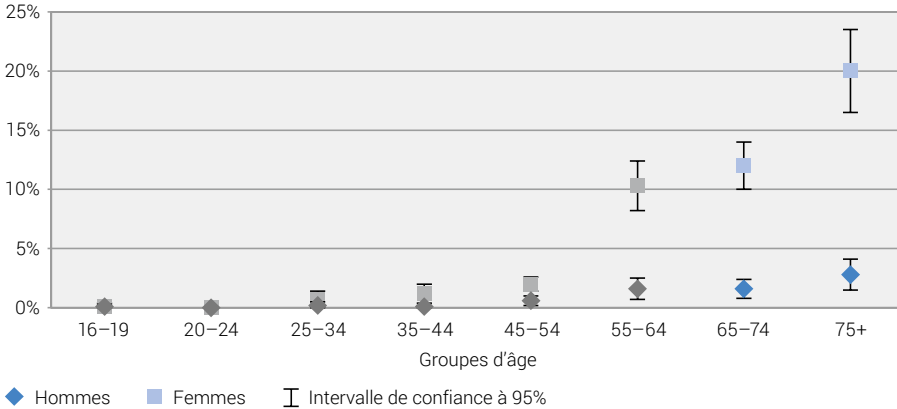
L'enquête suisse sur la santé – dans le cadre de laquelle on a demandé aux personnes interrogées si elles ont souffert de bronchite chronique ou d'emphysème durant les douze mois écoulés – livre des informations sur ces affections. 4% des hommes de 65 à 74 ans et 6% de ceux de 75 ans et plus disent souffrir de bronchite chronique ou d'emphysème. Chez les femmes, les proportions sont de 5,0% chez les 65-74 ans et de 6% chez les 75 ans et plus. Les écarts sont statistiquement non significatifs.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Bronchite chronique/emphysème (RNS)

Ostéoporose

Ostéoporose, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Part des personnes traitées au moins une fois pour (une) ostéoporose.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

L'ostéoporose est caractérisée par une diminution de la substance et de la structure osseuse. La maladie, qui touche surtout les femmes âgées, est un facteur de risque accru de fractures osseuses, en particulier du col du fémur et des vertèbres. Outre le sexe et l'âge, d'autres facteurs de risques de développer l'ostéoporose sont l'immobilité, l'insuffisance pondérale, la fumée, l'alcool et certains médicaments (DVO, 2009; Hadji et al., 2013).

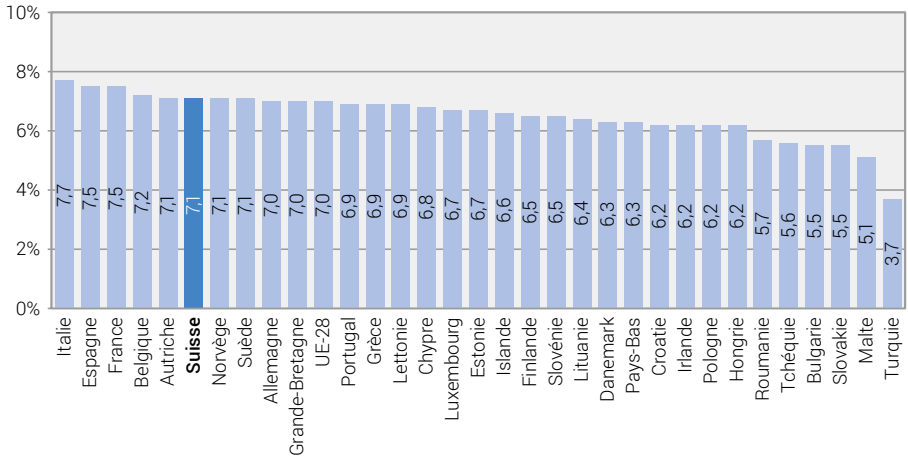
La figure montre la proportion de personnes vivant dans des ménages privés ayant déjà suivi au moins une fois dans leur vie un traitement médical pour ostéoporose (prévalence vie entière). La proportion ne progresse que légèrement avec l'âge chez les hommes, alors qu'elle augmente fortement chez les femmes âgées: 12,0% des femmes de 65 à 74 ans indiquent être (ou avoir été) traitées pour une ostéoporose, et 20% chez les femmes de 75 ans et plus.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Ostéoporose (RNS)

Démence

Prévalence de la démence, comparaison européenne, 2012

Personnes de 60 ans et plus



Source: OCDE (2014), Health at a Glance: Europe 2014

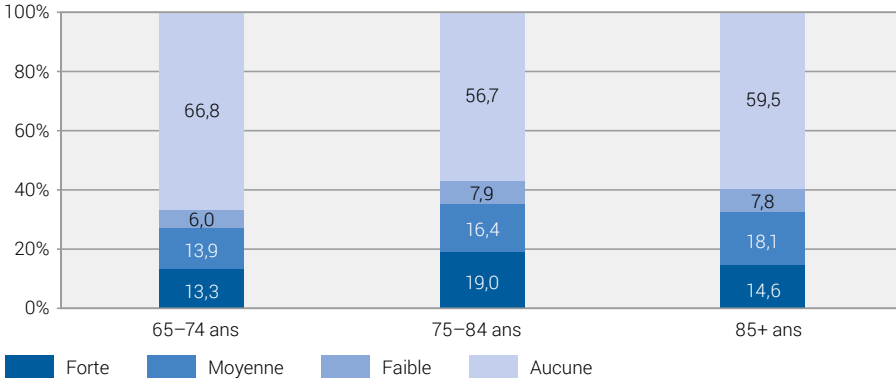
© Obsan 2015

La démence est un terme générique pour un certain nombre de maladies qui associent la perte de mémoire au dysfonctionnement d'au moins une des fonctions mentales telles que la parole, le mouvement, la reconnaissance ou la planification et l'action (Cassetti et al, 2011; Monsch et al, 2012). Ces carences entraînent une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. La forme de démence la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer, qui représente environ deux tiers des cas.

Il n'existe pas d'étude représentative sur la fréquence des démences en Suisse. Selon certaines estimations, basées notamment sur des études internationales, environ 110'000 personnes seraient atteintes de démence en Suisse (BAG & GDK, 2013a; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011). La figure ci-dessus présente la prévalence de la démence en Europe (tiré de: OECD, 2014, les données se basent sur des estimations d'Alzheimer Europe). La probabilité d'être atteint de démence augmente fortement après 65 ans: une personne sur 50 en est victime dans le groupe des 65–69 ans et une personne sur huit chez les 80–84 ans (BAG & GDK, 2013a). Les femmes sont plus souvent touchées par la maladie, ce qui s'explique principalement par le fait qu'elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes. Selon certaines prévisions, le nombre de personnes atteintes de démence pourrait atteindre 190'000 en 2030 et 300'000 en 2060 (BAG & GDK, 2013a).

6.7 Douleurs

Douleurs chez les personnes vivant dans un établissement médico-social, 2008/09



Douleurs au cours des sept jours précédant l'enquête.

Source: OFS – ESAI

© Obsan 2015

Les douleurs physiques, chroniques ou non, augmentent avec l'âge. Or la douleur est souvent traitée de manière inadéquate, notamment parce qu'elle est considérée comme un phénomène normal lié au vieillissement, ce qui n'en facilite pas la détection et le traitement (Bruckenthal et al., 2009; Lukas et al., 2013; Mitchell, 2001). L'absence ou l'insuffisance de traitement de la douleur peut avoir de nombreuses conséquences (p. ex. réduire la mobilité, diminuer la qualité de vie, entraîner une dépression, une admission en institution).

Pour les *maux de dos et de tête* chez les personnes vivant à leur domicile, voir la figure de l'[indicateur 5.6](#) (résultats de l'ESS). La proportion de personnes souffrant de maux de dos augmente avec l'âge. La tendance est inverse pour les maux de tête et les douleurs faciales. Comme les troubles physiques augmentent de façon générale avec l'âge, on peut supposer que les douleurs augmentent aussi globalement chez les personnes âgées vivant à leur domicile.

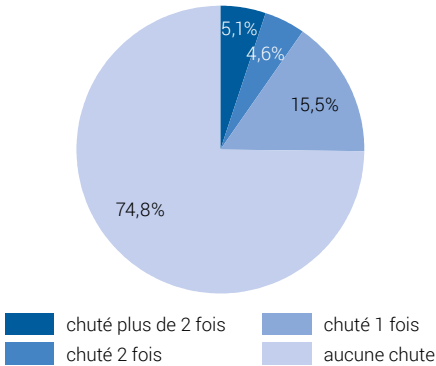
La figure ci-dessus porte sur les *douleurs en général et l'intensité* des douleurs chez les résidents d'établissements médico-sociaux (résultats de l'ESAI). Selon le groupe d'âge, entre 27,2% et 35,4% des personnes interrogées déclarent avoir souffert de douleurs d'intensité moyenne à (très) forte au cours des sept jours précédant l'enquête.

6.8 Accidents

Chutes

Chutes chez les personnes vivant dans un ménage privé, 2012

Personnes âgées de 65 ans et plus

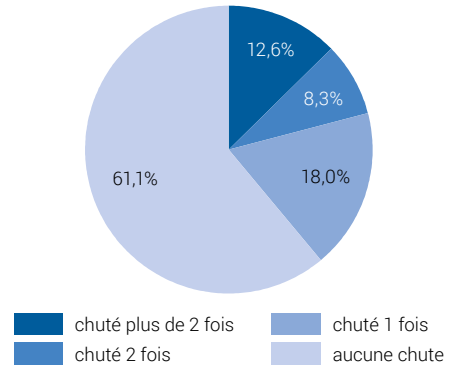


Chute(s) lors des douze mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Chutes chez les personnes vivant dans un établissement médico-social, 2008/09



Chute(s) lors des douze mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESAI

© Obsan 2015

Les chutes sont la principale cause d'accident chez les personnes âgées. Une chute peut entraîner une hospitalisation voire une entrée en établissement médico-social. Les mesures de prévention sont axées d'une part sur l'exercice physique (principalement l'entraînement de la force et de l'équilibre), d'autre part sur l'utilisation d'aides de mobilité (déambulateurs, chaussettes antidérapantes) et sur l'aménagement de l'espace domestique (élimination de tout ce qui risque de faire trébucher, installation de poignées, etc.).

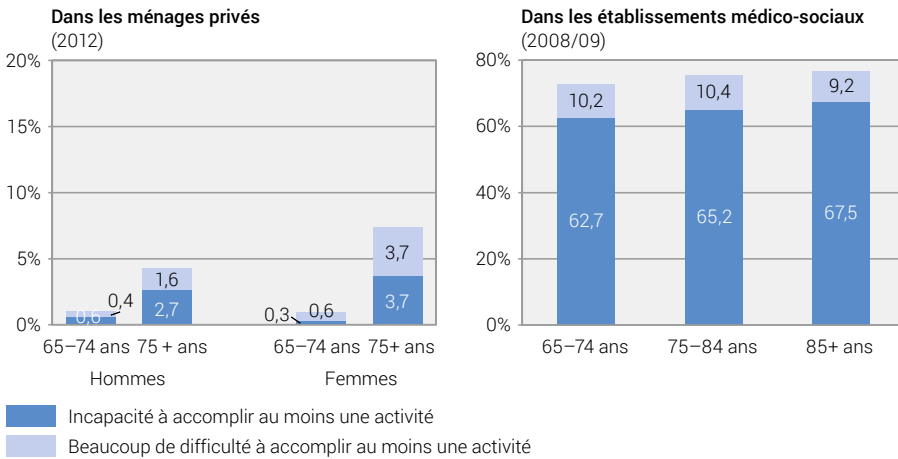
Un quart des personnes de 65 ans et plus vivant à leur domicile déclarent avoir été victimes d'une chute dans l'année écoulée, et de chutes répétées pour 9,6% d'entre elles (données de l'ESS). Une comparaison sur dix ans met en évidence une augmentation du nombre de chutes, qui touchaient 20,9% des personnes en 2002 et 25,2% en 2012 (non représenté).

38,9% des personnes vivant en établissement médico-social ont été victimes d'une chute, voire de plusieurs pour 20,9% d'entre elles (données de l'ESAI).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Chutes (RNS)

6.9 Limitations dans les activités quotidiennes

Limitations dans les activités quotidiennes chez les personnes de 65 ans et plus, 2012 et 2008/09



© Obsan 2015

Les limitations dans les activités quotidiennes (faire la lessive, se vêtir, se nourrir, faire ses courses et ses repas, utiliser les transports publics) signifient une perte d'autonomie. Elles peuvent nécessiter un soutien externe. Etre limité dans les activités de la vie quotidienne a souvent des répercussions sur les relations sociales et sur la qualité de vie en général.

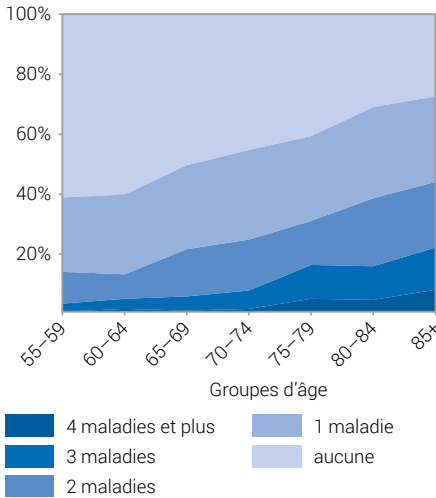
Environ 1% des personnes de 65 à 74 ans vivant dans un ménage privé ont de grandes difficultés à exécuter une de leurs activités quotidiennes au moins (données de l'ESS). Après 75 ans, 4,3% des hommes et 7,4% des femmes se trouvent dans cette situation. Dans les deux groupes d'âge, une bonne moitié des personnes sont dans l'incapacité totale d'exécuter une ou plusieurs activités quotidiennes.

Sans surprise, la proportion de personnes limitées dans leurs activités quotidiennes est nettement plus élevée chez les résidents d'établissements médico-sociaux (données de l'ESAI): environ trois quarts des résidents rencontrent de grandes difficultés dans l'exécution d'au moins une de leurs activités quotidiennes, et parmi eux 10% ne sont plus du tout en mesure d'accomplir seuls au moins une activité.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Limitations des activités de la vie quotidienne (RNS)

6.10 Multimorbidité

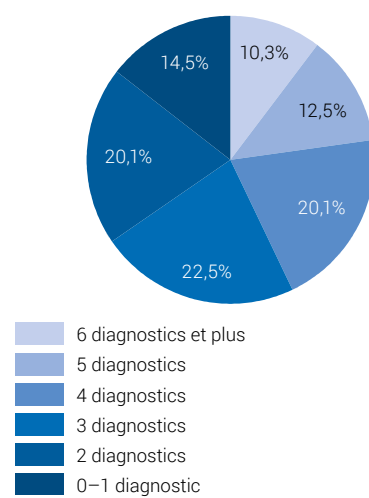
Nombre de maladies chroniques chez les personnes vivant dans un ménage privé, 2010/11



Source: SHARE

© Obsan 2015

Nombre de maladies diagnostiquées chez les personnes vivant dans un établissement médico-social, 2008/09



Source: OFS – ESAI

© Obsan 2015

La multimorbidité est généralement définie comme la présence simultanée de deux ou plusieurs maladies chroniques chez un même patient (Bopp & Holzer, 2012). Les maladies interagissent souvent entre elles et conduisent fréquemment à des pertes fonctionnelles et d'autonomie. Le traitement des patients multimorbides est d'autant plus compliqué qu'il existe peu de lignes directrices en la matière et que les thérapies donnent souvent lieu à des interactions médicamenteuses indésirables (Barnett et al., 2012; Boyd et al., 2005). Compte tenu du vieillissement croissant de la population, il faut s'attendre à l'avenir à une forte augmentation de la multimorbidité (Moreau-Gruet, 2013).

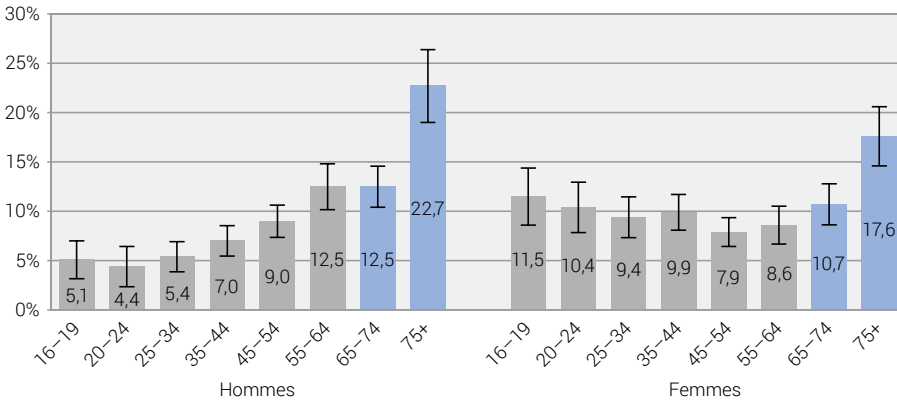
Les résultats présentés et issus de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) réalisée en 2010/2011, montrent que 22% des personnes de plus de 50 ans vivant dans un ménage privé sont atteintes de *plus d'une maladie*. La prévalence passe de 11,0% chez les 50-54 ans à 21,7% chez les 65-69 ans, pour atteindre 44,1% chez les personnes de plus de 85 ans.

La multimorbidité est encore nettement plus marquée chez les personnes âgées vivant en institution médico-sociale (données de l'ESAI) : 85,5% des résidents ont au *moins deux diagnostics* et près du quart de ceux-ci (22,8%) ont cinq diagnostics ou plus.

6.11 Alimentation

Consommation de moins d'un litre de liquide par jour, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



┆ Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

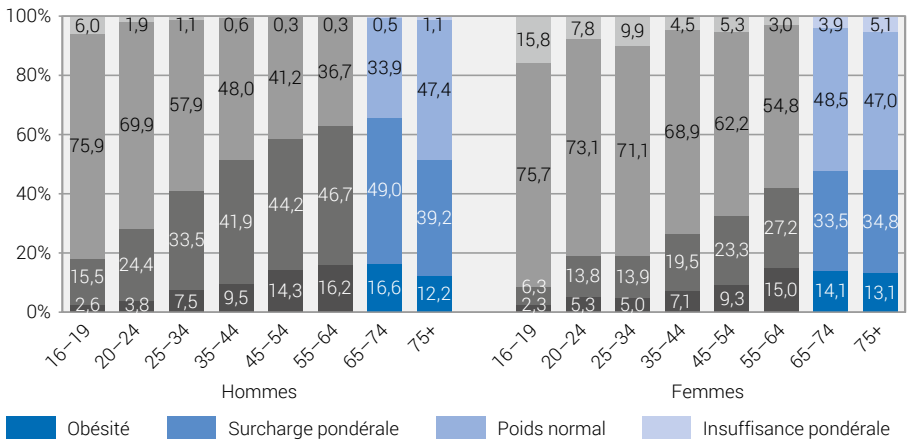
Un apport insuffisant de liquide (déshydratation) amoindrit les capacités physiques et intellectuelles et peut provoquer des sensations de vertige, des états confusionnels, de l'apathie ou un collapsus cardiovasculaire. Les personnes âgées sont particulièrement exposées à la déshydratation, notamment parce que la sensation de soif diminue sensiblement avec l'âge et parce que la perte de liquide est souvent plus élevée. La peur d'aller aux toilettes (risque de chute), l'incontinence et les troubles prostatiques retiennent souvent les personnes âgées de boire. De plus, il n'est pas toujours facile de faire le lien chez les personnes âgées entre les symptômes et l'insuffisance de liquide. Selon les recommandations, il faudrait boire 1–2 litre par jour (de préférence de l'eau, du thé non sucré et des jus de fruits dilués).

Les données de l'ESS montrent que la quantité moyenne de boisson absorbée diminue avec l'âge. 22,7% des hommes et 17,6% des femmes de 75 ans et plus boivent moins d'un litre par jour. Cela indique qu'une proportion importante de personnes âgées ne s'hydrate pas suffisamment.

6.12 Poids corporel

Poids corporel, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le surpoids est un important facteur de risque de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certains cancers. L'obésité (= surpoids important), le surpoids, le poids normal et l'insuffisance pondérale sont déterminés à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est fonction du poids et de la taille.

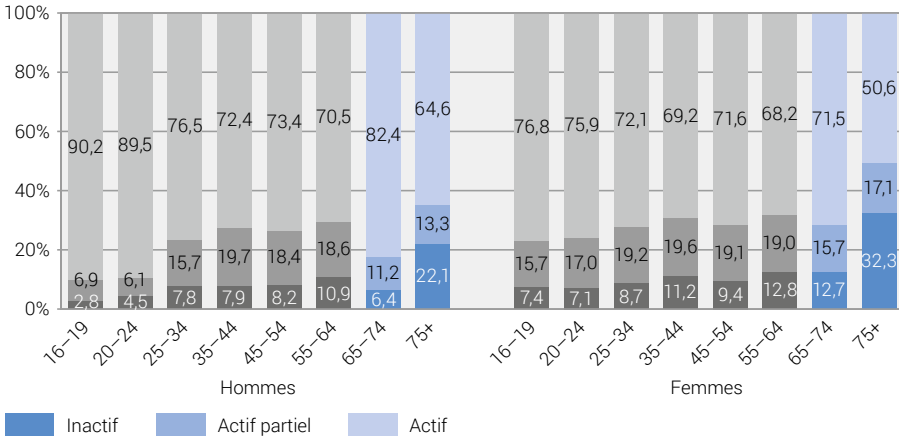
La proportion de personnes en surpoids ou obèses augmente généralement avec l'âge, indépendamment du sexe. Chez les hommes, la tendance s'inverse à partir de 75 ans. Le pourcentage d'hommes en surpoids (obésité comprise) culmine (65,6%) dans le groupe des 65 à 74 ans puis redescend à 51,5% chez les 75 ans et plus. La proportion de femmes en surpoids reste au contraire plus ou moins stable autour de 48% à partir du groupe des 65 à 74 ans.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Indice de masse corporelle (RNS)

6.13 Activité physique

Activité physique, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La pratique régulière d'une activité physique contribue au maintien de la mobilité des personnes âgées et permet d'éviter ou de retarder la perte d'autonomie et la dépendance. Comme l'état de santé des personnes âgées varie très fortement d'un individu à l'autre, les recommandations en matière d'activité physique doivent être adaptées aux possibilités de chacun. Pour les personnes âgées «robustes», les recommandations sont les mêmes que pour les adultes en général (BASPO et al., 2013): deux heures et demie d'activité physique par semaine sous forme de sport ou de travaux quotidiens d'intensité moyenne ou une heure et quart de sport ou d'activité physique d'intensité élevée. On peut aussi combiner des exercices d'intensité diverse. Il est également conseillé d'entraîner la force et l'équilibre, notamment pour prévenir les chutes.

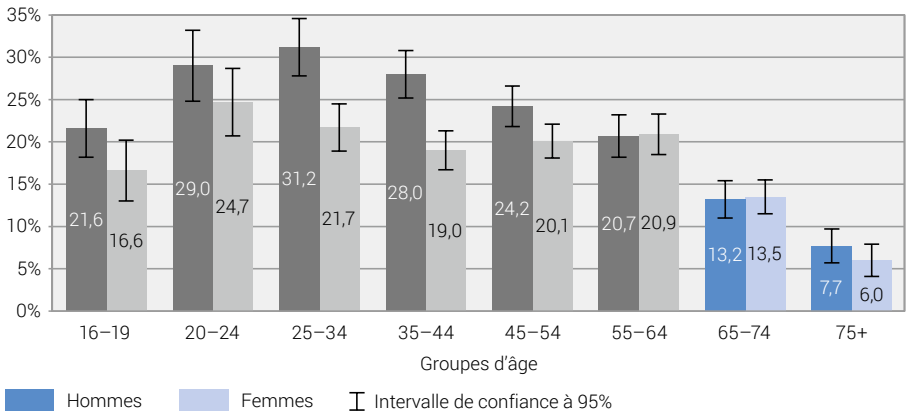
S'ils montrent qu'une part importante de la population âgée et très âgée peut être considérée comme «active», les résultats de l'ESS révèlent aussi que la proportion de personnes inactives augmente fortement avec l'âge. Chez les 65-74 ans, plus de 80% des hommes et près de trois quarts (71,5%) des femmes pratiquent une activité physique. A partir de 75 ans, les proportions sont encore de 64,6% pour les hommes et de 50,6% pour les femmes. Le pourcentage d'inactifs passe de 6,4% à 22,1% chez les hommes et de 12,7% à 32,3% chez les femmes entre ces deux groupes d'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Activité physique (RNS)

6.14 Tabagisme

Fumeurs quotidiens, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Le tabagisme est le plus important facteur de risque de maladies non transmissibles comme le cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires, d'autres types de cancers (p. ex. cancers de la langue et de la gorge) et les affections respiratoires. Dans la prévention, le tabagisme doit être pris en considération à tous les âges de la vie car on sait que l'abandon du tabac est bénéfique pour la santé même chez les fumeurs de longue date.

La proportion de fumeurs est nettement moindre chez les personnes de 65 ans et plus que chez les plus jeunes: plus de 13% des personnes de 65 à 74 ans fument quotidiennement; chez les 75 ans et plus, la proportion est de 7,7% pour les hommes et de 6,0% pour les femmes.

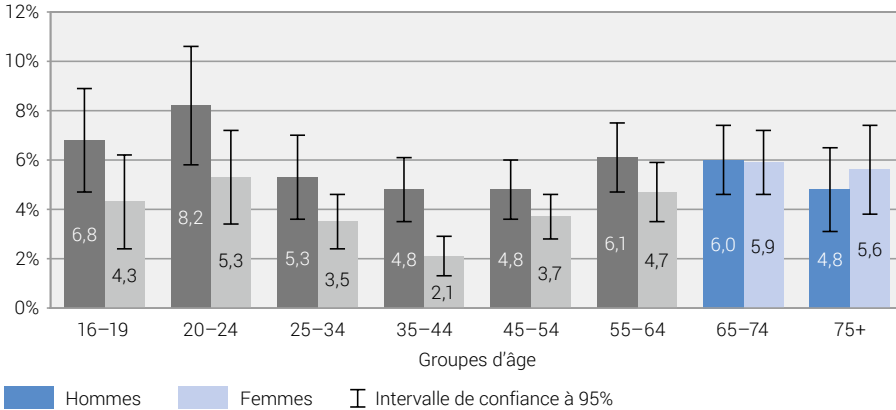
Les chiffres du monitoring des addictions (non représentés) montrent que la proportion de personnes qui fument quotidiennement diminue avec l'âge, mais que c'est néanmoins chez les 65-74 ans que l'on observe le pourcentage le plus élevé (38,7%) de personnes fumant au moins 20 cigarettes (un paquet) par jour (Gmel et al., 2013). Mais il pourrait s'agir plutôt d'une question de génération que d'un effet lié à l'âge.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de tabac (RNS)

6.15 Alcool

Consommation chronique à risque d'alcool, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Consommation d'alcool présentant un risque moyen à élevé pour la santé.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

La consommation problématique d'alcool est difficilement détectable chez les personnes âgées (Loukissa, 2007). Les interactions négatives entre l'alcool et les médicaments constituent ici le problème majeur. On considère qu'il y a consommation chronique à risque quand la consommation journalière moyenne dépasse 20 grammes pour une femme et 40 grammes pour un homme. Une consommation moyenne comprise entre 20 et 40 grammes pour un femme et entre 40 et 60 grammes pour un homme équivaut à un risque moyen, une consommation supérieure présente un risque élevé selon l'OMS (Gmel et al., 2013).

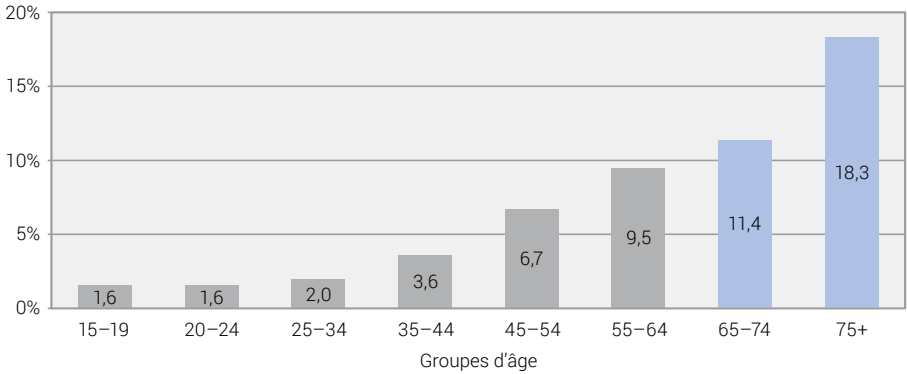
Selon l'ESS, 6% des hommes et des femmes de 65 à 74 ans sont concernés par une consommation chronique à risque. Chez les personnes de 75 ans et plus, la proportion a tendance à baisser pour les deux sexes, mais l'écart n'est statistiquement pas significatif.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation d'alcool (RNS)

6.16 Médicaments

Consommation de somnifères/tranquillisants, selon l'âge, 2011

Personnes vivant dans un ménage privé



Consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Source: Monitoring suisse des addictions

© Obsan 2015

Il y a abus de médicaments lorsqu'un individu prend une médication sans indication médicale claire ou en quantités inutiles. Dans la pratique, les catégories suivantes de médicaments sont particulièrement concernées: les somnifères, les analgésiques, les tranquillisants, ainsi que les modérateurs d'appétit et les stimulants. La prise régulière de somnifères et de tranquillisants devrait être réservée à des cas exceptionnels.

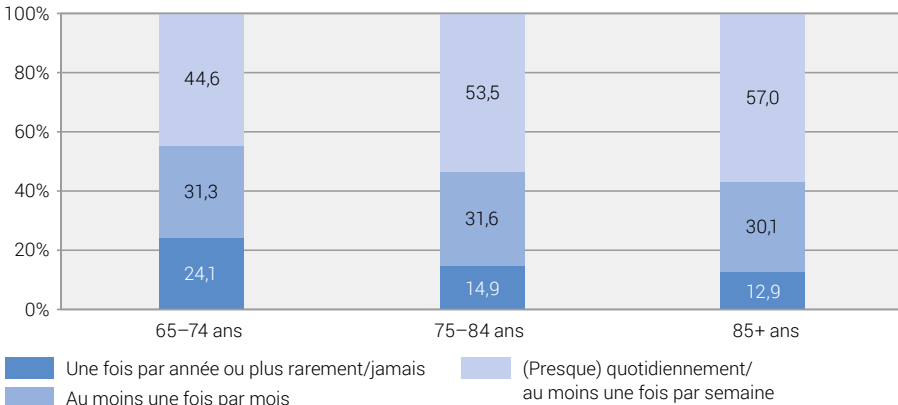
La proportion de personnes qui prennent des somnifères et des tranquillisants augmente avec l'âge: 1,4% des personnes de 65 à 74 ans interrogées dans le cadre de l'enquête disent avoir pris un tel médicament durant les 30 jours écoulés (prévalence à 30 jours). La proportion est de 18,3% chez les 75 ans et plus. Le pourcentage de personnes qui prennent chaque jour ou presque de tels médicaments augmente également avec l'âge (voir l'indicateur 5.14): il est de 56,6% chez les 65-74 ans et de 62,9% chez les 75 ans et plus.

Comme le montrent d'autres analyses réalisées dans le cadre du monitoring des addictions, 80% des personnes de plus de 65 ans qui prennent quotidiennement des somnifères et des tranquillisants le font depuis plus d'un an (Gmel et al., 2012).

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Consommation de médicaments (RNS)

6.17 Soutien social

Visites reçues par les personnes vivant dans un établissement médico-social, 2008/09



Source: OFS – ESAI

© Obsan 2015

Les ressources sociales influent sur le bien-être, l'espérance de vie, le risque de contracter une maladie, les chances et le temps de guérison, et sur les comportements de santé en général (Bachmann, 2014). La question de l'environnement social prend une importance particulière avec l'avancée en âge dans la mesure où nombre de personnes âgées ont perdu des proches importants.

Dans le cadre de l'ESS, les personnes vivant dans un ménage privé sont invitées à répondre à trois questions qui sont synthétisées pour obtenir un *indice du soutien social* (échelle d'Oslo) – la figure se trouve à l'[indicateur 5.16](#): nombre de proches sur qui on peut compter; intérêt manifesté par l'entourage; aide des voisins en cas de besoin. 15,4% des hommes et 17,9% des femmes de 65 à 74 ans n'ont qu'un faible soutien social, contre 24,7% des hommes et 25,0% des femmes chez les 75 ans et plus.

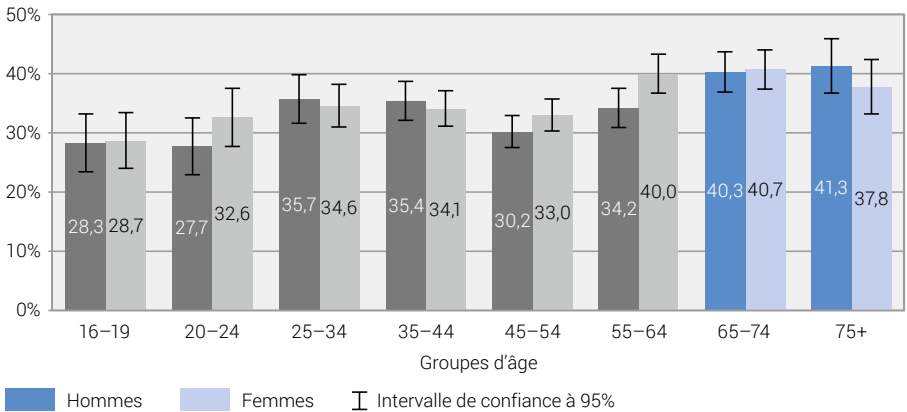
Les résultats présentés ici, concernant les personnes vivant en institution médico-sociale, se fondent sur le *nombre de visites reçues*. Chose étonnante, la proportion de résidents qui n'ont que très peu de visites (moins d'une par mois) diminue de 24% à 13% avec l'avancée en âge. Entre 45% et 57% des résidents ont au moins une visite par semaine. Il est intéressant de constater que les résidents les plus âgés ont davantage de visites que les personnes de 65 à 74 ans.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → [Indicateurs](#) → [Soutien social \(RNS\)](#)

6.18 Nuisances sonores au domicile

Nuisances sonores au domicile, selon l'âge, 2012

Personnes vivant dans un ménage privé



Part des personnes qui se sentent perturbées par le bruit.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les nuisances sonores (p. ex. les bruits de la circulation, de l'activité commerciale ou industrielle, du voisinage) peuvent avoir une influence importante sur la santé. Si ces bruits ne présentent généralement pas de dangers pour l'audition quand les niveaux sonores ne sont pas excessifs, ils peuvent nuire au bien-être psychique et physique des personnes qui les subissent (WHO, 2009, 2011a).

Environ 40% des personnes de 65 ans et plus déclarent être gênées par du bruit à leur domicile. Cette proportion reste plus ou moins stable d'une tranche d'âge à l'autre. On n'observe pas non plus de différence selon le sexe.

Résultats supplémentaires: www.obsan.ch → Indicateurs → Nuisances sonores (RNS)

Partie B: Maladies chroniques

Nicole Bachmann

La seconde partie du rapport est consacrée aux maladies chroniques non transmissibles. Les raisons qui ont conduit au choix de ce thème sont expliquées en détail au [chapitre 1](#)

Le [chapitre 7](#) porte sur la prévalence des maladies chroniques dans la population résidante, sur les conséquences financières des maladies (coûts des traitements et afférents, y compris les soins informels) sur les facteurs de risques et sur certaines stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies qui se sont avérées efficaces.

Le [chapitre 8](#), basé sur une étude de *Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger et Beat Sottas (fondation Careum)* décrit comment les patients et leurs proches perçoivent la vie avec une maladie chronique. Ce chapitre présente notamment des stratégies efficaces qui permettent de faciliter l'intégration de la maladie dans la vie quotidienne des personnes atteintes. Il présente les ressources nécessaires, les problèmes qui se posent et le rôle important que jouent les soins informels en Suisse. Une attention particulière est portée à la perception et à l'appréciation du système de santé par les personnes atteintes.

Le [chapitre 9](#) traite du système de santé. Basé sur une étude de *Sima Djalali et Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Université de Zurich)*, il évoque les principales composantes de nouveaux modèles de soins adaptés aux besoins des malades chroniques. Ce chapitre présente un inventaire et une description des programmes de prises en charge des malades chroniques (étude de *Sonja Ebert et Nicolas Senn de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne et d'Isabelle Peytremann-Bridevaux, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne*). Le chapitre s'achève par une réflexion sur les conditions cadres qui favorisent ou qui entravent le développement d'une offre satisfaisante dans ce domaine en Suisse.

Le [chapitre 10](#) reprend les considérations faites au début de la partie B sur le thème des maladies chroniques. Eu égard au taux de morbidité de ces affections en Suisse, il faut s'interroger non seulement sur la prise en charge des malades chroniques, mais se demander aussi comment faire pour stabiliser, voire réduire leur déclenchement. Nous y présentons à titre d'exemple une stratégie de promotion de la santé et de prévention des maux chroniques par le biais de la mobilité active. Ce chapitre s'appuie sur une étude de *Thomas Götschi, Eva Martin-Diener, Sonja Kahlmeier, Brian Martin (Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Université de Zurich)* et de *Raphael Bize, Thomas Simonson, Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive du Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne)*.

7 Les maladies chroniques: survol

Messages clés

En Suisse, 2,2 millions d'individus souffrent d'une maladie chronique et une personne sur cinq de plus de 50 ans est atteinte de multimorbidité. Il s'agit surtout, mais pas seulement, des personnes âgées. Les risques de subir une ou plusieurs maladies chroniques psychiques et physiques sont inégalement répartis entre les groupes sociaux. Plus le niveau de formation, le statut professionnel et les ressources financières sont modestes, plus le risque de maladie est élevé.

Les coûts matériels des maladies non transmissibles sont très élevés. En 2011, ils représentaient 80% de l'ensemble des coûts directs de la santé en Suisse, soit plus de 51 milliards de francs. Les coûts indirects ne peuvent être évalués actuellement de manière fiable. Les informations disponibles font état d'un ordre de grandeur de 30 à 40 milliards de francs par an, provenant surtout des interruptions de travail, des départs à la retraite anticipée et des soins informels.

Les maladies psychiques entraînent des coûts indirects particulièrement élevés, du fait qu'en comparaison avec la plupart des maladies physiques, elles surviennent nettement plus tôt au cours de la vie et qu'elles peuvent entraver la formation et l'activité professionnelle.

Il existe des mesures efficaces de promotion et de prévention sanitaires qui permettent de réduire les risques de maladies chroniques. Or ces mesures sont actuellement insuffisamment mises en œuvre en raison des pesées d'intérêts et de la méconnaissance des déterminants importants de la santé. On pourrait améliorer la situation sanitaire de la population en agissant sur les facteurs structurels de la santé, en réduisant les inégalités sociales et en élaborant des stratégies qui présentent des avantages communs dans plusieurs domaines politiques.

Il n'y a pas de santé globale sans bien-être psychique. Ce message clé est pertinent, tant pour les individus en bonne santé que pour ceux qui sont atteints d'une maladie chronique. Autrement dit, la prévention et la promotion de la santé ne doivent pas se borner à lutter contre les facteurs de risques comportementaux, tel le tabagisme, sans prendre en considération les facteurs émotionnels (stress, régulation des émotions). Chez toute personne souffrant de maladie chronique, la dimension psychique doit elle aussi faire l'objet de la plus grande attention.

La première partie du chapitre 7 traite de la prévalence des *maladies chroniques* et de la *multimorbidité* en Suisse. La deuxième partie présente les coûts directs de la santé liés aux maladies non transmissibles en Suisse. Dans la troisième partie, nous décrivons les facteurs qui influent sur la prévalence de certaines maladies chroniques importantes dans des groupes de population. Des stratégies communes propres à réduire la charge des maladies chroniques complètent cette présentation.

Ce chapitre traite des questions suivantes:

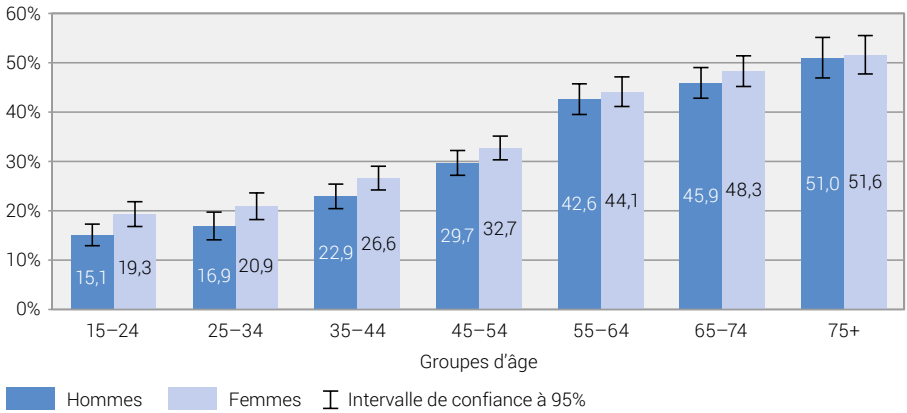
- Quelle est la prévalence des maladies chroniques non transmissibles dans la population suisse?
- Quelle est la prévalence de la multimorbidité?
- Quels coûts matériels les maladies non transmissibles induisent-elles en Suisse?
- Comment la prévalence des maladies chroniques peut-elle être influencée? Quels sont les principaux facteurs de risques des maladies chroniques? Quelles recommandations peut-on faire en termes de stratégies et de mesures pour lutter contre ces affections?

7.1 Prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité

L'enquête suisse sur la santé (ESS) révèle qu'une part considérable de la population du pays est atteinte de maladies chroniques. En 2012, 31,9% de la population de 15 ans et plus déclaraient souffrir d'une maladie chronique (physique ou psychique) ou d'un problème de santé de longue durée (données de l'ESS)³. Par extrapolation, on peut estimer à 2,18 millions de personnes la population touchée en Suisse. Il s'agit d'une évaluation prudente car les individus vivant en institution, par exemple en établissement médico-social, ne sont pas inclus dans l'enquête.

La part des personnes atteintes augmente considérablement avec l'âge (figure 7.1). On observe toutefois que même dans le groupe des adolescents et des jeunes adultes (de 15 à 24 ans), 15% des hommes et 19% des femmes déclarent souffrir d'une maladie chronique ou d'un problème de santé physique ou psychique de longue durée. La moitié des personnes âgées de 75 ans et plus souffre d'un problème de santé chronique.

³ La question était: «Avez vous une maladie ou un problème de santé chronique ou de longue durée? On entend par là une maladie ou un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus.»

Problèmes de santé de longue durée, selon l'âge, 2012**Fig. 7.1**

Les maladies chroniques ont fait l'objet d'un relevé en Europe (Suisse comprise) dans le cadre d'un sondage téléphonique sur la santé et la situation sociale et économique de la population de 50 ans et plus (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE). En Suisse, 49,9% des personnes de 50 ans et plus déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique diagnostiquée par un médecin. Selon l'enquête SHARE, 20,1% de la population suisse de 50 ans et plus souffrent d'arthrose et de rhumatismes, 19,2% de dépression, 9,6% de cataracte, 7,0% d'une maladie cardiaque et 6,8% de diabète ou d'hyperglycémie, pour ne citer que les maladies les plus répandues. Une brève description de ces maladies figure à la fin du chapitre 7.1.

22% de la population de 50 ans et plus souffrent de maladies chroniques multiples

De plus en plus d'individus en Suisse souffrent de maladies chroniques multiples, état que l'on désigne par le terme de multimorbidité. La multimorbidité a souvent des conséquences graves pour les personnes qui en sont atteintes (voir [chapitre 10](#)) et confronte le personnel soignant et les médecins traitants à des problèmes complexes. L'apparition simultanée de deux ou de plusieurs maladies chroniques, physiques ou psychiques, soulève des difficultés qui vont au-delà de la somme des problèmes posés par chacune d'elles. Ainsi, il peut arriver que le traitement d'une maladie nécessite des mesures qui vont à l'encontre du traitement d'une autre affection concomitante.

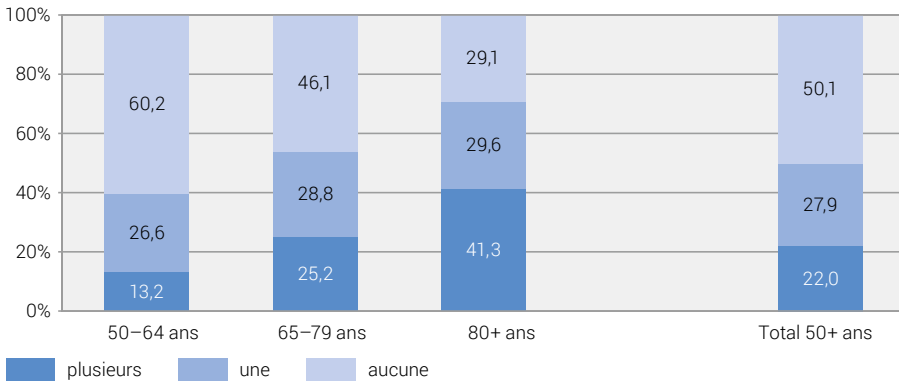
Les données de l'enquête SHARE sur la prévalence et les déterminants de la multimorbidité dans la population suisse de 50 ans et plus ont également été analysées (Moreau-Gruet, 2013).

