

INDICATEURS CLÉS STRATÉGIES NATIONALES MNT ET ADDICTIONS 2017-2024



Tendances et contextualisation

État : mi-avril 2024

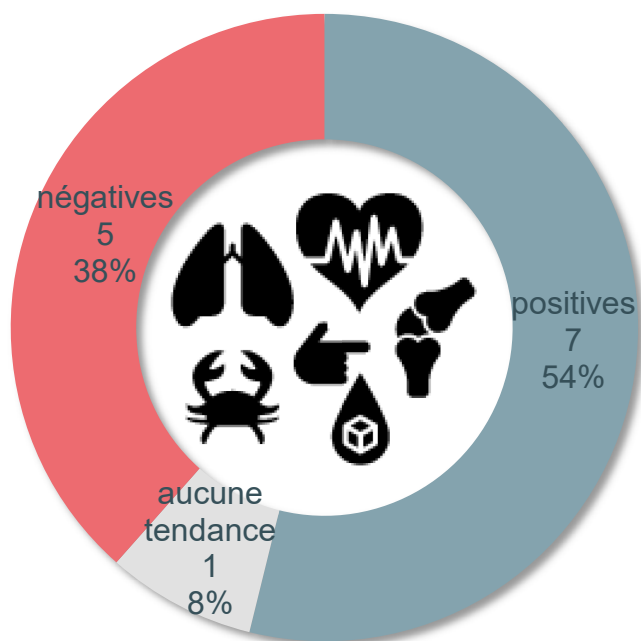
MNT

Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT) 2017-2024
www.bag.admin.ch/ncd

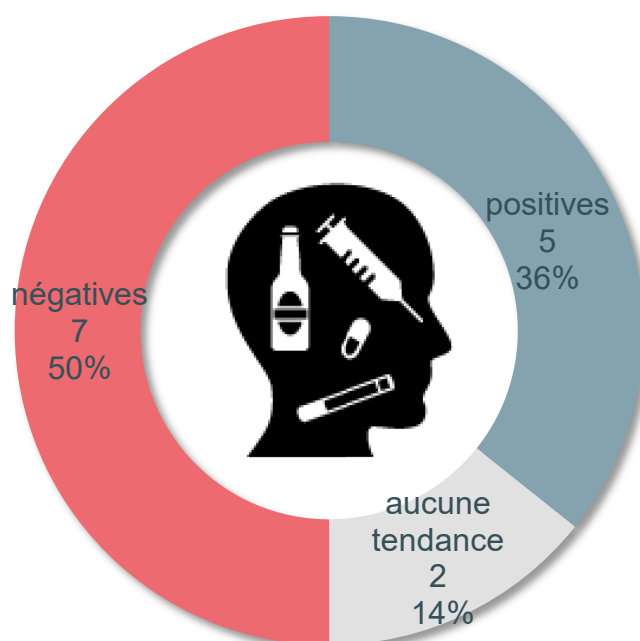
ADDICTIONS

Stratégie nationale Addictions 2017-2024
www.bag.admin.ch/sucht

Tendances des indicateurs clés MNT



Tendances des indicateurs clés Addictions






 = évolution positive par rapport à la stratégie
 = évolution négative par rapport à la stratégie
 = aucune tendance disponible



Table des matières

1.	Contexte.....	3
2.	Évolution des indicateurs clés	4
2.1	Synthèse concernant les MNT.....	4
2.2	Synthèse concernant les addictions	5
3.	Description des indicateurs liés aux MNT	6
3.1	Consommation de tabac (âge : 15+)	8
3.2	Consommation d'alcool chronique à risque (âge : 15+).....	10
3.3	Comportement en matière d'activité physique (âge : 15+).....	12
3.4	Consommation de fruits et de légumes (âge : 15+)	14
3.5	Littératie en santé (âge : 18+).....	16
3.6	Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par régime de financement	18
3.7	Renoncement à des prestations médicales pour des raisons de privations matérielles (16+).....	20
3.8	Surpoids et obésité (âge : 15+).....	21
3.9	État de santé (âge : 15+)	23
3.10	Incidence du cancer (âge : 15+)	25
3.11	Coûts du système de santé	27
3.12	Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT	29
3.13	Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (âge : 18-âge de la retraite).....	31
4.	Description des indicateurs liés aux addictions.....	33
4.1	Consommation d'alcool à risque (ponctuelle et chronique ; âge : 15+).....	35
4.2	Consommation de cannabis (âge : 15-64)	37
4.3	Consommation de substances illégales (hors cannabis ; âge : 15-64).....	39
4.4	Consommation de tabac (âge : 15+ ; cf. 3.1)	41
4.5	Consommation chronique de médicaments (âge : 15+).....	41
4.6	Pratique de jeu à risque ou problématique (âge : 15+)	43
4.7	Utilisation problématique d'Internet (âge : 15+)	45
4.8	Admissions dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'addiction	47
4.9	Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives	49
4.10	Traitement des dépendances dans des institutions psychosociales résidentielles (admissions)....	51
4.11	Mortalité due à l'alcool (âge : 15-74).....	53
4.12	Mortalité due au tabac.....	55
4.13	Décès dus à la drogue.....	57
4.14	Coûts économiques des addictions	58



1 Contexte

La