Comme le montre la figure 7.2, quelque 22% des personnes de 50 ans et plus souffrent de multimorbidité (seulement les personnes vivant dans un ménage privé). Cette proportion augmente fortement avec l'âge: elle atteint 13,2% dans le groupe des 50 à 64 ans, 25,2% dans celui des 65 à 79 ans et 41,3% chez les individus de 80 ans et plus.

Selon l'analyse de Moreau-Gruet (2013), l'arthrose et la dépression constituent la majorité des cas de multimorbidité. La combinaison arthrose-dépression affecte 30,3% des individus souffrant de multimorbidité et 6,7% de la population de plus de 50 ans. Les autres combinaisons les plus courantes sont les arthrose-cataracte, arthrose-ostéoporose, dépression-maladie cardiaque, dépression-diabète et dépression-cataracte.

Nombre de maladies chroniques chez les personnes de 50 ans et plus, 2010/11

Fig. 7.2



Maladies chroniques ayant fait l'objet d'un diagnostic médical.

Source: SHARE

© Obsan 2015

88% des pertes d'années de vie en bonne santé sont imputables à des maladies chroniques non transmissibles

63% des décès dans le monde résultent actuellement de maladies chroniques (WHO, 2013), ce qui correspond à un déplacement des causes de mortalité, les maladies chroniques ayant pris le pas sur les maladies infectieuses. En Suisse, les trois quarts des décès (hommes: 74,6%; femmes: 75,9%) sont dus à des maladies chroniques appartenant à l'un des groupes suivants: affections cardiovasculaires, cancers, troubles respiratoires et démence (BFS, 2014h).

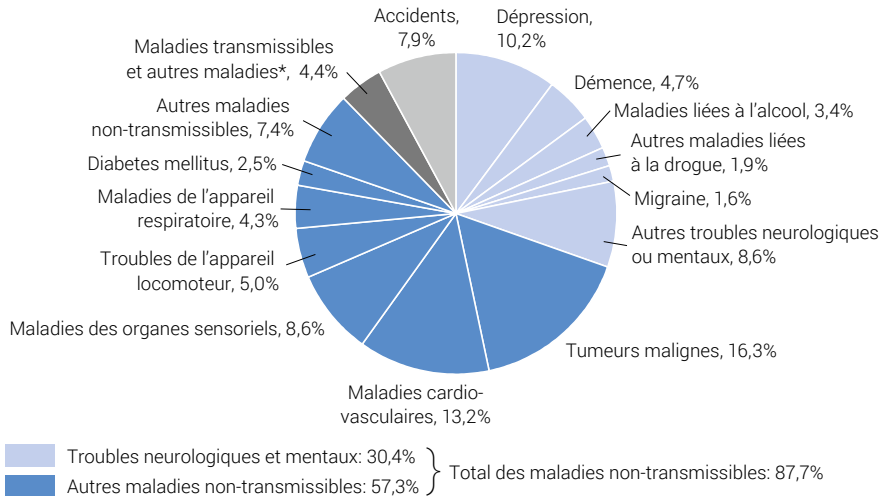
En Suisse, où l'espérance de vie est l'une des plus élevées au monde, le problème prioritaire se situe moins dans le nombre d'années de vie perdues que dans celui des années de vie perdues en bonne santé. La *compression de la morbidité* (compression of morbidity) est ainsi devenue un objectif central de la santé publique. Il s'agit en fait de retarder ou de raccourcir le temps de maladie en fin de vie, maladie qui fait généralement suite à une longue phase de vie en bonne santé, sans maladie chronique et dépendance aux soins (Fries, 1980). La mortalité perd dès lors de son importance en tant qu'indicateur central de la santé d'une population.

Le concept de charge de morbidité (burden of disease) rend compte du nombre d'années de vie affectées par la maladie dans une société (Murray et al., 2012). Cette approche vise à quantifier, pour une population donnée, le «déficit de santé» par rapport à une situation théorique idéale où tous vivraient en bonne santé jusqu'à un âge avancé. À cet effet, les années de vie perdues par décès prématuré, ainsi que les années vécues dans un état de santé détérioré ou avec un handicap, sont calculées, puis totalisées. L'unité de mesure est le DALY (*Disability Adjusted Life Years*), qui correspond au nombre d'années de vie perdues par mortalité prématurée, auxquelles s'ajoutent les années de santé perdues par suite de maladies ou de handicaps. Cet indicateur permet d'évaluer l'impact d'une maladie spécifique sur la santé d'une population et de déterminer dans quelle mesure elle contribue à la perte de santé dans un groupe de population. L'état actuel du projet de recherche de l'OMS sur cette question et les données correspondantes pour la Suisse sont accessibles sous www.who.int → Programmes → Health statistics and information systems → Statistics → Global Health Estimates (GHE)

Cette approche a notamment révélé que les maladies chroniques non transmissibles gagnent nettement en importance en comparaison des maladies transmissibles, dans les pays riches comme dans les pays pauvres. En Suisse, 88% des pertes d'années de vie en bonne santé sont imputables aux maladies chroniques non transmissibles (figure 7.3). Cette évolution est particulièrement marquée dans le domaine des troubles psychiques qui, comparativement aux affections physiques chroniques, apparaissent relativement tôt dans la vie et entraînent ainsi de nombreuses années, voire des décennies de souffrances et de handicaps, ainsi que des coûts économiques élevés pour la collectivité. La dépression est d'ailleurs une des maladies prépondérantes en matière de multimorbidité. Elle est souvent associée à des troubles physiques tels que l'arthrose, les maladies cardiovasculaires ou le diabète (cf. Baer et al., 2013).

Part de divers groupes de maladies à la charge de morbidité en Suisse, 2004

Fig. 7.3



* Autres: maladies liées à la maternité ou périnatales

Source: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

© Obsan 2015

Principales maladies chroniques non transmissibles

Dans sa stratégie de lutte contre les MNT, l'OMS (WHO, 2013b) désigne le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles respiratoires comme les quatre affections non transmissibles majeures. En raison de leur charge de morbidité en Suisse, les troubles musculosquelettiques (notamment le mal de dos et l'arthrose) figurent dans la stratégie de lutte de la Confédération contre les MNT. Etant donné qu'il s'agit de maladies très répandues et au vu des charges élevées qui en résultent, les dépressions et démences y sont également incluses.

Ces groupes de maladies sont brièvement décrits ci-après. En première partie de ce rapport figurent la prévalence de ces maladies par groupe d'âge.

Par *tumeur (ou néoplasme)*, on entend de manière générale une modification tissulaire ou l'augmentation du volume d'un tissu. Bénignes ou malignes, les tumeurs peuvent affecter n'importe quel type de tissu ou d'organe. La forme maligne est familièrement appelée cancer. Selon la localisation de la tumeur et la fonction du tissu endommagé, il peut s'ensuivre une destruction de l'organe entraînant à son tour une insuffisance de l'organisme entier, voire la mort. En Europe, les tumeurs de la prostate,

du poumon et colorectales sont les formes de cancers les plus courantes chez l'homme. Chez la femme, le cancer le plus fréquent est celui du sein, suivi des tumeurs colorectales et du poumon (Zwahlen & Egger, 2012).

Le *diabète sucré* est un trouble métabolique caractérisé par des taux élevés de sucre dans le sang. Ce trouble de la santé est lié à l'insuline, hormone formée dans le pancréas qui régule le transport du glucose dans les cellules et réduit le taux de sucre dans le sang. Il existe deux types de diabètes: le diabète sucré de type 1, qui est une carence absolue en insuline, et le diabète sucré de type 2, qui se caractérise par une résistance à l'insuline de différents organes, comme le foie ou les muscles. Si le diabète n'est pas détecté et traité avec succès suffisamment tôt, il peut s'ensuivre de graves séquelles pouvant aller jusqu'à l'insuffisance rénale, à la cécité, à l'atteinte aux nerfs périphériques, aux affections coronariennes ou au syndrome du pied diabétique (Kühn & Stettler, 2012).

Les *maladies cardiovasculaires* n'ont pas reçu de définition uniforme. Au sens large, elles comprennent l'ensemble des maladies affectant le cœur et la circulation sanguine. Les cardiopathies ischémiques (coronaropathies et infarctus du myocarde) et les maladies cérébrovasculaires (hémorragie cérébrale et infarctus cérébral) sont deux formes majeures des maladies incluses dans ce groupe. Une affection coronarienne (ou cardiopathie ischémique) est une maladie chronique des artères coronaires caractérisée par le rétrécissement ou l'occlusion d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins, et par une irrigation insuffisante du muscle cardiaque. Elle peut entraîner des douleurs thoraciques, un infarctus aigu du myocarde ou une insuffisance cardiaque. Les maladies cérébrovasculaires sont des troubles de la circulation du sang dans le cerveau. Le terme accident vasculaire cérébral désigne une perturbation circulatoire soudaine causée par l'occlusion d'un vaisseau cérébral (infarctus cérébral) ou par un saignement dans le cerveau (hémorragie cérébrale). Les principaux symptômes de l'accident vasculaire cérébral sont des paralysies subites, des troubles sensoriels, de la vision ou du langage (Meyer, 2009).

La *bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* désigne un groupe de maladies caractérisées par une obstruction progressive des voies respiratoires, accompagnée de toux, d'expectorations et de dyspnée. La BPCO est une maladie pulmonaire souvent sous-diagnostiquée qui est susceptible de conduire progressivement à la mort. Plus la maladie progresse, plus il devient difficile de poursuivre les activités de la vie quotidienne, y compris celles qui n'exigent qu'un effort limité (Kuehni & Latzin, 2012).

Les *troubles du système musculosquelettique ou de l'appareil locomoteur* sont très répandus. Le mal de dos chronique, l'arthrose et l'ostéoporose sont les formes les plus fréquentes de ce type d'affections. Par mal de dos chronique, on entend généralement des douleurs durables touchant fréquemment le bas du dos (low back pain). L'arthrose est une dégénérescence progressive du cartilage des articulations due à un processus de décomposition et d'altération chronique qui peut affecter l'ensemble des structures d'une articulation. L'arthrose peut survenir sans cause apparente

(forme primaire) ou suite à un traumatisme (forme secondaire). L'ostéoporose est une fragilisation du squelette, entraînant un risque accru de fractures, caractérisé par une diminution de la masse osseuse et par une altération de la microarchitecture osseuse (Reichenbach, 2012; SNF, 2009).

Les *dépressions* sont des troubles psychiques très répandus, caractérisés par de la tristesse, un manque d'énergie, un manque d'intérêt, un sentiment de culpabilité, une faible estime de soi, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, de la fatigue et un déficit de la concentration. Elles peuvent se manifester de façon prolongée ou épisodique, et altérer la capacité d'une personne à travailler, à apprendre ou simplement à vivre. Dans le pire des cas, la dépression peut conduire au suicide. On distingue plusieurs formes de dépressions et niveaux de gravité. La dépression unipolaire ou trouble dépressif majeur (major depressive disorder) comporte des phases individuelles, lorsque les troubles typiques de la dépression ne surviennent que durant ces épisodes dépressifs. On appelle dysthymie une humeur dépressive constante qui dure plusieurs années, mais dont la gravité est moindre que celle d'une dépression majeure. Quant au trouble affectif bipolaire, il est caractérisé par l'alternance d'épisodes dépressifs et maniaques. Contrairement aux phases dépressives, les épisodes maniaques sont marqués par un état de grande euphorie ou d'énergie débordante, d'excitation et d'hyperactivité (Baer et al., 2013; DIMDI, 2014).

Les *démences* couvrent un large éventail de dysfonctionnements cérébraux de différentes origines, telles la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire. Elles s'accompagnent de graves pertes des facultés cognitives et de mémoire, ainsi que d'une diminution du contrôle émotionnel et du comportement social. Ces altérations provoquent un affaiblissement marquant des fonctions nécessaires à l'exécution des activités de la vie quotidienne et peuvent entraîner un état de dépendance totale. Le degré de gravité de l'affection se mesure à l'aune des besoins en encadrement (Monsch et al., 2012). La maladie d'Alzheimer est une forme de démence résultant de la destruction des cellules nerveuses dans certaines régions du cerveau suite au dépôt de substances protéiques dans le tissu cérébral. Dans la démence vasculaire, la mort des cellules du cerveau est provoquée par des troubles circulatoires. Une combinaison des causes est fréquente (Bassetti et al., 2011; DIMDI, 2014).

7.2 Conséquences financières pour la collectivité

En Suisse, les coûts liés aux maladies non transmissibles ont été estimés pour la première fois par Wieser et al. (2014) dans un rapport commandé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). On y a calculé les coûts directs (traitements stationnaires et ambulatoires) et indirects (arrêts de travail, retraites anticipées, décès prématurés, soins informels). Cette étude avait pour but de développer pour la Suisse un cadre

général permettant d'analyser, sous l'angle de l'économie de la santé, l'impact de certaines maladies et les facteurs de risques. La méthode choisie permet, pour la première fois, de déterminer les coûts de la multimorbidité. Précédemment, les coûts des différentes maladies étaient comptabilisés séparément, ce qui entraînait une surestimation des coûts par personne avec multimorbidité. Cette étude offre par ailleurs un cadre permettant de calculer la part des coûts de santé susceptibles d'être évités ou réduits par le biais de la prévention et de la promotion de la santé.

Pour la définition et la délimitation des maladies, l'étude s'est inspirée du projet *Global Burden of Disease 2010* (Murray et al., 2010), étroitement lié à l'OMS, mais en excluant les coûts de santé ci-après:

- les accidents
- les maladies transmissibles
- les affections liées à la grossesse
- les maladies dues à la malnutrition
- les coûts de «non-maladies» (grossesses et accouchements normaux, chirurgie esthétique, bien-être)
- les services de prévention primaire et de gestion de la santé publique

Conformément aux directives de l'OFSP, les coûts relatifs aux sept groupes de maladies ci-après ont fait l'objet d'une présentation individuelle: cancers, maladies cardiovasculaires, affections respiratoires chroniques, troubles psychiques, démence, diabète, troubles musculosquelettiques. Les coûts de santé directs liés aux maladies non transmissibles ont été analysés selon deux méthodes: une approche «de haut en bas», partant du coût global de la santé en Suisse, (64,6 milliards de francs en 2011 – données de la statistique «coûts et financement du système de santé», OFS), et une méthode «de bas en haut», à partir de la littérature spécialisée relative aux coûts spécifiques de chaque maladie. Il s'agit pour l'essentiel d'études réalisées en Suisse ou dans les pays voisins, par exemple en Allemagne. L'approche descendante comptabilise toutes les sources pertinentes relatives aux soins stationnaires et ambulatoires (y compris les soins à domicile, médecines alternatives, etc.) et aux produits sanitaires (médicaments, analyses de laboratoire, etc.). Les coûts indirects ont été estimés à partir de publications consacrées à l'étude des coûts individuels des maladies. Certaines études ne prenant pas en compte tous les types de coûts (morbidité: arrêts de travail et retraites anticipées; mortalité: coûts liés aux décès prématurés; soins informels), l'estimation des coûts indirects est moins complète et fiable que celle des coûts directs.

Les coûts directs des maladies non transmissibles ont totalisé 51 milliards de francs en 2011

Selon les estimations de Wieser et al. (2014), le coût en Suisse de l'ensemble des maladies non transmissibles définies dans le projet «Global Burden of Disease» a atteint en 2011 51,686 milliards de francs. Le tableau 7.1 permet d'apprécier l'ensemble des coûts par groupes de maladies et par catégories de prestations.

Selon ces estimations, les MNT représentent 80% du coût global des dépenses de santé en Suisse. Cette part des MNT au coût total est plus élevée pour les soins ambulatoires (87%) que pour les prestations stationnaires (78%). La part relativement réduite des frais de transport et de sauvetage est logique dans la mesure où ces prestations sont surtout sollicitées en cas de crises aiguës. Comme on pouvait s'y attendre, la part des MNT est particulièrement élevée dans le domaine des soins à domicile (95%) et des traitements psychothérapeutiques (100%).

Tab. 7.1 Coûts de santé directs des maladies non transmissibles, en millions de francs, 2011

Prestations	Coûts des maladies non transmissibles	Total des dépenses de santé	Part des coûts des maladies non transmissibles en %
Total	51 686	64 633	80,0
Traitement hospitalier	22 876	29 188	78,4
Traitement en soins aigus	12 917	16 847	76,7
Réhabilitation	630	1 030	61,2
Sons de longue durée	6 623	8 604	77,0
Autres	2 707	2 707	100,0
Traitement ambulatoire	18 741	21 501	87,2
En cabinet médical privé	7 685	9 277	82,8
A l'hôpital	4 557	5 380	84,7
Traitement dentaire	3 830	3 873	98,9
Physiothérapie	618	811	76,2
Psychothérapie	220	220	100,0
Aide et soins à domicile	1 652	1 734	95,3
Autres	179	208	86,1
Autres prestations	1 498	2 102	71,3
Tests/Analyses de laboratoire	873	996	87,7
Radiologie	158	187	84,5
Transport et sauvetage	467	918	50,9
Vente de produits médicaux	5 974	7 360	81,2
Médicaments	4 828	6 079	79,4
Appareils thérapeutiques	1 146	1 281	89,5
Administration	892	3 048	29,3

Source: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

Le tableau suivant présente les coûts de santé directs répartis selon les sept groupes de maladies définis par l'OFSP comme particulièrement pertinents. Les coûts les plus importants sont ceux liés aux maladies cardiovasculaires (10,3 milliards de francs), suivis de ceux liés aux troubles musculosquelettiques (8,7 milliards) et aux maladies psychiques (6,3 milliards). Il faut souligner l'ampleur des coûts stationnaires par rapport à ceux des prestations ambulatoires dans le groupe des maladies psychiques.

Tab. 7.2 Coûts directs des maladies non transmissibles, par catégories de prestations, en millions de francs, 2011

	Stationnaire	Ambulatoire	Autres	Vente de biens de santé	Administration
Maladies cardiovasculaires	4 398	3 851	436	1 081	542
Maladie musculosquelettiques	3 694	3 724	219	581	480
Maladies mentales	3 411	1 534	95	1 000	310
Cancer	2 481	642	80	606	196
Maladies de l'appareil respiratoire	535	538	67	423	72
Démence	715	186	13	49	56
Diabète	219	467	68	193	48

Source: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

Les coûts indirects des maladies musculosquelettiques et psychiques sont particulièrement élevés

Comme mentionné précédemment, l'estimation des coûts indirects des MNT en Suisse ne repose pas sur des bases complètes. C'est ainsi que l'on ne dispose pas d'informations sur les soins informels fournis aux personnes atteintes de diabète, de BPCO ou de maladies musculosquelettiques. Le tableau ci-après présente les parts des coûts indirects à partir d'informations disponibles. Les coûts directs y sont également mentionnés à des fins de comparaison.

Le montant particulièrement élevé des coûts indirects liés à la morbidité des maladies musculosquelettiques (12,2 milliards de francs) et psychiques (8,6 milliards)⁴ est imputable aux interruptions de l'activité professionnelle (arrêts de travail et retraites anticipées). Ce type d'affections apparaît en effet de façon relativement précoce en cours de vie. D'autres maladies, tels les troubles cardiovasculaires, les cancers et, surtout, les démences, ne se manifestent majoritairement qu'au-delà des périodes

⁴ À noter que les suicides résultant de dépressions n'ont pas été pris en compte dans l'étude sur l'estimation des coûts indirects des maladies psychiques.

de vie actives. À noter également la part élevée des coûts directs des maladies cardiovasculaires. Dans les cas de démences, en revanche, les soins informels représentent une part des coûts relativement importante (3,2 milliards de francs).

Selon les estimations de Wieser et al. (2014), les coûts indirects de l'ensemble des MNT se situent entre 29 et 44 milliards de francs. L'écart de cette fourchette d'estimation met en évidence, une fois de plus, le manque de données précises et complètes dans ce domaine. Une présentation détaillée des informations disponibles sur les coûts indirects figure dans le rapport de Wieser et al. (2014).

Tab. 7.3 Coûts de santé directs et indirects des maladies non transmissibles, par catégories de prestations, en millions de francs, 2011

	Maladies cardio-vasculaires	Maladies musculo-squelettiques	Maladies mentales	Cancer	Maladies du système respiratoire	Démence	Diabète
Coûts directs	10 309	8 697	6 349	4 005	1 634	1 020	994
Coûts indirects: morbidité	2 102	12 194	8 662	1 406	1 094	–	877
Coûts indirects: mortalité	2 002	–	–	2 861	–	–	432
Coûts indirects: soins informels	2 325	–	1 976	1 581	–	3 168	–

Les estimations des coûts indirects reposent sur des données incomplètes, par conséquent, une sous-estimation est à supposer. Les coûts indirects des maladies ne sont pas estimés en cas de valeurs manquantes.

Source: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

7.3 Facteurs de risques communs – stratégies communes de prévention et de promotion de la santé

Selon un rapport de l'OMS, près de 60% de la charge de morbidité mesurée en *DALY* (Disability adjusted Life Years), soit les années de vie en bonne santé perdues dans la région «Europe», relèvent des sept facteurs de risques suivants: tabagisme, consommation excessive d'alcool, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surpoids, faible consommation de fruits et de légumes, ainsi que le manque d'activité physique. En outre, le diabète est considéré comme un facteur de risques majeur et comme un déclencheur des maladies cardiovasculaires. Selon l'état actuel des connaissances, les principaux facteurs de risques sont identiques dans la plupart des pays d'Europe, bien que leur ordre d'importance puisse varier (WHO Europa, 2006).

Autrement dit, de nombreuses maladies chroniques non transmissibles sont liées à des facteurs de risques communs et peuvent être traitées dans une stratégie commune. Les maladies psychiques constituent une exception importante. Suivant l'affection (dépressions, psychoses, anxiété, etc.), elles présentent des facteurs de risques et de protection multiples. La prévention des troubles psychiques doit être planifiée et mise en œuvre de façon spécifique. Néanmoins, il faut aussi prendre en considération le fait que la santé mentale et les comportements de santé, tels que l'activité physique ou la consommation de drogues, s'influencent mutuellement, ou qu'ils peuvent être liés l'un à l'autre.

Les «vieilles connaissances»: tabagisme et consommation excessive d'alcool, déséquilibres alimentaires et manque d'activité physique

Les principaux facteurs de risques des maladies cardiovasculaires, du diabète, des tumeurs malignes et de la BPCO sont les mêmes pour les hommes et les femmes dans tous les pays du monde:

- tabagisme
- consommation excessive d'alcool
- déséquilibres alimentaires
- manque d'activité physique⁵

Les premiers effets dommageables de ces comportements se manifestent, notamment sur le plan physique, par une augmentation de la pression sanguine et du taux de glucose dans le sang, par une concentration anormale de lipides dans le sang, de l'obésité et le manque de force musculaire. Des interventions efficaces existent pour réduire les sept facteurs de risques évoqués ci-dessus et freiner l'apparition des principales maladies non transmissibles dans la population. Pour plus d'informations sur ces interventions et leur évaluation, nous renvoyons notamment au portail d'information de Promotion Santé Suisse (www.gesundheitsfoerderung.ch) et aux programmes nationaux⁶, de l'Office fédéral de la santé publique.

⁵ L'activité physique, outre son effet sur le poids corporel, se distingue par son action préventive et bénéfique pour la santé (voir [chapitre 10](#)).

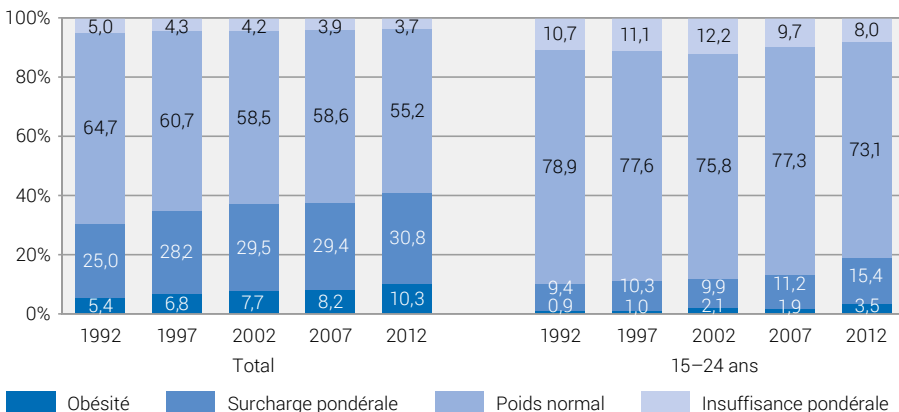
⁶ www.bag.admin.ch → [Thèmes](#)

Outre la promotion de la santé et la prévention primaire, qui ont pour objectif d'améliorer la santé et d'éviter l'apparition de maladies, des interventions efficaces sont mises en œuvre pour réduire la progression d'affections existantes et empêcher la survenance d'un handicap. Le bien-être et l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques peuvent être sensiblement améliorés par un dépistage précoce, des méthodes de traitement appropriées et des mesures de réadaptation efficaces. Enfin, il convient de mentionner les interventions visant à atténuer les souffrances des personnes atteintes de maladies incurables et à leur assurer une qualité de vie satisfaisante jusqu'à leur décès.

Pour quelques-uns des facteurs de risques précités, on observe depuis peu des tendances positives en Suisse. Ainsi, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont en diminution chez les hommes. Selon l'enquête de santé la plus récente, on observe également pour la première fois une tendance positive de développement de l'activité physique dans l'ensemble de la population (voir la première partie sur les indicateurs et le [chapitre 10](#) du présent rapport). Pour les autres facteurs de risques, on constate plutôt une détérioration ou une évolution incertaine. Au cours des dernières années, la proportion d'enfants en surpoids et obèses est restée stable. Dans les autres groupes d'âge, en revanche, ce facteur de risques est en augmentation. La part de jeunes en surpoids a doublé en vingt ans et se situe désormais à 24% chez les hommes et à 14% chez les femmes. Au cours de cette période, la part d'adultes en surpoids a également fortement augmenté, la part d'adultes obèses ayant doublé (figure 7.4).

Poids corporel dans la population totale et chez les 15–24 ans, 1992–2012

Fig. 7.4



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

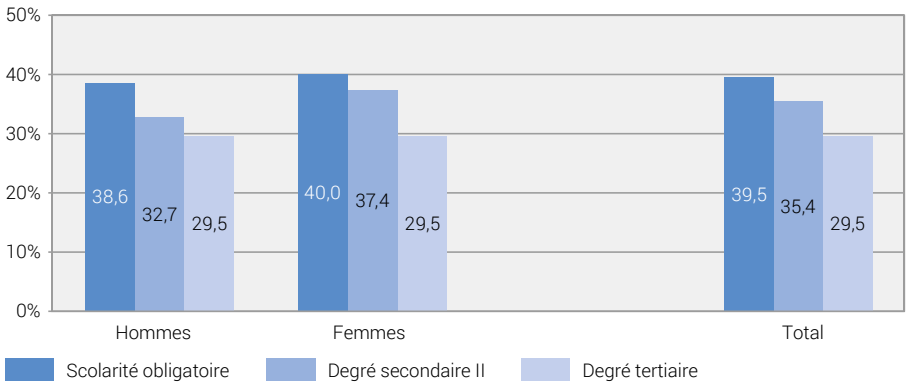
Les déterminants sociaux exercent une influence considérable sur le risque de maladies chroniques

Outre les facteurs de risques mentionnés, on observe des relations nettes entre les maladies chroniques et certains déterminants sociaux, tels les niveaux de formation et de revenus (figure 7.5).

Problèmes de santé de longue durée, selon la formation, 2012

Personnes de 25 ans et plus

Fig. 7.5



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

En Suisse, le risque d'être atteint d'une maladie chronique est nettement plus élevé chez les personnes sans formation postobligatoire que chez les individus qui ont acquis une formation de degré tertiaire. Le rapport est quasiment identique chez les hommes et les femmes. Le gradient social est particulièrement marqué, notamment chez les hommes, pour le diabète. Les hommes n'ayant accompli que la scolarité obligatoire présentent un risque particulièrement élevé (figure 7.6).⁷

On observe en Suisse, notamment en matière de tabagisme, d'activité physique, d'alimentation et de surpoids, une relation nettement défavorable aux individus de statut social inférieur (Huwiler et al., 2002; Bachmann & Neuhaus, 2010; Stamm et al., 2013; voir également à ce sujet les indicateurs en première partie de ce rapport). Ce n'est toutefois pas le cas pour la consommation d'alcool à risques. Les éléments théoriques d'explication des inégalités sociales et des comportements dans le domaine de la santé sont traités par Bachmann & Neuhaus (2010).

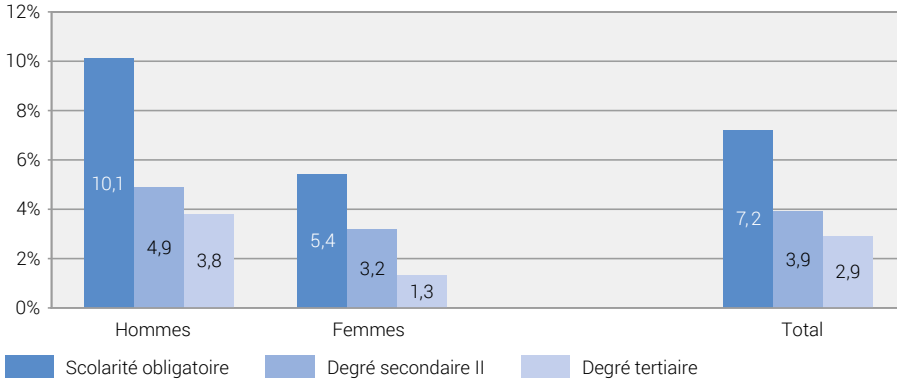
⁷ La question était: «Avez-vous suivi un traitement médical – ou êtes-vous actuellement en traitement – pour diabète» «Oui, j'ai suivi un traitement au cours des 12 derniers mois».

Il n'est guère surprenant que la configuration des déterminants sociaux soit similaire dans le domaine de la multimorbidité (cf. Moreau-Gruet, 2013): les individus sans travail ou à faibles revenus, divorcés ou qui ne se sont jamais mariés, ainsi que les personnes de nationalité étrangère, présentent un risque de multimorbidité accru.

Diabète, selon la formation, 2012

Personnes de 25 ans et plus

Fig. 7.6



Personnes traitées médicalement pour un diabète au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le risque de négliger la dimension psychique

Porter toute son attention sur les facteurs de risques comportementaux communs aux principales maladies somatiques, soit le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'alimentation et l'activité physique, revient à se donner la capacité de mobiliser suffisamment de forces et de ressources pour établir une prévention réelle des maladies chroniques. À une époque où les moyens financiers des pouvoirs publics sont limités, dans une Suisse où les budgets de promotion et de prévention sanitaires sont traditionnellement réduits, une telle stratégie serait pertinente et judicieuse. Mais cette approche comporte deux dangers: celui, d'une part, de sous-estimer l'interdépendance des comportements de santé et de l'état psychologique des individus et, d'autre part, de négliger leur santé mentale en tant que telle.

Les facteurs de risques comportementaux (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation hypercalorique) sont étroitement liés au bien-être psychique, sur lequel ils exercent une influence réelle. Ces comportements à risques sont adoptés pour générer ou amplifier des sentiments positifs (bonheur, joie, plaisir sensuel), ou pour atténuer ou dissiper temporairement des sentiments négatifs (angoisses, soucis,

tensions, sentiments de solitude ou de vide). La *régulation des émotions* est un besoin humain fondamental, généralement inconscient, qui se manifeste au quotidien et qui est étroitement lié à la santé (Skinner et al., 2003; Carver & Scheier, 1998). Le plaisir de boire une bière ou un verre de vin en société après une journée de travail, ou de déguster un plat gastronomique, sont autant de besoins qui font partie de notre culture et qui, dans une approche globale de la santé, doivent être considérés de façon positive. Mais lorsque certains comportements, telle la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives (médicaments, drogues), ou l'ingestion d'aliments particulièrement gras ou sucrés, se développent pour masquer des problèmes psychologiques, tels l'anxiété, le stress chronique ou la dépression, alors le risque de déclenchement des troubles physiques susmentionnés se multiplie (Tice et al., 2001; Carmody et al., 2007).

Ce qu'on sait aujourd'hui des liens entre les comportements à risques et les mécanismes de régulation des affects négatifs permet d'expliquer en partie *les inégalités sociales en matière de santé*. Le modèle psychosocial des inégalités de santé témoigne du rôle des tensions psychologiques et du stress chronique liés aux conditions de vie précaires des groupes socialement défavorisés (p. ex. Harwood et al., 2007). La consommation plus élevée de nicotine ou d'aliments riches en graisse dans les groupes de populations défavorisés peut aussi être comprise comme une stratégie pour atténuer et dissiper ces sentiments négatifs durables. Il s'agit d'une part de réduire le stress lié aux conditions de vie précaires (p. ex. par des mesures de politique sociale et du marché du travail) tout en admettant que la définition des stratégies et des modes de vie propres à diminuer l'anxiété, le stress et les tensions ou à favoriser des sentiments positifs, tels le bonheur ou la joie, est une compétence en santé fondamentale.

Tant les données épidémiologiques que l'étude susmentionnée sur les coûts de la santé démontrent que les troubles psychiques sont très répandus, et que leurs coûts sont particulièrement élevés pour les individus atteints, leurs familles et l'ensemble de la société. Cela tient notamment au fait que les troubles psychiques apparaissent généralement plus tôt dans la vie que la majorité des troubles physiques chroniques. Si l'on veut réduire la charge liée aux maladies chroniques en Suisse, il est donc essentiel de tenir compte de la santé mentale. Parallèlement, l'étude de la phénoménologie et de la prévalence de la multimorbidité a révélé l'existence de *liens étroits entre les troubles physiques et psychiques*. Comme il l'est dit plus haut, les affections musculosquelettiques avec leurs douleurs chroniques, et les états dépressifs, forment la combinaison multimorbide la plus fréquente en Suisse. Cette association semble entraîner des coûts de santé particulièrement élevés car elle provoque fréquemment l'interruption de l'activité professionnelle (Baer et al., 2013). En consultant les revues systématiques, on arrive à la conclusion que les individus atteints de maladies psychiques, comparés aux personnes saines, présentent un risque de maladies physiques (cardiovasculaires ou diabète

par exemple), avec des risques de mortalité plus élevés et des chances de guérison inférieures. Une comorbidité psychique entrave la recherche d'aide, l'établissement du diagnostic et le processus de thérapie (cf. Prince et al., 2007).

« Hormis l'approche scientifique spécifique, une majorité semble s'accorder sur le fait que les problèmes comorbides psychiques et somatiques, en comparaison des troubles non-comorbides, favorisent une morbidité, une mortalité et des handicaps sociaux plus élevés, et qu'ils exercent une influence négative sur le déroulement de la maladie. Malgré un recours aux soins beaucoup plus large, les traitements donnent de plus mauvais résultats. En outre, la comorbidité psychiatrique et somatique entrave les mesures de soutien, la pose de diagnostics adéquats et la qualité de l'offre de soins. » (Fasel et al., 2010, p. 23; traduit de l'allemand)

Il apparaît que les comportements à risques sont intimement liés à des aspects psychologiques, de même que la santé ou les maladies physiques et psychiques s'influencent réciproquement. Ces constats doivent être pris en compte dans l'élaboration de stratégies de lutte contre les MNT. Autrement dit, le plaisir et la recherche du bien-être ou du bonheur sont des éléments qu'il convient d'intégrer dans une approche globale de la santé. L'accent ne doit pas être mis seulement sur la réduction des risques et des comportements défavorables. En même temps, il est indispensable, en matière de santé publique, d'aborder la santé mentale comme une question essentielle. À ce propos, la Confédération et les cantons s'engagent notamment dans la mise en réseau des différents acteurs (cf. [chapitre 9.3](#) du rapport). En Suisse, une étape supplémentaire de la prise en compte intégrale de la dimension psychique de la santé individuelle et sociétale a été franchie avec l'adoption et la publication du *Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health*, par Santé publique Suisse. Cette publication poursuit des objectifs d'information et de sensibilisation, et elle entend offrir des aides pratiques à la décision. La phrase clé du manifeste « Il n'y a pas de santé sans santé psychique » ([Public Health Schweiz, 2014](#), p. 2) revêt en soi une grande signification par rapport aux maladies chroniques.

Nouvelle orientation en matière de prévention et de promotion de la santé

En septembre 2011, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté un plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie européenne de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles (2012–2016). Il ressort de ce projet que des mesures de prévention et de traitement efficaces sont disponibles dans tous les pays, mais

que le défi, dans les prochaines décennies, consistera surtout à assurer davantage d'efficacité et d'équité dans l'application des connaissances actuelles en matière de prévention, de façon à ce que chaque individu puisse en bénéficier.

« En même temps, les maladies non transmissibles sont à l'origine de la plupart des inégalités croissantes en santé observées dans de nombreux pays, celles-ci suivant d'ailleurs un fort gradient socioéconomique et présentant d'importantes différences entre les sexes. » (OMS, 2012, p.1)

Messages clés du plan d'action OMS/Europe (2012)

1. *La prévention d'un bout à l'autre de la vie est efficace et doit être considérée comme un investissement dans la santé et le développement.*
 2. *La société devrait créer des cadres de vie favorables à la santé pour que les choix sains soient les choix plus faciles.*
 3. *Les services sanitaires et médicaux devraient être adaptés à leur fonction, ce qui leur permettrait de faire face à la charge de morbidité actuelle et développer les possibilités de mener des actions de promotion de la santé.*
 4. *Il faudrait donner à chacun les moyens d'optimiser sa propre santé, d'avoir des relations efficaces avec les services de santé et d'être un partenaire actif dans la prise en charge de la maladie.*
 5. *Pour parvenir à l'équité en santé, il est essentiel d'assurer un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé.*
 6. *Les pouvoirs publics à tous les niveaux doivent mettre en place des politiques publiques favorables à la santé et veiller à la prise de mesures dans tous les secteurs concernés.*
-

Les interventions prioritaires proposées dans le plan d'action visent à réduire la consommation d'aliments nocifs pour la santé par des mesures de nature fiscale et commerciale, à développer le dépistage précoce des maladies et à promouvoir la mobilité active, ainsi que la santé dans différents contextes (domicile, travail, école, loisirs) (WHO/EU, 2011). Ces stratégies d'intervention se concentrent plus fortement que par le passé sur les *mesures de prévention structurelles*. L'accent est mis non seulement sur l'individu, dont on souhaite modifier les comportements par le biais d'informations, d'incitations ou d'apprentissages, mais également sur son cadre de vie. Il importe de réaliser que les structures juridiques et sociales, ainsi que l'environnement, influencent les comportements et qu'ils sont susceptibles soit de favoriser, soit d'entraver les mesures favorables à la santé.

Le plan d'action met l'accent sur les points suivants:

- *Egalité des chances dans le domaine de la santé*: une attention particulière doit être accordée à l'incidence potentielle de déterminants sociaux, tels le sexe, le niveau de formation, le revenu ou le statut migratoire, sur la capacité des individus à effectuer des choix favorables à leur santé et à s'y tenir durablement.
- *Renforcement des systèmes de santé*: le développement des services de santé est essentiel pour améliorer la promotion et la prévention sanitaires, ainsi que le dépistage précoce et les soins intégrés.
- *La santé dans tous les domaines politiques*: de nombreux déterminants des maladies chroniques non transmissibles se situent hors du champ d'influence du secteur de la santé. Il importe dès lors que les questions de santé soient également prises en considération dans d'autres domaines d'activité (formation, commerce, aménagement du territoire, etc.).
- *Une approche basée sur le cycle de vie*: beaucoup de MNT ont une longue gestation. Les risques s'accumulent au fil des ans et des décennies. La promotion et la prévention sanitaires doivent être judicieusement appliquées pendant tout le cycle de vie.
- *Autonomie et responsabilisation*: toutes les activités du système de santé doivent viser à renforcer plutôt qu'à remplacer l'action de proximité, à promouvoir et à respecter les compétences des personnes en matière de santé.
- *Équilibre entre approches populationnelles et individuelles*: la plupart des maladies affectent des individus qui présentent des risques de santé faibles à modérés. Il importe par conséquent de ne pas se concentrer exclusivement sur les groupes à hauts risques.
- *Programmes intégrés*: les stratégies à interventions multiples produisent beaucoup plus d'effets que des interventions isolées. Elles sont souvent plus efficaces en termes de coûts.
- *Une approche basée sur l'ensemble de la société*: la santé devrait autant que possible être «coproduite» dans le cadre de coopérations et d'échanges entre les services de santé publique, les acteurs non étatiques, la société civile, les entreprises et les individus.

Le [chapitre 10](#) du présent rapport présente une stratégie exemplaire de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques qui intègre plusieurs des mesures proposées par l'OMS dans le domaine de la mobilité active. Celle-ci, à pied ou à bicyclette, peut être pratiquée pendant toute la durée de la vie. Elle exerce une influence favorable sur la santé à tous les âges. L'aménagement d'un environnement favorable à la mobilité douce, où les déplacements à pied ou à vélo sont sûrs et agréables, facilite les comportements favorables à la santé. Les individus et les groupes sociaux jouissent alors de meilleures conditions pour prendre en charge leur bien-être et leur

santé. Un environnement favorable à l'activité physique et à la réduction du trafic motorisé privé peut en outre favoriser l'égalité des chances dans le domaine de la santé.

Le [chapitre 8](#) abordera la question suivante: comment les 2,2 millions d'individus en Suisse atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques peuvent-ils maîtriser leurs maux et leur vie? À quelles difficultés sont-ils, ainsi que leurs proches, confrontés, et quelles sont les formes de soutien les plus adéquates?

7.4 Synthèse

- Ⓐ **Quelle est la prévalence dans la population suisse des maladies chroniques non transmissibles?**
- Ⓑ **Quelle est la prévalence de la multimorbidité?**
- Ⓒ **À combien peut-on estimer le coût des maladies non transmissibles?**
- Ⓓ **Quelles maladies ou groupes de maladies chroniques sont considérés comme particulièrement importants?**
- Ⓔ **Quels facteurs de risques jouent un rôle important dans l'apparition des maladies chroniques?**
- Ⓕ **Quelles stratégies et mesures générales peut-on recommander pour prévenir les maladies chroniques?**

- A** **Quelle est la prévalence dans la population suisse des maladies chroniques non transmissibles?** Les maladies chroniques sont très répandues. En Suisse, 32% des individus de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ont souffert en 2012 d'une maladie chronique. Cela représente près de 2,2 millions de personnes. Les femmes sont davantage touchées que les hommes, en particulier dans les groupes d'âges les plus jeunes. Le taux de morbidité augmente fortement avec l'âge. La moitié de la population suisse de 50 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique diagnostiquée par un médecin.
- B** **Quelle est la prévalence de la multimorbidité?** 22% de la population suisse de 50 ans et plus souffraient simultanément de plusieurs maladies chroniques en 2012. Le risque de multimorbidité augmente exponentiellement avec l'âge. La part des patients multimorbides est de 41% dans le groupe d'âge des 80 ans et plus. Près d'un tiers des patients multimorbides souffrent d'une combinaison d'arthrose et de dépression.
- C** **À combien peut-on estimer le coût des maladies non transmissibles?** En 2011, les coûts directs (traitements stationnaires et ambulatoires) des maladies non transmissibles ont atteint dans notre pays 51,686 milliards de francs, soit 80% des coûts de la santé globaux. Les coûts indirects, liés aux arrêts de travail, retraites anticipées, décès prématurés et soins informels, ne peuvent être chiffrés avec précision à l'heure actuelle. Selon une estimation provisoire, ils se situeraient entre 29 et 44 milliards de francs.
- D** **Quelles maladies ou groupes de maladies chroniques sont considérés comme particulièrement importants?** Les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires, respiratoires et musculosquelettiques, les dépressions et démences sont considérés comme particulièrement importants en Suisse à cause de leur fréquence et de leur forte charge de morbidité.
- E** **Quels facteurs de risques jouent un rôle important dans l'apparition des maladies chroniques?** Les principaux facteurs de risques liés aux maladies cardiovasculaires, au diabète, aux tumeurs malignes et à la BPCO sont le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique. Les premiers effets néfastes de ces comportements se traduisent par une élévation de la pression sanguine et de la concentration de glucose dans le sang, par une concentration anormale de lipides dans le sang, un surpoids et un manque de force musculaire. Les déterminants sociaux exercent une influence considérable sur ces comportements, et par conséquent sur les risques d'une maladie chronique.

En mettant l'accent sur les facteurs de risques comportementaux associés aux maladies chroniques, on peut être amené à négliger la dimension psychologique de la santé. Au vu de la forte prévalence des troubles psychiques, de l'interdépendance des processus physiques et psychiques et de la forte charge de morbidité qui leur est associée, les maladies et la santé psychiques doivent occuper une place importante dans le domaine de la santé publique.

F **Quelles stratégies et mesures générales peut-on recommander pour prévenir les maladies chroniques?** Dans son plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (2012– 2016), OMS/Europe définit les priorités qui doivent guider l'élaboration des stratégies nationales: promouvoir l'égalité des chances; renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de base, y compris la promotion et la prévention sanitaires; promouvoir la santé dans le cadre d'une approche intersectorielle intégrant tous les domaines de l'action politique; adopter une approche axée sur l'ensemble du cycle de vie et l'autonomie individuelle. Ce plan recommande en outre des programmes intégrés comprenant des interventions multiples, dont les effets sont beaucoup plus marqués et qui sont souvent moins coûteuses que les interventions ponctuelles.

8 Vivre avec une maladie chronique

Messages clés

Beaucoup de malades chroniques mènent une vie satisfaisante et épanouie avec un nombre limité de contraintes. Les maladies chroniques et les individus atteints présentent des caractéristiques très diversifiées. Aucun modèle d'intervention ne convient à chaque cas. Le traitement et les soins doivent se conformer aux besoins individuels des malades, à leurs ressources et à leur situation personnelle. Les malades chroniques ont leurs propres objectifs et priorités, ils développent des stratégies et acquièrent des connaissances sur leur mal.

Vivre avec une maladie chronique pose des problèmes thérapeutiques et soulève des difficultés relatives à l'activité professionnelle, la vie familiale, la mobilité et à la sécurité financière. Les proches peuvent être également affectés par ces mêmes inconvénients, et la maladie peut le cas échéant constituer pour eux une lourde charge.

Pour intégrer son mal chronique dans sa vie quotidienne et gérer les multiples contraintes qui en découlent, le malade doit y travailler activement, exprimer son point de vue et ses besoins, et être pris au sérieux par le personnel médical. De l'avis des patients, la pratique se conforme trop peu souvent à ces exigences. Leurs critiques portent notamment sur le temps limité qui leur est consacré et sur la réticence des médecins à prendre en considération leur situation individuelle. Les malades souhaiteraient disposer de personnes de référence qui puisse leur servir de guides et d'accompagnants, et dont le soutien serait moins centré sur la maladie que sur leur vécu.

La plupart des malades chroniques aspirent à la plus grande autonomie possible dans la gestion de leur mal. Ils ont pour cela besoin d'un appui complémentaire des professionnels de la santé et de leur entourage social. Il existe diverses formes de soutiens aux malades et aux proches, notamment des groupes d'entraide, qui doivent être acceptées et valorisées par le système de santé.

L'aide sociale est essentielle pour le bien-être des malades et leur maîtrise des problèmes. Favoriser l'intégration sociale constitue une importante mesure de promotion de la santé.

Les soins informels sont surtout assurés par des femmes dans la seconde partie de leur vie, quoique celles-ci soient de plus en plus nombreuses à exercer une activité professionnelle et que des maternités tardives accroissent le risque d'avoir à soigner des parents tout en se consacrant simultanément à l'éducation de leurs enfants. S'il convient de promouvoir les soins informels en tant que pilier essentiel du système de santé, des mesures d'allègement sont nécessaires pour les personnes qui s'en chargent.

8.1 Introduction

En Suisse, 2,2 millions de personnes vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques. Que faire pour que ces individus puissent mener une vie aussi saine et satisfaisante que possible? Nous présentons ici les réponses que les malades donnent eux-mêmes à cette question. Quels sont leurs besoins, leurs attentes, leurs objectifs, leurs stratégies? Quel est leur avis sur le système de santé? Nous évoquons par ailleurs l'importance des ressources sociales pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et soulevons la question des soins informels en Suisse.

Nous répondons, dans la mesure du possible, aux questions suivantes:

- Pourquoi est-il nécessaire de changer de perspectives et de considérer le patient non plus comme l'objet d'un traitement, mais comme un sujet humain actif?
- Quelles sont les caractéristiques spécifiques des maladies chroniques du point de vue des personnes qui en sont victimes?
- A quels problèmes les malades chroniques et leur entourage sont-ils confrontés?
- Comment les malades perçoivent-ils le système actuel de santé?
- Quelles sont, du point de vue des malades, les conditions d'une maîtrise réussie de la maladie chronique?
- En quoi les ressources sociales ont-elles un effet salutogène important pour les malades chroniques?
- Quel rôle les soins informels jouent-ils en Suisse? Quelles difficultés les personnes qui soignent leurs proches rencontrent-elles?
- Quels groupes, parmi les malades chroniques, ont-ils besoin d'une attention et d'un soutien particuliers?

Du patient objet au patient sujet: un changement de perspective

Pourquoi met-on aujourd'hui davantage l'accent sur l'expérience subjective des malades chroniques? Parce qu'on réalise, dans les milieux scientifiques, le système de santé et dans le public, que les malades sont des *sujets agissants*, avec leurs besoins, leurs objectifs et leurs stratégies à l'égard de la maladie. On s'écarte de l'idée traditionnelle qui voyait dans le patient un sujet «en souffrance» auquel il fallait «appliquer» un traitement. Cette approche nouvelle reprend un postulat déjà formulé par la critique médicale dans les années 1970 (Illich, 1995; McKeown, 1976): il faut se mettre à l'écoute des patients et de leurs proches, et s'intéresser aux problèmes auxquels ils sont confrontés au quotidien. Strauss (1990) a très justement formulé la chose en ces termes:

« La maladie est un drame qui se joue d'abord à la maison et dont l'acteur principal n'est autre que le malade. » (Strauss, 1990, p. 224; traduit de l'anglais)

L'évolution d'une maladie chronique et l'état de santé général du malade peuvent être fortement influencés par le malade lui-même. Son point de vue personnel, sa compréhension de la maladie, ses ressources individuelles et sociales, ses stratégies pour faire face au mal et gérer la vie quotidienne exercent une influence considérable sur le cours de la maladie. D'où la nécessité d'une prise en charge centrée sur le patient, qui sera par là même plus efficace, et qui n'est possible que si l'on prête attention à son point de vue. La littérature spécialisée parle de «*coproduction*» de la santé (Badura et al., 1999). On se détourne de l'image traditionnelle du patient bénéficiaire passif de soins médicaux censés restaurer sa santé à eux seuls. On estime que son état sera mieux rétabli et entretenu par son association à la démarche des professionnels de la santé. Certains vont même plus loin, tel Berwick (2009) qui déclare que la responsabilité devrait incomber exclusivement au malade et que les médecins doivent être considérés comme des invités temporairement autorisés à s'introduire dans sa vie.

« On dit que médecins et patient devraient être partenaires dans les soins. Je vois cela différemment. Nous, les médecins, ne sommes pas les partenaires de nos patients; nous sommes des invités dans leur vie. Nous ne sommes pas des hôtes. Nous ne sommes pas des prêtres dans une cathédrale de technologie. » (Berwick, 2009, p. 128; traduit de l'anglais)

Par ailleurs, les questions liées à la couverture des besoins et à la qualité des soins fournis aux malades chroniques prennent en Suisse de plus en plus d'importance (GDK & BAG, 2012). Des stratégies visant à renforcer l'autonomie des malades et à leur proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins et à leurs ressources personnelles et sociales commencent à voir le jour. Vivre et se loger le plus longtemps possible de façon autonome est une nécessité majeure pour les malades chroniques et les patients multimorbides. C'est aussi un impératif de santé publique important si l'on entend faire face à la charge de morbidité qui continue de croître dans la population suisse. Il faut développer les *possibilités de participation des malades chroniques* et de leur entourage au système de santé. De même, il convient de promouvoir la responsabilité individuelle, l'autonomie et les compétences propres des malades (BAG, 2013a; Kickbusch & Hartung, 2014). Enfin, il y a lieu de s'interroger sur les conditions qui doivent être remplies du côté des malades pour qu'ils puissent endosser le rôle

actif qu'on leur propose. Dans les groupes de populations vulnérables et à faibles revenus, il sera plus difficile aux malades chroniques de prendre activement en main la gestion de leur santé.

Cette exigence de participation accrue implique du côté des malades différentes formes d'autonomisation («*empowerment*») susceptibles d'être admises et soutenues par le système de santé et les pouvoirs publics. Une forme importante de solidarité est assurée en Suisse par les groupes et organisations d'entraide. Les réseaux qui se tissent spontanément entre les personnes atteintes d'une même maladie (Peer-to-Peer) pour échanger informations et conseils, s'encourager mutuellement et trouver du réconfort, jouent également un rôle sans cesse croissant. Ces échanges se font par l'intermédiaire de forums en ligne, mais aussi dans les cabinets médicaux, les hôpitaux ou les cercles d'amis et de connaissances (voir également le [chapitre 8.6](#)).

Affronter les maladies chroniques. De nombreux malades chroniques parviennent dans une large mesure à relever les défis de leur situation, à assumer leur vie professionnelle, à maintenir des contacts sociaux et à limiter l'impact de la maladie sur leur existence. Selon la nature et le stade de la maladie, ces individus mènent une vie bien remplie et pratiquement normale, dans laquelle le mal passe à l'arrière-plan. La confrontation active avec l'affection et ses conséquences conduit parfois les malades à créer des groupes d'entraide, à adhérer à une organisation existante ou à développer des liens personnels avec d'autres personnes touchées. Il existe en Suisse de nombreux groupes d'entraide qui témoignent de l'engagement des malades pour eux-mêmes, mais aussi pour autrui. Dans une perspective salutogène, il importe d'étudier ces stratégies qui ont fait leurs preuves et de s'interroger sur les conditions et les modalités de leur fonctionnement (voir le [chapitre 8.5](#)).

Mais il arrive aussi fréquemment que les malades chroniques, en particulier les patients multimorbides, soient confrontés à des problèmes qu'ils ne peuvent surmonter par leurs propres moyens. Certains groupes de populations ne disposent pas de ressources et de soutiens suffisants pour gérer leur situation avec succès (voir le [chapitre 8.3](#)). Enfin, il importe d'examiner les modalités existantes de prises en charge des malades chroniques, ainsi que les nouveaux modèles centrés sur le patient et les difficultés qu'il rencontre dans le système de soins actuel (cf. [chapitre 8.4](#)).

Hétérogénéité des affections et des malades

Affronter une maladie qui exige du patient qu'il modifie ses habitudes suppose qu'il apprenne à comprendre son mal et à l'accepter comme faisant partie de sa vie. Dans ce processus de confrontation, les malades formulent des hypothèses et des théories sur leur mal. Ils s'interrogent sur ses causes et, surtout si la maladie est incurable, sur son sens. Ils acquièrent des savoirs, appelés «*théories subjectives de la maladie*»,

qui comportent différentes facettes. Ces théories portent sur des questions telles que sa gravité, la responsabilité personnelle dans son apparition, la possibilité de contrôler ses symptômes, ses conséquences et la question de savoir si la santé pourra être recouvrée ou s'il s'agit d'un mal durable (Turk et al., 1986; French & Weinman, 2008). Suivant la nature du mal, les réponses à ces questions seront très différentes. Les théories subjectives de la maladie témoignent de *l'hétérogénéité des affections chroniques* selon les individus. Ce n'est pas la même chose, par exemple, de souffrir d'une maladie chronique relativement bien maîtrisable, comme le diabète, ou d'un mal contre lequel on ne peut pas faire grand-chose. Un élément déterminant pour le bien-être du patient est son degré de confiance dans la possibilité d'influencer personnellement l'évolution de sa maladie. L'impact du mal sur sa vie quotidienne et la mesure dans laquelle il restreint son aptitude à remplir son rôle social constituent d'autres aspects importants. La question de la cause de la maladie est également essentielle, notamment sur le plan social. Plusieurs études ont démontré qu'un malade reçoit davantage de soutien et d'attention s'il est considéré comme non responsable de son affection (Hornung & Gutscher, 1994).

Schmid (2004) soutient la thèse selon laquelle il existerait une véritable échelle de valeurs des maladies. Selon lui, les pathologies liées au sport, telle l'inflammation du coude (tennis elbow), figurent en tête de liste car elles n'affectent ni le prestige social de la personne ni son estime de soi. Les troubles psychiques, eux, se situent tout en bas de l'échelle. Les personnes qui en sont atteintes souffrent aux yeux de la société d'une santé affaiblie doublée d'une maladie dévalorisante. La *stigmatisation* liée aux maladies psychiques est parfois aussi lourde à porter que la maladie elle-même. À quoi s'ajoute le fait que les individus atteints de troubles psychiques importants sont exposés à un risque de paupérisation élevé (Bachmann & Neuhaus, 2010).

Souligner la nécessité de maîtriser la maladie chronique, comme tout événement problématique de la vie, révèle une autre dimension de l'hétérogénéité de ce mal – celle des ressources et de l'environnement des malades. Les personnes dotées de ressources économiques, culturelles et sociales ont moins de difficulté à assimiler leur mal, à préserver une certaine aisance et à donner à la maladie un cours favorable. Les *déterminants sociaux* agissent aussi bien sur l'apparition des affections que sur les chances d'en maîtriser les effets. Les personnes nécessiteuses, sans formation ou socialement isolées sont, elles, particulièrement touchées par les maladies chroniques, d'où le besoin de leur apporter plus de soutien, y compris au-delà de l'encadrement médical.

8.2 Les maladies chroniques vues par les malades

Les chapitres 8.2 à 8.4 présentent les visions des malades. Ils se rapportent essentiellement à l'étude «Vivre avec une maladie chronique», réalisée sur mandat de l'Obsan par Dr Jörg Haslbeck, MScN, Margot Klein, MScN, Prof Dr Iren Bischofberger et Dr Beat Sottas (2015). Pour évaluer l'état actuel des connaissances scientifiques sur ce thème, le groupe d'auteurs ont consulté de manière systématique la littérature spécialisée en s'appuyant sur leurs propres travaux (Haslbeck, 2011; Haslbeck & Schaeffer, 2011; Haslbeck et al., 2012). La majorité des 71 études recensées, publiées entre 2010 et 2012, sont des analyses qualitatives; quelques-unes reposant sur des méthodes quantitatives ou sur une combinaison de critères qualitatifs et quantitatifs. Pour plus de détails, voir le rapport de Haslbeck et al., 2015. Les auteurs travaillent à la fondation Careum, à Zurich.

Une maladie aiguë est, par définition, une altération temporaire de l'état de santé caractérisée par l'apparition soudaine d'un ensemble de symptômes spécifiques. Au terme d'une période relativement réduite qui affecte son autonomie et sa participation à la vie sociale, le malade se rétablit complètement, sauf en cas d'issue mortelle, et il peut reprendre sa vie normale (Schaeffer & Moers, 2011).

Les développements ci-après s'appuient sur les observations et sur l'expérience des malades chroniques. Ces commentaires font surtout référence à des troubles somatiques et à leurs conséquences. C'est probablement lié au fait qu'il est plus difficile de trouver des individus atteints de troubles psychiques disposés à évoquer leurs expériences et leurs problèmes.

Les maladies chroniques, en revanche, affectent de façon durable l'état de santé et le quotidien des personnes touchées et aboutissent souvent à un état instable, caractérisé par une alternance de hauts et de bas. Certains malades ne sont pas en mesure d'assumer de manière autonome leur situation et leurs souffrances, et dépendent de ce fait durablement de soins médicaux et du soutien de leur entourage. Les patients ne perçoivent pas leur maladie de façon abstraite, comme un diagnostic médical, mais comme un mal bien réel, vécu avec ses multiples conséquences pour leur qualité de vie et la maîtrise du quotidien. La maladie (et parfois aussi son traitement) peut provoquer des fatigues chroniques qui affectent profondément la qualité de vie, quoique souvent considérées du point de vue médical comme un effet secondaire non significatif.

Les maladies chroniques présentent typiquement les caractéristiques suivantes (voir notamment Schaeffer & Moers, 2011):

- La maladie s’inscrit dans une durée illimitée.
- Les espoirs de guérison sont relativement faibles.
- Les causes de la maladie sont souvent complexes et peu claires.
- Dans son évolution, la maladie est vécue comme une série de hauts et de bas entre des périodes de relative bonne santé et des périodes plus difficiles.
- La maladie est complexe et revêt de multiples aspects. Souvent, les symptômes physiques s’accompagnent de troubles psychiques.
- Les conséquences de la maladie sont multiples et parfois pesantes. Outre les atteintes à la santé, des problèmes sociaux, professionnels et économiques peuvent survenir, mettant le malade aux prises avec un «nœud» de difficultés.
- Périodiquement, et surtout dans les dernières phases de la maladie, le recours à des soins infirmiers peut devenir une nécessité.

8.3 Principaux défis pour les malades chroniques et leur entourage

Ce sous-chapitre évoque les problèmes et les difficultés que les malades chroniques affrontent au quotidien. Il s’agit de manifestations qui se produisent souvent dans un certain ordre chronologique. Etant donné que de nombreuses affections chroniques obéissent à une dynamique complexe, les malades subissent fréquemment des rechutes ou de brusques aggravations de leur état qui les fait passer à nouveau par le cycle des chocs, de tristesse, d’efforts de réinsertion, etc. Le patient est confronté aux conséquences de la maladie sur sa vie quotidienne, qui peuvent l’amener à se demander s’il lui sera possible de poursuivre une activité professionnelle, et dans quelles conditions.

Phases

Du premier choc à la normalisation: bien des personnes vivent, de leur propre aveu, le début d’une maladie chronique grave comme un effondrement qui marque une césure dans le cours de leur vie. Un ensemble de conséquences négatives s’abat sur le malade, telles les douleurs, la perte de contrôle sur sa vie, la crainte de la mort ou des inquiétudes existentielles. Dans cette première phase, de nombreux patients sont dans l’incapacité d’agir, surtout si les causes de l’affection ne sont pas clairement établies.

« On est anéanti parce que l'on se promettait un tout autre avenir. On voulait, dans sa vie, faire ceci et cela, et soudain tout s'effondre. »

(Déclaration d'un patient, Haslbeck, 2010, p. 93; traduit de l'allemand)

Tant que leur état de santé n'a pu être stabilisé par des mesures thérapeutiques, ou que le diagnostic ne les aura pas rassurées sur l'évolution de la maladie, les personnes touchées ont du mal à renouer avec leur vie habituelle.

Prise de conscience de la chronicité et expérience d'une perte potentielle: ce n'est souvent qu'avec le temps que les patients et leurs familles prennent conscience du caractère permanent d'une affection chronique. Ils n'ont alors pas d'autre choix que d'accepter le fait de la maladie, qui vient s'installer à titre permanent dans leur quotidien. Cela signifie également qu'ils doivent remettre en question et adapter plus ou moins leurs plans de vie pour pouvoir retrouver un certain équilibre. Suivant la maladie et les contraintes qui en résultent, ils doivent faire le deuil d'une partie de leurs responsabilités, de leur rôle social et de leurs projets d'avenir. Les patients font état d'un sentiment de privation important dans les domaines suivants: fonctions corporelles (force musculaire, endurance, parole, vision, mobilité), relations sociales (couple, cercle d'amis, collègues), autonomie (indépendance, perte de maîtrise), projets (mener une vie «normale», santé, famille, logement, carrière professionnelle), rapports sociaux (rôle parental, activité professionnelle, garde des petits-enfants), identité (confiance en soi, image de soi, attrait en société, dignité), émotions positives (plaisir, espérances, spontanéité, motivation, joie de vivre).

Dynamique des maladies chroniques – des hauts et des bas: comme nous l'avons dit, de nombreuses maladies chroniques se caractérisent par une succession de «hauts» et de «bas». La dynamique consiste en une alternance de phases aiguës ou critiques et de phases de convalescence, de stabilité et de normalité relative. Suivant la nature du mal et les risques et douleurs qui lui sont liés, les phases aiguës et critiques peuvent s'accompagner d'importants problèmes dans la vie quotidienne, jusqu'à provoquer un état de choc et de désorientation. Les phases de stabilité peuvent se traduire dans le meilleur des cas par l'accession du malade à une vie normale, malgré le fait que cette normalité soit constamment remise en question.

Intégrer la maladie au quotidien

L'un des besoins essentiels des malades chroniques est de mener une vie normale. Ils aspirent à un minimum d'indépendance, à la capacité d'assumer leurs obligations familiales et professionnelles, à poursuivre leur vie sociale, soit des objectifs qui peuvent être contrecarrés par les mesures thérapeutiques nécessaires. Les enquêtes

après de personnes atteintes montrent que cette situation est vécue comme un dilemme. D'une part, elles sentent devoir se conformer à l'hygiène de vie que requiert la maladie, et elles entendent d'autre part continuer à assumer leurs obligations sociales (Gregory, 2005; Townsend et al., 2006; Hurd Clarke & Bennett, 2013). Si la maladie les en empêche, il arrive qu'elles se coupent de leur milieu social et s'isolent (Aldred et al., 2005; Ellison et al., 2012; voir également Haslbeck et al., 2012; Victor et al., 2000).

Selon la gravité et les conséquences des troubles, vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques exige du malade qu'il remette en question son rôle social. Le fait, par exemple, de devoir renoncer à la vie active ou, pour une grand-maman, de ne plus pouvoir assurer la garde de ses petits-enfants, constitue un préjudice important. Cette situation exige un processus d'adaptation complexe. L'absence d'un diagnostic clair, par exemple dans les cas de douleurs chroniques sans cause physiologique apparente, peut, au dire des malades, compliquer leur réintégration dans la vie quotidienne et menacer leur capacité de s'assurer le minimum vital, car le diagnostic est déterminant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (voir ci-après). Quant aux personnes qui souffrent d'une maladie stigmatisante (p. ex. une psychose), il peut leur être très pénible d'informer de ce diagnostic leur entourage social.

La capacité d'*autogestion* que les malades acquièrent avec le temps est un élément important du processus d'intégration dans la vie quotidienne. Les individus développent des stratégies propres à leur situation (régime médicamenteux, perception et interprétation correcte des symptômes, conciliation du travail et des mesures thérapeutiques), afin de retrouver ou de maintenir aussi longtemps que possible une fonctionnalité et une vie quotidienne normales. Parmi ces stratégies de préservation du bien-être figurent notamment les démarches suivantes: accepter les moments difficiles comme faisant partie de la vie, se considérer comme une personne qui a de la valeur et qui est capable d'évoluer, participer à un cours d'autogestion ou à un groupe d'entraide, accepter ou solliciter le soutien de sa famille, de ses amis ou de ses voisins. La majorité des patients aspirent à un maximum d'autonomie. En même temps, ils expriment le besoin d'être soutenus dans leur capacité d'autogestion, ou en cas de perte de motivation. C'est surtout dans le cadre de la vie quotidienne, notamment à domicile, que l'offre d'encadrement et de conseils est insuffisante pour promouvoir une autogestion satisfaisante des malades (Müller-Mundt & Schaeffer, 2011). La perte de contrôle de sa vie et son rétablissement constituent des éléments importants de l'effort d'autogestion. Pour beaucoup, souffrir d'une maladie chronique représente d'abord l'obligation d'accepter une perte de maîtrise de sa propre vie. Cette perte peut entraîner une humeur dépressive. Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction au chapitre sur les maladies chroniques, de nombreux troubles somatiques s'accompagnent d'états dépressifs.

Les personnes confrontées à un diagnostic inattendu («qui leur tombe dessus») accusent souvent une forte perte de maîtrise de soi et de capacité d'action. Les individus atteints de trouble bipolaire, par exemple, en décrivent l'apparition comme très soudaine. D'un jour à l'autre, ils se sentent dépassés et mis hors-jeu par la maladie. Dans le cadre de la thérapie et de la vie quotidienne, le défi consiste à reprendre le contrôle dans un maximum de domaines. Pour certaines affections, les technologies nouvelles, tels les appareils mobiles de mesures de la glycémie ou de dosage interactif des médicaments, présentent une grande importance. On parle alors de «santé mobile» (mobile health, mHealth). Constitués de biocapteurs et reposant sur les systèmes de communication mobile et Internet, ces dispositifs permettent de collecter, enregistrer, traiter et transmettre des données médicales. Ils offrent la possibilité d'enregistrer des informations vitales au moyen d'une application mobile et d'émettre une alerte en cas de valeurs anormales.

L'élaboration de stratégies face à la maladie peut être comparée à un processus d'apprentissage en situation d'urgence. Les personnes concernées décrivent ce processus comme un «gros travail» qui peut s'apparenter à une «formation sur le tas». Avec le temps, les patients deviennent des *experts de leur maladie*. Cette connaissance du mal, acquise de l'intérieur, l'expérience du processus pathologique, les réactions aux médicaments et aux thérapies, ainsi que l'interaction de l'état de santé avec des événements de la vie constituent des informations précieuses pour la thérapie, qui doivent être prises en considération par les professionnels de la santé. Cette acquisition de connaissances directe des personnes atteintes est primordiale pour le succès des traitements et l'intégration de la maladie dans la vie quotidienne (Conrad, 1990).

Vivre dans l'incertitude et le doute

L'absence d'un diagnostic clair et les incertitudes qui pèsent sur leur situation constituent un problème majeur pour de nombreux malades chroniques. Ils doivent parfois faire preuve de beaucoup de patience et de persévérance avant d'obtenir un diagnostic sûr. Cette quête, qui implique tant les patients que leur entourage, est souvent comparée à une course d'obstacles qui peut s'étendre sur plusieurs années. Le fait de n'être pas au clair sur les causes de leur affection contraint les malades:

- à interpréter des troubles diffus
- à évaluer de nombreux résultats d'exams et avis controversés
- à décrypter des informations techniques opaques
- à identifier et solliciter les structures de soutien incluses dans le système de santé
- à évaluer le pronostic de la maladie et le succès du traitement
- à intégrer l'impact de la maladie dans l'organisation et la gestion de la vie quotidienne

Le pronostic aléatoire de certaines maladies chroniques produit chez de nombreux patients une peur de l'avenir. Cette peur est liée à la crainte de voir la maladie progresser, mais aussi à ses conséquences financières.

En quête d'informations

La majorité des personnes atteintes veulent obtenir des informations fiables sur leur maladie. Elles entendent d'une part comprendre le processus pathologique et, d'autre part, s'informer sur les choix disponibles en matière de traitements et de médicaments (Haverhals et al., 2011; Rankin et al., 2011). Ces besoins en informations varient selon la phase de la maladie: élevés lors des phases aiguës ou critiques, ils peuvent s'estomper au cours des périodes stables. Le passage de l'enfance à l'âge adulte, chez le malade chronique, est susceptible d'entraîner de nouveaux besoins en informations, liés par exemple à un changement dans l'organisation des soins (Rankin et al., 2011).

Pour plusieurs raisons, cette recherche de données représente un véritable défi pour les patients et leurs familles. Les informations qui leur sont fournies par les professionnels de la santé sont souvent difficiles à comprendre (Rankin et al., 2011) ou contradictoires.

« Le diagnostic des médecins faisait état d'une IC [insuffisance coronarienne; note des auteurs], ce qui ne voulait rien dire pour moi. »

(Déclaration d'un patient, Haslbeck, 2010, p. 117; traduit de l'allemand)

Cette difficulté est particulièrement fréquente chez les patients multimorbides traités de façon non coordonnée par plusieurs spécialistes. En Suisse, certaines voix soulignent un manque de compétences chez des médecins de premier recours et dans d'autres domaines professionnels de la santé (Lauvergeon et al., 2012; Peytremann-Bridevaux et al., 2012; Senn et al., 2013). Selon la source, il est difficile de juger de la fiabilité des informations. Une problématique particulière réside dans la pesée des avantages respectifs des médecines traditionnelle et complémentaire (Rankin et al., 2011).

Les nouveaux médias, notamment Internet, comme source d'information, sont aujourd'hui au centre de l'attention du public et des débats scientifiques. Des études récentes révèlent toutefois que les patients et leur entourage continuent d'utiliser en priorité les canaux d'information classiques (Marstedt, 2010; Katz et al., 2011). Ces canaux sont en premier lieu les médias imprimés (publications gratuites distribuées par les pharmacies et les assurances-maladies, articles publiés dans la presse

quotidienne, etc.), la radio et la télévision. Les cabinets de médecine de premier recours jouent eux aussi un rôle majeur comme moyens d'information. La diversité et la recherche des sources d'information dépendent de la situation socio-économique des individus. Une étude réalisée par Horch & Wirz (2005) révèle que les groupes socialement défavorisés se préoccupent moins de trouver et de consulter des sources d'information.

Il arrive que les patients ne comprennent pas les informations qui leur sont communiquées par les *médecins* en milieu hospitalier ou dans les cabinets médicaux. Ceci s'explique, d'une part, par le fait que des informations importantes sur la maladie, le traitement ou la posologie sont fournies au patient quand il se trouve en état de choc suite à la révélation de la maladie, ce qui l'empêche de saisir et d'assimiler des données complexes (Haslbeck, 2010, Schaeffer & Moers, 2009). D'autre part, de nombreux individus atteints de maladies chroniques se montrent réservés sur la manière dont ils sont informés par leur médecin (Haslbeck, 2010). Les termes techniques utilisés leur sont difficiles à décrypter, voire incompréhensibles, d'où un déficit d'information, mais aussi un sentiment d'insécurité et de crainte.

« Le docteur a immédiatement établi une ordonnance. Et à l'hôpital, ils m'ont administré des médicaments. Quant à savoir précisément de quoi il s'agissait, je n'en sais toujours rien. »

(Déclaration d'un patient, Haslbeck, 2010, p. 117; traduit de l'allemand)

Les *notices des médicaments* posent des problèmes similaires. Les patients les considèrent comme une source d'information, alors que pour les fabricants, il s'agit davantage de se protéger juridiquement que d'informer le consommateur (Nink & Schröder, 2005). La complexité du texte, sa longueur et l'opacité de certaines formulations suscitent souvent de l'incompréhension. Les patients peinent à évaluer les risques et les effets secondaires mentionnés, qui peuvent les inquiéter et les dissuader de suivre le traitement prescrit. Les notices des médicaments sont à l'image d'une part importante des informations fournies aux patients par les professionnels de la santé: trop techniques et inadaptées à leurs destinataires.

En marge des médias traditionnels, *Internet* est une source d'information qui a pris beaucoup d'importance, du fait qu'elle est accessible en permanence et à moindres frais, qu'elle garantit apparemment le respect de la sphère privée et qu'elle épargne la pudeur des personnes concernées, à la différence d'un entretien avec des professionnels (Nordfeldt et al., 2010). Internet n'est pas seulement utilisé pour rechercher des informations, mais aussi pour communiquer avec d'autres personnes et obtenir ou fournir des conseils (Fox, 2011). Il permet à ses utilisateurs d'accéder à de vastes

connaissances scientifiques et empiriques sur les maladies chroniques, ce qui présente un attrait tout particulier pour les patients qui ont reçu des informations obscures, voire incohérentes, de la part du corps médical, et qui souhaitent obtenir d'autres avis ou profiter de l'expérience de personnes atteintes du même mal. Les *forums d'échanges en ligne* jouent un rôle important en cas de stress, de charge émotionnelle ou d'isolement social résultant de la maladie. Les connaissances empiriques d'autres malades sont plus accessibles et compréhensibles que les informations fournies par les professionnels (Sallinen et al., 2011). Parallèlement, de nombreux patients ainsi que leurs proches se sentent désorientés par la quantité et la qualité inégales des informations trouvées sur Internet (Haverhals et al., 2011). Ils doutent souvent de leur fiabilité et de l'indépendance des sources. Les personnes intéressées attachent une grande importance à l'identité des fournisseurs d'informations, à leurs compétences et à leurs liens éventuels avec des entreprises pharmaceutiques (Silence et al., 2007).

La façon dont les gens considèrent leurs propres connaissances et ignorances diffère fortement selon les catégories de population et de maladies. En Suisse, les personnes atteintes de sclérose en plaques, par exemple, affirment ne pas avoir besoin d'informations supplémentaires au sujet de leur maladie (Egger et al., 2012). Selon d'autres études réalisées en Suisse, les personnes souffrant du diabète, ainsi que leur entourage, déplorent un manque d'informations (Lauvergeon et al., 2012; Peytremann-Bridevaux et al., 2012). En général, il existe un rapport entre le niveau de formation et la façon dont les personnes évaluent leurs connaissances en matière de santé et de maladie. Les individus dont le niveau de formation est relativement bas se sentent moins compétents (Bachmann & Neuhaus, 2010). Le monitoring de l'état de santé de la population immigrée (GMM) fait apparaître, selon l'origine des individus, des différences dans l'appréciation qu'ils font de leurs compétences en matière de santé (capacité de compréhension des informations reçues de leur médecin), mais aussi selon des critères objectifs, telle la connaissance des numéros de téléphone d'urgence (Guggisberg et al., 2011).

Gestion des médicaments

Pour beaucoup de malades chroniques, la gestion des médicaments constitue un autre défi quotidien. Elle soulève de nombreux problèmes, liés par exemple aux heures de leur prise, qui peuvent entrer en conflit avec celles de la vie professionnelle ou familiale. Les patients sont exposés en permanence au risque d'oublier de prendre un médicament, en particulier quand un imprévu vient perturber leur routine quotidienne (Bissell et al., 2004; Haslbeck, 2010). Selon les publications spécialisées, les médicaments constituent un élément majeur de la vie des malades

chroniques et de leur confrontation avec les symptômes (Berg et al., 2006; WHO, 2003). Leur perception des médicaments est souvent ambivalente. Les médicaments sont considérés comme un «billet d'entrée dans la normalité» et comme un moyen de guérison, mais aussi comme le symbole de la dépendance, de la maladie et du vieillissement (Conrad, 1985; Haslbeck, 2010; Benson & Britten, 2006). Les patients redoutent à juste titre des effets indésirables et craignent de devenir dépendants aux médicaments.

« Si j'ai neuf pilules à avaler et que quelque chose cloche, je ne peux pas savoir laquelle de ces pilules en est la cause. »

(Déclaration de patient, Haslbeck, 2010, p. 154; traduit de l'allemand)

A partir de leurs connaissances et expériences, les patients pèsent les avantages et inconvénients du régime médicamenteux, puis décident s'ils en suivront les prescriptions, et de quelle manière. Outre l'avis des médecins, l'échange d'expériences entre patients y joue un rôle également (voir entre autres Klein et al., 2013). Les théories subjectives que les patients développent au fil du temps à propos des médicaments et de leurs effets les conduisent fréquemment à modifier les prises de leur propre chef. Tel malade explique que par crainte des effets secondaires, il divise toujours par deux la dose prescrite. Ces ajustements ne sont souvent pas discutés avec le médecin traitant, ce que les patients justifient par leur crainte d'une réaction négative ou d'un manque de respect de leur part (Mishra et al., 2011).

C'est notamment en matière de médicaments, de l'avis des malades chroniques, que les *rapports avec le personnel médical* sont à la fois importants et problématiques. Les patients se sentent bien soutenus lorsqu'ils ont le sentiment que les spécialistes sont compétents et qu'une relation de confiance et de coopération s'est établie. Mais de nombreux malades se sentent mal informés et estiment que leurs points de vue, leurs problèmes quotidiens, leurs besoins et leurs stratégies personnelles face aux médicaments ne rencontrent que peu de considération auprès du corps médical.

« Les études révèlent qu'en dépit d'une tendance de plus en plus marquée à l'émancipation, les patients et leurs proches, en matière de médicaments, restent soumis à la pression, aux contraintes et aux critiques des professionnels, ce qui suscite des sentiments d'impuissance et d'humiliation. C'est notamment le cas avec le peu de temps qui leur est accordé lors des consultations médicales. »

(cf. Haslbeck et al., 2015, p. 49; traduit de l'allemand)

La gestion des médicaments se complique lorsque, avec le temps, de nouvelles affections viennent s'ajouter à la maladie chronique, les patients se retrouvent alors confrontés à la *multimorbidité*. La quantité de médicaments et la façon de les prendre changent et soumettent parfois les malades à des problèmes quasi insolubles. Une difficulté particulière réside dans le fait qu'il faut distinguer les symptômes de la maladie des effets secondaires des médicaments qui, de surcroît, sont susceptibles d'interactions. Les patients rapportent qu'il est difficile d'identifier ces effets parce qu'ils sont diffus ou s'apparentent aux symptômes de la maladie, ou parce qu'ils sont interprétés comme un effet normal du vieillissement (Lindsay, 2009). En cas de multimorbidité, de nombreux patients et leurs proches font l'expérience d'une médicalisation croissante qui constitue une charge supplémentaire sur le plan émotionnel, renforce la crainte de voir apparaître des effets secondaires et suscite une aversion générale contre les médicaments (Hurd Clarke & Bennett, 2012). Souvent, des produits supplémentaires sont prescrits pour atténuer les effets secondaires indésirables des médicaments initiaux.

Gestion des douleurs

La douleur est décrite dans les travaux scientifiques comme une expérience personnelle et subjective, déterminée par des paramètres individuels, tels que la sensibilité, les expériences de douleur vécues précédemment, les ressources disponibles et les normes culturelles (Jeffrey, 2006). Les douleurs aiguës représentent un important signal d'alerte. Quant aux douleurs chroniques, souvent liées à des causes multiples et obscures, elles peuvent se développer jusqu'à former leur tableau clinique propre. Lorsque les douleurs sont persistantes ou récurrentes, elles peuvent fortement diminuer la capacité opérationnelle d'une personne, sa mobilité et sa qualité de vie, et elles ont également un impact important sur sa santé psychique. La part des personnes souffrant à la fois de douleurs chroniques (en particulier de dorsalgies) et de dépressions est si élevée que l'on en vient aujourd'hui à penser qu'il pourrait s'agir d'un seul et même phénomène de santé (Baer et al., 2013). Pour beaucoup de patients souffrant de douleurs chroniques, il existe aujourd'hui des thérapies dont l'efficacité leur permet de mener une vie peu affectée par cette problématique.

Cependant, les individus affectés de douleurs chroniques d'origine incertaine, et qui ne peuvent être soulagées ou contrôlées, évoquent de multiples effets négatifs sur leur vie, leurs relations familiales et activités professionnelles. Ils se sentent relégués dans un isolement social croissant (Dow et al., 2012).

Sécurité sociale en cas de troubles non objectivables

Suite à la hausse de ses coûts au cours des dernières décennies, l'Al a fait l'objet de plusieurs adaptations. Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision, on considère qu'«il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable» (art. 7, al. 2 LPGa). Cette notion d'objectivité polarise les opinions. A une approche de la maladie qui place au premier plan l'expérience des personnes intéressées fait face une approche basée sur le mesurable et sur l'idée de responsabilité à l'égard de la collectivité. Il est difficile d'objectiver des douleurs chroniques dont les causes organiques ne sont pas identifiables. Elles sont souvent associées à un état dépressif (Baer et al., 2013) qui, selon les circonstances, n'est pas reconnu comme tel. Du point de vue sanitaire, on critique le fait que les procédés d'imagerie auxquels on a recours pour vérifier l'authenticité de la douleur ne tiennent pas compte de l'état actuel des connaissances scientifiques sur le phénomène de la douleur.

Aujourd'hui, beaucoup moins de rentes sont octroyées aux personnes concernées que par le passé. Il n'est actuellement pas possible d'évaluer l'impact de cette pratique plus restrictive de l'Al sur les personnes atteintes de douleurs chroniques. Il serait souhaitable que l'on détermine soigneusement les risques de paupérisation des individus privés de rentes.

Vivre avec la douleur, disent certains patients, donne le «sentiment d'être pris au piège» (Müller-Mundt, 2005, p. 111). Pour ces personnes, les épreuves subies jusqu'à l'obtention d'un diagnostic et d'un traitement efficace s'apparentent à une longue course d'obstacles à travers le système de santé. Les symptômes de la douleur peuvent avoir un caractère diffus et résulter de plusieurs causes qui interagissent les unes avec les autres. Les malades recherchent, parfois pendant des années, de l'aide face à leurs souffrances et recourent à plusieurs disciplines médicales, officielles et parallèles. Or de nombreuses prestations de médecine complémentaire ne sont pas couvertes par l'assurance-maladie obligatoire, ce qui peut imposer aux malades de lourdes charges financières.

« En somme, lorsqu'aucune explication ne peut être donnée à leur état de souffrance, lorsqu'elles ne reçoivent aucun diagnostic précis, lorsqu'elles ont perdu l'espoir de guérir, les personnes souffrant de douleurs chroniques révèlent par leur expérience les limites du système sanitaire et médical. »

(Haslbeck, et al., 2015, p. 39; traduit de l'allemand)

Les douleurs chroniques sont d'autant plus pénibles que, dans bien des cas, elles ne présentent pas de signes visibles. Il peut en résulter de la méfiance et un effet de *pénalisation de la victime* de la part des employeurs, de l'entourage social et des médecins (Glenton, 2003). Selon les témoignages, les patients sont traités de

névrosés, de fainéants, de «fous», etc. L'octroi d'une rente invalidité en cas d'incapacité de travail pour cause de douleurs chroniques, depuis les dernières révisions de l'AI, est subordonné à un dommage organique médicalement identifiable (voir l'encadré).

Les personnes souffrant de douleurs chroniques font souvent preuve d'un *niveau élevé de connaissances* sur leur problème de santé. Elles appliquent simultanément différentes stratégies qu'elles combinent les unes avec les autres pour contrôler leur souffrance et gérer leur vie quotidienne. Ces stratégies consistent notamment à ajouter aux séances de physiothérapie et médicaments prescrits des mesures d'automédication comprenant des analgésiques, emplâtres chauffants, exercices physiques, massages et autres. L'addition de toutes ces mesures repose sur de nombreuses connaissances acquises par l'expérience quotidienne et l'introspection. Une confrontation active et autonome avec les symptômes peut aider les patients à ne pas perdre courage et à conserver ou recouvrer une attitude positive. Les compétences acquises en matière de santé, la motivation et l'autonomie sont des éléments indispensables pour gérer la douleur chronique et s'en accommoder.

Maintien de l'activité professionnelle

De nombreux malades accordent une importance majeure au maintien de leur activité professionnelle, non seulement pour des raisons financières, mais aussi parce qu'un emploi est un facteur décisif pour la santé psychique et l'intégration sociale. Cette activité structure la vie quotidienne et favorise les contacts sociaux, elle matérialise la normalité, renforce l'estime de soi et garantit un revenu minimal au malade et à ceux qui dépendent de lui financièrement. À l'opposé, l'activité professionnelle peut être une source de troubles somatiques et psychiques. Le risque de se voir exclu du marché du travail est plus ou moins élevé selon la nature du mal et l'âge du patient. La nécessité d'abandonner son emploi ou de se retirer définitivement de la vie active dépend également de la motivation du malade, de sa capacité d'adaptation et, de façon déterminante, de la réaction et de la flexibilité de son employeur, de ses supérieurs et collègues (de Vries et al., 2011).

De nombreux malades chroniques font état de difficultés et d'anxiété lorsqu'ils doivent évoquer leur état sur leur lieu de travail. Ce problème est particulièrement manifeste dans les cas de maladies stigmatisantes, comme le montrent deux nouvelles études menées en Suisse sur les femmes atteintes du cancer de la vulve (Senn et al., 2013) et sur les personnes souffrant d'extrophie vésicale (Seliner et al., 2010). Pour un malade chronique, parler de sa maladie sur le lieu de travail est également lié à la peur de perdre son emploi pour des raisons d'absentéisme ou d'efficacité réduite (Müller-Mundt, 2005). D'autre part, pour permettre aux malades de rester

efficaces, il importe, selon le type d'affection, que l'employeur en soit bien informé, que les supérieurs hiérarchiques fassent preuve de compréhension et qu'ils acceptent de procéder à une *adaptation des tâches, de l'organisation et de la place de travail*, par exemple en améliorant l'ergonomie du poste ou en assouplissant les horaires et les plans de carrière.

À ce propos, comme dans leur vie familiale et sociale, les malades sont confrontés à un dilemme: d'un côté, ils aimeraient vivre normalement et rester pleinement efficaces, de l'autre, ils subissent un handicap réel et doivent prendre en compte la réalité de leur état de santé. Pour leur permettre de préserver leur efficacité le plus longtemps possible, il faut que leurs employeurs procèdent à des adaptations et créent sur le lieu de travail des conditions favorables à la santé. Il ressort d'études scientifiques que l'édification d'une offre en matière de promotion de la santé dans les entreprises est nécessaire pour aider les malades chroniques à rester sur le marché du travail ou à le réintégrer. Il importe de veiller à ce que cette offre soit adaptée aux besoins individuels et de tenir compte du fait que toutes les personnes concernées n'ont pas les mêmes capacités d'adaptation (Costa-Black et al., 2010; de Vries et al., 2011).

Une autre situation critique est celle des personnes actives qui fournissent des soins à des proches souffrant d'une maladie chronique. Cette problématique, connue sous le nom de «work & care», prend de plus en plus d'importance (voir plus loin la section traitant des soins informels). La tendance observée en Suisse des femmes qui réduisent ou abandonnent leur activité professionnelle pour fournir des soins privés à autrui témoigne d'une problématique socio-économique à laquelle on n'a jusqu'ici guère accordé d'attention (voir le [chapitre 8.7](#)).

8.4 Le système de santé du point de vue des patients

Le système de santé suisse a obtenu des appréciations positives dans le cadre d'études comparatives internationales (OECD & WHO, 2011). La population se déclare dans une large mesure satisfaite du système actuel. Selon l'enquête «International Health Policy Survey 2010», effectuée dans la population adulte, une part élevée des Suisses malades ou qui l'ont été se disent satisfaits de leur médecin de famille (Sturny & Camenzind, 2011). Ils estiment presque tous que leurs médecins sont bien informés (96%), qu'ils consacrent suffisamment de temps à leurs patients (88%), qu'ils les encouragent à poser des questions (79%) et qu'ils leur fournissent des informations claires (93%). On observe toutefois, comme l'OCDE, que le système de santé suisse est encore peu préparé à une prise en charge satisfaisante des personnes âgées et des malades chroniques, en particulier des individus souffrant de multimorbidité (OECD & WHO, 2011).

Les malades chroniques et multimorbides interrogés dans le cadre d'études qualitatives sur leurs besoins et leurs expériences dans le domaine sanitaire estiment que notre système de prises en charge satisfait aux critères essentiels de qualité, mais qu'il soulève aussi, dans son état actuel, un certain nombre de critiques. Nous y reviendrons au paragraphe suivant.

Éléments importants du point de vue des patients

Les travaux scientifiques relatifs à l'avis des patients mettent évidence les besoins suivants:

- Les professionnels doivent prendre en considération la situation de souffrance des malades.
- Ils doivent être authentiques face aux malades et à leurs proches.
- Ils doivent être attentifs à leur bien-être, leurs problèmes, leurs peurs et à leurs besoins.
- Ils doivent chercher avec le malade et ses proches des moyens d'atténuer ses souffrances et ses atteintes à la qualité de vie (Müller-Mundt, 2005; Snelgrove & Liossi, 2013).

On peut tirer de ces exigences plusieurs indicateurs en matière de qualité des soins du point de vue des patients. Ces derniers entendent être *traités comme des personnes, et non comme des cas*. Ils veulent considérer leur médecin non seulement comme un spécialiste, mais aussi comme un être attentif à leurs souffrances et à leur santé, qui tient compte des nécessités de leur vie quotidienne. La qualité de la relation avec le médecin traitant est d'une importance majeure. Les patients souhaitent qu'il soit compétent et expérimenté, mais aussi qu'une relation de confiance s'établisse avec lui. Les professionnels de la santé doivent traiter le malade avec une attitude d'ouverture, de sympathie, d'attention, en le considérant comme digne de respect, et non comme un cas ou un numéro.

Une relation *de confiance et de valorisation* est une condition préalable pour encourager le patient à poser des questions, à exprimer ses besoins et participer activement au processus de décision. Les malades qui se voient traités avec respect et qui apprécient la qualité de leur relation avec leur médecin sont davantage enclins à jouer un rôle actif dans le traitement et la gestion de la maladie (Dager et al., 2012; Alexander et al., 2012). Ceci suppose de la part du médecin de l'attention, de l'empathie, et d'être à l'écoute du malade évoquant ses difficultés quotidiennes.

L'intégration quotidienne de la maladie et de ses conséquences constitue pour le patient une tâche difficile. Il attend des professionnels de la santé qu'ils tiennent compte de sa réalité quotidienne et de ses conditions de vie dans l'élaboration du traitement, et qu'ils l'aident à relever ces défis dans les meilleures conditions possibles.

Aspects critiquables du point de vue des patients

Les principales critiques exprimées par les patients dans le cadre des enquêtes sont les suivantes:

- manque de temps
- défaut de compréhension et d'ouverture pour les besoins individuels
- opacité et complexité des structures du système de soins
- problèmes de communication, informations inintelligibles

De nombreux malades chroniques perçoivent des contraintes de temps lors des consultations médicales, et ils ont le sentiment que les entretiens sont menés de façon expéditive (Haslbeck, 2010; Jerant et al., 2005). Beaucoup considèrent que le manque de disponibilité est un problème fondamental dans le domaine des soins (voir entre autres Chase et al., 2012). Quand les professionnels ne consacrent pas assez de temps aux entretiens, des décisions sont souvent prises au terme de discussions inachevées.

« Parfois on se dit: «Voilà, je suis le numéro 395, comme sur le marché au bétail»; mais il arrive aussi, suivant les médecins, que l'on se sente en bonnes mains. »

(Déclaration d'un patient; Haslbeck, 2010, p. 128; traduit de l'allemand)

Les patients manifestent un désir réel de participation, ce qui, compte tenu de la diversité des besoins, constitue un sérieux défi pour les professionnels (Chase et al., 2012; De las Cuevas et al., 2011). Les malades déplorent le fait qu'ils disposent de trop peu de temps pour établir une relation de confiance et, en particulier, pour définir une adaptation des soins à leurs besoins personnels. Selon une étude comparative européenne, qui date toutefois de plus de dix ans, la durée moyenne de consultation, chez les médecins de premier recours, était de 10 à 15 minutes (Deveugele et al., 2002).

« Lorsque des patients expriment des besoins individuels il peut en résulter des perturbations et des tensions lors de phases de travail intensives du cabinet médical. Il s'ensuit une atmosphère de tension et de conflit potentiel, surtout lorsque la cadence des consultations est élevée et que les médecins s'en tiennent à la procédure de routine, sans considération pour les demandes individuelles. »
(cf. Haslbeck et al., 2015, p. 57; traduit de l'allemand)

Il arrive fréquemment que les besoins des patients en soutien et en informations simples et compréhensibles ne soient pas suffisamment satisfaits.

Manque de compréhension et d'ouverture face aux besoins individuels. Une autre critique des malades et de leurs proches a trait au fait que les professionnels de la santé ne s'intéressent guère à l'adaptation des soins proposés aux exigences de leur vie quotidienne, qu'il s'agisse des médicaments, du traitement de la douleur ou d'autres problèmes récurrents. Leurs préoccupations sont ignorées, ou mises en doute quant à leur légitimité, ou ils se sentent marginalisés (Haslbeck, 2010; Müller-Mundt, 2005). Les patients se plaignent aussi d'un manque d'attention, déplorant que d'importantes questions existentielles liées à leur maladie et à la façon de la gérer sombrent dans l'anonymat d'un prestataire de services.

La manière dont le patient interprète son affection, ses théories subjectives quant à l'origine, la signification et le traitement de sa maladie peuvent s'écarter fortement des avis des professionnels de la santé, surtout quand le patient est de culture étrangère. En Allemagne, une enquête auprès des médecins de premier recours sur leurs relations avec les patients de confession musulmane a montré que les différences d'interprétation de la maladie constituaient l'une des principaux points d'achoppement thérapeutiques (Kronenthaler et al., 2014). La confrontation de différentes conceptions de la maladie et la recherche d'une ligne commune pour son traitement sont des tâches difficiles, qui exigent du temps et une capacité de dialogue.

Complexité et fragmentation du système de soins. Certains malades chroniques – en particulier les patients dont le niveau de formation est bas – perçoivent l'encadrement médical comme un labyrinthe dans lequel ils cherchent à s'orienter au prix de nombreuses frustrations et en y investissant beaucoup de temps. Souvent, ils ne savent pas à quels professionnels s'adresser ni de quelle discipline relève leur affection. De nombreux patients se plaignent du caractère fragmenté du système de soins, de l'étroitesse de vues de certains médecins et d'un manque de coordination thérapeutique. Dans la gestion du quotidien, les malades attachent la même importance aux questions liées à la santé ou au régime médicamenteux qu'aux aspects relatifs à la sauvegarde de leur emploi, à leur mobilité, à la garde des enfants, aux tâches ménagères, ou à la question de savoir comment ils feront pour s'assurer le minimum vital. Les échanges entre spécialistes sont souvent perçus comme lacunaires, ce qui

complique, du point de vue des malades, leur participation aux prises de décisions (Mishra et al., 2011). Un manque de continuité dans le suivi a également pour effet d'obliger les patients à réexpliquer leur situation et leur état, ce qui les soumet à une charge psychologique accrue (Chase et al., 2012).

8.5 Maîtriser la maladie chronique

Dans une perspective salutogène, il importe de ne pas se concentrer seulement sur les problèmes et les contraintes liées à la maladie chronique, mais aussi sur les stratégies que les personnes malades peuvent mettre en œuvre pour s'assurer une bonne qualité de vie en termes de satisfaction et de bonheur. Il convient d'examiner aussi quelles conditions et quelles ressources sont nécessaires à la maîtrise de la maladie.

Divers auteurs se sont penchés sur les mécanismes qui permettent une bonne gestion des affections chroniques (Strauss et al., 1984; Wagner et al., 2001; Westra & Rodgers, 1991). Appréhendés comme une interaction entre la personne, sa maladie et son environnement, ces mécanismes reposent, selon les présupposés théoriques, sur la gestion individuelle, la maîtrise du stress et la création d'un nouvel équilibre permettant de mener une existence satisfaisante et de donner du sens à sa vie.

Dans un article de presse consacré au *vieillessement bien vécu*, Sullivan (1997) s'interroge sur les raisons pour lesquelles le processus de vieillissement, bien qu'il entraîne généralement une diminution des performances physiques et un isolement social croissant, n'empêchait pas de nombreuses personnes âgées de se sentir en bonne santé et d'être satisfaites de leur vie. Selon les études analysées, ces individus considèrent leur santé par comparaison avec celle de leurs pairs, de sorte qu'ils relativisent leurs attentes. Selon Sullivan, les principaux facteurs d'un vieillissement bien vécu sont l'acceptation du déclin et de la baisse d'énergie qui sont des phénomènes naturels, la solidarité sociale, celle dont on bénéficie et celle qu'on manifeste à autrui, la poursuite de stratégies quotidiennes axées davantage sur les émotions ressenties que sur les problèmes et leurs solutions, la sauvegarde d'une certaine mobilité, ainsi que la pratique d'une vie spirituelle ou religieuse.

Selon Whittemore & Dixon (2008), une maladie chronique est maîtrisée lorsqu'elle est *bien intégrée dans la vie du patient*. Cette intégration, à leur avis, inclut une réconciliation émotionnelle avec la maladie, une restructuration de la vie quotidienne, la recherche de satisfactions, l'introspection et l'exploration des conflits résultant de la maladie, la création d'un nouvel équilibre et l'adoption d'un rythme de vie adapté. Sur la base d'entretiens avec des malades chroniques, ils arrivent à la conclusion que l'intégration réussie de la maladie dépend de la disposition du patient à apprendre et à expérimenter, ainsi que de son expertise sur les questions qui le concernent et de sa capacité à exploiter ses ressources intérieures et extérieures. De nombreuses

personnes attachent de l'importance, outre leurs problèmes de santé, à des questions d'ordre émotionnel et spirituel également. La spiritualité, l'humour, l'optimisme, le contact avec les amis, le maintien de centres d'intérêt, la présence d'un animal de compagnie et les activités créatives sont considérés par les malades comme des éléments importants d'une stratégie positive. Pour gérer les crises, mais aussi mener une vie épanouie, les appuis les plus importants sont les proches parents, qui apportent un soutien pratique et émotionnel, les amis, avec lesquels on peut partager son temps libre, un environnement professionnel bienveillant, ainsi que les groupes d'entraide et les professionnels de la santé à l'écoute des besoins du malade. Il est crucial, en outre, que les patients aient pour objectif de «vivre une vie», plutôt que «vivre une maladie». Une affection chronique est souvent une succession de hauts et de bas, d'états de santé relativement bons ou mauvais selon les périodes, et qui s'accompagnent de contraintes quotidiennes plus ou moins marquées.

« Les adultes atteints d'une maladie chronique se sont montrés remarquablement aptes à développer des attitudes et des stratégies qui les aident à intégrer la maladie dans leur vie. » (Whittemore & Dixon, 2008, p. 11; traduit de l'anglais)

Avec le temps, certains malades chroniques, ainsi que leurs proches, acquièrent sur leur mal des connaissances approfondies qui soutiennent la comparaison avec celles des professionnels de la santé (Stimson & Webb, 1975; Seliner et al., 2010; voir également le [chapitre 8.3](#)).

8.6 Importance du soutien social

Ce sous-chapitre reprend certaines données du rapport de Nicole Bachmann «Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé: leur mode d'influence et leur distribution dans la population suisse et en Europe», publié en 2014 sur mandat de l'Obsan.

L'intégration sociale: un puissant facteur salutogène pour les malades chroniques

Pour les personnes souffrant de maladies chroniques, l'intégration sociale est une source essentielle de bien-être et de santé. Non seulement ces malades nécessitent des soins et une aide pratique au quotidien du fait de leur capacité d'action réduite, mais ils ont aussi besoin, pendant les périodes de crise, d'attention, de réconfort, d'encouragements et de valorisation de la part de leurs proches et de leur réseau

social. L'entretien de relations d'amitié et le contact quotidien avec des connaissances, des collègues et des voisins répond au besoin de vivre une vie normale et apporte le sentiment de ne pas être abandonné à soi-même face à une situation difficile.

Généralement, les personnes qui bénéficient d'un bon réseau social, d'un soutien suffisant, et qui se sentent intégrées dans un système d'échanges équilibré vivent plus longtemps et sont en meilleure santé physique et psychique que les individus confinés dans l'isolement (Bachmann, 2014). L'effet des ressources sociales sur la santé est bien étayé sur le plan empirique. On sait aujourd'hui que le soutien social et l'intégration produisent un effet direct sur des mécanismes physiologiques, tels les taux d'hormones, les défenses immunitaires et les processus inflammatoires, ainsi qu'une conséquence indirecte dans la mesure où ils agissent sur les émotions et les comportements qui, à leur tour, ont une incidence sur la santé (Bachmann, 2014; Uchino et al., 2012). Ces mécanismes agissent chez les personnes en bonne santé, ainsi que chez celles qui souffrent d'une maladie aiguë ou chronique.

Outre leurs effets favorables sur la santé, les relations sociales peuvent être parfois sources de souffrances supplémentaires, par exemple quand des proches réagissent de manière inadéquate à la maladie, lorsqu'ils tombent malades à leur tour par surmenage ou rompent leurs relations avec le patient, ou si ce dernier se retire de son propre chef dans un isolement croissant. L'attitude des proches exerce donc un impact considérable sur l'évolution de l'état du malade. S'ils parviennent à s'impliquer adéquatement dans le traitement et les problèmes quotidiens du patient, ce dernier bénéficie alors d'un soutien auquel le système de santé ne peut se substituer, sinon partiellement. Il est donc indispensable que les professionnels de la santé, d'entente avec le malade, associent ses proches ou son réseau social aux décisions relatives au traitement et à sa planification, et qu'ils les assistent dans leurs compétences et leur engagement.

Le soutien émotionnel, en particulier, sous forme de réconfort et de valorisation de la part des proches, amis et connaissances, est un élément essentiel au bien-être des patients.

« La conscience collective de la menace qui pèse sur eux donne aux patients le sentiment de ne pas être seuls et fait de l'environnement social leur principal point d'appui en termes de soutien émotionnel et de compréhension. »

(Haslbeck et al., 2015, p. 34; voir aussi Aldred et al., 2005; Gallant et al., 2007)

Pour de nombreux individus atteints de maladies chroniques, un simple appui d'ordre pratique revêt une importance majeure. La famille et les proches s'engagent dans la recherche d'informations sur la maladie, ils s'associent aux processus de

décision, accompagnent et transportent le malade, l'aident à structurer un nouveau mode de vie, lui rappellent de prendre ses médicaments ou les lui administrent. Essentiels pour de nombreux patients, ces services leur permettent de maintenir leur indépendance et de gérer leur vie quotidienne (Haslbeck et al., 2012; Mahrer-Imhof et al., 2007).

Les proches sont impliqués dès le départ

Les proches sont en général impliqués dans les événements dès le début d'une maladie. Ils organisent les premiers rendez-vous médicaux, effectuent les démarches d'hospitalisation nécessaires et aménagent le quotidien du malade lorsque ce dernier se trouve en état de choc ou d'angoisse qui le rend inapte à agir. En cas de crise aiguë ou d'aggravation subite de l'état du patient, ils prennent souvent des mesures d'urgence et sauvent des vies.

« Ma femme et moi avions tous deux conscience que c'était là [le début de la maladie, note des auteurs] la période la plus menaçante que nous ayons jamais eu à vivre ensemble. » (Déclaration d'un patient; Haslbeck, 2010, p. 138; traduit de l'allemand)

Les proches sont au fait de la gravité de la situation et partagent avec le malade un état d'incertitude et de relative impuissance face aux événements. Comme nous l'avons dit plus haut, c'est dans la vie quotidienne que se gère une maladie chronique. Les membres de la famille et le réseau social du malade sont nécessairement impliqués dans le processus et en sont affectés. Le soutien des proches, qui peut aller jusqu'à des soins très astreignants, est chose courante. Selon une étude menée en Suisse, environ deux tiers des proches des personnes souffrant de sclérose en plaques se chargent personnellement de leur apporter une aide pratique (Egger et al., 2012).

Une difficulté des affections chroniques réside dans le fait que les individus atteints se sentent fréquemment dépendants d'autrui, et qu'ils ne peuvent plus jouer d'égal à égal à cause de l'aide dont ils ont besoin ou des limitations que leur impose la maladie. Il peut en résulter une détérioration de l'estime de soi, la mise en péril d'une relation et une modification de la structure des rôles au sein d'un système social. Ainsi, il arrive que des mineurs doivent assumer certaines responsabilités importantes de leurs parents (Metzing, 2007). Le fait qu'un fils ou une fille adulte joue un rôle de plus en plus autoritaire à l'égard de parents âgés et dépendants peut devenir source de

tensions (Brügger et al., 2013). Les malades chroniques disent craindre d'être à charge de leurs proches. Ils préfèrent alors souvent intégrer un établissement médico-social (Haslbeck et al., 2012).

Entraide et échanges entre «pairs»

Les *groupes et organisations d'entraide* peuvent être considérés tout à la fois comme une forme particulière d'assistance sociale et d'autonomisation (empowerment). Une organisation d'entraide peut prendre la forme d'une organisation de patients, d'une association faîtière ou suprarégionale, tandis qu'un groupe d'entraide, destiné à favoriser des échanges directs entre pairs et personnes concernées, est généralement caractérisé par un ancrage local (Kofahl et al., 2014; Forster et al., 2013).

Selon «Info Entraide Suisse», structure faîtière des organisations d'entraide (www.selbsthilfeschweiz.ch), ces associations assurent aux malades aide et solidarité, leur permettant de jouer un rôle actif et d'exercer une responsabilité personnelle. Ainsi, le malade acquiert une capacité d'indépendance et d'estime de soi accrue.

« Grâce à leur expérience, ces gens sont capables de limiter les conséquences d'un problème et d'améliorer le déroulement de leur vie quotidienne et professionnelle. Ils établissent, pour eux-mêmes et au-delà de leur cercle familial, des conditions de vie favorables au maintien et à l'amélioration de la santé, contribuant ainsi à une meilleure gestion des maladies et des problèmes qui en découlent. » (Selbsthilfe Schweiz, 2013, p. 3; traduit de l'allemand)

En 2013, la Suisse comptait 2695 organisations d'entraide, dont 41% étaient consacrés à des troubles somatiques et 30% à des problèmes psychiques. Les trois quarts (73%) de ces groupes fonctionnaient en toute autonomie et sans hiérarchie (Selbsthilfe Schweiz, 2013).

Les compétences et le travail des organisations d'entraides ne sont pas suffisamment ou pas assez systématiquement mis à profit par le système de santé. Selon Kofahl et al. (2014) la promotion des organisations ou groupes d'entraide ainsi que la coopération avec eux serait un moyen idéal pour organiser et fournir les prestations de santé (p. ex. celles des hôpitaux et de certains départements spécialisés) d'une manière qui soit adaptée aux besoins des patients. Les auteurs soulignent que sur le plan national, par exemple en Allemagne, un échange institutionnalisé s'est développé au cours des dernières décennies entre le secteur de la santé et les organisations d'entraide, et qu'une étape majeure a ainsi été franchie pour améliorer l'implication

des milieux concernés. Jusqu'ici, ce type de coopération au niveau local (municipalités, hôpitaux) paraît toutefois plus difficile car il dépend de l'attitude et de la motivation des personnels de santé.

L'engagement des milieux professionnels en faveur de l'entraide, ne serait-ce qu'en informant les patients sur l'offre existante, est bénéfique à toutes les parties intéressées. Kofahl et al. (2014) appelle «*self-help friendliness*» cette attitude du système de santé.

« Les hôpitaux peuvent être le lieu d'un premier contact entre les «nouveaux» patients et les membres d'un groupe d'entraide, un lieu où l'on reçoit et où l'on échange des informations sur les traitements, sur les moyens de maîtriser la maladie, sur l'entraide entre patients, sur le personnel médical et les groupements de malades. » (Kofahl et al., 2014, p. 4; traduit de l'anglais)

Une autre forme de soutien mutuel est le rapprochement entre *pairs*, soit entre individus souffrant de la même maladie. Cet échange peut avoir lieu de façon virtuelle, via un forum sur la toile, ou par suite d'une rencontre fortuite dans un cabinet médical ou à l'hôpital, ou dans le cercle familial ou amical. Les premiers contacts avec des pairs peuvent être perçus par le malade comme un tournant important dans l'évolution de sa maladie (Sallinen et al., 2011).

L'attention est portée sur l'expérience personnelle, pratique et quotidienne de personnes confrontées à des situations similaires. Les informations échangées ont alors un visage et sont plus concrètes que des statistiques, des données techniques ou l'énoncé par les professionnels de la santé des risques et des effets secondaires d'un médicament. Ces échanges d'informations et cette aide entre égaux, où chacun donne et reçoit, sont précieux notamment sur le plan psychique pour les personnes victimes de pertes de contrôle sur leur vie en raison de leur affection. L'échange entre pairs peut prendre la forme d'un soutien émotionnel ou d'une relation affective dans la lutte contre la maladie. Un pair peut servir de modèle pour la gestion de certains problèmes, apporter une aide dans les décisions difficiles et, suivant la maladie, permettre au patient de retrouver une perspective d'avenir (Haslbeck, 2010). Il peut toutefois arriver que cette dynamique prenne un tour négatif, qu'elle ajoute à la charge du malade et qu'elle suscite une peur de l'avenir (Entwistle et al., 2011). De nombreux individus répugnent à parler constamment de leur maladie, mais apprécient le fait d'appartenir à un cercle d'amis dont la santé n'est pas le principal sujet d'intérêt.

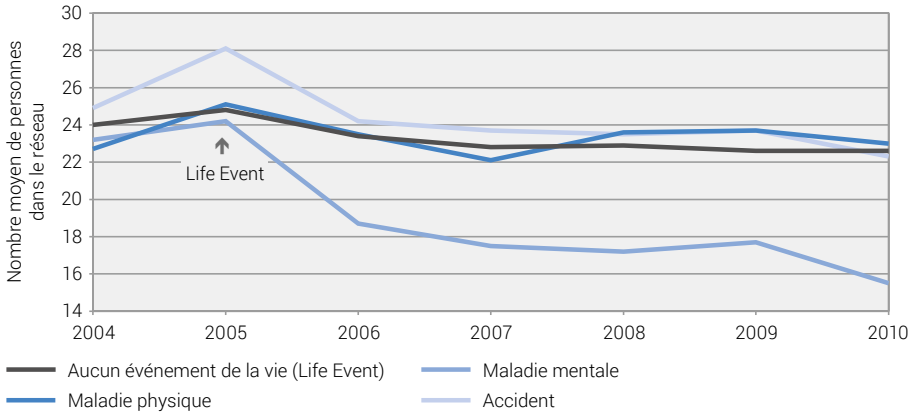
Les ressources sociales sont inégalement réparties

Les ressources sociales, sous forme de réseau et de soutiens, ne sont pas le fait d'un individu et de son entourage, mais le résultat d'un processus dynamique, d'une interaction, qui se déroule dans la durée entre la personne et son environnement. Les contacts et autres formes d'aide ne vont pas de soi; ils doivent être consolidés et entretenus, ce qui est plus facile pour les personnes ayant une certaine estime de soi, de l'empathie et un statut socio-économique privilégié (niveau supérieur de formation, de statut professionnel ou de ressources financières). De nombreux malades affectés par la pauvreté, en Suisse, vivent dans l'isolement du fait d'un manque de ressources pour cultiver leur vie sociale, ou d'un sentiment de dévalorisation qui les conduit à rompre leurs relations (Bachmann, 2014; Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008).

D'autre part, l'importance du réseau social et du soutien obtenu est dans une large mesure liée à l'âge. Bien que la population suisse, en comparaison internationale, dispose de bonnes structures sociales, ces ressources essentielles pour la santé font clairement défaut dans certains groupes de populations. Les individus isolés manquent d'un entourage susceptible de les écouter et de leur apporter de l'aide, en cas d'alitement par exemple. Ils se sentent peu soutenus, tant sur le plan émotionnel que pratique, et souffrent de leur solitude. Les personnes âgées, surtout les femmes âgées vivant seules, ainsi que les personnes souffrant de troubles psychiques, sont particulièrement exposées au risque d'isolement social. Les individus (immigrés ou non) de formation ou de capacités financières réduites, sont eux aussi socialement isolés. Enfin, les hommes jeunes, les personnes élevant seules leurs enfants et les hommes vivant seuls se sentent souvent trop peu soutenus et intégrés (Bachmann, 2014).

La maladie chronique peut également entraîner une détérioration du réseau social du malade et des ruptures relationnelles. Dans la population suisse, ce phénomène touche surtout les personnes souffrant de troubles psychiques (cf. Bachmann, 2014). Le Panel suisse des ménages demande chaque année aux personnes participantes si elles ont été confrontées à des événements critiques, tels une maladie, le décès d'un proche, une perte d'emploi, etc.⁸ Comme il s'agit d'une étude longitudinale, les données collectées permettent de comparer la situation avant et après l'événement et d'étudier l'évolution du réseau social des individus touchés. L'analyse ci-après (figure 8.1) résulte d'une comparaison entre (a) des personnes victimes d'un accident, (b) d'une affection somatique sérieuse ou (c) d'une grave maladie psychique.

⁸ Question posée: «Depuis (mois-année), avez-vous subi une maladie, un accident ou un autre grave problème de santé?»

Evolution du réseau social après un grave problème de santé, 2004–2010 Fig. 8.1

Réseau social: nombre moyen de personnes ayant une bonne relation avec la personne concernée.

Source: FORS – PSM

© Obsan 2015

Il apparaît que les événements critiques de la vie en matière de santé ont un effet mobilisateur (année de l'événement 2005), quelles que soient la nature et la cause de la maladie. Temporairement, on observe une augmentation du nombre des personnes entretenant de bonnes relations avec la victime et disposées à lui venir en aide. L'effet est particulièrement marqué pour les individus accidentés ou atteints d'une maladie somatique. Après la première année (2006), on observe chez ces personnes un retour à la normale. En revanche, chez les personnes victimes de troubles psychiques, on constate après la première année l'amorce d'un retrait social évident et d'un isolement croissant. Au cours des cinq années suivantes, leur réseau social diminue en moyenne de 23,2 (année précédant la maladie) à 15,5 personnes.

Malades chroniques âgés vivant seuls: un besoin de soutien ignoré

Le fait de vivre chez soi présente une grande importance pour les patients âgés, ne serait-ce que sur le plan symbolique. Ils conservent leur autonomie et sphère privée, ainsi qu'un sentiment de sécurité et des contacts sociaux dans leur environnement familial (Aoun et al., 2008; Harris, 2006). Pour les malades chroniques, même à un âge avancé, conserver son autonomie et gérer soi-même sa vie quotidienne est un besoin important et une source de fierté (Eshbaugh, 2008). Mais chez la plupart des personnes âgées souffrant d'une maladie chronique, notamment en cas de multimorbidité, le besoin en soutien augmente fortement avec les années des suites de pertes

de mobilité, de l'impossibilité de tenir son ménage, de la nécessité de soins quotidiens ou d'une diminution des capacités cognitives. Parallèlement, leur réseau social décline rapidement avec les années parce que leurs conjoints, parents et amis tombent eux-mêmes en état de dépendance ou décèdent. Le cas échéant, les femmes sont davantage sujettes à l'isolement et aux sentiments de solitude. Les résultats du Panel suisse de ménages confirment la situation particulièrement vulnérable à cet égard des femmes âgées: en 2010, en Suisse, 62,5% des femmes de plus de 75 ans vivaient seules (c.-à-d. sans partenaire, dans un ménage à une personne), contre seulement 16,1% des hommes de même âge (Bachmann, 2014).

Les malades âgés de plus en plus limités dans leurs activités, et dont les appuis sociaux déclinent, craignent fréquemment de perdre leur indépendance et de devoir quitter leur domicile. Dissimulant leur détresse, ils se replient sur eux-mêmes et recourent de moins en moins aux prestations de soins. De l'extérieur, leurs problèmes de santé, la précarité de leur situation de logement ou d'éventuels troubles cognitifs sont souvent mal évalués ou ignorés (Harris, 2006). Leur lutte pour l'autonomie rend ce groupe de population «invisible». Parfois c'est une crise, un accident ou leur décès qui révèle leur détresse et isolement (Gurley et al., 1996).

8.7 Les soins informels en Suisse

L'assistance et les soins aux malades chroniques, nous l'avons souligné, sont pour une bonne part assurés par leurs proches. Ce travail, généralement bénévole ou rétribué de façon symbolique, allège considérablement la tâche du système de santé institutionnel. Une question se pose alors: dans quelle mesure les proches seront-ils capables d'assumer cette charge à long terme, et dans quelle mesure auront-ils eux-mêmes besoin d'aide?

Un investissement élevé en termes de temps, souvent assuré par des femmes relativement âgées

En Suisse, les femmes consacrent en moyenne plus de temps que les hommes à un proche qui nécessite des soins et cela plus souvent que les hommes (Schmid, 2014). Dans le cadre de l'étude AgeCare-Suisse 2010, 311 tandems formés d'un proche du malade et d'un professionnel de soins à domicile ont été sondés en Suisse alémanique, notamment sur la charge psychosociale que cette activité représente pour eux. Les résultats montrent que cette corvée peut être très importante en nombre d'heures. Certaines personnes se tiennent de façon quasi permanente à la disposition de leurs proches malades. Dans les couples, le partenaire valide consacre en moyenne 64 heures

de soins hebdomadaires à son conjoint malade (Hutchinson et al., 2012). L'âge moyen des patients pris en compte dans cette étude est de 88 ans, celui des proches de 66 ans.

Il ne va pas de soi, pour un proche, de fournir aide et soins à un parent malade. Les motifs d'un tel engagement ont été évalués sur le plan théorique et fait l'objet de recherches empiriques. Ces études révèlent que les attentes sociales dans ce domaine, et qui incitent surtout les femmes à fournir des aides importantes (voir notamment Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012 ou Schmid, 2014), ont eu tendance à augmenter en Suisse au cours des dernières années plutôt qu'à diminuer. Dans l'étude AgeCare-Suisse 2010, les femmes qui soignent des personnes âgées citent l'amour et l'affection comme premiers motifs, le devoir personnel et moral en second lieu. Pour les hommes, partenaires ou fils des personnes soignées, le devoir moral est aussi important, voire davantage, que l'amour et l'affection. Parmi les motifs invoqués figure le rôle que peuvent jouer l'absence d'alternative ou des considérations d'ordre financier. En comparaison européenne, il est frappant de constater qu'en Suisse, le sentiment du devoir et le manque d'alternatives sont des raisons fréquemment citées (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

La charge assumée par les proches des malades produit souvent un effet sur leur propre santé. (Pinquart & Sorensen, 2007). Selon l'étude AgeCare-Suisse 2010, les proches aidants ont assez souvent des problèmes de santé (douleurs articulaires/rhumatismes, hypertension artérielle, maux de tête/migraines), ils recourent davantage aux somnifères et aux tranquillisants, et ils ont, suivant le contexte des soins, un bien-être psychique réduit (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). D'après Höpflinger et al. (2011), la contrainte physique dépend principalement de l'âge du proche et de sa situation, de la durée des soins, du degré d'isolement social, de la surcharge de travail ou autre. La charge psychique paraît plus importante quand les ressources financières des proches sont réduites, que le temps investi dans leur soutien leur paraît excessif ou que les conditions de soins ne sont pas satisfaisantes. D'après les entretiens approfondis menés dans le cadre de l'étude AgeCare-Suisse 2010, il apparaît que les soins aux proches constituent une charge différente selon le sexe de la personne soignante.

« Les hommes (époux et fils) affirment fréquemment qu'ils se désistent de leur engagement ou prennent parfois des vacances. On observe également que les prestations de soins et d'assistance fournies par les hommes sont souvent perçues différemment par leurs familles et amis. Ils bénéficient beaucoup plus souvent que les femmes d'une aide au sein du ménage. Les femmes ne peuvent ou ne veulent se désister ou déléguer des soins que dans des cas exceptionnels. »
(Perrig-Chiello et al., 2010, p. 16; traduit de l'allemand)

Conciliation de l'activité professionnelle et des soins informels

Fournir des soins informels tout en exerçant simultanément une activité professionnelle deviendra probablement de plus en plus courant à l'avenir. Cette évolution provient d'une part de la hausse du nombre de malades chroniques nécessitant des soins et, d'autre part, de l'augmentation du nombre de femmes professionnellement actives (BFS, 2015). Prodiguer des soins informels à un proche est particulièrement pesant pour les personnes en âge de travailler, car elles assument ainsi une double charge (*work & care*; cf. Bischofberger et al., 2013). Les personnes qui fournissent des soins à des proches doivent vivre avec l'idée que l'affection évolue par phases et que la santé du malade peut à tout moment se détériorer. De surcroît, la tendance du système de santé à préférer le régime ambulatoire à l'hospitalisation complique parfois l'organisation des soins (Haslbeck et al., 2015, p. 32). Si la quantité des soins prodigués est élevée, les personnes de soutien peuvent être amenées à réduire ou à abandonner leur activité professionnelle, ce qui se traduit dans cas comme dans l'autre par des pertes financières.

Depuis plusieurs années, le débat s'intensifie sur la question de savoir dans quelle mesure l'aide fournie par les proches devait être rétribuée. En Suisse, 6,1% de la population de 15 à 64 ans assument régulièrement des tâches d'assistance à des adultes souffrant de maladies, chroniques ou autres. Les personnes les plus disposées à fournir des soins informels sont plutôt âgées: 3% de la population de 25 à 39 ans et 12,7% des 55 à 64 ans exercent de telles fonctions (données de l'ESPA 2012). Les données de l'enquête sur la population active renseignent sur la situation professionnelle des personnes fournissant une assistance. Une part plus importante des personnes inactives et actives à temps partiel (environ 8% pour chaque catégorie) que des personnes actives à temps plein (4,7%) assument de telles tâches. Cela est vraisemblablement dû au fait qu'elles disposent de plus de temps. Toutefois, l'enquête ne permet pas de déterminer la part des personnes qui ont réduit leur activité professionnelle ou leur taux d'occupation pour aider un proche malade. L'enquête Age-Care-Suisse a établi que les femmes qui soignent leur père ou leur mère s'en trouvent affectées dans l'exercice de leur profession. Deux tiers d'entre elles déclarent avoir réduit leurs tau d'occupation, tandis que 16% ont cessé toute activité professionnelle. Une réduction ou une cessation de l'activité professionnelle n'a pas pu être établie pour les hommes qui donnent des soins à l'un de leurs parents (Perrig-Chiello & Höpflinger 2012).

Dans les années 1990, plusieurs pays européens ont instauré un régime de rétribution des personnes soignant des proches (*cash-for-care*), une mesure motivée par le vieillissement de la population. Mais les indemnités versées sont généralement réduites et les conditions de soins peu attrayantes, de sorte que l'intérêt de diminuer une activité professionnelle plus rémunératrice est peu marqué

(Schmid, 2014). En Suisse, cinq cantons (Bâle-Ville, Fribourg, Tessin, Vaud et Valais) et au moins onze communes ont versé en 2013 des contributions financières aux personnes qui soignent des proches. Là encore, il ne s'agissait pas véritablement d'une indemnité pour pertes de gains, mais plutôt d'un subside de reconnaissance. Généralement octroyées sous forme d'indemnités forfaitaires, ces contributions atteignaient 20 à 30 francs par jour. Le canton du Tessin et la commune d'Opfikon, qui constituent des exceptions, versent des allocations dont les montants supérieurs peuvent être considérés comme une rémunération. Dans tous les cas de figure, le nombre des personnes qui ont sollicité une contribution en 2012 est relativement faible. La part la plus élevée a été enregistrée dans le canton de Fribourg, avec 42 bénéficiaires par 10'000 habitants. Le nombre des personnes ayant théoriquement droit à une telle rétribution n'est pas connu. Outre ces allocations pour charge d'assistance, il existe dans la majorité des cantons la possibilité de faire valoir des pertes de gain dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (de la personne malade) dans le régime des prestations complémentaires. À noter que les conditions du droit aux prestations diffèrent considérablement d'un canton à l'autre (Bischofberger et al., 2014).

Possibilités de soutien offertes par le système de santé professionnel

Les proches aidants ont moins besoin de compensations financières que d'un allègement de leur travail d'assistance (Hutchinson et al., 2012). Pour se ménager un peu de temps libre, ils peuvent partager le travail avec un proche, solliciter une aide professionnelle (services de visites, aide et soins à domicile) ou confier temporairement le malade à une institution.

Selon une enquête de 2013 menée auprès des cantons, des communes, des ONG engagées dans le soutien aux proches aidants, ainsi que des services de soins à domicile, les deux tiers des communes suisses proposent des services bénévoles ou de visites pour alléger la charge des proches aidants, et près de 30% d'entre elles assurent un service de présence 24 heures sur 24 dans les ménages privés⁹. Environ 40% des communes proposent des séjours de courtes durées en institutions, y compris des prises en charge à la journée. Près de 30% d'entre elles offrent unique-

⁹ Ont participé à cette grande enquête les 26 cantons suisses (départements des affaires sociales et de la santé publique), les 2355 communes du pays, 191 organisations non gouvernementales ou leurs services régionaux (ONG 10), qui proposent de l'aide aux personnes soignant des proches, 161 d'entre elles, à but lucratif, fournissant des prestations d'aide et de soins à domicile (en accord avec l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile), ainsi que toutes les associations cantonales d'aide et de soins à domicile.

ment des accueils de nuit. Les représentants de 18 cantons estiment l'offre plutôt satisfaisante, ceux de 8 cantons la considérant comme insuffisante (Bischofberger et al., 2014). D'autres formes de soutien présentent une grande importance pour les proches aidants, notamment les services d'information et de conseils, ainsi que les organisations de soutien aux tâches de coordination et d'organisation. Les proches aidants souhaiteraient communiquer davantage avec leurs pairs et bénéficier d'un encadrement durant les périodes les plus difficiles (Bischofberger, non publié).

Les *services d'aide et de soins à domicile (Spitex)* peuvent également soutenir le travail des proches aidants. Bien que ces services appartiennent à la catégorie des soins de santé formels, ils sont en contact direct avec les soins informels et exercent une grande influence sur la situation des proches. Au-delà de leur appui pour les ménages et les soins, ils offrent des possibilités d'échanges susceptibles de faciliter considérablement le travail des proches aidants. Selon Perrig-Chiello & Höpflinger (2012), cela peut s'avérer déterminant pour le maintien du malade à domicile. Le personnel des services d'aide et de soins à domicile est en mesure de fournir des informations et favoriser la solution de problèmes émotionnels par les proches aidants. L'expérience de certaines organisations a montré combien il était important de valoriser l'engagement des proches, notamment lorsque le malade est difficile à soigner (Hutchinson et al., 2012).

Après ce chapitre axé sur la perspective et les besoins des malades chroniques, le chapitre suivant change de perspective et décrit comment le système de santé répond à ce défi, quels nouveaux modèles de soins et de prise en charge ont été développés jusqu'à présent et quel est l'état actuel de l'offre en Suisse.

8.8 Synthèse

- Ⓐ Pourquoi faut-il changer de perspective et considérer le patient non plus comme l'objet d'un traitement mais comme un sujet actif?
- Ⓑ Quelles sont les caractéristiques des maladies chroniques du point de vue des personnes qui en sont atteintes?
- Ⓒ A quels problèmes les malades chroniques et leur entourage sont-ils confrontés?
- Ⓓ Comment les malades perçoivent-ils le système de santé?
- Ⓔ Quelles sont, du point de vue des malades, les conditions d'une maîtrise de la maladie chronique?
- Ⓕ Quelle est l'importance de l'intégration et du soutien sociaux pour les malades?
- Ⓖ Quel rôle les soins informels jouent-ils en Suisse? À quelles difficultés les personnes soignantes sont-elles confrontées?
- Ⓗ Quels groupes de malades chroniques ont besoin d'une attention et d'un soutien particuliers?

A Pourquoi faut-il changer de perspective et considérer le patient non plus comme l'objet d'un traitement mais comme un sujet actif? Les patients, même encore trop souvent traités comme des objets de soins médicaux, sont des sujets agissants. Ils ont leurs objectifs propres. Ils acquièrent au fil du temps un niveau élevé de connaissances sur leur santé et leur maladie, développent des stratégies complexes pour faire face à leurs problèmes et gérer leur vie quotidienne. Grâce à des travaux scientifiques, on sait aujourd'hui que le traitement des maladies chroniques, pour être efficace, doit être mené en commun avec le malade. Celui-ci doit être activement impliqué dans les soins; il convient de prendre son point de vue et son style de vie en considération.

B Quelles sont les caractéristiques des maladies chroniques du point de vue des personnes qui en sont atteintes? Selon l'expérience des malades, les affections chroniques se distinguent des problèmes de santé aigus par les aspects suivants: durée illimitée, espoirs de guérison relativement minces, causes souvent complexes et floues, cours de la maladie souvent évolutif et instable, complexité et diversité des problèmes liés au mal et à ses conséquences dans la vie quotidienne. De véritables enchevêtrements de problèmes peuvent apparaître en cours de maladie, avec des conséquences négatives pour le patient.

La nature des problèmes, leur gravité, leurs conséquences sur la vie quotidienne et sur l'avenir du malade varient fortement selon la nature du mal, avec notamment les facteurs suivants: le taux de mortalité associé à la maladie, la possibilité, ou non, de contrôler la maladie, la nature et l'ampleur des limitations qu'elle entraîne, et la cause du trouble telle qu'elle est perçue par le patient. Les maladies stigmatisantes sont à maints égards particulièrement lourdes à supporter.

C A quels problèmes les malades chroniques et leur entourage sont-ils confrontés? La plupart des personnes touchées vivent la maladie chronique comme une suite dynamique de phases qui se répètent de façon cyclique. Typiquement, les maladies chroniques sont perçues comme une alternance de hauts et de bas qui viennent perturber le plan de vie.

Pour les individus atteints, le principal défi est d'intégrer le mal et toutes ses conséquences dans la vie quotidienne. Un élément important de ce processus d'intégration réside dans la capacité d'autogestion du malade, soit son aptitude à élaborer des stratégies personnelles pour gérer son mal et ses activités quotidiennes, et à adapter ces stratégies à l'évolution de la maladie.

Les malades chroniques ou multimorbides doivent apprendre à vivre dans l'incertitude, à affronter les doutes et contradictions. Selon la phase de la maladie, ils peuvent consacrer beaucoup de temps à la recherche d'informations. Ils se plaignent souvent de l'opacité des informations qu'ils reçoivent. La gestion des médicaments est également perçue comme un problème important, notamment en cas de multimorbidité. De nombreux malades peinent à intégrer la prise des médicaments dans leur vie quotidienne. Cette difficulté, et la crainte des effets secondaires, augmentent avec le nombre de médicaments prescrits. Autre problème fréquent: la douleur chronique, avec ses effets négatifs sur la qualité de vie, sur les rapports sociaux, la mobilité et l'aptitude professionnelle. Le malade a le sentiment d'être pris au piège. Quand aucun dommage organique n'explique ses douleurs, il est exposé aux réactions négatives de son entourage et à un risque accru de paupérisation faute d'avoir droit à une rente invalidité.

À quoi s'ajoute fréquemment le problème de la poursuite de l'activité professionnelle. Conserver son emploi le plus longtemps possible requiert ouverture et souplesse de la part du malade et de ses collègues, ainsi que de ses supérieurs et de son employeur. Les malades chroniques hésitent souvent à informer leur entourage professionnel de leur état et craignent de perdre leur travail. Cette difficulté touche particulièrement les personnes atteinte d'une maladie stigmatisante.



Comment les malades perçoivent-ils le système de santé? Les malades chroniques et les patients multimorbides se plaignent de la durée réduite des consultations médicales. Ils y perçoivent des contraintes de temps qui les stressent, les empêchent d'exprimer leurs besoins ou de mentionner certains problèmes liés au traitement. Ils ressentent un manque d'attention et d'ouverture à l'égard de leurs besoins personnels. Les personnes de culture étrangère sont particulièrement confrontées à l'interprétation du concept même de la santé et de la maladie, et qui peut varier fortement d'un individu à l'autre. L'opacité des structures du système de santé est également critiquée. Ce système est perçu comme un labyrinthe ou la recherche d'informations, d'un lieu de traitement ou d'une thérapie efficace est souvent vécue comme le parcours du combattant. Enfin, la fragmentation des soins et le manque de coordination et de continuité dans les traitements sont blâmés par de nombreux malades.

- E** **Quelles sont, du point de vue des malades, les conditions d'une maîtrise de la maladie chronique?** Du point de vue des patients, la maladie est bien maîtrisée quand ils sont parvenus à la faire passer à l'arrière-plan et à remettre au premier plan la santé et la vie normale. Cette intégration de la maladie dans la vie quotidienne ne va pas sans un processus d'adaptation à différents niveaux, dans lequel les questions d'ordre émotionnel et spirituel sont aussi importantes que les aspects directement liés au mal. Les ressources les plus importantes pour mener à bien ce processus sont le soutien des proches et des amis, l'appui reçu sur le lieu de travail, la fréquentation de groupes d'entraide, mais aussi une prise en charge médicale axée sur le patient.
- F** **Quelle est l'importance de l'intégration et du soutien sociaux pour les malades?** Les ressources sociales concourent de manière importante à la maîtrise de la maladie et à la préservation d'un certain bien-être. L'attention et le réconfort des proches, le sentiment de ne pas être abandonnés et toute forme d'aide pratique constituent d'importants soutiens pour les malades chroniques. Les ressources sociales sont inégalement réparties dans la société. Les femmes âgées, les personnes pauvres et celles souffrant de troubles psychiques sont particulièrement exposées à l'isolement social et au manque de soutien. Les proches des malades chroniques sont fortement impliqués dans le processus de la maladie; ils peuvent avoir à supporter une lourde charge et subir eux aussi la tristesse et la peur.
- G** **Quel rôle les soins informels jouent-ils en Suisse? À quelles difficultés les personnes soignantes sont-elles confrontées?** Les soins informels sont largement répandus en Suisse et jouent un rôle important dans l'aide aux personnes atteintes de maladies chroniques. En Suisse, les femmes passent en moyenne 11,4 heures par semaine à soigner des proches, les hommes 4,5 heures. La charge supportée par les proches est parfois très élevée et peut avoir des effets néfastes sur leur propre santé. La lourdeur de la tâche dépend notamment de leurs ressources personnelles et sociales. Une difficulté réside fréquemment dans la conciliation entre les soins informels et l'activité professionnelle. Certains cantons leur accordent un soutien financier, qui est toutefois davantage considéré comme un geste de reconnaissance que comme une véritable indemnisation. Le facteur d'allègement le plus important, de l'aveu des personnes concernées, est la possibilité de se ménager des plages de temps libre. Les services d'aide et de soins à domicile jouent un rôle important comme interface entre l'encadrement médical et les soins informels, ou comme structures de soutien aux proches des malades.

La question du soutien social et des soins informels aux proches est étroitement liée à la problématique du genre. Une proportion nettement plus importante de femmes que d'hommes prodiguent des soins informels, et elles y consacrent plus de temps que les hommes. Les femmes acceptent plus facilement de réduire leur activité professionnelle lorsqu'un proche a besoin d'aide ou de soins, avec toutes les conséquences financières afférentes. Les femmes qui soignent un proche ont plus de mal que les hommes à obtenir ou à solliciter une aide. Enfin, la part des femmes âgées qui vivent seules (62%) est beaucoup plus élevée que celle des hommes seuls de même âge (16%). Chez les personnes âgées, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à manquer de soutien et à souffrir de solitude.



Quels groupes de malades chroniques ont besoin d'une attention et d'un soutien particuliers? Selon les travaux scientifiques consacrés au point de vue des patients, les groupes de population qui ont le plus de difficultés à faire face à une maladie chronique sont: les personnes souffrant d'une maladie stigmatisante (p. ex. de troubles psychiques), les personnes multimorbides, les personnes âgées vivant seules (ce sont principalement des femmes), les personnes isolées socialement, les personnes pauvres, les personnes dont le niveau de formation est bas et les personnes de culture étrangère dont l'attitude à l'égard de la santé s'écarte fortement des idées et des connaissances médicales courantes chez nous.

9 Nouveaux modèles de prise en charge

Messages clés

L'offre en soins spécialisés n'est pas adaptée, et de loin, aux besoins actuels des malades chroniques en Suisse, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Le recentrage des soins sur les patients, par exemple, ne saurait se faire avec la seule offre disponible relative à leur prise en charge.

Un large consensus existe en Suisse sur la nécessité de changer les priorités du système de santé. L'accent porté aujourd'hui sur les soins aigus devra être orienté vers la prise en charge des soins aux malades chroniques dans le cadre d'un système efficace, durable et centré sur le patient. Diverses réformes touchant les professions de la santé et les soins médicaux de base ont été entreprises et partiellement réalisées aux niveaux fédéral et cantonal. Il subsiste toutefois des obstacles à la mise en œuvre d'un système de prises en charge à l'échelle nationale. L'une des principales entraves, parmi d'autres, réside dans le fait que le système de financement actuel génère de fausses incitations. C'est pourquoi une véritable réforme du système de santé n'est pas concevable sans adaptation de ses structures financières. Autrement dit, il conviendrait d'investir à l'avenir davantage dans les durées d'entretiens que dans des technologies ou constructions d'hôpitaux. L'intégration des soins basée sur les patients impose des exigences élevées à toutes les personnes impliquées.

Il convient également de reconsidérer la terminologie médicale utilisée. Si l'on veut traiter les patients comme des partenaires dans la prise en charge de la maladie, il ne doit plus être question, par exemple, de «faire subir» un traitement, ni de «l'indiscipline» du patient dans la prise des médicaments.

A une époque où la pression sur les coûts se renforce dans les domaines sanitaire et social, il importe de ne pas abandonner les groupes de populations le plus vulnérables, tels les individus atteints de multimorbidité et les malades nécessiteux ou socialement isolés. Il convient de favoriser une formation adéquate et une sensibilisation des professionnels de la santé et du domaine social, ainsi qu'une politique sanitaire et sociale qui empêche l'exclusion de groupes de personnes victimes de multimorbidité.

Le présent chapitre est consacré aux nouveaux modèles de prises en charge susceptibles de répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de maladies chroniques. Certains de ces modèles sont entièrement nouveaux, d'autres résultent d'adaptations et d'améliorations apportées à des modèles existants.

On y aborde les questions suivantes:

- Quelles sont les caractéristiques des modèles intégrés de prises en charge des personnes souffrant d'une maladie chronique?
- Quels modèles a-t-on développé jusqu'ici à l'échelle mondiale?
- De quels programmes la Suisse dispose-t-elle, et dans quelle mesure sont-ils mis en œuvre? Présentent-ils des lacunes?
- Quelles sont les caractéristiques des programmes existants?
- Dans quels domaines politiques des mesures sont-elles prises pour étendre de nouveaux programmes de soins à l'ensemble de la Suisse? Quels sont les obstacles qui entravent la généralisation des modèles de soins intégrés?
- Quelle orientation faudrait-il donner au système suisse de santé pour mieux soigner et encadrer les malades chroniques? Quelles mesures seraient-elles utiles pour améliorer la situation des malades chroniques?

9.1 Nouveaux modèles de prises en charge des malades chroniques et des patients multimorbides

Les considérations qui suivent s'appuient sur une expertise commandée par l'Obsan pour le rapport national sur la santé 2015. Cette étude, intitulée «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente», a été réalisée par Dr med Sima Djalali et Prof Dr med Thomas Rosemann, de l'Institut pour la médecine de famille de l'Université de Zurich.

Les malades chroniques, et tout particulièrement les personnes souffrant de multimorbidité, ont besoin de soins relevant de plusieurs disciplines médicales et d'autres domaines professionnels. Le manque de coordination de ces différentes disciplines se traduit souvent par des prises en charge lacunaires de certains groupes de patients. Il n'est pas rare que les malades reçoivent de la part de plusieurs spécialistes des prescriptions thérapeutiques difficiles à concilier dans la vie quotidienne, voire contradictoires. Par ailleurs, il s'est avéré au cours des dernières décennies qu'une prise en charge optimale, efficace et efficiente de ces patients n'est possible que si ces derniers y sont associés de façon active et participative, et qu'ils la prennent au sérieux. Cette exigence suppose l'établissement de relations solides entre les spécialistes d'une part, les malades et leurs proches d'autre part. Or la fragmentation et la spécialisation très poussée du système de santé complique ou empêche le développement de telles

relations. De leur côté, les patients soulignent la nécessité d'intégrer la maladie dans leur vie quotidienne et de maîtriser les émotions et les problèmes quotidiens qui en résultent. Les patients doivent être au fait du déroulement de la maladie et des interventions thérapeutiques. C'est à cette condition seulement qu'ils pourront préserver leur santé au sens large (physique, psychique et sociale).

De nouvelles approches voient le jour pour remédier aux déficits actuels dans la prise en charge des malades chroniques et des patients multimorbides. Elles visent d'une part à combler les lacunes existantes et, d'autre part, à éliminer les interventions redondantes ou superflues. L'idée directrice de cette évolution réside dans la notion de «soins intégrés». Mais les voies proposées pour atteindre ce but diffèrent considérablement selon qu'elles mettent l'accent sur le financement, sur la désignation d'une personne de référence ou d'un coordinateur des traitements, sur le rôle du patient dans le processus thérapeutique, ou sur la nécessité de définir un protocole de soins pour certaines maladies.

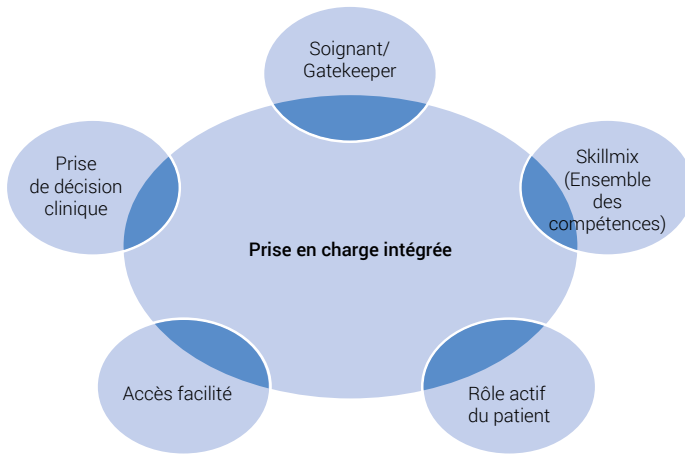
Principales composantes des nouveaux modèles de prises en charge

Selon Djalali & Rosemann (2015), chacun des nouveaux modèles de prises en charge des malades chroniques comporte six éléments communs. Ces modèles diffèrent par leur structure générale et par l'importance relative qu'ils accordent à chaque élément. Ils sont en revanche tous centrés sur le principe de la prise en charge intégrée (figure 9.1).

On désigne ainsi un système de soins pluridisciplinaire (qui s'inscrit dans une collaboration entre plusieurs disciplines égales en droit) et intersectoriel. Une meilleure interconnexion entre les différents spécialistes doit garantir un encadrement à la fois plus cohérent et plus efficace des malades. Elle requiert des protocoles de coopération internes et un système de gestion de la qualité de la collaboration.

Principaux éléments des nouveaux modèles de prise en charge des malades chroniques

Fig. 9.1



Source: sur la base de Djalali et Rosemann, 2013

© Obsan 2015

Le réseau peut être structuré de différentes façons: par la fusion de plusieurs institutions, par l'établissement d'une société coopérative ou par des accords de coopération. On parle d'intégration horizontale quand des organisations appartenant à un même secteur (par exemple des hôpitaux) tissent entre elles un réseau de coopération, ou d'intégration verticale quand le réseau est formé d'institutions appartenant à des secteurs différents (par exemple un hôpital de soins aigus, une clinique de réadaptation, des services d'aide et de soins à domicile et des médecins de famille).

Pour que le réseau puisse fonctionner de manière optimale, les participants doivent satisfaire aux exigences suivantes:

1. connaître les ressources disponibles au sein du réseau
2. exercer une fonction bien définie dans le réseau
3. partager une vision commune du traitement optimal
4. connaître les interfaces avec les fournisseurs de prestations situés en aval et en amont
5. communiquer de façon standardisée

Les informations, concepts et règles nécessaires sont définis dans une procédure de traitements intégrés. Celle-ci décrit la voie optimale que doit suivre une certaine catégorie de patients à travers le réseau de soins. Elle est régulièrement évaluée et améliorée (gestion de la qualité). Des ajustements sont généralement nécessaires pour répondre aux besoins individuels des patients, en particulier multimorbides.

De nouveaux modèles?

Les modèles ci-après sont qualifiés de nouveaux, bien qu'ils aient été en partie développés il y a plusieurs dizaines d'années et qu'ils sont déjà partiellement mis en œuvre. Le terme «nouveau» se justifie par le fait que l'idée directrice d'intégration des soins n'a jamais prévalu jusqu'ici en Suisse face au système sanitaire traditionnel. La plupart des programmes existants ne sont pas intégrés dans les pratiques conventionnelles et restent considérés comme des projets expérimentaux et extraordinaires.

La prise en charge intégrée implique une *personne* ou un groupe de *référence* qui joue le rôle de coordinateur du traitement et de premier interlocuteur du patient. Historiquement, la notion de personnes de référence vient du «managed care system», développé aux États-Unis. Dans de nombreux modèles, la personne de référence est désignée par le terme de «gatekeeper». Cette expression comporte une connotation restrictive, le gatekeeper servant notamment de gardien à l'entrée du système de santé. On préfère aujourd'hui, dans certains modèles, la notion de gateopener. Dans le présent rapport, nous parlerons de personne de référence (ou groupe de personnes de référence) pour souligner l'importance de la relation qu'ils doivent établir avec le patient. La personne de référence peut être le médecin de famille, une équipe médicale pluridisciplinaire ou un professionnel de la santé spécialement formé. Les nouveaux modèles de soins ont pour caractéristique commune d'attribuer ce rôle à un professionnel de premier recours et non à un spécialiste. La personne de référence a pour tâche de déterminer si un traitement spécial est nécessaire. Le cas échéant, elle planifie et coordonne les soins, réunit et évalue les rapports des divers spécialistes, fait le point, discute avec le patient et planifie avec lui la suite du traitement. Idéalement, pour assurer la continuité des soins, la personne de référence reste la même pendant toute la durée du traitement.

Un *accès facilité aux soins médicaux* doit permettre aux patients de suivre la voie la plus directe et la plus efficace au sein du réseau. Aussi de nombreux modèles incluent-ils des propositions concrètes pour bien aiguiller, dès avant leur entrée dans le système de santé, les patients vers la personne de référence. Il importe que cela se fasse de préférence par des incitations positives plutôt qu'en sanctionnant des comportements inappropriés, telle la perte de la couverture d'assurance. Parmi les

incitations positives figurent des horaires de consultation favorables, des temps d'attente réduits, des services d'urgence, des conseils télé médicaux, et d'autres canaux de communication multimédia (e-mail, portails en ligne, etc.).

De nombreuses maladies chroniques suivent un cours irréversible et sont incurables. Dès leur apparition, elles accompagnent le patient sa vie durant. Mais la manière dont elles évoluent dépend, entre autres, du patient lui-même. C'est pourquoi on souligne aujourd'hui avec force l'importance de la *participation active du patient*.

Du point de vue médical, deux éléments sont particulièrement importants à cet égard:

- la capacité d'autogestion du patient
- la parité en matière de décision (shared decision making)

Pour de nombreux patients, la maladie chronique exige une adaptation du mode de vie ou à titre de prévention secondaire. Leur participation active est nécessaire pour empêcher la détérioration de leur état de santé, ou tout au moins pour la freiner. On favorise cette participation en motivant les patients et en développant leur capacité d'autogestion, terme par lequel on désigne leur aptitude à agir positivement sur le cours de la maladie (cf. Djalali & Rosemann, 2015, p. 7). Il faut qu'ils puissent évaluer correctement tout changement de leur état de santé (symptômes, troubles) et y réagir sans délai. Un aspect de l'autogestion réside dans la capacité et la motivation du patient à mobiliser ses propres ressources, à solliciter son réseau social et à se procurer de l'aide. Un autre élément se situe dans la manière de faire face à une détérioration, puis de stabiliser son état de santé.

La capacité d'autogestion des patients est fortement liée à la perception qu'ils ont de leur propre efficacité. Ce sentiment d'auto-efficacité (self-efficacy) est considéré comme une ressource personnelle importante, notamment lorsqu'il s'agit de modifier son mode de vie pour des raisons de santé. Il indique dans quelle mesure un individu se sent capable d'obtenir un résultat par lui-même et d'exercer une influence sur sa vie et son environnement (cf. Bandura, 1977, 1990). Une personne qui se sent désemparée face à la maladie ne voit aucune possibilité ni raison de prendre en charge son propre bien-être. Le sentiment d'impuissance favorise par ailleurs le développement d'une humeur dépressive qui vient alors s'ajouter à la maladie chronique (voir à ce sujet les [chapitres 7 et 8](#)). La perception par l'individu de la nécessité d'agir sur son mode de vie ou sur le cours de la maladie comporte deux aspects: l'idée qu'il se fait de la possibilité d'influencer la maladie («*Il est possible de contrôler le diabète*»), et celle de sa propre capacité d'action («*Je peux contrôler mon diabète*»). Ces deux aspects sont des éléments essentiels à considérer dans tout modèle de soins aux malades chroniques.

Au cours du traitement, des décisions doivent être prises régulièrement sur la suite qu'il faut lui donner. Ces décisions s'appuient sur les connaissances médicales les plus avancées, tout en étant compatibles avec la situation et la réalité quotidienne du patient, et répondent dans la mesure du possible à ses besoins personnels. C'est pourquoi plusieurs nouveaux modèles de soins fondent la relation thérapeutique sur le principe de la prise de décision partagée (Shared Decision Making – SDM). Les décisions relatives au traitement doivent être l'aboutissement d'un processus de discussion d'égal à égal entre les patients et les professionnels de la santé.

Le terme de «*skillmix*» désigne dans les nouveaux modèles de soins la répartition des tâches et des responsabilités entre les représentants de différentes professions de la santé. Le terme de «*grademix*» décrit un mélange de niveaux de qualifications au sein d'un groupe professionnel.

Il existe deux conceptions du skillmix, chacune ayant une visée spécifique:

- la délégation de certains soins à un personnel qualifié, notamment pour libérer le personnel médical de service et lui permettre d'exercer ses tâches où ses qualifications sont indispensables.
- l'intégration systématique de spécialistes paramédicaux (psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers) dans les prestations afin de fournir une prise en charge globale (voir l'encadré sur l'«*advanced practice nurse*» au chapitre 9.3).

Le skillmix, au sens de la délégation de certaines tâches médicales au personnel soignant, participe à un changement de paradigme fondamental dans le système de santé.

« La littérature spécialisée et l'expérience acquise dans le domaine des maladies chroniques montrent que, dans une équipe de soins centrée sur le patient, ce sont les infirmiers, non les médecins, qui sont la clé de voûte du chronic care model. » (Bodenheimer et al., 2005, p. 330; traduit de l'anglais)

Les nouveaux modèles de traitements attachent une grande importance aux *processus de prises de décision cliniques*. Les soins à long terme des malades chroniques et de patients multimorbides conduisent à faire régulièrement des choix sur la suite du traitement. Les nouveaux modèles de prises en charge comprennent des protocoles normalisés et des parcours de soins destinés à structurer ces prises de décision. Le développement et l'application de ces protocoles s'appuient sur le fondement rationnel de la médecine factuelle.

Pour conformer toute décision clinique à l'état des connaissances de la médecine factuelle le plus récent, il faut recourir aux technologies modernes de l'information qui permettent d'accéder au savoir médical de pointe et de gérer les données relatives aux patients dans des dossiers électroniques accessibles à tous les fournisseurs de prestations du réseau. Une autre possibilité consiste à utiliser des systèmes d'aides à la décision clinique (Clinical Decision Support tools – CDS) qui permettent de traiter et de recouper les données individuelles du patient avec des connaissances cliniques factuelles, de manière à faciliter les prises de décision et les soins cliniques.

Nous présentons ci-après à titre d'exemple le «chronic care model (CCM)» pour illustrer les objectifs et la forme d'un système de soins intégrés.

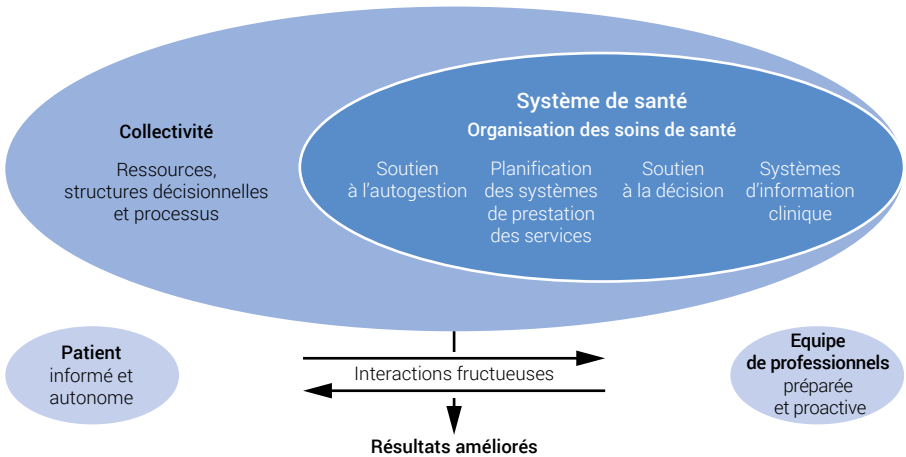
Modèle de type organisationnel: le chronic care model (CCM)

Le CCM est un modèle conçu pour les soins médicaux de base aux malades chroniques. L'accent est mis sur l'interaction entre un patient informé et actif, et une équipe de professionnels bien préparés et proactifs. Le but est de réagir aux changements qui se produisent en cours de maladie, d'anticiper toute détérioration de la santé et de prendre des mesures pour la prévenir ou la ralentir. Une équipe composée de divers professionnels suit les malades de façon continue et coordonnée. La participation active des patients est indispensable. L'équipe soignante élabore avec eux des objectifs de traitements individuels. On met à profit les ressources et l'environnement du malade, notamment la collectivité, pour accroître sa capacité d'autogestion et améliorer ses comportements sanitaires. Les fournisseurs de prestations suivent des directives basées sur des données factuelles et sur des procédures de soins définies (algorithmes de traitement formalisés). La coordination avec des spécialistes externes et le recours à des systèmes d'information cliniques, ainsi que des formations pour optimiser le partage des tâches au sein des équipes de soins constituent d'autres éléments importants de ce modèle.

En 2002, le CCM a été retenu par l'OMS comme base de son concept cadre pour l'innovation en matière de prises en charge des maladies chroniques. Plus que d'autres, il est considéré comme un modèle particulièrement novateur parce qu'il est centré sur le patient et ses ressources, y compris son réseau social. Parmi les autres aspects majeurs de ce modèle figurent un groupe de personnes de référence (gatekeeper/gateopener) et le skillmix. La mise en œuvre de ce modèle exige des ajustements de nature politique qui sont définis dans le rapport «Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework» de l'OMS. Le CCM se démarque ainsi des autres modèles de soins intégrés. Il sert en Suisse de base d'évaluation des programmes de prises en charge des malades chroniques et des personnes multimorbides (voir le [point 9.2](#)). La figure ci-après illustre les principes et les éléments clés du CCM.

Modèle de prise en charge des maladies chroniques

Fig. 9.2



Source: sur la base de Bodenheimer et al., 2002

© Obsan 2015

Le *concept des soins guidés* (guided care) constitue un développement intéressant du CCM pour les soins aux patients âgés multimorbides. Dans ce modèle, le premier interlocuteur du patient n'est pas l'équipe de soins, mais un professionnel soignant qui joue le rôle de coordinateur principal. Il débute la prise en charge par une visite à domicile qui lui permet d'analyser et d'évaluer l'état de santé du malade, ses conditions de vie et son environnement social. Cette analyse initiale se traduit par un plan de soins complet qui intègre les ressources internes et externes du patient.

On peut également tirer des parallèles entre le CCM et le «*Patient Centered Medical Home*» (PCMH), adapté aux États-Unis par la grande organisation de soins intégrés «*Kaiser Permanente*». Le PCMH cible l'ensemble de la population, pas seulement les personnes atteintes de maladies chroniques. Le patient figure au cœur de ce «*chez soi médicalisé*», avec sa situation individuelle et son environnement social. Dans le PCMH, il traite avec un médecin qui le suivra pendant plusieurs années et qui est bien au fait de sa situation personnelle, de ses besoins, de son environnement social et de son état de santé. Le PCMH inclut les personnes en bonne santé aussi bien que les malades. Il offre notamment des prestations de médecine préventive et des formations destinées à améliorer les compétences et à développer les soins aigus, chroniques et palliatifs. Dirigée par le médecin personnel du patient, l'équipe interdisciplinaire comprend un large éventail de professionnels de la santé, mais aussi des travailleurs sociaux et des spécialistes du secteur de l'assurance. L'une des caractéristiques du PCMH est l'importance qu'il attribue au suivi et à la sensibilisation des patients. Il comporte un «*panel management*» qui inclut une prise de contact

systematique et proactive avec les patients par téléphone ou par courrier électronique pour consolider leur relation avec leur «chez soi médical» et favoriser le suivi de leur traitement. Les patients sont contactés régulièrement pour faire le point sur leur traitement, leur rappeler les objectifs et les délais convenus, et les soutenir dans leur autogestion.

Pour plus d'informations sur les modèles intégrés au niveau international, on peut se référer au rapport de synthèse de Djalali & Rosemann (2015), qui inclut une comparaison des différents modèles et une réflexion sur l'avenir des soins intégrés en Suisse.

9.2 Tour d'horizon des programmes structurés destinés aux malades chroniques et multimorbides

Le deuxième rapport de synthèse présenté dans ce chapitre traite de la situation actuelle, en Suisse, des programmes spécifiquement structurés pour les soins aux malades chroniques et multimorbides. Il a été élaboré par Dr med S. Ebert, MASHem, Prof Dr med I. Peytremann-Bridevaux, MPH, DSs, PD Dr med N. Senn, Ph. Les docteurs Ebert et Senn travaillent à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne, la professeure Peytremann-Bridevaux à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Leur étude a pour titre «Rapport sur les programmes de prises en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse».

Ce chapitre présente l'état actuel des programmes structurés destinés aux malades chroniques et multimorbides. Sur mandat de l'Obsan, Ebert, Peytremann-Bridevaux et Senn (2015) ont réalisé une enquête téléphonique en vue d'établir un inventaire des programmes existants en Suisse.

Les programmes pris en considération dans le cadre de cette étude

Les programmes spécialement destinés au traitement des malades chroniques et patients multimorbides se distinguent des structures ordinaires de soins et des autres offres par les six caractéristiques suivantes:

1. Le programme est ciblé sur les personnes atteintes d'une seule maladie chronique (diabète, démence, etc.) ou d'affections multiples (multimorbidité).
2. Il vise les adultes (18 ans et plus).

3. Il prévoit une ou plusieurs interventions clairement définies (physiothérapie, soins à domicile, etc.).
4. Il inclut l'implication active du patient dans le processus de soins.
5. Le programme est structuré et clairement défini (algorithme formalisé).
6. Le programme était effectif en 2013.

Les programmes répondant à l'ensemble de ces critères sont recensés dans le présent inventaire. Ceux qui sont consacrés aux enfants et adolescents atteints de maladies chroniques n'y sont pas répertoriés, de même que les offres qui ne se conforment pas à un processus clairement défini (sans algorithme formel), ou qui ne comprennent pas la participation du patient, sous quelque forme que ce soit, en tant que partenaire actif dans le processus de traitement. On a également écarté les programmes et offres dont les groupes cibles ne souffrent pas d'une maladie chronique déterminée, mais présentent plutôt des symptômes ou troubles chroniques (par exemple les centres pour personnes atteintes de douleurs chroniques).

Pour évaluer les programmes de traitements de personnes souffrant de maladies chroniques, l'équipe a contacté toutes les organisations décrites dans le tableau 9.1 au prix d'un important travail de recherche. Lors d'une deuxième enquête, les personnes clés identifiées comme telles dans le cadre de ce champ d'activité ont été invitées à participer à un entretien téléphonique. Dans une troisième phase, où l'on misait sur un effet «boule de neige», on a demandé aux personnes contactées si elles connaissaient d'autres programmes ou personnes susceptibles d'être associés à cette enquête. Cette phase de recherche, du 15 juin au 1^{er} novembre 2013, a permis d'obtenir l'effet de saturation souhaité. Un total de (N=) 383 individus sur les quelque 600 personnes contactées initialement par téléphone et par courrier électronique ont fait l'objet d'un second contact. (N=) 217 d'entre eux ont répondu par courrier électronique ou téléphone. 44 des 92 programmes mentionnés satisfaisaient aux critères de sélection mentionnés. On peut supposer que cette approche a permis de recenser une part importante des programmes conformes à ces critères.

Une fois les programmes pertinents identifiés, l'enquête a été menée sous forme de questionnaire standardisé permettant de recenser les caractéristiques essentielles de chaque offre.

Tab. 9.1 Catégories d'organisations contactées aux niveaux national et cantonal (phase d'enquête I)

Organismes	Exemples	Niveau régional	
		National	Cantonal
Administration Santé publique	Directions de la santé, médecins cantonaux, office fédéral de la santé publique	X	X
Fournisseurs de soins et organisations en général	Hôpitaux universitaires et pour les cantons sans hôpital universitaire, l'hôpital cantonal correspondant, associations d'aide et de soins à domicile, sociétés médicales		X
Fournisseurs de soins en réseaux	Réseaux de médecins, Forum Managed Care, centres de télémédecine (p. ex. Medgate)	X	X
Universités, Hautes écoles	Instituts de médecine de famille, de médecine sociale et préventive, hautes écoles de santé		X
Assureurs	CSS, Helsana, Groupe Mutuel	X	
Pharmacies	MSD, Zeneca, Pfizer, Sanofi	X	
Associations professionnelles et organisations dans le domaine de la santé publique	FMH, ASI, Santé publique Suisse, ligues de la santé	X	X

Source: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

Résultats de l'enquête

L'étude réalisée en Suisse par Ebert et al. (2015) a permis d'identifier en 2013 un *total de 44 programmes spécialement structurés pour le traitement* d'adultes souffrant de maladies chroniques.¹⁰ Ces programmes couvraient l'éventail de maladies suivant: diabète, troubles pulmonaires et cardiovasculaires, cancers, VIH/sida, affections psychiques et neuropsychiatriques (dépressions, maladie d'Alzheimer, etc.), démences, maladies rhumatismales, affections rénales, multimorbidité et autres troubles chroniques. Une étude similaire, en 2007, n'avait identifié que sept programmes de traitements des maladies chroniques (Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009).

¹⁰ À la différence du présent rapport, qui s'intéresse aux maladies chroniques non transmissibles, l'étude menée par Ebert et al. (2015) a porté sur l'ensemble des maladies chroniques, y compris celles dites transmissibles. L'un des 44 programmes identifiés inclut également le traitement d'une maladie chronique (VIH/sida).

L'étude s'est notamment intéressée à la répartition régionale de ces programmes, qui est présentée dans le tableau 9.2, ventilée par cantons et groupes cibles. La plupart des programmes sont consacrés aux diabètes et aux troubles psychiques ou neuropsychiatriques. Des programmes destinés spécifiquement aux patients atteints de maladies chroniques multiples (multimorbidité) n'existent que dans les cantons de Genève, Soleure, Bâle-Ville, Zurich et Thurgovie. Aucun programme de traitements destiné spécifiquement aux malades chroniques n'a été recensé dans les cantons du Jura, d'Argovie, d'Appenzell (Rhodes-Intérieures et Rhodes-Extérieures), de Glaris, des Grisons, de Schaffhouse, de Lucerne, d'Obwald, de Schwyz, d'Uri et du Tessin.

En soi, l'existence d'un programme ne dit pas grand-chose sur le taux de couverture de son groupe cible dans un canton donné, car les groupes de patients concernés peuvent compter entre 10 et 20'000 individus. Pour évaluer succinctement la gamme d'offres existantes, il peut être utile de se baser sur l'information selon laquelle la moitié des programmes sur lesquels on dispose des informations nécessaires¹¹ sont destinés à la prise en charge d'un maximum de 100 patients. En observant la répartition des programmes sur le plan régional, on constate que l'offre semble être apparue de façon plus ponctuelle et aléatoire que si elle avait été basée sur une planification cantonale ou communale visant à l'approvisionnement de la population. Beaucoup de ces offres ont été mises en place à l'initiative d'hôpitaux ou de professionnels de la santé.

« Cette étude, unique en Suisse, a permis de répertorier 44 programmes, ce qui représente une augmentation par rapport aux 7 programmes identifiés en 2007. Néanmoins, le nombre et la couverture de ces programmes sont largement insuffisants pour permettre un impact réel sur la santé et la prise en charge de tous les patients chroniques résidant en Suisse. »
(Ebert et al., 2015, p. 40)

¹¹ Quant au nombre de patients pris en charge, on ne dispose d'informations pertinentes que pour 27 des 44 programmes identifiés.

Tab. 9.2 Nombre de programmes de prise en charge pour certaines maladies chroniques, par régions/cantons, 2013

Groupe cible	Région lémanique			Espace Mittelland				Suisse du Nord-Ouest		ZH	Suisse orientale		Suisse centrale		Inter-cantonal	Total
	GE	VD	VS	BE	FR	NE	SO	BL	BS	ZH	SG	TG	NW	ZG		
Diabète	1	1		1	2			1	1	1	1				2	11
Maladies pulmonaires			1						1		1				1	4
Maladies cardiovasculaires (y. c. maladies cérébrovasculaires)		1									1	1	1			4
Cancer		1			1	1										3
Maladies mentales et neurologiques	1	3							1		1			1		7
Syndromes gériatriques	1	1				1				1						4
Maladies rhumatologiques									1							1
Maladies des reins			1	1	1											3
Multimorbidité	1						1		1	1		1			1	6
Diverses maladies															1	1
Total	4	7	2	2	4	2	1	1	5	3	4	2	1	1	5	44

Uniquement les programmes de prise en charge pour adultes

Aucun programme n'a été recensé dans les cantons d'Aarau, Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Glaris, Grisons, Jura, Lucerne, Obwald, Schaffhouse, Schwytz, Tessin et Uri.

Source: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

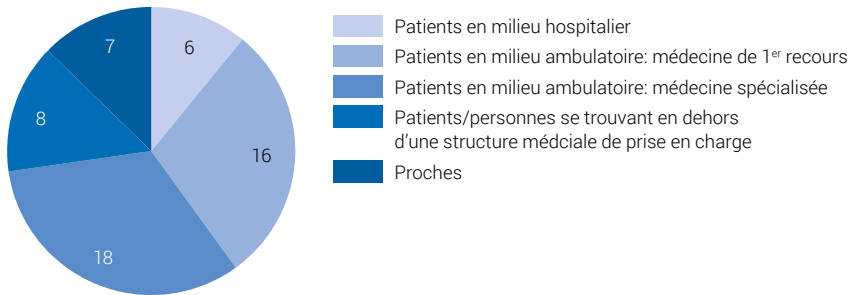
Sur ces 44 programmes qui, par leurs critères de sélection, sont dévolus aux adultes, une part de 9% porte sur les patients âgés de plus de 65 ans. Bien qu'ils ciblent essentiellement les adultes, une part réduite de ces programmes est aussi destinée à la prise en charge d'enfants et d'adolescents (5%), ou de toute personne âgée de plus de 16 ans (2%).

Comme le montre la figure 9.3, la majeure partie des programmes (43 au total) sont destinés, entre autres, aux patients traités dans un cadre ambulatoire (médecins de famille: 16; spécialistes: 18).¹²

¹² Plusieurs réponses possibles par programme; certains programmes visent plusieurs groupes-cibles, tandis que d'autres incluent des interventions susceptibles de se produire en différents endroits..

Nombre de programmes de prise en charge des adultes atteints de maladies chroniques, par groupes de patients, 2013

Fig. 9.3



Plusieurs réponses possibles

Source: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

Six de ces programmes sont destinés aux personnes soignées en milieu hospitalier, huit à l'ensemble de la population et sept d'entre eux portent sur l'entourage des patients. Ainsi, la plupart des interventions, soit 32 programmes, se déroulent dans un cadre ambulatoire, 20 dans les hôpitaux, 12 aux domiciles des patients et 11 dans des structures communautaires, tandis que deux d'entre eux incluent des contacts téléphoniques.

Les éléments du CCM déjà intégrés dans les programmes suisses

Le tableau 9.3 ci-après permet de déterminer dans quelle mesure les 44 programmes recensés répondent aux exigences du CCM. Les caractéristiques détaillées significatives de chacun des programmes figurent dans le rapport de synthèse d'Ebert et al. (2015).

La majeure partie des programmes (91%) favorisent par plusieurs de leurs éléments le développement de qualifications chez les patients, ainsi que leur autodétermination et leur participation active au processus de décision et à l'organisation du traitement. Chacune des prestations des 44 programmes comprend des éléments caractéristiques du CCM. Mais moins de la moitié d'entre eux seulement (43%) incluent une collaboration pluridisciplinaire. Quant au processus de prises de décisions cliniques, plus de la moitié des programmes (57%) reposent sur des instruments bien définis dans le CCM. Enfin, ces programmes font très largement appel, à hauteur de 91%, aux systèmes d'information cliniques. La transmission d'informations médicales de rétroaction au personnel de soins en est l'élément le plus récurrent. En revanche, 39% seulement des programmes reposent sur un système d'information commun.

La majorité des programmes bénéficient de financements spécifiques relatifs à leurs prestations, mais qui sont généralement réduits et ne couvrent qu'une partie des coûts.

La composition professionnelle de l'équipe de traitement occupe elle aussi une place importante dans le descriptif des programmes existants. Les groupes de soins des 44 programmes comprennent de une à huit professions de la santé (moyenne: 3,3 groupes; médiane: 3 groupes). Il peut paraître surprenant que 43,2% seulement des programmes mettent l'accent sur la pluridisciplinarité professionnelle (cf. tableau 9.3), mais cet écart peut s'expliquer par le fait que la composition d'une équipe n'est pas toujours conforme à la définition de la pluridisciplinarité au sens d'une répartition égalitaire des tâches et des compétences.

Tab. 9.3 Principaux éléments du chronic care modell dans les programmes de prise en charge des malades chroniques, 2013

	Nombre de programmes	en %
Objectif du programme		
Définition d'objectifs disponible	44	100
Soutien à l'autogestion des patients	40	90,9
Education des patients	33	75,0
Evaluation et documentation des activités et besoins de l'autogestion	24	54,5
Mise à disposition d'outils pour les patients	25	56,8
Implication active du patient dans la mise sur pied du plan de traitement et dans la formulation des objectifs de traitement	29	65,9
Organisation des prestations	44	100,0
Multidisciplinarité des soignants	19	43,2
Définition des rôles et de la répartition des tâches des soignants	39	88,6
Réunions planifiées de l'équipe soignante	24	54,5
Suivis planifiés des patients	24	54,5
Soutien à la décision clinique	25	56,8
Utilisation de recommandations de pratique clinique	10	22,7
Formation spécifiques des soignants	19	43,2
Accès aux spécialistes	11	25,0
Système d'information clinique	40	90,9
Système de rappel	5	11,4
Registre des maladies	2	4,5
Monitoring des performances	1	2,3
Retour d'information médicale aux professionnels	31	70,5
Système d'information partagé (p. ex. dossiers électroniques des patients)	17	38,6
Autres	5	11,4

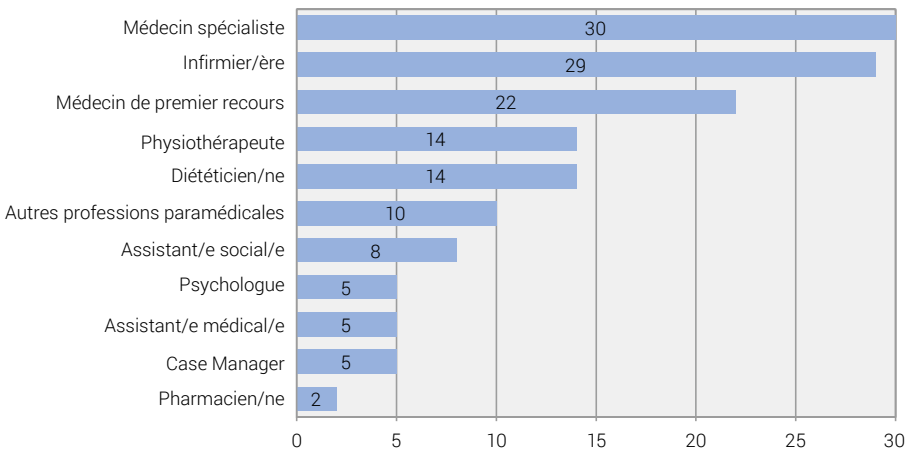
Source: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

La figure 9.4 présente les groupes professionnels engagés dans le cadre des programmes spécifiques de soins aux malades chroniques. Les médecins spécialistes (30 programmes sur 44) forment le groupe le plus vaste. Le personnel infirmier apparaît également dans de nombreux programmes. On peut s'étonner que les médecins généralistes figurent dans moins de la moitié des programmes, alors qu'ils sont généralement considérés comme parfaitement qualifiés dans une optique de soins continus et de coordination en matière de traitements. On note aussi fréquemment dans ces équipes la présence de spécialistes de la physiothérapie, de la nutrition et du travail social. Cinq programmes seulement comprennent des professionnels de la psychologie, de la gestion de cas ou de l'assistance médicale. Deux programmes impliquent des pharmaciens. La plupart des équipes de traitement réunissent des médecins spécialisés et du personnel infirmier (15 programmes). Neuf programmes seulement s'appuient sur des médecins de premier recours.

Groupes professionnels et nombre de programmes de prise en charge dans lesquels ils sont représentés, 2013

Fig. 9.4



Source: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

9.3 Conditions-cadres de l'introduction de modèles de soins intégrés en Suisse

Bien qu'il se soit établi dans les professions de la santé et au niveau politique un consensus sur la nécessité d'une réforme dans le domaine des soins pour remédier aux carences actuelles, dont l'acuité ira croissant, à propos de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et de multimorbidité, trop peu de choses ont changé jusqu'ici. La contradiction entre la prise de conscience générale de la nécessité d'un changement et la mise en œuvre plutôt limitée des nouveaux modèles de soins s'explique par le fait que les milieux qui préconisent et promeuvent ce changement sont eux aussi confrontés à des obstacles. En outre, la voie optimale que devrait suivre la réforme est sujette à controverse, l'éventail des mesures envisagées allant d'une stratégie par petites étapes, à l'exemple de l'indemnisation des prestations supplémentaires (comme p. ex. dans le domaine de la coordination de différents groupes professionnels), à une refonte complète du système de financement, de la classification des professions de santé et des conditions légales régissant le domaine des soins.

Ci-après sont brièvement exposés les points essentiels sur lesquels se joue, en Suisse, la confrontation entre forces de changement et facteurs de blocage au sujet de la mise en pratique de modèles de soins intégrés.

Facteurs favorables

En janvier 2013, le Conseil fédéral a rendu publiques ses priorités en matière de santé pour les huit prochaines années. La stratégie de réforme intitulée «Santé2020» est présentée comme une vision globale de la santé publique sur le plan national, avec la définition des domaines d'activité, des objectifs visés et des mesures à mettre en œuvre. Le changement de paradigme en matière de soins, qui consiste à donner la priorité au traitement des affections chroniques plutôt qu'aux maladies aiguës, y est considéré comme un défi primordial pour les années à venir. Le Conseil fédéral mentionne les changements et développements suivants:

- Les besoins des patients doivent être pris davantage en considération
- Les patients doivent être encouragés et stimulés dans leur capacité d'autogestion
- La fonction de la population en tant qu'acteur du domaine de la santé doit être encouragée en valorisant les compétences de prises en charge des malades par leurs proches
- Les prestataires de services doivent améliorer leur coordination, répondre de façon différenciée aux besoins des malades et mieux exploiter les nouvelles technologies

- Le domaine de la santé doit faire l'objet d'un transfert de ressources du secteur aigu et hospitalier vers celui des soins chroniques et ambulatoires.
- Les prestations devront être davantage axées sur la prévention et sur les soins de longue durée aux malades chroniques et aux patients en fin de vie.
- Les mécanismes de financement via la loi sur l'assurance-maladie doivent être adaptés en conséquence.
- Une nouvelle stratégie en matière de formation aux professions de la santé est nécessaire, le nombre et la qualité des professionnels devant se conformer aux besoins futurs du système sanitaire.

À partir de ces postulats, le Conseil fédéral définit des champs d'action et des objectifs, dont certains concernent spécialement les soins prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques et de multimorbidité. L'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne», prévoit explicitement des mesures consistant à améliorer les soins intégrés aux malades chroniques. L'objectif 2.3 «Renforcer les droits des patients et des assurés», tend notamment à encourager l'autonomie des malades. Enfin, l'objectif 3.3 «Disposer de davantage de personnel soignant bien formé», vise à intégrer dans la formation et post-formation dispensées en milieu universitaire et autres les nouvelles exigences en matière de soins intégrés. En conclusion, on constate que l'orientation de la réforme des pratiques de santé vers un système de soins intégrés, centré sur les patients, constitue un objectif prioritaire de la stratégie du Conseil fédéral.

D'autres mesures mises en œuvre conjointement par la Confédération et les cantons ont également leur importance dans ce contexte. C'est le cas de la Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017, adoptée le 3 juillet 2013 par le Conseil fédérale dans le cadre du Dialogue «Politique nationale suisse de la santé», et qui inclut les domaines suivants: prévention, encadrement et recherche. Il s'agit également de la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017, qui entend réduire les charges des patients atteints de démence et de leurs personnes de référence, et à améliorer leur qualité de vie. De projets ont été lancés dans les domaines suivants: sensibilisation, diagnostic, financement, éthique, recommandations pour les soins de premier recours et amélioration de la disponibilité des données. La stratégie des soins palliatifs, qui traite des concepts de soins et des structures dans ce domaine, des systèmes de financement, de sensibilisation, de travail bénévole et de compétences professionnelles. La stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, qui vise à améliorer les connaissances de la population en matière de santé et à créer des conditions-cadres facilitant des comportements plus favorables à la santé, a démarré le 21 novembre 2013 sous l'égide du Dialogue «Politique nationale suisse de la santé». Le sous-projet 1 de cette stratégie traite des facteurs de risques, de prévention au niveau national et des synergies entre les

stratégies spécifiques à chaque maladie, tandis que le sous-projet 2 vise à renforcer la prévention dans le domaine des soins de santé. Les deux groupes de travail ad hoc, qui ont commencé leur activité en mars 2014, ont rendu leurs rapports au début de l'année 2015. Ces rapports étaient destinés à servir de bases à la planification de la stratégie et des mesures pour les années 2015 et 2016. Dans le domaine de la santé psychique, aucune véritable stratégie n'a été définie à ce jour, mais la Confédération et les cantons s'efforcent d'entretenir un dialogue permanent en vue d'améliorer l'interconnexion et la coordination entre les parties prenantes grâce à la création du «Réseau de santé psychique», et d'engager des mesures concrètes avec le programme d'action «Alliance contre la dépression», qui vise à améliorer le dépistage précoce et le traitement de ce type de maladies. Enfin, les programmes en matière de mobilité et d'alimentation incluent un projet qui consiste à tester de nouveaux modèles offrant aux patients un accompagnement adéquat («coaching santé»). Dans ce contexte, la mise en rapport des malades chroniques avec les ressources disponibles à proximité fait l'objet d'une attention particulière. De plus amples informations sur ces stratégies figurent sur le site www.bag.admin.ch → [Thèmes](#) → [Maladies et médecine](#) → [Maladies non transmissibles](#)

Changement dans la médecine de premier recours: depuis plusieurs années, la Confédération et les cantons estiment que l'assistance médicale de base en Suisse nécessite une réforme fondamentale pour être à la hauteur des défis à venir (BAG, 2013; GDK & BAG, 2012), à commencer par le vieillissement démographique, la recrudescence des maladies chroniques et la pénurie actuelle, qui ira s'aggravant, de personnels dans les deux principaux groupes de soins de base (médecins de famille et personnel soignant).

Les appels à des réformes des soins de base ne résultent pas, en premier lieu, de la nécessité d'optimiser le traitement des malades chroniques, mais de la volonté d'assurer une couverture de soins efficace, notamment dans les régions rurales. Ils se sont traduits par le développement de nouveaux modèles de soins de base conformes, sous de nombreux aspects, aux idées fortes en matière de soins intégrés (GDK & BAG, 2012, p. 10). Il a été proposé, par exemple, de rassembler plusieurs prestataires de services dans des centres de soins, de procéder à une nouvelle répartition des tâches et des compétences entre les professionnels de la médecine et des soins (mot-clé: Advanced Nurse Practitioner, ANP; voir l'encadré), d'instaurer une collaboration pluridisciplinaire d'égal à égal entre diverses professions de la santé de niveau universitaire et, notamment, de mettre en place des soins intégrés pour les personnes souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité. Leur premier interlocuteur, soit la personne de référence, serait le cas échéant le médecin de famille ou, lors de malades chroniques, une ANP. Des associations de médecine et de soins ont présenté des postulats similaires (SAMW, 2011; DeGeest, 2011), qui incluent de cas en cas d'autres professions de la santé, tels les assistants médicaux (Ebert et al., 2015).

Advanced Nurse Practice (ANP)

L'appellation «Advanced Nurse Practice (ANP)» recouvre dans la littérature spécialisée un personnel de soins de formation universitaire (master ou doctorat) au bénéfice d'une expérience pratique. Ces spécialistes travaillent avec les patients de manière autonome au sein des divers secteurs de soins, tels les hôpitaux, les homes médicalisés, les services d'aide et de soins à domicile, ou les cabinets médicaux de proximité. Les services des «Advanced Practice Nurses (APN)» existent depuis un certain temps déjà dans certains pays, comme les États-Unis, le Canada ou les pays scandinaves, avec la possibilité de déléguer certaines tâches (la responsabilité revenant au médecin) ou de les accomplir à la place du médecin (la responsabilité incombant dans ce cas à l'APN).

Il ressort d'un rapport Cochrane (Laurant et al., 2004), consacré aux tâches médicales confiées à une APN en remplacement du médecin, que le personnel de soins doté d'une formation adéquate parvient, dans certaines situations ambulatoires spécifiques, à fournir des soins et des résultats thérapeutiques de même qualité que ceux des médecins. Un rapport récent (Martínez-González et al., 2014) sur ce sujet confirme ce constat. Les méta-analyses indiquent que les soins de base prodigués par un personnel spécialisé ont une efficacité comparable voire, dans certains cas, supérieure à celle de médecins. Ces deux rapports évoquent toutefois l'insuffisance des données disponibles, qui ne permettait pas de tirer des conclusions définitives en matière de comparaison de la qualité des soins.

Dans le cadre des traitements de base, la notion de «nouveau modèle de soins» ne recouvre pas complètement celle qui est utilisée jusqu'ici dans le présent chapitre à propos des conceptions de soins intégrés destinés aux malades chroniques. D'une part, la Confédération et les cantons y incluent les soins aigus; d'autre part, bien que ces nouveaux modèles de soins de base s'inspirent dans plusieurs de leurs objectifs du «Chronic Care Model», leurs exigences essentielles sont moins contraignantes que celles des modèles de soins intégrés. Néanmoins, pour l'introduction de modèles de soins intégrés, les réflexions sur ce changement et les mesures qui en découlent dans le domaine des soins de base présentent une grande importance car elles poursuivent les mêmes objectifs, soit la création de conditions-cadres favorables à un tel changement. Le 18 mai 2014, le peuple suisse a clairement approuvé le *nouvel article constitutionnel relatif aux soins médicaux de base*. Cet article, contre-projet à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», et l'arrêté qui en résulte instituent les conditions légales pour restructurer les soins de base, avec des dispositions relatives aux buts visés, aux prestataires de services et à leur collaboration, à la formation de base et spécialisée des professionnels des soins de base, ainsi qu'au financement de la médecine de famille. Le système de santé devra comporter des formes de soins intégrés et interprofessionnels. Les soins de base ne seront plus l'apanage d'un seul groupe, mais devront être assumés par divers intervenants et institutions spécialisées. L'arrêté

fédéral définit la médecine de famille comme la «colonne vertébrale» de la médecine de base, en soulignant simultanément que seule la collaboration de différents groupes professionnels permettra la mise en œuvre d'un système de soins intégrés de qualité. Il confère à la Confédération la compétence de réglementer la formation et post-formation dans les professions paramédicales.

Un autre domaine visé par un profond changement de nature politique, et qui favorisera l'introduction des modèles intégrés, est celui de la *formation en santé* (voir à ce sujet le «Lancet Report», Bhutta et al., 2010). Les directives définissant les capacités et aptitudes auxquelles seront soumis les différents groupes de professions de la santé font l'objet d'un réexamen. Dans la formation médicale des professions de niveau universitaire et de niveau Hautes écoles spécialisées (HES), on apprend de nouvelles formes de collaboration, en mettant en place des modules interprofessionnels et en les intégrant à la formation. De nouveaux diplômes professionnels sont élaborés dont certains sont déjà proposés, telle la filière APN à l'Université de Bâle depuis 2000. La loi fédérale sur les professions médicales universitaires est entrée en vigueur en 2007. Elle constitue une base normative pour promouvoir la qualité de la formation, de la post-formation et de la pratique professionnelle dans l'intérêt de la santé publique, et pour développer des compétences en matière de collaborations interprofessionnelles. Elle a pour objectif de porter le personnel médical nouvellement formé à la hauteur des défis à venir, notamment pour ce qui concerne le traitement des personnes atteintes de maladies chroniques et de multimorbidité. La procédure de consultation relative à la loi fédérale sur les professions de la santé s'est récemment achevée. Cette loi tend à promouvoir la qualité de la formation dispensée au niveau bachelors dans les HES, ainsi que dans la pratique professionnelle qui en découle. Il s'agit notamment d'harmoniser les compétences et la collaboration entre les professions médicales universitaires et du niveau HES. La question de savoir si cette loi doit également réglementer les formations en santé de niveau master, tel l'expert infirmier APN, reste en suspens. Le cas échéant, les experts infirmiers et infirmières APN pourraient assumer certaines tâches et compétences des médecins dans des domaines spécifiques.

L'évolution démographique dans la profession médicale: au vu de la moyenne d'âge des médecins privés en exercice, il faut s'attendre à une vague importante de départs à la retraite dans un avenir prévisible (Jaccard Ruedin et al., 2007). Le problème de l'âge moyen, autrement dit de la faible proportion de jeunes dans le corps médical, est particulièrement aigu en médecine de base. D'ici à 2022, près de la moitié des médecins de premier recours auront atteint l'âge de la retraite (âge moyen en 2011: 53,3 ans; Burla & Widmer, 2012). Les praticiens nouvellement formés en médecine de base sont de plus en plus souvent des femmes, mieux disposées que les hommes à travailler à temps partiel. On observe toutefois aujourd'hui qu'une majorité de leurs collègues masculins d'âges comparables aspirent eux aussi à s'engager dans des

cabinets collectifs pour concilier activité professionnelle, vie familiale et loisirs. Cette évolution devrait entraîner une multiplication des cabinets collectifs et de médecins disposés à œuvrer en équipes.

Nouveaux profils professionnels: l'Académie suisse des sciences médicales a publié en 2007 un document, complété en 2011 par de nouveaux commentaires, qui devrait servir de base de discussion sur l'évolution future des profils professionnels des médecins et du personnel infirmier (SAMW, 2011). Dans le domaine de la médecine de base, les nouveaux profils présentés, tant pour les professions médicales que paramédicales, répondent dans une large mesure aux exigences du CCM. Ce même rapport fait également état de blocages, à commencer par le maintien des droits acquis ou par les conflits aux interfaces entre généralistes et spécialistes, entre corps médical et personnel infirmier, qui font obstacle à la mise en pratique de ces nouveaux profils professionnels.

Principaux obstacles

Nous allons examiner ci-après les facteurs qui ont jusqu'ici entravé l'introduction de modèles de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Dans le cadre d'une étude de Lauvergeon et al. (2012), les auteurs ont sollicité les avis d'un large éventail de personnes concernées sur les obstacles, les facteurs favorables, dits facilitateurs, et sur les incitations financières potentielles. Ils ont organisé cinq panels¹³ réalisé 33 interviews individuelles de directeurs cantonaux de la santé publique, de responsables des pouvoirs publics, de professionnels des soins aux malades chroniques, de réseaux de médecins, de représentants d'assurances, d'associations et d'organisations de patients. 25 interviews ont été conduites en français, 8 en allemand.

Au niveau politique, tous les panels, sauf celui des patients, ont évoqué comme principal obstacle le *système fédéral*, estimant que l'autonomie cantonale dans l'organisation du système de santé entravait le développement de programmes de soins intégrés dans l'ensemble du pays. Une loi-cadre serait nécessaire, au niveau national, pour surmonter cette difficulté. Il est aussi apparu que les personnes interrogées avaient des avis divergents sur la nécessité d'introduire de tels programmes en Suisse. Alors que certaines se disaient convaincues de ce besoin, d'autres estimaient que la plupart des postulats fondant ces programmes étaient déjà réalisés.

¹³ Un panel composé de diabétiques, deux de praticiens généralistes, un de médecins spécialistes et un de personnel paramédical.

L'ensemble des répondants estiment que le *système de financement* existant constitue un autre obstacle, en invoquant le fait que des éléments importants des soins intégrés (prévention, promotion de la gestion autonome, prestations de coordination au sein de l'équipe) ne peuvent être rémunérés dans le système d'indemnisation actuel. Certains ont également cité comme entrave à l'introduction de ces programmes la crainte d'une *augmentation des coûts*. Des problèmes ont en outre été mentionnés du côté des assureurs, qui seraient peu motivés à soutenir l'introduction de programmes en faveur des malades chroniques, considérant que cela leur attirerait de mauvais risques.

Au niveau organisationnel, le personnel infirmier et des représentants d'administrations de la santé publique ont évoqué un obstacle supplémentaire: la *peur de la transparence* des données relatives aux performances. Les prestataires de services craindraient, selon eux, que des données relatives à l'efficacité de leurs traitements soient publiées et donnent lieu à des comparaisons. Dans ce contexte, des médecins et des représentants de l'administration publique ont souligné que l'on ne disposait pas à ce jour de données statistiques importantes sur les personnes atteintes de maladies chroniques.

Au niveau des professions, les obstacles mentionnés étaient les suivants: la *rigidité* des programmes, qui restreindrait actuellement l'autonomie, la liberté ainsi que la pratique de modèles de collaboration ayant pourtant fait leurs preuves; le *manque de personnel médical* et le déséquilibre entre les médecins de premier recours et les spécialistes; le peu de motivation, chez les médecins de premier recours, à participer à ces programmes (les médecins, surtout ceux d'un certain âge, seraient habitués à travailler seuls, en toute indépendance).

Se fondant sur les résultats de cette étude, Lauvergeon et al. (2012) soulignent que le régime fédéraliste, le système de financement actuel, les incertitudes de nature pécuniaire (avec des baisses de coûts par suppression des doublons dans le meilleur des cas ou, à l'opposé, avec leur hausse à cause de l'élargissement de l'éventail des prestations, ainsi que le manque de motivation pour participer à ces programmes, tant chez les patients que les médecins, constituaient les principaux freins au développement des soins intégrés.

D'autres entraves à l'introduction des modèles et programmes de soins intégrés en Suisse sont mentionnés (GDK & BAG, 2012; Ebert et al., 2015): le système tarifaire actuel, dans lequel sont indemnisées des prestations individuelles, produit de fausses incitations et ne favorise pas une assistance médicale centrée sur le patient. Cela n'est pas seulement le cas des prestations médicales, mais également, par exemple, de la rémunération des services d'aide et de soins à domicile. Le libre choix du médecin ne facilite pas une orientation optimale des patients, mais répond au souhait d'une grande majorité de la population. La volonté de conserver les acquis et les conflits qui en découlent sur le plan de la redistribution des tâches entre généralistes et

spécialistes, entre médecins, personnel infirmier et autres professions de la santé, font obstacle au changement. L'éparpillement et le grand nombre de cabinets médicaux individuels et de petits cabinets collectifs en Suisse s'est avéré être jusqu'ici un élément de blocage. Mais le changement de génération devrait à moyen terme atténuer l'impact de cet inconvénient. Les compétences en matière de promotion de l'autonomie des patients et les programmes dans ce domaine sont encore trop peu développés. Rares sont encore les services ou organisations qui, à cet égard, proposent des programmes et sont en mesure de transmettre des compétences. La Suisse manque de recherches dans le domaine sanitaire et, par conséquent, de connaissances scientifiquement étayées sur les nouveaux modèles et programmes de soins. La conception de la sécurité sociale, avec sa séparation héritée de l'histoire entre assurances sociales et maladie, n'est souvent pas à même de répondre aux besoins complexes des personnes atteintes d'affections chroniques et de multimorbidité.

Ebert et al. (2015) proposent que la prochaine étape de mises en œuvre à court et moyen termes de programmes spécifiques répondant aux besoins des malades chroniques consiste à diffuser très largement les réalisations exemplaires menées à bien jusqu'ici. Dans un premier temps, le projet QualiCCare, lancé en 2011 à titre d'initiative nationale, peut servir de modèle (voir l'encadré).

Le projet QualiCCare

Ce projet, qui a démarré en 2011 avec le soutien du Département fédéral de l'intérieur (DFI), entend illustrer les améliorations potentielles résultant de plusieurs mesures importantes dans le traitement des deux affections chroniques BPCO et diabète de type 2. Se référant aux directives internationales, ses auteurs ont identifié certains éléments qui présentent en Suisse des possibilités d'amélioration des traitements, compte tenu des « bonnes pratiques » existantes. Le projet postule que l'amélioration de la qualité des traitements n'a pas d'incidence sur les coûts, car elle permet d'éviter de coûteuses hospitalisations. La réalisation du projet QualiCCare a été confiée en juillet 2013 à une association de 23 membres (état avril 2014), dont l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les cantons de Vaud et de Zurich, la Ligue pulmonaire, les Universités de Zurich et de Lausanne, des associations de prestataires de services (dont la FMH), plusieurs caisses d'assurance-maladie et des entreprises pharmaceutiques.

Les mesures en matière de diabète et de BPCO reposent sur plusieurs éléments: formation et autonomisation des patients, adaptation du système de financement pour rémunérer des prestations complémentaires importantes, formation continue du personnel infirmier, élaboration de directives en matière de traitement. On entend aussi rehausser le niveau des compétences en matière de santé de l'ensemble de la population sur la BPCO.

Pour le traitement de la BPCO, QualiCCare prévoit notamment les démarches suivantes: amélioration du diagnostic, traitements de désaccoutumance au tabac, thérapies médicamenteuses, vaccinations contre la grippe, formation à l'autogestion et réhabilitation pulmonaire. Pour améliorer les résultats des

traitements, des mesures spécifiques visent à inciter les patients atteints de BPCO à cesser de fumer, tel le remboursement des frais lorsqu'un traitement de désaccoutumance prescrit par un médecin est mené à son terme, ou à se faire vacciner contre la grippe (lettres de rappel des assureurs). Il convient également de favoriser le développement de cours d'autogestion pour patients et d'en assurer le financement. D'autres mesures envisagées portent sur l'élaboration de recommandations en matière de traitements et sur la création d'un programme de formation continue pour les médecins de premier recours, les spécialistes et le personnel infirmier pour améliorer leurs compétences de diagnostics et de traitement de la maladie. Enfin, des campagnes d'information devraient sensibiliser la population au problème de la BPCO.

Etat du projet: selon l'association QualiCCare, des programmes de formation pilotes sur le traitement du diabète ont été organisés en automne 2014 pour les médecins de premier recours. Les formations pilotes sur la BPCO sont déjà terminées et en phase d'évaluation. Des recommandations pour le traitement de la BPCO ont été publiées à l'intention des médecins de premier recours. Neuf recommandations sur quinze relatives au traitement du diabète ont été adoptées (état avril 2014), mais n'ont pas encore été publiées.

Autres informations utiles: www.qualiccare.ch

QualiCCare, qui n'est pas un modèle de soins en tant que tel, veut mettre en évidence ce qu'il convient de faire si l'on entend, par quelques mesures, améliorer la qualité des soins et des traitements de toute une catégorie de patients souffrant d'une maladie spécifique. QualiCCare inclut plusieurs éléments importants du CCM, tels la formation des patients à l'autogestion et l'élaboration de directives en matière de traitements. D'autres éléments du CCM, en revanche, n'y figurent pas, qui ont notamment trait à l'organisation ou au mode de travail du système des soins de base, avec l'interdisciplinarité de l'équipe soignante, la désignation d'une personne de référence ou les processus de prises de décision conjointes (Shared Decision Making).

9.4 Conclusions

Il existe aujourd'hui un large consensus sur la nécessité de redéfinir les axes du système de santé en Suisse. La priorité actuelle sur les soins aigus devra être décalée vers une prise en charge efficace et durable des malades chroniques et multimorbides, centrée sur le patient. Tous les milieux concernés admettent qu'une telle démarche exige l'établissement d'un nouvel état des lieux des professions de la santé. Le futur centre de gravité, dans le domaine des maladies chroniques, suppose une restructuration des professions, de nouvelles formes de collaborations et une redistribution des tâches entre professionnels de la santé. Cette évolution fondamentale, l'ASSM (2011) l'exprime en ces termes: il faut aujourd'hui davantage de «care» et moins

de «cure». Il ressort des développements qui précèdent que la réforme du système de soins est un élément majeur de la stratégie du Conseil fédéral. La nouvelle orientation qu'on entend donner à la médecine de premier recours rejoint sur bien des points les objectifs des modèles de soins intégrés décrits dans la [section 9.1](#). Tant en matière de politique de formation que de médecine de premier recours, une évolution est en marche pour créer des conditions favorables à l'introduction de modèles de soins intégrés.

Plusieurs facteurs exercent toutefois un effet inhibiteur sur les réformes envisagées. À commencer par le régime fédéral de gestion de la santé publique, son système de financement, la crainte d'une hausse des coûts, le manque de motivations des médecins et des patients, ou le lobbying de groupes professionnels opposés au changement.

« Il se pourrait que certains groupes défendent farouchement les rôles et modèles traditionnels parce qu'ils craignent de faire partie des perdants face au changement. » (SAMW, 2011, p. 18)

Sur la base de l'étude d'Ebert et al. (2015), il faut également souligner que l'offre actuelle de programmes intégrés ou de programmes structurés spécifiquement pour les malades chroniques est fortement lacunaire compte tenu du nombre des personnes qui souffrent en Suisse de maladies chroniques ou de multimorbidité. Ce déficit ne concerne pas seulement le nombre des programmes, mais également leur taux de couverture. En outre, la répartition régionale des programmes et le choix de maladies spécifiques semblent être souvent l'effet du hasard. Les initiatives prises à ce jour pour créer des programmes de soins intégrés sont fortement orientées sur certaines maladies. L'étude précitée n'a recensé en Suisse que six programmes intégrés destinés aux patients multimorbides, qui nécessitent pourtant plus que d'autres une telle prise en charge.

« En effet, seuls six programmes sur 44 s'occupaient de multimorbidité (exclusivement ou en partie). Qui plus est, la majorité de ces derniers étaient gérés par des assureurs maladie, pour qui l'enjeu de diminuer les coûts de patients complexes joue un rôle important dans ces initiatives. » (Ebert et al., 2015, p. 38)

Cette carence apparaît également dans le fait qu'une bonne partie des équipes soignantes dans les programmes de soins intégrés sont formées de médecins spécialistes et de personnel infirmier. Par leur formation et leurs compétences, les spécialistes tendent à orienter leur activité vers des maux particuliers, tandis que les médecins de premier recours couvrent l'ensemble du spectre des maladies. Il paraît toutefois malaisé, faute d'incitations financières, d'amener des médecins de familles à participer à ces programmes.

Enfin, si l'on confronte les besoins et objectifs des patients au système de soins existant, et cela vaut aussi en partie pour les nouveaux modèles de soins spécifiques, on observe, outre une offre quantitativement insuffisante, plusieurs aspects critiques. Comme l'ont confirmé les avis des malades chroniques et multimorbides susmentionnés, les patients expriment à l'endroit des traitements et de leurs prises en charge médicale des besoins que l'on peut résumer comme suit:

- Les professionnels sont tenus de consacrer suffisamment de temps aux dialogues avec les patients. Il doit s'établir entre eux une relation de confiance, d'ouverture et de respect mutuel.
- Ils doivent considérer la souffrance du malade et sa situation personnelle. La prise en charge doit être centrée sur l'individu, non sur la maladie.
- Les professionnels doivent aider le patient à intégrer la maladie dans sa vie quotidienne. Les problèmes de santé ne sont pas les seules difficultés auxquelles les malades chroniques sont confrontés.
- Il importe que les décisions soient prises conjointement avec le malade. Les plans de traitements doivent inclure ses objectifs, ses nécessités de la vie quotidienne et son environnement social.
- L'inquiétude et l'anxiété liées à la maladie chronique ne doivent pas être aggravées par des informations et des traitements mal coordonnés, confus ou contradictoires.
- Les proches et le réseau social du malade doivent être intégrés dans la planification des traitements dans le cadre des modèles de soins, anciens ou nouveaux.
- Les proches qui fournissent aux malades des soins informels doivent être considérés comme des acteurs d'un système de traitements global. Leur propre vulnérabilité est à considérer et ils doivent le cas échéant bénéficier d'un soutien.

Ces besoins fondamentaux sont insuffisamment pris en compte dans les systèmes de soins actuels, alors même qu'ils jouent un rôle majeur dans l'efficacité des traitements, le bien-être des patients et la gestion de la maladie. Les modèles et programmes de soins intégrés envisagés par la Confédération et les cantons reposent en partie sur d'autres objectifs, tels que la sécurité des soins, la suppression des redondances ou la standardisation des procédés.

Compte tenu des besoins et des critiques des patients, de nombreux changements s'avèrent nécessaires. Ainsi, si on veut le placer au cœur du système de prises en charge, il ne suffit pas de développer une offre en matière d'éducation du patient. Les individus atteints de maladies chroniques ont besoin d'une personne de référence, capable de les piloter dans les méandres du système de santé et de se faire leurs interprètes. Ce professionnel de la santé doit consacrer suffisamment de temps à la recherche, avec le patient, de solutions pratiques appropriées à sa situation personnelle et l'aider à gérer sa vie et sa maladie. Il doit s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire qui dispose de compétences, non seulement médicales et dans les soins infirmiers, mais également de connaissances dans le domaine social, le droit des assurances, la médecine et l'hygiène du travail, l'ergonomie, etc. Le but doit être de prendre soin du malade, et pas seulement de traiter la maladie.

Si l'on entend associer les patients en tant que partenaires égaux à la prise en charge de la maladie, il convient également de reconsidérer la terminologie en usage. On veut, certes, promouvoir l'auto-détermination des patients et la prise de décisions conjointe, mais le vocabulaire en vigueur n'y est plus adapté. Le patient n'a pas à être «éduqué» («éducation des patients»), ni à être réduit à un «cas» («case manager»); sa stratégie de prises des médicaments ne doit pas être qualifiée de «manque d'obéissance» («adhésion»), et il s'agit moins de le «prendre en charge» que de «le conseiller et l'accompagner». Cependant, dans certaines situations, par exemple au seuil de la mort, lors de pertes, de deuils, de fortes angoisses ou face à sa propre impuissance, il n'est pas pertinent de traiter le malade comme une «entreprise qui assumerait sa propre gestion».

Enfin, des stratégies sont nécessaires pour les groupes de malades particulièrement vulnérables évoqués dans le rapport. À une époque où la pression sur les coûts affecte le système de santé et les assurances sociales, ces individus ne doivent être ni oubliés ni abandonnés dans leur situation difficile.

Après ces réflexions sur les améliorations futures de la prise en charge des malades, un dernier chapitre traite de la prévention des affections chroniques. Nous y évoquerons l'exemple concret d'une stratégie au carrefour des systèmes de transports, de l'urbanisme et de la de la santé publique: la promotion de la mobilité active.

9.5 Synthèse

- Ⓐ Quelles sont les caractéristiques des modèles intégrés de prises en charge des personnes atteintes de maladies chroniques?
- Ⓑ Quels modèles existent aujourd'hui dans le monde?
- Ⓒ Quels programmes spécifiques la Suisse compte-t-elle et quel est leur taux de diffusion?
- Ⓓ Quelles sont les caractéristiques des programmes existants? Remplissent-ils les exigences du «Chronic Care Model»?
- Ⓔ Quels développements favorables peut-on observer, et à quels obstacles l'introduction des modèles de soins intégrés au niveau national fait-elle face?
- Ⓕ Quelles conclusions peut-on tirer des résultats et des réflexions du présent chapitre?

A **Quelles sont les caractéristiques des modèles intégrés de prises en charge des personnes atteintes de maladies chroniques?** Les soins intégrés, dans leur principe, comportent essentiellement les éléments suivants: des équipes pluridisciplinaires («skillmix»), des personnes de référence, des prises de décisions cliniques selon des règles définies, le rôle actif des patients dans une relation d'égalité avec les professionnels de la santé, un accès facilité au système de soins.

B **Quels modèles existent aujourd'hui dans le monde?** Les modèles de soins intégrés mis en œuvre jusqu'ici dans le monde diffèrent considérablement les uns des autres selon leurs objectifs et leurs modes de développement. Le «Chronic Care Model» (CCM) est le seul projet établi sur des bases entièrement nouvelles pour la gestion optimale des soins aux malades chroniques.

Les modèles issus des pratiques existantes sont peu ambitieux dans leurs objectifs et recouvrent beaucoup moins d'éléments clés d'un système optimal de soins intégrés. Mais ils peuvent se fondre aisément dans un système traditionnel et soulèvent moins d'opposition dans les milieux des médecins concernés.

C **Quels programmes spécifiques la Suisse compte-t-elle et quel est leur taux de diffusion?** Une enquête téléphonique a été réalisée en 2013 pour recenser les programmes structurés pour les adultes atteints de maladies chroniques et de multimorbidité. Ce sondage a permis d'identifier 44 programmes, dont seulement 6 consacrés à la multimorbidité. Ces programmes sont majoritairement basés sur les patients traités de manière ambulatoire et sur les affections suivantes: diabète (11), maladies pulmonaires (4), troubles cardiovasculaires (4), syndromes gériatriques (4), cancers (3), maladies psychiques et neuropsychiatriques (7), maladies rénales (3), multimorbidité (6), maladies rhumatologiques (1) et maux divers (1).

Presque tous ces programmes ont été développés au niveau local et indépendamment les uns des autres. Il n'existe entre eux ni échanges, ni coordination. Même si le nombre des programmes a fortement augmenté depuis 2007, l'offre existante est encore loin de couvrir l'ensemble des besoins du pays.

D **Quelles sont les caractéristiques des programmes existants? Remplissent-ils les exigences du «Chronic Care Model»?** Les programmes de soins structurés pour les adultes souffrant de maladies chroniques satisfont de manière inégale aux exigences du CCM. Ils ont tous un objectif spécifique. 91% d'entre eux incluent des éléments qui favorisent l'autogestion du patient, notamment pour leur éducation et intégration dans les procédures de prises de décision. L'organisation de ces programmes obéit à certains critères du CCM, mais 43% seulement de leurs responsables disent disposer d'équipes multidisciplinaires. Des instruments d'aide aux prises de décisions cliniques figurent dans 57% des programmes, mais seulement dix d'entre eux utilisent des directives. Enfin 91% des programmes comportent des éléments d'un système d'information clinique.

E **Quels développements favorables peut-on observer, et à quels obstacles l'introduction des modèles de soins intégrés au niveau national fait-elle face?** La Confédération et les cantons entendent réformer les soins médicaux de premier recours (domaines aigus et chroniques). Les nouveaux modèles de soins envisagés correspondent par un grand nombre de leurs objectifs aux modèles de soins intégrés pour les maladies chroniques. Une question importante, dans ces projets de réformes, est de savoir si des experts en soins infirmiers spécialement formés («advanced practice nurses APN») assumeront sous leur propre responsabilité des tâches relevant des soins médicaux de base, comme cela se pratique depuis longtemps dans plusieurs pays. Le 18 mai 2014, le peuple suisse a clairement approuvé le nouvel article constitutionnel relatif aux soins médicaux de base, qui exige la mise en œuvre de soins intégrés et interprofessionnels dans le système de santé. Les soins médicaux de base seront assurés non plus par un seul groupe professionnel, mais également par des institutions.

La politique de la santé vise depuis des années à réformer les filières de formation, et elle y est parvenue jusqu'à un certain point. L'accent est mis sur le développement de compétences en matière de collaboration pluridisciplinaire et sur une nouvelle conception de l'exercice des professions de santé. Certains éléments essentiels du CCM ont été intégrés dans les programmes de formation. La possibilité d'encourager et de réglementer le diplôme d'infirmier de pratique avancée (APN) est envisagée dans le cadre de la consultation sur l'avant-projet de loi fédérale sur les professions de la santé. La nouvelle génération des médecins de famille est favorable à la formation de cabinets collectifs, avec la possibilité de travail à temps partiel. Les organisations professionnelles débattent depuis un certain temps déjà de nouveaux profils des métiers de la santé et ont publié des concepts à ce sujet.

La structure fédérale du système de santé et son financement, la résistance de certaines disciplines médicales qui craignent des désavantages financiers, et des conflits sur la division du travail entre les différents groupes professionnels constituent les principaux obstacles au développement de modèles de soins intégrés. On évoque également une offre insuffisante dans le domaine de l'autonomisation des patients.

F **Quelles conclusions peut-on tirer des résultats et des réflexions du présent chapitre?**

La nécessité de changer les priorités du système suisse de santé est communément admise: l'accent actuellement porté sur les soins aigus devra être décalé vers une prise en charge efficace et durable des malades chroniques et des personnes multimorbides, mais centrée sur le patient. Cette exigence suppose une restructuration, de nouvelles formes de coopération et une redistribution du travail chez les professionnels de la santé. L'ASSM résume ces changements par la formule: *«plus de care, moins de cure»*.

L'offre en modèles de soins est actuellement insuffisante, tant par leur nombre réduit que par leurs faibles taux de couverture et de spécialisation. Cette offre est notoirement déficiente pour les personnes multimorbides.

Elle est également insuffisante du point de vue des patients. Leurs critiques portent notamment sur les points suivants: les professionnels consacrent souvent trop peu de temps aux entretiens, ce qui entrave la prise de décisions conjointe; une importance excessive est accordée à la maladie aux dépens de l'individu avec ses besoins, ses forces et ses faiblesses; le mode de communication est souvent générateur d'incertitudes et de craintes; l'environnement social du malade est insuffisamment pris en compte dans les réflexions et dans la planification des soins.

10 Mobilité active et santé

Messages clés

L'organisation des transports et l'aménagement du territoire sont des domaines dans lesquels on peut viser un «co-bénéfice» important pour la santé de la population.

Il est avéré que la pratique d'une activité physique quotidienne exerce un effet positif sur le bien-être et diminue le risque de développer une maladie chronique ou de mourir de façon prématurée. La mobilité active apporte ainsi aujourd'hui déjà une contribution importante à la promotion de la santé de la population suisse. Cette contribution pourrait être nettement supérieure si les villes, dans leur planification, mettaient davantage la priorité sur la circulation piétonne et, plus particulièrement, sur le vélo (y compris dans les ceintures d'agglomération), en favorisant le développement de voies de circulation rapides et sûres, l'accès aux transports publics et l'adhésion des populations à ces modes de déplacement. D'après les données sur la mobilité au quotidien, il est évident qu'une part importante des distances en voitures sont suffisamment réduites pour être parcourues à pied ou à vélo.

L'accroissement du nombre des déplacements quotidiens à pied ou à vélo serait profitable à tous.

En termes de santé publique, il faut dans l'avenir immédiat accorder la priorité aux mesures de promotion de la mobilité active suivantes:

- renforcement de la sécurité objective et subjective
- promotion systématique de la mobilité active sur le chemin de l'école
- investissements supplémentaires dans des infrastructures rapides, confortables et cohérentes pour la circulation à vélo, en particulier sur les routes à trafic élevé
- poursuite des activités des groupes de travail inter- et multisectoriels aux niveaux fédéral, cantonal et communal pour l'aménagement du territoire et la planification des transports

10.1 Introduction

Les développements qui suivent s'appuient essentiellement sur les travaux de Dr Thomas Götschi, MSc Eva Martin-Diener, MPH, Dr Sonja Kahlmeier et PD Dr med Brian Martin, de la section mobilité et santé de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich, et de Dr med Raphael Bize, Dr med Thomas Simonson et Anita Rathod, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive du Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne. Le rapport détaillé, intitulé «Aktive Mobilität und Gesundheit. Rapport de base pour le rapport national sur la santé 2015», a été établi sur mandat et publié par l'Obsan.

Les maladies chroniques constituent un lourd fardeau pour les personnes atteintes, leur famille, le système de santé et l'économie en général. Il convient dès lors d'explorer des stratégies et des mesures propres à réduire le nombre de personnes atteintes d'une telle maladie. Nous avons vu au [chapitre 7](#) qu'une grande partie de ces affections sont liées à un petit nombre de facteurs. L'activité physique et le mouvement en font partie. À ce propos, nous présentons dans ce chapitre un modèle de prévention des maladies chroniques qui s'appuie sur des recommandations actuelles de l'OMS (WHO, 2012). Il s'agit d'une approche intersectorielle qui respecte le principe de l'égalité des chances en matière de santé, et qui est susceptible d'exercer un double effet sur la santé de la population en encourageant l'activité physique tout en réduisant les effets néfastes de la pollution environnementale.

En septembre 2011, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a arrêté un [plan d'action](#) pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (2012–2016).

Les cinq interventions prioritaires prévues dans ce plan visent les objectifs suivants (WHO, 2011):

- réduire la consommation d'aliments nocifs pour la santé par des mesures de politique fiscale et commerciale
- développer le dépistage médical précoce
- encourager la mobilité active
- promouvoir la santé dans différents contextes (habitat, travail, école, loisirs)

Avec ces stratégies d'intervention contre les maladies chroniques, l'OMS, plus que par le passé, met l'accent sur la prévention structurelle (voir aussi WHO, 2013b). En matière de prévention et de promotion de la santé, les mesures structurelles visent à modifier l'environnement et le contexte dans lequel vivent les individus. On sait en effet que les structures légales et sociales, ainsi que l'environnement matériel, exercent une influence décisive sur les comportements, et qu'elles peuvent notamment stimuler ou entraver les comportements favorables à la santé.

Le plan d'action OMS Europe propose, parmi les interventions prioritaires, de développer la mobilité active. Ce terme recouvre essentiellement ce qu'on appelle aussi «la mobilité douce», c'est-à-dire les déplacements à pied ou à vélo. Mais la mobilité active peut être également envisagée de manière plus large si on y intègre, en plus des parcours sur route, l'ensemble des déplacements qui, dans la vie quotidienne, reposent exclusivement sur la force musculaire.

Mobilité active

Par «mobilité active», on entend toutes les formes de déplacement par la force musculaire, en premier lieu à pied et à vélo. Dans le domaine des transports, on parle de «mobilité douce», terme qui correspond dans la littérature anglo-saxonne à «active transport» ou «active travel».

Trois faits majeurs ont mis en évidence, en Suisse et dans le monde, le potentiel important de la mobilité active, sous ses diverses formes, pour la santé des populations:

1. L'évolution du travail professionnel et domestique et le développement de formes de mobilité qui n'exigent pratiquement pas d'effort physique ont entraîné un mode de vie pauvre en mouvements.
2. Pour la première fois de l'histoire, davantage de gens vivent en ville qu'à la campagne. Il est dès lors possible, en aménageant l'espace et le tissu urbains, de structurer à petite échelle l'environnement dans lequel évolue une part importante de la population. De nombreux lieux de destination (travail, école, commerces) peuvent être rapprochés des usagers, qui ont ainsi le loisir d'y accéder par des formes de mobilité active.
3. La mobilité motorisée a fortement augmenté au cours des dernières décennies au plan mondial, ainsi qu'à l'échelle régionale. Cette évolution s'est accompagnée d'effets négatifs pour les populations, à commencer, en matière de santé, par la pollution, le bruit et les accidents de la route.

En Suisse, du fait de son taux d'urbanisation élevé, il est possible de renoncer dans une certaine mesure à la circulation motorisée privée et de se déplacer davantage à pied ou à vélo. Les chiffres ci-après montrent que la Suisse recèle un vaste potentiel promotionnel de la mobilité active: selon le micro-recensement des transports 2000 (BFS & ARE, 2001), une part importante des déplacements en voiture sont effectués sur de courtes et très courtes distances: 13% des trajets parcourus sont inférieurs à 1 kilomètre, un tiers ont moins de 3 kilomètres. Ce sont des distances que même des personnes peu sportives peuvent franchir à pied ou à vélo. En Suisse, 70% des trajets en voitures sont inférieurs à 10 kilomètres (Grotrian, 2007).

Le manque d'activité physique est aujourd'hui considéré comme l'un des facteurs de risques les plus importants de divers troubles et maladies dans la population. Pratiquée dans une mesure suffisante, l'activité physique exerce un effet direct sur de nombreux processus physiques et psychiques, tels que l'activité cardiaque, la force musculaire et les états émotionnels. Elle produit également un effet protecteur indirect. En agissant sur la balance énergétique, elle modifie la masse corporelle. Or le surpoids est un facteur de risques de nombreuses maladies chroniques. L'intérêt a longtemps été centré sur les formes intensives d'activité physique, telles que les sports d'endurance, mais on sait aujourd'hui que ce sont surtout les formes d'activité physique associées à la vie quotidienne qui agissent de façon significative sur la santé de l'ensemble de la population. La plus importante de ces formes d'activité physique – celle qui était autrefois la plus naturelle – est ce qu'on appelle aujourd'hui la mobilité active.

L'activité physique – comme la plupart des comportements de santé – obéit à un gradient social (Stamm et al., 2013; Bachmann et al., 2010): les groupes de population socialement défavorisés sont moins susceptibles de pratiquer une activité physique salubre, et ils sont de ce fait davantage exposés aux risques liés à ce manque d'activité. Par le biais de l'activité physique, la mobilité active est susceptible d'accroître l'égalité des chances en matière de santé. Elle est compatible avec un mode de vie modeste et ne nécessite peu ou pas d'investissements financiers.

Pas de découvertes récentes – mais une approche nouvelle

On sait depuis longtemps que l'activité physique agit favorablement sur la santé. La question est importante et elle reste d'actualité. Mais le fait de savoir que l'activité physique est bénéfique pour la santé ne suffit pas, et les mesures discutées actuellement ont une visée nouvelle: il s'agit moins d'encourager les individus à faire du sport pendant leurs loisirs que d'intégrer *l'activité physique dans leur vie quotidienne*.

En conséquence, les mesures envisagées veulent mettre l'accent sur les déterminants structurels de la mobilité active. Elles visent à aménager l'environnement de la population, en particulier dans les villes et les agglomérations, afin que davantage de personnes se sentent encouragées à se déplacer le plus possible au moyen de la force musculaire. La promotion de la mobilité active est aujourd'hui considérée comme un élément important du développement et de l'aménagement des villes et des régions métropolitaines. La diminution du trafic motorisé au bénéfice de la mobilité active, seule ou en association avec les transports publics, est désormais perçue comme un levier important pour *améliorer la qualité de vie de la population urbaine* et pour soulager les systèmes des transports. Il en résulte une réduction de l'exposition aux polluants et au bruit, ce qui est bénéfique pour la santé de tous, en particulier pour

les individus établis dans des zones à fort trafic, généralement habitées par des personnes à faibles revenus. Outre qu'elle favorise l'activité physique, cette stratégie peut ainsi contribuer à améliorer l'égalité des chances en matière de santé. L'un des objectifs du plan d'action de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles est de créer un environnement favorable à la mobilité active au quotidien en incitant tous les groupes de populations à pratiquer davantage d'activité physique. Le présent rapport fait le point sur la promotion de la mobilité active en Suisse.

Ce chapitre répond aux questions suivantes:

- Que sait-on aujourd'hui des effets de l'activité physique et de la mobilité active sur la santé de la population?
- Dans quelle mesure la mobilité active est-elle pratiquée en Suisse?
- Quels sont les facteurs positifs et négatifs relatifs à la mobilité active?
- Quelles approches existent en Suisse pour promouvoir la mobilité active?
- Quelles conclusions et recommandations peut-on formuler?

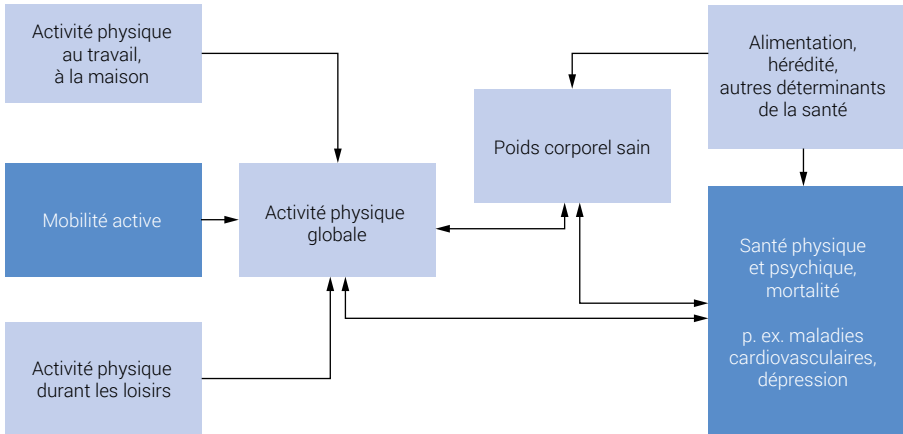
10.2 Les effets de l'activité physique et de la mobilité active sur la santé

Diversité des effets salutogènes de l'activité physique

Les effets positifs sur la santé d'une activité physique suffisante – qu'il s'agisse de sport ou des activités de la vie quotidienne – sont largement attestés par la littérature scientifique. De nombreuses études résument l'état des connaissances sur la question (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008; WHO, 2010; pour la Suisse: Wannier et al., 2011; Götschi et al., 2015; Lamprecht & Stamm, 2006).

La figure 10.1 présente les interactions entre l'activité physique et la santé, identifiées à partir des connaissances scientifiques actuelles. La mobilité active, qui constitue l'une des formes potentielles d'activité physique, agit directement sur certains aspects physiques et psychiques de la santé. Elle favorise le bien-être et les performances et elle protège les individus contre les maladies chroniques. Elle exerce également un effet indirect sur le poids corporel en équilibrant le bilan énergétique. Or un poids corporel équilibré constitue une protection contre certaines maladies chroniques (Wannier et al., 2011).

D'après la littérature scientifique, une quantité minimale d'activité physique est nécessaire pour obtenir un effet préventif initial favorable à la santé. Dans l'état actuel des connaissances, l'intensité et la fréquence de l'activité physique doivent inclure au minimum une durée hebdomadaire de deux heures et demie et un effort d'intensité moyenne (BASPO et al., 2013).

Modèle des interactions entre l'activité physique et la santé**Fig. 10.1**

Source: selon Wannier et al., 2011

© Obsan 2015

Recommandations d'activité physique

Activité physique considérée comme suffisante pour un adulte: au moins 2 ½ heures d'efforts d'intensité moyenne par semaine, soit dans le cadre de la vie quotidienne, soit par la pratique d'un sport, ou au moins 1 ¼ heure de sport ou d'activité physique d'intensité élevée. L'activité physique doit s'étaler si possible sur plusieurs jours de la semaine. Toute activité d'une durée minimale de 10 minutes peut être prise en compte (BASPO et al., 2013).

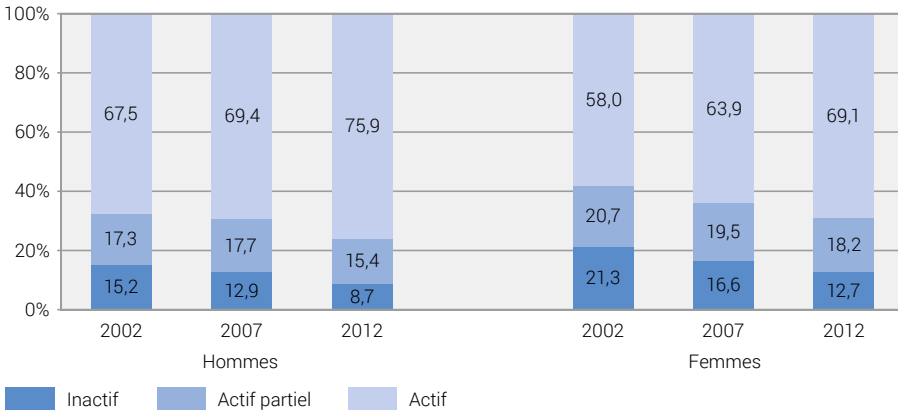
La figure 10.2 présente la part des femmes et des hommes de la population résidante suffisamment et insuffisamment actifs selon les recommandations¹⁴ actuellement en vigueur en matière d'activité physique pour les adultes en Suisse.

On observe qu'au cours des dix dernières années, la part de la population qui exerce une activité physique a augmenté en Suisse, tant chez les hommes que chez les femmes (voir également à ce sujet la première partie de ce rapport sur les indicateurs). La part de personnes inactives et insuffisamment actives a légèrement régressé. En 2002, 68% des hommes pratiquaient une activité physique suffisante; en 2012, cette proportion atteignait 76%. La hausse est un peu plus marquée chez les femmes, soit de 58% à 69% (11 points de pourcentage). Cette évolution est assurément positive. Néanmoins, en 2012, la part de la population insuffisamment active – 24% des hommes et 31% des femmes – était encore considérable.

¹⁴ www.hepa.ch → Documentation → Documents de base

Activité physique, comparaison dans le temps, 2002–2012

Fig. 10.2



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les études de plus en plus nombreuses publiées ces dernières années révèlent que même une activité physique relativement réduite peut avoir *un effet bénéfique sur l'état de santé des individus malades* (par exemple chez les personnes âgées: Johnsen et al., 2013; Xue, Q.-L. et al., 2012; et chez les personnes souffrant de BPCO: Thorpe et al., 2014). C'est un constat très encourageant pour la promotion de la santé des personnes souffrant de maladies chroniques.

Etat des connaissances scientifiques sur les effets de l'activité physique sur la santé

L'évidence scientifique des effets de l'activité physique sur la santé repose d'une part sur des modèles de recherches expérimentaux et, d'autre part, sur des études longitudinales prospectives. Ces deux approches sont nécessaires pour résoudre les problèmes méthodologiques suivants: Les liens de cause à effet sont 1) complexes et 2) vont dans les deux sens: l'activité physique renforce et protège la santé; mais à l'inverse, on observe que les problèmes de santé peuvent entraver l'activité physique. 3) La nature et l'ampleur de l'activité physique font partie intégrante d'un mode de vie donné. Mais les autres composantes du mode de vie, telles que l'alimentation, le tabagisme ou la consommation d'alcool, affectent également la santé. 4) L'activité physique quotidienne d'une personne est liée à ses conditions de vie. Les individus en situation financière précaire, notamment les familles monoparentales, disposent

fréquemment de moins de temps libre et de moyens financiers pour pratiquer une activité sportive. Par ailleurs, la situation sociale exerce également une influence sur la santé, indépendamment de l'activité physique.

Les modèles de recherches expérimentaux ont démontré que l'entraînement d'endurance accroît la performance cardiaque, réduit la pression artérielle, influence positivement le taux de lipides sanguins et améliore la fonction hémostatique (Lee & Paffenberger, 2000). L'étude de Lee & Paffenberger a porté sur deux groupes de personnes, dont l'un a été soumis à une activité physique dans des conditions contrôlées. Le modèle expérimental élimine tout effet de distorsion lié aux modes et conditions de vie. Les résultats sont donc relativement faciles à interpréter. L'inconvénient des études de ce type réside dans le fait qu'elles sont difficilement transposables aux situations réelles de la vie. Étudier les effets de l'activité physique dans des conditions naturelles est relativement difficile parce que les personnes physiquement très actives se démarquent aussi par d'autres aspects des individus peu actifs. L'âge, l'état de santé, la situation sociale et les conditions de vie y jouent un rôle également. Plusieurs études prospectives à grandes échelles ont fourni des informations importantes sur les effets de l'activité physique dans des conditions naturelles. Il existe des méta-analyses qui évaluent et synthétisent les résultats de ces études. Le tableau 10.1 présente les effets considérés comme avérés sur la base de ces méta-analyses. Les détails concernant les méta-analyses figurent dans le rapport de base de Götschi et al. (2015).

Comme le montre le tableau 10.1, il existe des preuves solides que l'activité physique, tout en favorisant le bien-être, assure une protection contre de nombreux risques de morbidité. Les effets de l'activité physique s'observent tant sur le plan psychique que physique. En outre, l'activité physique accroît l'espérance de vie chez les adultes.

Tab. 10.1 Effets démontrés de l'activité physique sur la santé

Phase de la vie	Aspect lié à la santé	Evidence
Enfants et adolescents	Amélioration des fonctions cardiovasculaires et de l'endurance	forte
	Renforcement de la force musculaire	forte
	Poids corporel sain	forte
	Amélioration de la santé des os	forte
	Réduction des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire	forte
	Réduction des facteurs de risque pour les maladies métaboliques (p. ex. diabète II)	forte
	Réduction des peurs	forte
Adultes	Réduction des symptômes dépressifs	forte
	Augmentation de l'espérance de vie	forte
	Amélioration de la condition physique	forte
	Poids corporel sain	forte
	Amélioration de la santé des os	forte
	Augmentation de la qualité de vie liée à la santé	moyenne
	Abaissement de la pression artérielle	forte
	Réduction du risque de maladie cardiovasculaire et d'AVC	forte
	Réduction du risque de diabète de type 2	forte
	Réduction du risque de cancer du côlon et du cancer du sein	forte
	Réduction du risque de symptômes dépressifs	forte
Personnes handicapées	Renforcement/amélioration du bien-être mental	forte
	Amélioration de la qualité du sommeil	moyenne
	Amélioration de l'autonomie	forte
	Promotion de la capacité cognitive	forte
	Réduction du risque de chute	forte

Source: d'après Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

Que sait-on des effets de la mobilité active en tant que forme spécifique d'activité physique sur la santé?

Du point de vue scientifique, la mobilité active est comparable à d'autres formes d'exercices, telle la pratique d'un sport. Elle peut être analysée en termes de fréquence, de durée et d'intensité, et ses effets sur la santé peuvent être mesurés. Au cours des dernières années, le nombre d'études consacrées à l'influence de l'activité physique quotidienne, notamment de la mobilité active sur la santé, a augmenté. Plusieurs méta-analyses résument l'état des connaissances dans ce domaine (cf. Götschi et al., 2015). Les pages suivantes synthétisent les principaux résultats de ces recherches (voir le tableau 10.2).

L'état actuel de la recherche scientifique sur ses effets sanitaires montre clairement que la mobilité active entraîne une réduction générale de la mortalité, ainsi qu'une diminution de certaines maladies chroniques et de leurs facteurs de risques

(tableau 10.2). Chez les personnes âgées, il a été constaté de façon relativement évidente que la pratique régulière de la marche exerce un effet favorable sur la santé musculosquelettique et sur la qualité de vie en général. Or la santé musculosquelettique joue précisément un rôle déterminant lorsqu'il s'agit de déterminer si les personnes âgées peuvent vivre à domicile de façon autonome, ou si elles ont besoin d'une structure de soins. Chez les enfants, c'est surtout le trajet de l'école qui est intéressant en matière de mobilité active. Même si nous disposons de nombreuses connaissances sur les effets de l'activité physique sur la santé des enfants, les études réalisées jusqu'ici tiennent rarement compte du parcours des enfants pour se rendre à l'école. Cette omission tient notamment à des difficultés méthodologiques. Saunders et al. (2013) soulignent dans un article de synthèse le nombre insuffisant des études réalisées et le caractère trop hétérogène de celles dont on dispose.

Tab. 10.2 Effets démontrés de la mobilité active sur la santé

Phase de la vie	Activité	Aspect lié à la santé	Evidence
Adultes	Aller à pied ou faire du vélo	Réduction de la mortalité totale	forte
		Réduction du risque de maladie cardiovasculaire	forte
		Réduction du risque de diabète de type 2	forte
		Poids corporel sain	forte
		Amélioration de la condition physique	forte
	Faire du vélo	Abaissement de la pression artérielle	forte
		Amélioration des taux de lipides dans le sang	forte
Personnes handicapées	Aller à pied	Renforcement de la condition musculosquelettique	moyenne
		Renforcer l'indépendance fonctionnelle et la mobilité	moyenne
		Augmentation de la qualité de vie	moyenne
		Réduction du risque d'ostéoporose	moyenne
		Réduction des risques arthrose de la hanche et du genou	moyenne

Source: d'après Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

En complément de cette synthèse des données de recherches, une nouvelle étude européenne, dont l'approche méthodologique peut être considérée comme exemplaire, doit faire l'objet d'une présentation. Intitulée «*Danish Diet, Cancer und Health Cohort*» (Johnsen et al., 2013), cette étude prospective a été réalisée sur un échantillon de 29'129 femmes et 26'576 hommes de 50 à 64 ans domiciliés dans les villes de Copenhague et d'Aarhus et leurs environs. Les participants à cette étude, achevée en mars 2010, ont été recrutés entre 1993 et 1997. Parmi eux, 2696 femmes et 4044 hommes sont décédés au cours de la période d'observation qui s'est poursuivie,

selon les personnes, pendant 13 à 17 années. La première étape de l'étude a consisté à relever dans des questionnaires des données relatives à l'état de santé des participants, à leurs maladies préexistantes, à leur niveau de formation et aux activités physiques exercées dans le cadre de leur vie professionnelle et de leurs loisirs. Parallèlement, plusieurs paramètres physiques, tels la tension artérielle, le taux de cholestérol, le poids et la taille, ont fait l'objet de mesures en clinique.

Cette étude consacrée à des individus d'âges moyens a démontré que les personnes qui pratiquent un sport, se déplacent à vélo ou font des travaux de jardinage, ne serait-ce qu'une heure par semaine, présentent des taux de mortalité inférieurs à ceux des individus n'exerçant aucune activité physique. Les effets de l'activité physique sur les taux de mortalité se sont révélés indépendants de l'état de santé initial des participants. Ils sont aussi indépendants de facteurs de risques tels que l'hypertension, l'obésité, le tabagisme, ou du niveau de formation. Il s'est toutefois avéré, pour ce groupe de population, qu'une heure de marche par semaine n'avait aucun effet significatif sur le risque de mortalité (voir le tableau 10.3). Cela tient peut-être au fait que la valeur seuil retenue (une heure par semaine) correspond à une quantité insuffisante pour la marche à pied, qui est une activité de relativement faible intensité.

Tab. 10.3 Risque de mortalité en fonction de différentes formes d'activité physique

Types d'activité (min. 1 heure/semaine)	Hommes		Femmes	
	Risque de mortalité	Intervalle de confiance à 95%	Risque de mortalité	Intervalle de confiance à 95%
Sport	0,8	0,77–0,88	0,8	0,71–0,83
Faire du vélo	0,9	0,85–0,97	0,8	0,73–0,85
Aller à pied	1,0	0,91–1,13	0,9	0,80–1,06
Travaux de jardinage	0,8	0,70–0,81	0,9	0,78–0,92

Taux de mortalité statistiquement contrôlé pour les effets de l'âge, la période d'observation, le niveau d'éducation, l'activité physique au travail, le tabagisme, l'état de santé auto-déclarée, l'IMC, la pression artérielle et le taux de cholestérol sanguin.

Exemple de lecture: Le rapport du taux de mortalité de 0,79 pour les femmes faisant du vélo est inférieur à la valeur du groupe de référence (valeur = 1) qui ne pratique aucune de ces activités. L'intervalle de confiance (la plage de valeurs dans laquelle la valeur réelle est à 95% de probabilité) ne coupe pas la valeur de 1. Cela signifie que la différence du taux de mortalité est statistiquement significative.

Source: Johnsen et al., 2013: 721

© Obsan 2015

Il est intéressant de constater que l'effet de protection contre une mort prématurée se produit *également en cas d'activité physique de durée réduite*. Dans cette étude, le plus grand écart observé en termes de risques de mortalité se situe entre les personnes qui n'exercent aucune activité physique et celles qui en pratiquent au moins une heure par semaine. La valeur de cette étude repose notamment sur le fait qu'elle constitue une enquête complète sur l'état de santé des participants et sur leurs facteurs de risques, avec l'inclusion de paramètres objectifs, tels le taux de cholestérol

ou la tension artérielle, souvent ignorés des personnes interrogées. En résumé: dans ce groupe d'âge moyen, une activité physique régulière au quotidien – même si elle est de courte durée – exerce déjà un effet protecteur sur la santé.

La mobilité active est également importante pour les malades chroniques

Si l'activité physique et la mobilité active assurent une protection contre le risque de maladie, elles peuvent aussi jouer un rôle thérapeutique pour des problèmes de santé existants et améliorer la qualité de vie et le bien-être des malades chroniques. Voici quelques exemples des nombreuses observations faites dans ce domaine.

Une fatigue sévère constitue l'un des effets secondaires des traitements contre le cancer. Elle entraîne une détérioration considérable de la qualité de vie des patients. Il ressort de l'importante revue systématique de la littérature de Cramp & Byron-Daniel (2012) qu'une activité physique d'intensité élevée (entraînement aérobie) peut réduire cette fatigue de manière considérable. Une autre revue de la littérature, de Markes et al. (2006), qui ne porte que sur des femmes traitées pour un cancer du sein, relève que l'activité physique améliore l'état de ces patientes et accroît leur capacité d'exercer leurs activités quotidiennes. En ce qui concerne la fatigue, en revanche, cette étude n'apporte pas de résultats significatifs. L'insuffisance rénale chronique provoque une forte détérioration de la condition physique des patients, qui porte atteinte à leur mobilité et leur liberté d'action. Les directives internationales sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique soulignent le rôle essentiel de l'activité physique dans le traitement de la maladie. Dans une revue systématique de la littérature portant sur 45 études représentant un total de 1863 participants, Heiwe & Jacobson (2011) concluent que la pratique régulière d'une activité physique améliore la condition physique des personnes malades, de même que leurs performances cardiovasculaires, leur métabolisme et leur qualité de vie subjective.

Une activité physique régulière de faible intensité, comme faire ses courses à pied ou des petits exercices de musculation, améliore la qualité de vie des patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), et elle réduit le risque de réadmission après une hospitalisation (Thorpe et al., 2014). Cependant, une enquête qualitative effectuée auprès de ce groupe de patients révèle que les différents obstacles à un changement de comportement de nature à accroître l'activité physique peuvent s'avérer importants. Parmi les difficultés rapportées par les patients figurent notamment la gravité de la maladie elle-même, un environnement défavorable, des problèmes de transport, des difficultés financières ou le manque de temps.

Mais le soutien des proches et l'intégration de la mobilité dans la routine quotidienne sont profitables, de même que l'appui de professionnels de la santé prêts à adapter leurs recommandations aux besoins individuels des personnes et à les adapter aux contraintes de leur vie quotidienne.

« Les résultats de cette étude montrent qu'il n'y a pas de méthode «passe-partout». C'est là une observation importante et qui souligne la nécessité d'une approche individualisée et ciblée. » (Thorpe et al., 2014, p. 125; traduit de l'anglais)

Risques associés à la mobilité active

Avant de recommander la mobilité active pour promouvoir la santé, il convient d'examiner la question des dangers liés à cette forme de mobilité. Des doutes quant aux bienfaits pour la santé du vélo ou de la marche à pied sont souvent exprimés parce qu'ils favorisent une exposition accrue à la pollution de l'air et aux risques d'accidents. Plusieurs études ont déterminé si les personnes qui se déplacent à pied ou à vélo sont davantage ou moins exposées que les autres usagers de la route à la *pollution atmosphérique*. Les études menées à ce jour (par exemple de Hartog et al., 2010; Holm et al., 2012) aboutissent de façon concordante à la conclusion que l'exposition à la pollution de l'air subie lors de déplacements à pied ou à vélo n'a que peu d'impact sur la santé et que les nuisances sont plus que compensées par les bienfaits de l'activité physique en soi.

L'effet de «sécurité par le nombre»

L'effet de «sécurité par le nombre» (safety in numbers): le risque d'être victime d'un accident de la route est moins élevé lorsque davantage de gens se déplacent à pied ou à vélo.

En revanche, les *accidents de la route* présentent une réelle importance, notamment pour les personnes qui se déplacent à vélo. En 2010, selon le Bureau de prévention des accidents (bpa), 31'780 cyclistes (37% de l'ensemble des accidentés) et 6760 piétons (7,7%) ont subi un accident de la route. En 2012, 104 automobilistes, passagers compris, 28 cyclistes et 75 piétons sont décédés des suites d'un accident de la route (bfu, 2013). Selon le point de vue adopté, le risque relatif diffère fortement d'une forme de mobilité à l'autre: rapportés aux distances parcourues, les déplacements en voiture sont nettement plus sûrs que la marche à pied, mais rapportés à la durée de déplacement, ils s'avèrent nettement plus dangereux. Les piétons

sont victimes d'un accident en moyenne après 150'000 heures de déplacement, contre 47'000 heures pour les automobilistes et 4'400 heures pour les cyclistes (Götschi et al., 2015).

Selon des études internationales, les risques d'accidents auxquels sont exposés les cyclistes et les piétons varient selon qu'ils se déplacent dans un contexte où la mobilité active est plus ou moins répandue. On appelle ce phénomène l'effet de sécurité par le nombre. On suppose aujourd'hui que cet effet repose sur une combinaison de plusieurs facteurs: meilleures infrastructures, mesures de sécurité adaptées à la mobilité douce, respect et acceptation de la part des usagers de la route, meilleure perception des piétons et des cyclistes par les automobilistes.

Du point de vue de la santé, il faut également se demander si les personnes qui se déplacent à vélo ou à pied sont dans *l'ensemble plus actives physiquement* que les autres, ou si elles sont moins actives dans leurs loisirs ou au travail. Il ressort d'une analyse systématique des publications (Wanner et al., 2011) que les enfants qui parcourent à pied ou à vélo le chemin de l'école sont dans l'ensemble physiquement plus actifs que ceux qui y sont conduits en voiture. À partir des données de l'enquête suisse sur la santé (ESS), Wanner et al. (2011) ont étudié la question pour la population suisse de 15 ans et plus. Les personnes qui se déplacent majoritairement à pied ou à vélo, et celles qui associent transports publics et mobilité active, sont dans l'ensemble nettement plus actives que celles qui utilisent la voiture ou les transports publics. La différence est particulièrement élevée chez les cyclistes.

Résumé des effets sur la santé

Les connaissances scientifiques relatives aux effets de l'activité physique sur la santé et le risque de morbidité peuvent se résumer ainsi: les personnes physiquement actives sont moins touchées par les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, certains cancers, l'ostéoporose et certains troubles psychiques, et elles sont globalement moins exposées au risque de décès prématuré. Un mode de vie privilégiant l'activité physique favorise l'équilibre entre apports et dépenses d'énergie, ce qui réduit le risque d'obésité. Par conséquent, l'activité physique est un des leviers les plus efficaces pour diminuer la prévalence des maladies chroniques dans la population. S'agissant de ses effets spécifiques, on peut conclure à ce jour que la mobilité active exerce une influence notable sur les taux de mortalité. Il est démontré que la mortalité globale diminue de 10% à 20% par une marche à pied régulière, et de 10% à 30% suite à la pratique répétée du vélo. Il est également établi que ces activités permettent de réduire le risque de maladies chroniques graves, telles que les troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2. Un renforcement des facteurs de protection de la santé (poids corporel, condition physique, pression artérielle, lipides sanguins) a

également pu être démontré. La pratique du vélo semble avoir sur la santé un effet un peu plus prononcé ou plus large que celle de la marche. Quant aux effets négatifs sur la santé, on observe que le vélo expose davantage au risque d'accident. Mais dans l'ensemble, les effets positifs de la marche et du vélo sur la santé compensent largement les risques inhérents à ces activités.

10.3 Pratique de la mobilité active en Suisse

Cette section concerne la pratique de la marche et du vélo en Suisse. En préambule, il convient de décrire deux phénomènes qui agissent à long terme sur l'évolution de la mobilité active au sein de la population:

- l'urbanisation et la métropolisation
- le développement des transports individuels motorisés

En 2000, les zones urbaines de la Suisse comptaient 979 communes et 5'345'452 habitants. La *taux d'urbanisation du pays* est passé de 8,7% en 1850 à 73,3%, en 2000. Près de la moitié de la population, en 2000, se concentrait sur seulement six communes (Da Cunha & Both, 2004). On assiste donc à un phénomène de métropolisation marquée. Les zones rurales se sont dépeuplées et les villes ont connu une forte croissance. Depuis plusieurs décennies, ce sont surtout les zones périphériques des villes qui se développent, jusqu'à former des régions métropolitaines qui englobent plusieurs communes. Cette évolution territoriale s'est accompagnée d'une forte augmentation des mouvements pendulaires entre les domiciles et les sites de travail et de formation.

« Les habitants des zones métropolitaines, où se concentre désormais une part considérable de la population, vivent et travaillent de moins en moins à l'intérieur d'un quartier, d'une commune ou d'une agglomération, mais dans une zone urbaine étendue où ils sont toujours plus nombreux à se déplacer pour les raisons les plus diverses, professionnelles mais aussi non professionnelles. »

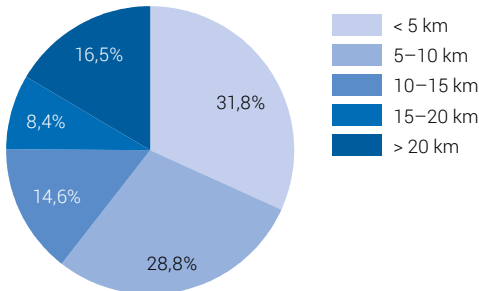
(Da Cunha & Borth, 2004, p. 53; traduit de l'allemand)

Une part considérable des pendulaires ne parcourent que des distances relativement courtes. La figure 10.3 présente la répartition des pendulaires qui changent de commune pour se rendre à leur lieu de travail ou de formation, selon la distance qui sépare les communes à vol d'oiseau. La plupart des personnes en formation ou en âge de travailler, quelle que soit leur condition physique, sont à même de parcourir une

distance de moins de cinq kilomètres à pied ou à vélo. Or, selon le recensement fédéral de l'an 2000, moins de 4% des pendulaires – personnes qui travaillent ou fréquentent une école hors de leur commune de domicile – pratiquaient la mobilité active dans leurs déplacements quotidiens.¹⁵

Distance entre le domicile et le lieu de travail des pendulaires (à vol d'oiseau), 2000

Fig. 10.3



Pendulaires: Personnes dont le lieu de résidence et de travail sont différents.

Source: Da Cunha et Both, 2004

© Obsan 2015

Depuis le milieu du siècle dernier, les distances parcourues au quotidien par la population suisse ont fortement augmenté. Cela s'explique par la croissance démographique, mais aussi, comme mentionné précédemment, par *l'augmentation de la mobilité dans les déplacements pendulaires, les voyages et les loisirs*. La mobilité repose en grande partie sur la circulation motorisée privée. Depuis 1970, les distances parcourues par les voitures ont presque doublé; elles s'élèvent aujourd'hui à 90 milliards de personnes-kilomètres par an (BFS, 2013). En 2012, 5,8 millions de véhicules à moteur, dont 4,3 millions de voitures de tourisme, étaient immatriculés en Suisse (BFS, 2013). Ce fort accroissement des transports individuels motorisés (TIM) s'est traduit progressivement, pour des raisons de confort et de sécurité, par une régression des différentes formes de mobilité active. Les revers de cette forte expansion des transports individuels motorisés, qui n'est pas sans conséquences pour la santé, englobent la destruction des écosystèmes, la pollution sonore et

¹⁵ Plus précisément, 3,3% des pendulaires se déplaçaient à vélo ou en cyclomoteur et 0,9% à pied. Cela représente un total de 4,2%. Ce total inclut les cyclomotoristes, de sorte que la part des pendulaires pratiquant la mobilité active pour se rendre à leur lieu de travail ou de formation était probablement inférieure à 4%.

atmosphérique, et les accidents. La circulation motorisée est considérée par 57% de la population zurichoise comme le problème majeur dont souffre la ville (Stadtentwicklung Zürich, 2013).

Il ressort du dernier rapport de l'Office fédéral de l'environnement (OFEV) sur les *nuisances sonores subies par la population* qu'une personne sur cinq en Suisse est exposée à son domicile à un bruit excessif lié à la circulation routière. Ce problème touche de jour environ 1,6 million et de nuit 1,4 million de personnes (BAFU, 2014, p. 9). Les plus affectés sont les habitants des centres villes, c'est-à-dire des communes situées au centre des agglomérations, les moins touchés étant les habitants des zones rurales. La lutte contre le bruit de la circulation routière constitue, selon l'OFEV, un problème de santé publique majeur, car l'exposition à des nuisances sonores excessives et ininterrompues place le corps en état de stress permanent, ce qui a des effets négatifs avérés sur la santé physique et mentale.

Dans quelle mesure la mobilité active est-elle pratiquée en Suisse?

Le questionnaire de l'ESS – enquête représentative de la population suisse de 15 ans et plus vivant en ménage privé – comportait deux questions sur la mobilité active: la première sur les moyens de transport les plus utilisés au quotidien (les répondants pouvant citer au maximum trois moyens de transport)¹⁶, la seconde sur la durée moyenne des déplacements quotidiens à pied ou à vélo.¹⁷

D'une part, 14,0% de la population suisse de 15 ans et plus effectuaient en 2012 leurs déplacements quotidiens à pied pour se rendre au travail, pour faire des courses, etc.; 5,4% utilisaient le vélo, 3,2% se déplaçaient tantôt à pied, tantôt à vélo, 14,2% combinaient mobilité active et transports publics. D'autre part, 5,9% de la population utilisaient exclusivement les transports publics, 37,4% un moyen de transport individuel motorisé (surtout la voiture ou la moto), 19,8% combinaient le transport individuel motorisé avec d'autres formes de transport.

En résumé, en 2012, 22,6% de la population se déplaçaient exclusivement au moyen de la force musculaire. Cette proportion est légèrement inférieure à celle enregistrée dix ans plus tôt, avec un taux de 25,0%. Il importe de considérer, dans une optique de promotion et de planification de la mobilité active et des transports publics, qu'une part importante de la population combine mobilité active et transports publics.

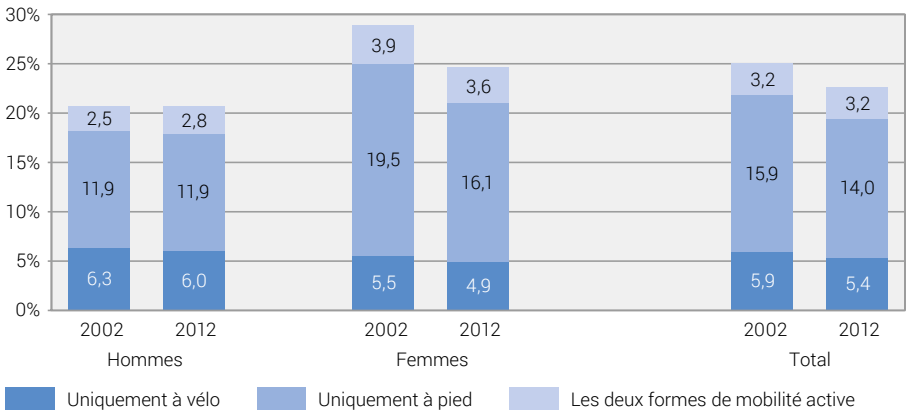
¹⁶ «Vos trajets quotidiens, p. ex. pour vous rendre au travail, pour faire vos commissions, pour sortir, les faites vous la plupart du temps... à pied/à vélo/en transports publics/avec un véhicule à moteur/pas de réponse»

¹⁷ «Pendant combien de temps en moyenne par jour êtes vous en déplacement à pied/en vélo?»

En ce qui concerne le choix du moyen de transport, on constate une différence entre les *femmes et les hommes*. En 2012, les parts de personnes pratiquant exclusivement la mobilité active, ou combinant celle-ci avec les transports publics, étaient nettement plus élevées chez les femmes (resp. 24,6% et 16,8%) que chez les hommes (resp. 17,7% et 11,5%). La part des femmes pratiquant une forme quelconque de mobilité active a légèrement diminué au cours des dix dernières années (de 28,9% à 24,6%; voir la figure 10.4). Cette évolution tient principalement à la diminution de la proportion des femmes qui se déplacent exclusivement à pied. C'est dans la marche et les transports individuels motorisés que les différences entre hommes et femmes sont les plus marquées (voir figure 10.5). En revanche, la part de personnes utilisant le vélo ou les transports publics est à peu près identique chez les deux sexes.

Mobilité active dans les trajets quotidiens, par modes de déplacement, 2002/2012

Fig. 10.4



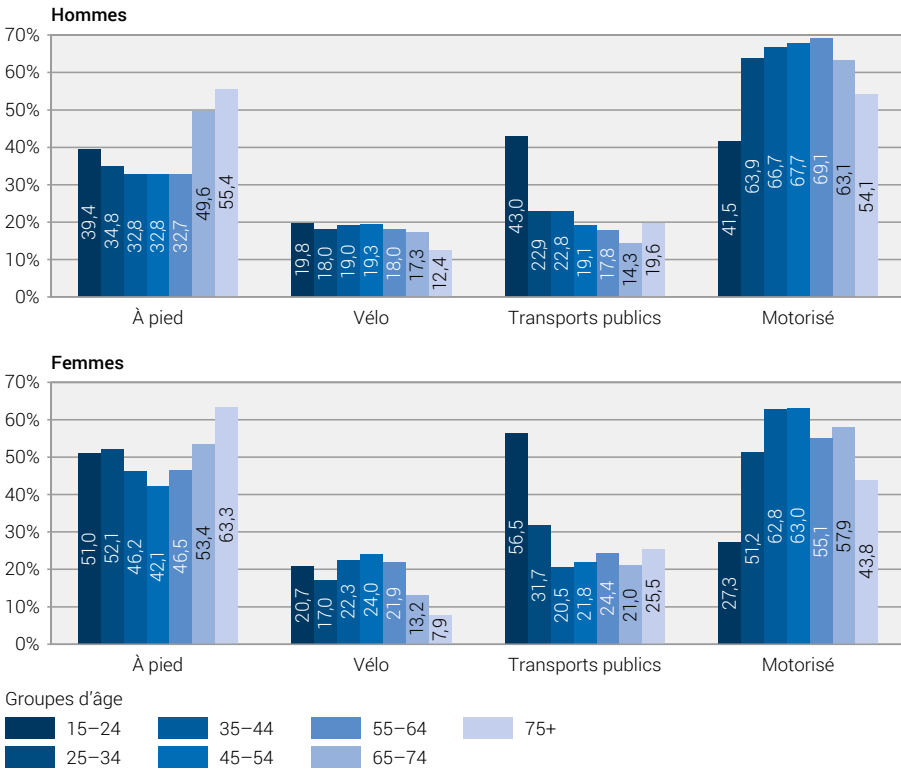
Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Les personnes qui se déplacent régulièrement à pied ou à vélo consacrent en moyenne une heure par jour à ces parcours (hommes de 15 ans et plus: 68 minutes en 2002, 71 minutes en 2012; femmes de 15 ans et plus: 62 minutes en 2002 et en 2012; source: ESS, OFS, données pondérées). Sur le plan de la santé, cette valeur est supérieure à la durée recommandée d'activité physique quotidienne, à savoir une demi-heure par jour, au moins cinq jours par semaine (WHO, 2010); cette valeur dépasse également les recommandations de l'OFSPQ, qui préconise au moins deux heures et demie d'activité physique d'intensité moyenne par semaine. Il s'agit ensuite

de déterminer comment les *différences d'âge ou de génération*¹⁸ influent sur le choix des moyens de transport. La figure 10.5 montrent que les hommes et les femmes âgés pratiquent beaucoup plus la marche et ont moins recours aux transports individuels motorisés que les groupes de populations plus jeunes.

Modes de déplacement pour les trajets quotidiens, selon l'âge, 2012 Fig. 10.5



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

¹⁸ L'analyse des données transversales de l'enquête suisse sur la santé ne permet pas de distinguer entre l'effet de l'âge et l'effet de cohorte (différences entre les générations).

On peut supposer qu'à partir d'un certain âge, une part de la population renonce à la voiture pour les déplacements quotidiens et privilégie la marche à pied. Chez les hommes, la proportion de marcheurs augmente brusquement à partir de 65 ans, phénomène qui tient probablement en partie au départ à la retraite. Le groupe d'âge le plus jeune, celui des 15 à 24 ans, constitue une part élevée des usagers des transports publics. Quant à savoir si ce phénomène est lié à l'âge – certains n'ayant pas le permis de conduire – et que ce groupe de population optera plus tard pour d'autres moyens de transport, ou s'il s'agit plutôt d'un effet générationnel, l'avenir le dira. Dans tous les groupes d'âge, les femmes se déplacent plus souvent que les hommes à pied, et aussi, dans presque tous les groupes d'âge, plus fréquemment à vélo. On observe cependant une nette diminution de l'usage du vélo chez les femmes à partir de 65 ans.

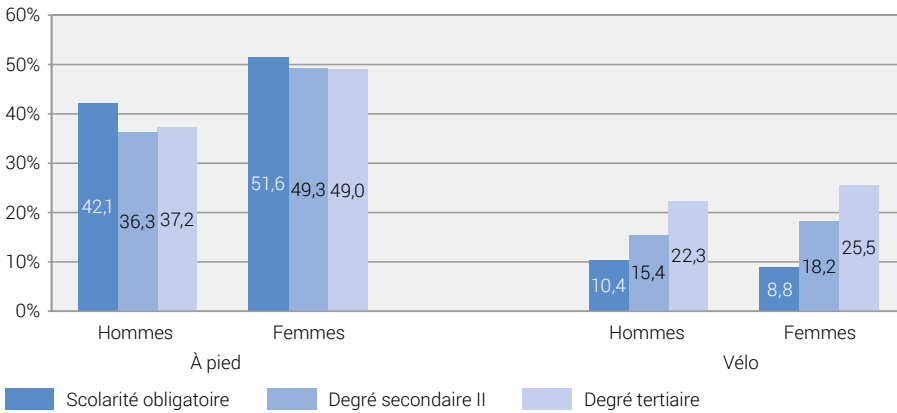
Comme il l'est dit en introduction, le *statut socio-économique* des individus influe sur leur activité physique. Diverses analyses confirment qu'il existe dans la population suisse adulte un gradient social relatif au comportement général en matière d'activité physique (Stamm et al., 2013; Schad et al., 2008; Bachmann & Neuhaus, 2010). Les personnes issues de l'immigration sont, dans l'ensemble, moins actives physiquement que les personnes nées avec la nationalité suisse. Il serait intéressant de savoir si ce rapport entre le statut socio-économique et l'activité physique s'observe aussi dans le domaine de la mobilité active.

La figure 10.6 illustre la relation entre le niveau de formation et la pratique d'une forme de mobilité active dans les déplacements quotidiens. Pour la marche, les résultats de l'ESS sont inattendus. C'est parmi les personnes sans formation post-obligatoire que l'on observe le taux le plus élevé de déplacements réguliers à pied. Pour le vélo, les résultats affichent en revanche un gradient socio-éducatif marqué. Plus le niveau de formation est élevé, plus forte est la proportion de personnes utilisant le vélo dans leurs déplacements quotidiens. À noter toutefois que cette relation n'a été analysée que sous l'angle descriptif. Une analyse plus approfondie exigerait, par exemple, de considérer l'âge comme variable confondante.

L'analyse des données du micro-recensement (BFS, 2010) permet de considérer la mobilité active en Suisse sous un angle différent. Les chiffres ci-après relatifs aux distances parcourues avec différents moyens de transport et aux durées de déplacement par personne et par jour se rapportent à l'ensemble de la population suisse de 6 ans et plus, indépendamment du taux d'utilisation de chaque moyen de transport. En 2010, les distances moyennes parcourues par personne et par jour étaient de 2,0 kilomètres à pied, de 0,8 kilomètre à vélo et de 23,8 kilomètres en voiture.

Modes de déplacement pour les trajets quotidiens, selon la formation, 2012

Fig. 10.6



Source: OFS – ESS

© Obsan 2015

Le tableau 10.4 révèle que les distances quotidiennes moyennes parcourues par la marche et en voiture ont progressé, et qu'elles ont augmenté de manière marquée en chemin de fer. Le temps de déplacement par personne et par jour a également augmenté pour ce qui est de la marche et du train. Tant en termes de distance que de durée de déplacement, on constate de 1994 à 2010 une diminution légère à forte de l'usage du vélo. Il peut y avoir plusieurs raisons. La première pourrait être une légère diminution de la part de la population utilisant régulièrement le vélo dans ses déplacements quotidiens, comme le montrent les analyses de l'ESS présentées plus haut (figure 10.4.). Une autre explication pourrait être que les cyclistes parcourent aujourd'hui de moins longues distances ou qu'ils circulent à des vitesses supérieures.

On retiendra que les distances parcourues à vélo par la population suisse dans son ensemble au cours des deux dernières décennies ont légèrement diminué, tandis que les déplacements à pied ont nettement augmenté.

Tab. 10.4 Evolution de la mobilité: distances journalières et temps de déplacement, par modes de déplacement, 1994–2010

Population résidante permanente de 6 ans ou plus

	Distance journalière par personne et par jour (en km)				Temps de déplacement par personne et par jour (en min.)			
	1994	2000	2005	2010	1994	2000	2005	2010
Total	31,3	35,0	35,2	36,7	77,5	84,5	88,4	83,4
Selon le mode de déplacement								
À pied	1,5	1,7	2,1	2,0	26,1	28,9	35,1	31,4
Vélo	0,9	0,9	0,8	0,8	4,4	4,7	4,2	3,8
Voiture	21,3	23,6	23,7	23,8	32	35,3	34,6	33,2
Bus/Tram	1,2	1,2	1,3	1,4	4,2	4,4	4,3	4,8
Train	4,2	4,7	5,6	7,1	4,6	4,9	5,2	6,4

Durée du déplacement: sans les temps d'attente et de correspondance

Source: OFS – Microrecensement mobilité et transports

© Obsan 2015

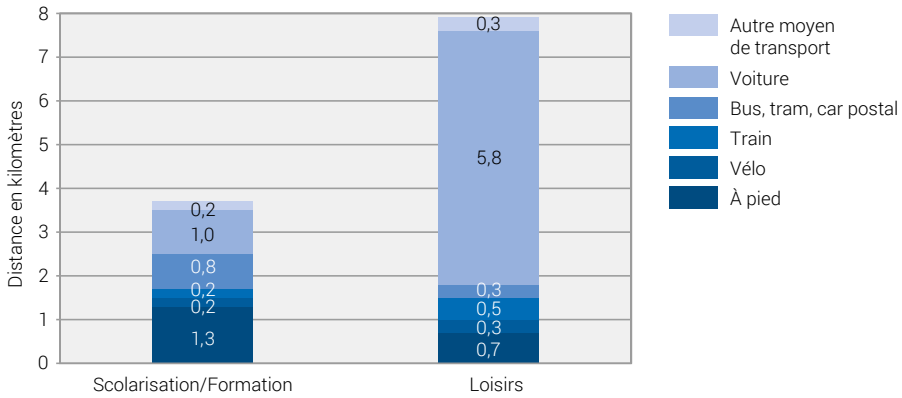
Les enfants se rendent généralement à l'école à pied; en revanche, pendant leurs loisirs, ils sont fréquemment transportés en voiture

Le micro-recensement «mobilité et transports» de 2010 a produit des données détaillées sur les buts des déplacements de la population suisse de 6 ans et plus. La figure 10.7 présente la distance moyenne parcourue en kilomètres par les enfants de 6 à 10 ans, selon le type de transport et le but du déplacement (formation ou loisirs). D'après ces résultats, les enfants vont à l'école principalement à pied et la distance quotidienne moyenne parcourue à cet effet est de 1,3 kilomètre. La distance parcourue à vélo est beaucoup plus courte, soit de 0,2 kilomètre. Les distances moyennes parcourues en voiture et en transports publics (bus, tram, train et car postal) sont chacune de 1,0 kilomètre par enfant et par jour ouvrable.

Les déplacements de loisirs présentent des chiffres sont tout à fait différents. La voiture y est clairement prédominante. La distance parcourue en voiture par jour ouvrable pour les activités de loisirs des enfants est de 5,8 kilomètres. Les enfants se déplacent beaucoup moins à pied ou à vélo pendant leurs loisirs que sur le chemin de l'école.

Nombre moyen de kilomètres parcourus les jours ouvrables par les enfants de 6 à 10 ans, 2010

Fig. 10.7



Jours ouvrables: lundi–vendredi

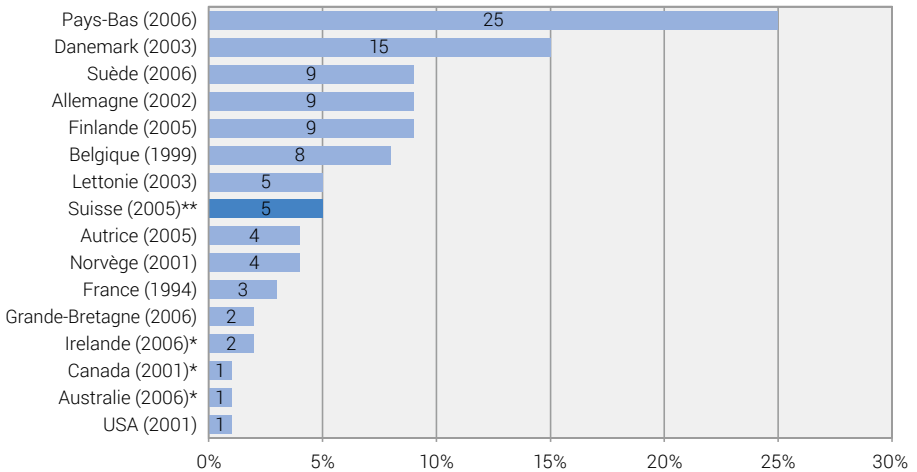
Source: OFS & Office fédéral du développement territorial (ARE), 2010

© Obsan 2015

Dans de nombreux pays d'Europe, la pratique du vélo est plus répandue qu'en Suisse

En comparaison internationale, les Suisses se déplacent beaucoup à pied, mais ils utilisent moins le vélo que les habitants d'autres pays européens (voir la figure 10.8).

Comment se fait-il que les Pays-Bas et le Danemark comptent des proportions élevées de cyclistes? Copenhague, capitale du Danemark, peut être citée en exemple dans le domaine de la promotion du vélo. Cette ville de près de 750'000 habitants s'est fixé pour objectif de devenir la meilleure ville cyclable du monde. Depuis 1980, la municipalité investit dans des infrastructures, des campagnes de promotion et des conditions cadres politiques favorables à la bicyclette. Cette stratégie a eu un succès extraordinaire. Selon les comptages de trafic effectués en ville depuis le début de cette politique de promotion, le nombre de vélos franchissant un point de mesures un jour ouvrable donné est passé de 8'200 à environ 36'000 entre 1978 et 2012. Depuis 1996, les distances parcourues à bicyclette dans la ville ont augmenté de 36% pour atteindre 1,27 million de kilomètres par jour en 2012 (City of Copenhagen, 2013). Parallèlement, les accidents de vélo ont fortement diminué. En 2012, on enregistrait un accident grave tous les 4,1 millions de kilomètres. Ce taux était trois fois plus élevé en 1995.

Part des trajets quotidiens effectués en vélo, comparaison internationale Fig. 10.8

* uniquement le trajet pour se rendre au travail

** dans les données suisses, de très courtes distances sont prises en compte (dès 25m)

Source: Bassett et al., 2008

© Obsan 2015

« L'amélioration de la sécurité s'explique en partie par le fait que davantage de personnes circulent à vélo, ce qui crée un environnement de trafic plus sûr, et en partie par les travaux qui ont été entrepris pour sécuriser les infrastructures: réaménagement des intersections, élargissement des voies cyclables et des arrêts d'autobus, campagnes destinées à améliorer les comportements et l'attention des usagers de la route »

(Copenhagen, City of Cyclists, Bicycle Account, 2013, p. 8; traduit de l'anglais)

En 2012, les habitants de Copenhague ont effectué 52% des déplacements entre leur domicile et leur lieu de travail ou de formation à vélo, 23% au moyen des transports publics, 14% en voiture et 11% à pied. Plus de la moitié des habitants de Copenhague se sont par conséquent déplacés à bicyclette, ce qui s'est traduit par un net désengorgement de la circulation dans la ville.

La stratégie de la municipalité de Copenhague pour la promotion du vélo est centrée sur les «cycle tracks», pistes cyclables entièrement séparées des autres voies de circulation. Ces pistes permettent d'emprunter à bonne vitesse les itinéraires les plus directs à travers la ville. Mesurant jusqu'à 3 mètres de large, elles présentent une forte capacité d'absorption avec des dépassements sans risques et offrent aux cyclistes

un sentiment de sécurité élevé. Le système comprend des ponts pour piétons et cyclistes. Le premier «cycle superhighway», qui relie plusieurs communes de l'agglomération de Copenhague, a été ouvert en 2012. Il est prévu de construire un réseau de 28 »superhighways». La possibilité de circuler rapidement est le principal motif qui incite la population de Copenhague à se déplacer à vélo ([City of Copenhagen, 2013](#)).

10.4 Les déterminants de la marche et de la pratique du vélo

Les facteurs qui influencent les décisions et les habitudes d'une personne dans ses déplacements quotidiens sont nombreux et divers. Autant il est aisé de déterminer si un facteur donné produit un effet incitatif ou dissuasif sur la pratique d'une forme de mobilité active, autant il est difficile de juger de l'ampleur de cet effet. Cela tient à la complexité des interactions entre les déterminants qui entrent en jeu et, surtout, au fait qu'à ce jour, peu d'études scientifiques leur ont été consacrées.

Le choix d'un moyen de locomotion dépend principalement des facteurs suivants:

- les alternatives disponibles, tels l'accès aux transports publics et la possession, ou non, d'un vélo ou d'une voiture,
- l'adéquation entre les caractéristiques du moyen de transport (vitesse, sécurité, protection contre les intempéries) et celles des itinéraires empruntés (distance et topographie),
- les facteurs individuels: condition physique, appréhensions, sensibilité écologique, plaisir de bouger,
- les aspects sociaux: normes sociales et culturelles, modes,
- les facteurs structurels: environnement naturel, infrastructures et réseaux routiers, gestion et volume du trafic, sécurité, législation.

Le phénomène susmentionné de la sécurité par le nombre illustre la forte capacité d'interaction dynamique de ces différents facteurs. Les préférences personnelles, la part de mobilité active, la politique des transports, les infrastructures existantes, la perception de la sécurité routière par les usagers et les risques d'accidents constituent autant d'interactions dans un processus dynamique.

L'adéquation entre les caractéristiques du moyen de transport et des itinéraires empruntés joue un rôle déterminant dans le choix du moyen de transport. Des variables telles que la disponibilité du type de transport, son accessibilité, sa rapidité, son coût, son confort, les bénéfices en matière de santé et les possibilités de stationnement sur les lieux de destination participent au processus de décision. Ces caractéristiques relatives au moyen de transport sont comparées à celles des itinéraires prévus, à commencer par les distances, la topographie et les conditions météorologiques. D'autres facteurs,

tels la présence d'enfants, le transport d'objets encombrants ou le port d'une tenue vestimentaire particulière présentent eux aussi une certaine importance. La question des avantages en matière de santé participe aux choix des formes de mobilité active, aussi bien pour les déplacements quotidiens que dans le cadre des loisirs (Borjesson & Eliasson, 2012).

Déterminants individuels et sociaux

L'âge fait partie des *variables individuelles* qui agissent de façon incitative ou dissuasive sur le processus de décision. En Suisse par exemple, la pratique du vélo diminue chez les personnes âgées. Cette tendance à renoncer au vélo avec l'âge est nettement moins prononcée dans les pays où l'infrastructure cyclable est bien développée (Pucher & Buehler, 2007). Pour ce qui est de la marche, on observe en Suisse la tendance inverse, surtout chez les hommes: les individus âgés se déplacent plus souvent à pied, ce qui pourrait être lié à des motifs de santé ou au retrait de la vie active, mais aussi à une capacité de conduire limitée du fait de l'âge. La *perception et l'acceptation des risques*, propres à chaque individu, jouent elles aussi un rôle majeur dans le choix des moyens de transport, notamment en matière de vélo. La perception des parents des dangers de la circulation dans leur quartier et leur attitude à l'égard de la mobilité active et de l'automobile déterminent fortement la nature et la fréquence des déplacements à pied ou à vélo chez les enfants (Lorenz et al., 2008). La *condition physique* et l'état de santé participent également aux choix des moyens de transport. Les attitudes et les perceptions (notamment la *sensibilité aux questions de santé et d'environnement*), ainsi que les habitudes et les expériences personnelles, jouent également un rôle au niveau individuel. Parmi les *facteurs sociaux*, on peut mentionner les *normes de l'environnement professionnel* (Pronk & Kottke, 2009). Les employeurs peuvent exercer une influence décisive en persuadant ou en dissuadant leur personnel de pratiquer la mobilité active. Il en va de même pour les écoles. Elles peuvent favoriser la pratique du vélo en créant des espaces de stationnement et des pistes cyclables sûres aux environs de l'école, et en autorisant les enfants à se rendre à l'école à vélo.

Alors que l'activité physique dans son ensemble présente un *gradient social* évident, on ne peut en dire autant de la mobilité active, sauf pour le vélo (voir figure 10.6, Schladt et al., 2011). Il est difficile de savoir comment et dans quelle mesure la pratique de la mobilité active des individus est influencée par leur origine, car les immigrés ne constituent pas un groupe de population homogène; en outre, le statut socio-économique et, plus largement, les conditions de vie particulières des différentes catégories d'immigrés exercent eux aussi une influence sur les habitudes en matière de mobilité. Le choix des moyens de transport, qui fait *partie intégrante du style de vie*, dépend

également des normes établies dans le groupe social de référence. Selon l'époque ou le lieu, un adolescent de 14 ans circulant en vélomoteur ou en scooter est considéré comme particulièrement «in» ou absolument «out». Comme mentionné précédemment, *l'exemple donné par les parents* joue chez les enfants un rôle important. Si le taux d'acceptation des formes actives de mobilité, le respect, les modes et tendances, ainsi que les normes sociales et culturelles sont considérés dans les ouvrages de référence comme des déterminants, leur importance et leur influence n'ont à ce jour guère fait l'objet d'études scientifiques.

Déterminants structurels: infrastructures de transport, sécurité, aménagement du territoire

Parmi les déterminants structurels de la mobilité active, *l'environnement bâti* joue un rôle particulier, à commencer par les *infrastructures de transport*. On prend notamment en compte certaines de leurs caractéristiques, telles que l'existence ou non d'une liaison directe, la qualité des itinéraires cyclables en matière de sécurité et leur démarcation par rapport aux voies piétonnes. *L'offre en places de stationnement* dans les espaces publics ou sur le lieu de travail peut aussi exercer une forte influence sur le choix entre la voiture et le vélo. Plus *le volume et la vitesse du trafic motorisé* sont élevés, moins on observe de mobilité active (voir plus haut «sécurité par le nombre»). Ces deux facteurs influencent fortement la façon dont les piétons et les cyclistes perçoivent et évaluent les risques. La démarcation par rapport au trafic motorisé joue également un rôle majeur. En règle générale, la séparation physique entre les différents usagers d'une infrastructure de transport devrait être d'autant plus importante que les différences de vitesse entre les moyens de transports en présence sont marquées et que les moyens les plus rapides sont nombreux. Les routes qui absorbent une densité de trafic motorisé réduite et une circulation lente favorisent la mobilité active sous toutes ses formes. *L'offre en transports publics* joue également un rôle important dans le choix du moyen de transport. En Suisse tout particulièrement, de nombreuses personnes combinent les transports publics et la marche à pied. Des voies d'accès aux transports publics bien conçues favorisent simultanément la mobilité active et l'utilisation des transports publics. En Suisse, le recours aux transports publics exerce une influence particulière sur les déplacements à pied (Schad et al., 2008). Les *conditions du trafic individuel motorisé* constituent un autre aspect important. Des facteurs tels que les coûts, la rapidité et les ralentissements du trafic et, surtout, l'offre en espaces de stationnement, influencent fortement la décision d'opter ou non pour une forme de mobilité active. Les propriétaires de voitures privées pratiquent moins la mobilité active (Schad et al., 2008). Les liens entre *l'aménagement du territoire* (land use mix) et la mobilité active sont relativement bien connus. Un mélange opportun de quartiers résidentiels, de

commerces, d'industries, d'écoles, de zones de travail et d'aires économiques favorise une diminution des distances à parcourir, et par conséquent le recours accru à la mobilité active (voir notamment Schad et al., 2008). Ainsi, les zones urbaines se caractérisent par une proportion plus élevée de personnes pratiquant la mobilité active. Ceci illustre l'importance à long terme de l'aménagement du territoire. Il est à ce propos de plus en plus question d'*accessibilité piétonnière* (walkability), notion qui renvoie au degré de confort piétonnier des quartiers et des zones urbaines (Leslie et al., 2005; Frank et al., 2005). Le *sentiment de sécurité dans l'espace public* agit également sur le choix des moyens de transport. La peur d'être victimes de vols, d'invectives, de violence physique ou sexuelle restreint l'appropriation de l'espace public par les piétons et diminue la mobilité active des personnes de tous les groupes d'âge (Präsidiyaldepartement Kanton Basel-Stadt, 2012; Walker Späh, 2002). Ce sont essentiellement les femmes et les personnes âgées qui se sentent menacées (Clerici & Kilias, 1999). La volonté d'échapper à de tels risques peut amener ces personnes à restreindre leur mobilité et leur activité physique (Bennett et al., 2007; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009). Enfin, *l'environnement naturel*, en particulier la topographie et la météo, exerce lui aussi une influence dans ce domaine. Le climat au sens large, en revanche, semble être moins déterminant, surtout dans les régions tempérées. La mobilité active est fortement développée dans des villes comme Copenhague, Portland et Minneapolis, où le climat n'est pourtant pas particulièrement propice au vélo.

Pour les déterminants structurels – législation, politique des transports, évaluation et recherche – nous renvoyons au rapport de Götschi et al. (2015).

10.5 Promotion de la mobilité active

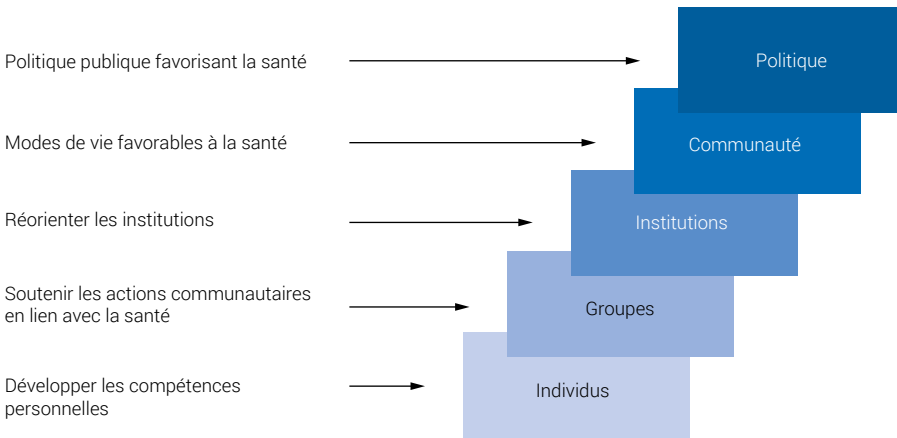
Dans la section suivante, il s'agit de tracer le cadre dans lequel s'inscrit aujourd'hui la promotion de la mobilité active, d'énoncer les principales mesures qui peuvent être prises et de les intégrer dans un modèle général. La section 10.6 présentera, à titre complémentaire, quelques mesures concrètes qui ont fait leurs preuves et qui donnent une idée du potentiel existant.

Depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, l'approche traditionnelle de la santé publique qui met l'accent sur la maladie et les agents pathogènes, se complète d'une seconde approche, appelée «salutogène», qui cherche moins à réduire les facteurs de risques qu'à identifier préalablement les facteurs de santé et à développer les ressources permettant d'améliorer la situation sanitaire. Cette notion comporte deux grands axes: l'orientation intersectorielle et le cadre de vie (setting) qui, en Suisse, s'applique à des contextes tels que l'école, le travail, les clubs sportifs, etc. (BAG, 2007). L'importance de ces deux axes pour la promotion de la santé est particulièrement évidente dans le domaine de la mobilité active.

Les principales mesures de promotion de la mobilité active se situent, selon Götschi et al. (2015), à différents niveaux de la société, et il faut distinguer les interventions visant des changements structurels de celles qui poursuivent une amélioration générale de la situation de la société et des individus. Le cas échéant, les différents domaines d'activité peuvent être organisés selon un modèle de promotion de la santé à plusieurs niveaux (Kaba-Schönstein, 2011; figure 10.9).

Modèle de promotion de la santé à plusieurs niveaux

Fig. 10.9



Source: d'après Kaba-Schönstein, 2011

© Obsan 2015

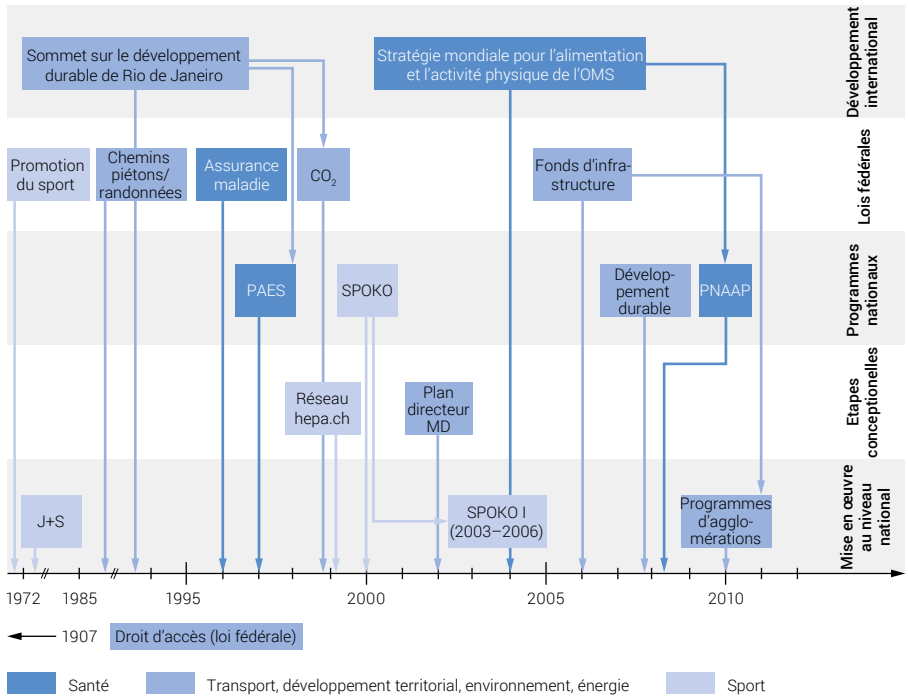
Mesures au niveau politique

Selon ce modèle à plusieurs niveaux, l'objectif visé est de mettre en œuvre une politique générale de promotion de la santé. Traditionnellement, la promotion de la mobilité active relève de la politique des transports. Depuis le Sommet de la Terre sur le développement durable à Rio de Janeiro (1992), son importance est également reconnue en matière environnementale, avec l'attrait des centres villes, la promotion de la qualité de vie dans les zones urbaines, les questions sociales, la protection de l'environnement, mais aussi et surtout la santé des populations. Sur le plan politique, la mobilité active peut être favorisée par la création de bases légales entraînant des investissements dans des infrastructures et d'autres programmes utiles, ainsi que par l'instauration d'une collaboration inter- et multisectorielle des politiques concernées.

La figure ci-après (10.10) présente les étapes qui ont été franchies en Suisse de 1970 à nos jours en matière de *collaboration inter- et multisectorielle* des politiques du sport, des transports, de l'aménagement du territoire, de l'environnement, de l'énergie et de la santé.

Etapes de la coopération intersectorielle pour la promotion de la mobilité active en Suisse

Fig. 10.10



PAES: Plan d'action environnement et santé; SPOKO: Concept de politique du sport; PNAAP: Programme national alimentation et activité physique; Réseau hepa.ch: Réseau santé et activité physique Suisse; Plan directeur MD: Plan directeur de la mobilité douce; J+S: Jeunesse+Sport; SPOKO I: Premier paquet de mesures accompagnant le concept de politique du sport

Source: Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

Le groupe de travail «Coordination des actions de la Confédération dans le domaine de la mobilité douce» est une structure d'échanges au niveau national. Institué par l'Office fédéral des routes (OFROU), cet organe de coordination regroupe le secteur des transports, les offices fédéraux du développement territorial, de l'environnement, de l'énergie, de la santé publique, du sport ainsi que le Secrétariat d'État à l'économie. L'Office fédéral du développement territorial (ARE) a élaboré des stratégies pour le trafic de loisirs et un guide pour l'aménagement des espaces non construits en milieu suburbain, lequel est présenté lors d'événements publics. Depuis 2009, l'Office fédéral de la santé publique collabore avec les offices fédéraux du développement territorial, des transports, des routes, de l'énergie et de l'environnement afin de créer des conditions-cadres optimales pour la promotion de l'activité physique.

Actuellement, cette collaboration repose principalement sur les mesures suivantes:

- la promotion de projets dans le domaine de la mobilité douce par le Centre de services pour une mobilité innovatrice (DETEC). Les offices fédéraux de l'énergie (OFEN), du développement territorial (ARE), des routes (OFROU), de l'environnement (OFEV), des transports (OFT) et de la santé publique (OFSP) y sont associés. Un budget de 500'000 francs est disponible pour des projets novateurs sélectionnés dans le cadre d'un appel d'offres annuel. Voir www.are.admin.ch → [Transports et infrastructure](#) → [Programmes et projets](#) → [Centre de services pour une mobilité innovatrice](#)
- la promotion de projets pilote favorisant la mobilité dans les espaces ouverts par le biais de «projets-modèles pour un développement durable». Avec la participation du Secrétariat d'État à l'économie (SECO) et des offices fédéraux de l'agriculture (OFAG), du sport (OFSP), du logement (OFL), du développement territorial (ARE), des routes (OFROU), de l'environnement (OFEV) et de la santé publique (OFSP). Voir www.modellvorhaben.ch.
- la promotion de la mobilité avec le guide «Les espaces ouverts dans les agglomérations», fruit d'une collaboration entre sept offices fédéraux (ARE, OFL, OFROU, OFEV, OFSP, OFSPO et OFAG), qui propose aux communes, cantons et agglomérations des actions possibles pour revaloriser les espaces libres. Voir www.are.admin.ch → [Villes et agglomérations](#) → [Thèmes spécifiques](#) → [Aménagement des espaces ouverts dans les agglomérations](#)

Mesures au niveau des collectivités

La *planification urbaine et territoriale* débouche à long terme sur d'importantes conditions-cadres pour le développement de la mobilité active. Comme nous l'avons dit plus haut, la densité de l'habitat, le mélange des zones et les distances entre les habitations, les aires commerciales, les lieux de travail et de formation sont des facteurs qui influencent fortement la mobilité active. L'aménagement de l'espace public dans le cadre de la planification urbaine détermine également, dans tous les groupes de populations, les sentiments de sécurité et d'appropriation de l'espace public.

Mesures importantes dans ce domaine:

- aménager l'espace public pour l'adapter aux besoins des individus des deux sexes et de tous les âges, en mettant l'accent sur l'attrait des itinéraires pédestres et cyclables et sur l'accroissement du sentiment de sécurité
- développer des concepts durables de planification urbaine et territoriale assurant des conditions-cadres favorables pour la mobilité active

Les *mesures infrastructurelles* sont considérées par Götschi et al. (2015) comme l'axe principal sur lequel repose la promotion de la mobilité active. L'infrastructure répond à trois objectifs: elle doit rendre la mobilité active (mobilité douce) pratique, sûre et agréable. Elle doit être développée et entretenue (déneigement, suppression des obstacles, etc.)

À ce propos, les mesures ci-après sont particulièrement importantes:

- modération du trafic motorisé
- création de zones sans voitures, par exemple sous la forme de zones d'habitation sans voitures ou de zones de trafic mixte où tous les usagers de la route ont les mêmes droits (généralement sous la forme de zones de rencontres où la vitesse est limitée à 20 km/h)
- amélioration et extension du réseau piétonnier, avec un accent particulier sur la sécurité aux carrefours, l'attrait et le sentiment de sécurité, également pendant la nuit
- infrastructures spécifiques pour la circulation à vélo (réseaux de pistes bien connectés et séparés du trafic motorisé, ou modération du trafic motorisé)
- aménagement d'infrastructures cyclables pour améliorer la sécurité des carrefours (espaces d'attentes réservés en tête de files pour augmenter la visibilité des cyclistes, «vagues vertes» en faveur des cyclistes, etc.)

Les infrastructures pour la circulation à vélo, à la différence des trottoirs pour piétons, constituent un phénomène récent. Dans la plupart des pays, hormis aux Pays-Bas et au Danemark, il n'existe quasiment nulle part des réseaux de pistes réservés aux cyclistes et séparés du reste du trafic. En Suisse, l'accent est mis sur la modération du trafic motorisé et sur la séparation des voies cyclables et du trafic motorisé. Comme la planification des transports, en règle générale, n'a pas prévu et ne prévoit pas de voie séparée pour la circulation à vélo, on peut se demander si l'aménagement de voies protégées pour les cyclistes (bandes et pistes cyclables), ne dépend pas davantage de la largeur des routes existantes que du niveau de risques ou de la densité du trafic cycliste.

Mesures au niveau des établissements publics et privés

Au départ et à l'arrivée des randonnées, les cyclistes doivent disposer d'une infrastructure appropriée pour le dépôt des vélos à l'abri des intempéries et du vol. L'aménagement de telles infrastructures à proximité des gares, des centres commerciaux, des lieux de travail et de formation constitue une mesure essentielle pour promouvoir la mobilité active. Il appartient aux employeurs de mettre à disposition de leur personnel des douches et des vestiaires lui permettant de se rendre au travail à vélo, y compris sur de longues distances.

Les *règlements des écoles et de l'entreprise* peuvent être amendés pour devenir un important levier promotionnel de la mobilité active. Il subsiste par exemple de nombreuses écoles qui interdisent le vélo à leurs élèves (cf. Kanton Zürich, 2014). Parmi les autres mesures possibles figurent les *campagnes* du type «bike to work», «bike to school», ou «slow up». Les organisations sanitaires peuvent utiliser la mobilité active pour promouvoir la santé dans les domaines de la *prévention et des soins*. Citons à titre d'exemple le projet PAPRICA, qui incite les cabinets médicaux à encourager l'activité physique (voir la description du projet au [chapitre 10.6](#)).

Mesures au niveau des groupes

Il existe des organisations et des groupes d'individus qui s'engagent d'ores et déjà en faveur de diverses formes de mobilité active. Dans un modèle à plusieurs niveaux, ces groupes pourraient être soutenus dans leurs activités par un renforcement de leur capacité d'action. Ce soutien peut prendre diverses formes, telles l'intégration dans des prises de décisions politiques, la fourniture de matériel et d'informations, un appui financier ou les mesures d'encouragement suivantes:

- promotion des activités d'organisations telles que Pro Velo et mobilitepietonne.ch, comme le fait déjà la section Mobilité douce de l'OFROU;
- promotion des activités citoyennes destinées à améliorer la sécurité des usagers de la route et le sentiment de sécurité dans les espaces publics (visites de quartiers, participation à l'aménagement du territoire et à la planification des transports, etc.),
- promotion des activités bénévoles de parents d'élèves, telles les campagnes Peditibus et Velobus, qui visent à renforcer la sécurité des enfants sur le chemin de l'école à pied ou à vélo (voir la description des projets au [chapitre 10.6](#)).

Mesures au niveau individuel

Il s'agit, dans le cadre du modèle à plusieurs niveaux, de développer les compétences individuelles. En matière de mobilité active, on peut mentionner les exemples suivants:

- initiation aux déplacements en toute sécurité, à pied ou à vélo, dans le trafic (éducation routière dispensée par les parents ou à l'école, cours Pro Senectute),
- cours de cyclisme Pro Velo pour les enfants, les parents et les immigrés,
- promotion des compétences individuelles en matière de santé et d'activité physique pour améliorer les connaissances, la motivation et le savoir-faire nécessaires à l'intégration de l'activité physique dans la vie quotidienne.

10.6 Exemples de promotion de la mobilité active en Suisse

Voici quelques brefs exemples de programmes en cours. Un lien figure avec chacun d'eux qui permet aux lecteurs intéressés d'approfondir le sujet. Ces projets illustrent l'éventail de l'offre existante. D'autres exemples de projets et des informations détaillées sur les programmes présentés figurent dans le rapport de Götschi et al. (2015).

Aménagement du territoire et urbanisme

«*Métamorphose*» est un plan d'aménagement urbain réalisé à Lausanne depuis 2006. Il comprend des installations sportives, deux quartiers axés sur le développement durable avec des emplois et des logements pour 13'500 nouveaux habitants, et des liaisons de transports publics entre les cinq sites. Des mesures ont été prises pour réduire le trafic motorisé individuel. Le sous-projet «*Métasanté*» vise les objectifs suivants: (1) accroître la part de la population exerçant une activité physique suffisante; (2) assurer à chacun, indépendamment du revenu, le même accès aux offres et

possibilités d'activités physiques; (3) intégrer les objectifs de promotion de la santé à ceux de l'urbanisme et de la planification des transports. Voir www.lausanne.ch → [Lausanne en bref](#) → [Lausanne demain](#) → [Métamorphose](#)

Masterplan Velo (MPV) est un programme de la ville de Zurich qui court jusqu'en 2025 avec trois objectifs majeurs: accroître la part du trafic cycliste, sécuriser les déplacements à vélo et rendre la pratique de la bicyclette accessible à une part accrue de la population. Le «Masterplan» regroupe de nombreuses mesures à différents niveaux: infrastructures, conditions de circulation, groupes cibles, ancrage institutionnel, marketing des services. L'élément majeur de la promotion du vélo à Zurich est un réseau cohérent d'itinéraires directs et rapides destiné aux cyclistes expérimentés, doublé d'un réseau parallèle de pistes dites «confortables» destinées aux usagers moins expérimentés – en particulier les tout jeunes et personnes âgées, et qui soit situé dans la mesure du possible à l'écart du trafic motorisé. Voir www.stadt-zuerich.ch/ted → [Tiefbauamt](#) → [Mobilität](#) → [Strategie](#) → [Strategische Planungen](#) → [Masterplan Velo](#)

Bike sharing

Les systèmes de partage en libre-service, appelés Velib' en France, (en anglais «bike sharing programs») connaissent un véritable boom à l'échelle mondiale (voir www.bikesharingmap.com). En Suisse, en revanche, ces programmes peinent à se développer. La ville de Genève, par exemple, participe au financement du projet «Genève roule» à hauteur de 300'000 francs par année pour assurer la location gratuite de vélos électriques de mai à octobre. L'association «Genève roule» est née en 2001 d'un projet de la Croix-Rouge. Les vélos, au nombre de 150 répartis sur sept sites, peuvent être empruntés gratuitement pour une durée de 4 heures. Depuis 2011, l'offre s'est développée pour devenir un système automatique de vélos en libre-service géré par PubliBike, qui opère dans toute la Suisse. PubliBike gère aujourd'hui une centaine de stations totalisant plus de 1000 vélos. Un autre système, avec 40 stations et 250 vélos, est exploité à Bienne par Velospot, qui possède des filiales dans d'autres villes de Suisse romande. Nextbike exploite à Lucerne un système analogue avec 60 stations. L'avenir dira si les systèmes automatiques de vélos en libre-service connaîtront en Suisse un succès comparable à ceux obtenus à l'étranger. La pertinence du «vélopartage» est liée à l'ampleur et à la densité des réseaux mis en place. Les systèmes actuels sont plutôt de dimension réduite. Voir www.bikesharing.ch.

Livraisons à domicile

La fondation intact, implantée à Burgdorf, Langnau et Kirchberg, encourage la mobilité active dans l'Emmental, ainsi que l'intégration socio-professionnelle des chômeurs de longue durée et des personnes à capacités réduites. Outre des stations de vélos, des services de prêts de bicyclettes et de coursiers à vélo, elle offre un service de livraisons à domicile. Les clients font eux-mêmes leurs achats, qu'ils souhaitent toutefois faire transporter à leur domicile. Ils déposent leurs achats à l'entrée du magasin où ils sont pris en charge par les personnes de ce service. Le transport se fait par des vélos électriques munis de remorques jusqu'au domicile du client, voire jusqu'à la porte de son appartement. Cette activité est bénéfique pour l'état de santé et l'intégration socio-professionnelle des cyclistes, des personnes à capacités réduites ou des chômeurs de longue durée, tout en favorisant l'autonomie et l'activité physique des personnes âgées ou à mobilité réduite de la région, qui font leurs courses à pied. Cette forme de livraison se développe entretemps dans d'autres villes et régions du pays. Voir www.wir-bringens.ch

Pedibus et Velobus

Dans le système de ramassage scolaire *Pedibus*, les écoliers se rendent à l'école en groupes et à pied, accompagnés d'un ou de deux parents. Pedibus suit un itinéraire défini avec des «arrêts» et conformément à un horaire précis. Conçu en Australie en 1992, ce concept jouit d'une grande popularité dans de nombreux pays. En Suisse, il est apparu pour la première fois en 1998 à Lausanne, où un groupe de parents lui donna le nom de Pedibus, utilisé entretemps dans toute la francophonie. Pedibus est assuré par les parents, qui jouent le rôle d'accompagnateurs bénévoles. Des organisations, comme l'ATE, soutiennent les campagnes Pedibus en créant des documents explicatifs, en proposant des conseils et en faisant de la publicité auprès de leurs membres. Depuis 2004, le Bureau de prévention des accidents (bpa) propose aux accompagnants de Pedibus une assurance accidents et responsabilité civile gratuite. Grâce au système Pedibus, les enfants acquièrent les aptitudes nécessaires pour se rendre ensuite à l'école de façon autonome. Des enfants plus âgés peuvent seconder les adultes dans leur tâche d'accompagnement. Pour les itinéraires scolaires plus longs, ce concept peut devenir Velobus. Pro Velo a conçu à cet effet un programme d'entraînement qui prépare les enfants et les adultes accompagnateurs à la pratique du Velobus. Le Velobus est toutefois moins répandu, ce qui tient probablement dans une certaine mesure au fait que les parents craignent des accidents. Voir www.pedibus.ch, www.velobus.ch, www.bfu.ch

Développer des compétences personnelles: les campagnes de sécurité routière

Il existe en Suisse de nombreux exemples de campagnes de sécurité routière dans le contexte de la mobilité active. En voici quelques-unes:

«*Dummies in Danger*» est un projet de l'Association suisse des piétons (Mobilité piétonne suisse) réalisé de concert avec l'Association suisse des moniteurs de conduite (ASMC). Il s'adresse essentiellement aux jeunes usagers de la route par le truchement de leurs moniteurs de conduite. La campagne a pour thème les responsabilités communes des personnes qui circulent en automobile, à pied ou à vélo, quant à l'attention, la technique d'éclairage, la visibilité et au respect d'autrui.

La Suva s'engage depuis des années en faveur du *port du casque par les cyclistes* au moyen de campagnes d'information et de spots télévisés. Le Bureau suisse de prévention des accidents (bpa) offre un rabais sur les 30'000 premiers casques à vélo vendus dans les commerces spécialisés avec le soutien du Fonds de sécurité routière (FSR). Voir www.suva.ch → Prévention → Loisirs → Campagnes → Campagne vélo

Le groupe de travail «*Sécurité par la visibilité*» a été créé en 1984. Il informe et mène des actions ciblées dans les écoles et l'espace public pour inciter les usagers de la route les plus vulnérables à se rendre plus visibles. Il comprend des représentants du bpa et de la Communauté de travail des chefs des polices de la circulation de Suisse et de la Principauté de Liechtenstein (CCCS). Voir www.tagdeslichts.ch

L'Automobile Club de Suisse (ACS), RoadCross Suisse et le Conseil suisse de la sécurité routière mènent une action commune intitulée «*Cherchez le regard*», destinée à améliorer la communication entre les automobilistes et les piétons qui traversent la route. Cette campagne est financée par le Fonds de sécurité routière (FSR). Voir www.such-blickkontakt.ch

Avec la collaboration de l'humoriste Emil Steinberger, Mobilité piétonne suisse a lancé la campagne «*Marcher sans limite d'âge*», qui publie une brochure pour le personnel soignant et un dépliant pour les personnes âgées. L'association organise en outre des actions destinées à des groupes de seniors. Voir www.mobilitepietonne.ch → Nos thèmes → Marcher sans limite d'âge → Offre de cours

Actions collectives pour la santé

«*Bike-to-work*» est une campagne de dimension internationale où les travailleurs, pendant une journée («*bike to work day*») ou une semaine, en mai ou en juin, se rendent à leur lieu de travail à vélo et encouragent leurs collègues à faire de même. En Suisse, «*Bike to work*» est devenu un événement majeur auquel participent désormais près de 50 000 personnes employées dans plus de 1500 entreprises. Un sondage réalisé le mois suivant a révélé que près de 45% des personnes interrogées ont indiqué

qu'elles se déplaçaient désormais plus souvent à vélo qu'auparavant. En 2005, 38% des participants avaient précisé n'avoir jusque-là jamais gagné leur lieu de travail à vélo (Surbeck et al., 2009). Aucune étude n'a encore été réalisée pour savoir si «bike to work» favorisait effectivement un changement durable des comportements individuels en matière de mobilité. Cette action est organisée par Pro Velo Suisse. Voir www.biketowork.ch

Promotion de l'activité physique dans le cadre de la médecine de premier recours

Le projet PAPRICA (Physical Activity Promotion in Primary Care) repose sur l'idée que la médecine de premier recours, qui est en contact direct avec la population inactive, peut jouer un rôle particulier dans la promotion de la mobilité. Les médecins de famille sont formés pour encourager leurs patients à se mouvoir davantage dans leur vie quotidienne. Cette formation a été dispensée jusqu'ici à 250 médecins romands et une cinquantaine de leurs confrères alémaniques. Les offres proposées par PAPRICA comprennent une formation continue, un guide pratique de référence et des brochures destinées aux patients. Elle assure également le contact avec des organisations régionales qui proposent des activités physiques.

La formation continue tient compte des connaissances générales, de l'expérience personnelle et de la situation concrète des médecins. Elle s'appuie sur la technique dite de l'«entretien motivationnel», qui repose sur un dialogue centré sur le client pour l'amener à modifier ses comportements. Les conseils en matière de mobilité sont plus efficaces lorsqu'ils ne se bornent pas à donner des informations générales et à indiquer des stratégies comportementales. C'est pourquoi la formation continue propose aussi des contacts et des informations sur l'offre régionale en matière d'activité physique. Voir www.paprica.ch

L'éventail de programmes en cours

Ces exemples illustrent le large éventail de programmes existants et qui, conformément au modèle à plusieurs niveaux de Kaba-Schönstein (2011), agissent sur l'ensemble de la promotion de la santé. Toutefois, les résultats de ces programmes et mesures, qui ont pour but d'accroître la mobilité active de la population, dépendent de leur intensité et de leur durée, ainsi que des obstacles et des tendances défavorables rencontrés.

10.7 Synthèse

- Ⓐ **Que sait-on aujourd'hui des effets de l'activité physique en général et de la mobilité active en particulier sur la santé de la population?**
- Ⓑ **Dans quelle mesure la mobilité active est-elle pratiquée en Suisse?**
- Ⓒ **Quels facteurs jouent en faveur ou au détriment de la mobilité active?**
- Ⓓ **Que fait-on en Suisse pour promouvoir la mobilité active?**

Ⓐ **Que sait-on aujourd'hui des effets de l'activité physique en général et de la mobilité active en particulier sur la santé de la population?** Il est démontré que les personnes physiquement actives sont moins exposées aux maladies cardiovasculaires, au diabète de type 2, à certains cancers, à l'ostéoporose, à des troubles psychiques, et de manière générale au risque de mort prématurée. Un mode de vie privilégiant l'activité physique favorise l'équilibre entre apports et dépenses d'énergie et, de ce fait, réduit le risque d'obésité. L'activité physique est par conséquent l'un des principaux facteurs susceptibles d'influencer la prévalence des maladies chroniques dans la population.

Quant aux effets spécifiques de la mobilité active, on sait aujourd'hui qu'ils exercent un impact considérable sur la mortalité. Il est démontré que la mortalité globale diminue de 10% à 20% du fait de la pratique régulière de la marche et de 10% à 30% par la pratique régulière du vélo. Une diminution du risque de maladies chroniques, tels les troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2 est également avérée. Enfin, une amélioration des facteurs de protection de la santé a pu être démontrée (poids corporel équilibré, condition physique, pression artérielle, lipides sanguins).

Globalement, la pratique du vélo semble avoir sur la santé un effet un peu plus marqué que la marche à pied.

Quant aux effets négatifs, il faut noter que le vélo expose ses utilisateurs davantage aux risques d'accident. Mais dans l'ensemble, les effets positifs de la marche et du vélo sur la santé compensent largement les risques liés à ces activités.

De plus en plus d'indices révèlent que, dans la population physiquement non active, une légère augmentation de l'activité physique au quotidien suffit à produire un effet positif sur la santé et le bien-être de la population physiquement non active.

B **Dans quelle mesure la mobilité active est-elle pratiquée en Suisse?** En 2012, 22,6% de la population effectuaient leurs déplacements quotidiens exclusivement à pied ou à vélo. Cette proportion est légèrement inférieure à celle de 2002 (25,0%). La part des individus pratiquant la mobilité active était en 2012 nettement plus élevée chez les femmes (24,6%) que chez les hommes (17,7%).

Les distances parcourues à vélo par la population suisse dans son ensemble ont légèrement diminué au cours des deux dernières décennies, alors que les trajets effectués à pied ont nettement augmenté.

En comparaison internationale, les déplacements à pied sont élevés en Suisse. Les trajets à vélo sont en revanche moins nombreux. Tous groupes d'âges confondus, les hommes recourent plus souvent que les femmes au transport motorisé individuel. Les jeunes adultes utilisent très souvent les transports publics, tandis que les personnes âgées tendent à privilégier la marche à pied.

Les personnes qui effectuent leurs trajets quotidiens à pied ou à vélo y consacrent en moyenne plus d'une heure par jour.

Les enfants de 6 à 10 ans se rendent à l'école le plus souvent à pied, parcourant en moyenne une distance de 1,3 kilomètre. Dans leurs loisirs, en revanche, ils sont fréquemment transportés en voiture.

C **Quels facteurs jouent en faveur ou au détriment de la mobilité active?** La mobilité active est répandue dans la population quand les distances à parcourir ne sont pas trop longues, quand le niveau de sécurité ressenti et l'acceptation sociale sont élevés et quand les infrastructures nécessaires sont disponibles. En comparaison d'autres moyens de transport, il importe que la mobilité active soit avantageuse en termes de rapidité, de confort (aires de stationnement), de sécurité et de bienfaits pour la santé.



Que fait-on en Suisse pour promouvoir la mobilité active? De nombreux programmes et stratégies ont été engagés à tous les niveaux de la société avec, sur le plan politique, la création de groupes de travail inter- et multisectoriels. Au niveau communal, des projets d'aménagement du territoire et de planification globale (plans directeurs) sont consacrés à la promotion de la mobilité. De nombreux cantons et communes investissent dans des réseaux plus ou moins développés d'infrastructures pour la pratique du vélo, la création de parcs à vélos et dans des projets visant à améliorer la sécurité de l'espace public. Des institutions, des employeurs et des écoles participent à des projets de promotion de la mobilité active. Des organisations s'engagent au service des personnes circulant à pied ou à vélo. Des groupes de parents se forment pour accompagner les écoliers à pied ou à vélo. Des cours d'éducation routière sont dispensés, en particulier à l'intention des enfants et des personnes âgées.

Perspectives

En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent d'une ou de plusieurs affections chroniques. Le traitement des maladies non transmissibles représente 80% des coûts directs de la santé, auxquels s'ajoutent d'importants coûts indirects liés aux arrêts de travail, aux retraites anticipées et aux soins de santé informels. Le vieillissement de la population permet de supposer que le nombre de malades et les coûts continueront de croître fortement à l'avenir.

Comment optimiser le système de santé pour faire face à ces défis? Voici, en quelques points, ce que pourrait être un système conforme aux besoins de notre temps:

- Les maladies chroniques et les personnes qui en souffrent se caractérisent par leur diversité. Dans un système de santé optimal, les traitements et les soins sont adaptés aux *besoins individuels* des malades et de leurs proches, à leurs ressources et à leur situation dans la vie. Le système favorise notamment toutes les mesures propres à aider les patients à gérer de manière autonome les problèmes liés à leur maladie.
- *La coordination des soins* revêt une importance majeure pour les malades chroniques. Elle est notamment nécessaire pour les individus souffrant de plusieurs maux. Un système optimisé ne se conçoit pas sans une bonne coordination intersectorielle. Une patiente souffrant de diabète, de dorsalgies et de dépression sera suivie et traitée individuellement, dans les règles de l'art et de façon coordonnée par un personnel médical compétent. Un individu cancéreux en phase terminale recevra un ensemble de soins palliatifs bien coordonné.
- Les personnes âgées et les patients multimorbides, en particulier, sont suivis par une personne de référence qui les guide dans l'univers complexe du système de santé. Grâce à une *formation adéquate*, les professionnels de la santé orientent leurs interventions sur les besoins des patients. Une formation adaptée les prépare à exercer leur activité au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
- Un mode de *financement* adéquat, avec un régime d'incitations adapté, assure la durabilité du système de santé et la motivation des professionnels.
- Un système de santé optimisé offre aux proches des patients des prestations adaptées à leurs besoins. Il prévoit notamment des services propres à *alléger leur charge de travail*, et complétés par une aide financière adéquate. Il favorise le maintien à domicile des patients dépendants jusqu'à la fin de leur vie.

- *Les groupes de populations vulnérables* (économiquement faibles, à bas niveaux de formation, souffrant d'une maladie psychique) sont particulièrement exposés au risque de traitements inadaptés. Dans un système de santé optimisé, la Confédération et les cantons redoublent d'efforts pour identifier les besoins de ces groupes et trouver des solutions adaptées, d'entente avec les fournisseurs de prestations.
- *Au-delà du système de santé*, des programmes de promotion de la santé et de lutte contre la maladie sont coordonnés avec les assurances sociales, les employeurs, les écoles et les services de prises en charge des enfants.
- Pour lutter contre l'accroissement de la charge de morbidité, le système, en plus des programmes traditionnels de prévention et de promotion de la santé, crée des *conditions propres à encourager les comportements favorables à la santé*. Des mesures structurelles sont prises, notamment dans les secteurs publics où des «*co-bénéfices*» sont envisageables, par exemple en matière de mobilité active et d'aménagement du territoire. On encourage notamment la mobilité active sur le chemin de l'école, la création de voies piétonnes sûres, en particulier pour les personnes âgées, et l'aménagement d'infrastructures cyclables confortables, rapides et cohérentes.

Ce sont là quelques points sur lesquels le système de santé devra évoluer pour maîtriser la gestion des maladies chroniques. Dans ce rapport, nous nous sommes abstenus de proposer un plan de mesures concrètes aux responsables politiques et à l'administration publique. De nombreuses mesures utiles ont d'ores et déjà été prises, notamment dans le cadre du dialogue «Politique nationale suisse de la santé» et de «Santé2020». Ce rapport présente des données scientifiques qui aideront les responsables politiques, les administrations publiques et la société civile à définir des priorités et à planifier des projets dans le domaine des maladies chroniques.

Abréviations

APN	Advanced Practice Nurses
ATE	Association transports et environnement
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPD	Office fédéral du sport
OFS	Office fédéral de la statistique
CCM	Chronic Care Model
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFROU	Office fédéral des routes
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
DFI	Département fédéral de l'intérieur
ESAI	Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution
FMH	Fédération des médecins suisses FMH
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
HES	Hautes écoles spécialisées
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AI	Assurance-invalidité
EC	Epidémiologie du cancer
RCT	Registres cantonaux et intercantonaux des tumeurs
MNT	Maladies non transmissibles
ONG	Organisation non gouvernementale
NICER	National Institute for Cancer Epidemiology and Registration
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (Organisation for Economic Co-operation and Development OECD)
PCMH	Patient Centered Medical Home
ESPA	Enquête suisse sur la population active
ASSM	L'Académie Suisse des Sciences Médicales
ESS	Enquête suisse sur la santé
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
PSM	Panel suisse de ménages
Somed	Statistique des institutions médico-sociales
Spitex	Services d'aide et de soins à domicile
suva	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WHO	World Health Organization

Le rapport national sur la santé 2015 présente dans sa première partie une vue d'ensemble de la santé de la population suisse. Quelque 80 indicateurs décrivent de manière concise et claire la situation démographique et socioéconomique de la population ainsi que son état de santé à différentes phases de la vie.

La deuxième partie aborde le thème des «maladies chroniques». L'accent est mis principalement sur les perceptions, les besoins et les stratégies des personnes souffrant de maladies chroniques.

La deuxième partie du rapport s'appuie sur trois études scientifiques traitant des aspects suivants: «vivre avec une maladie chronique», «nouveaux modèles de prise en charge des maladies chroniques» et «mobilité active et santé». Ces études complètent l'ouvrage. Elles sont disponibles sur le site internet de l'Obsan: www.obsan.ch.

Hogrefe Publishing Group

Göttingen · Berne · Vienna · Oxford
Boston · Paris · Amsterdam · Prague
Florence · Copenhagen · Stockholm
Helsinki · São Paulo

www.hogrefe.com

ISBN 978-3-456-85567-7

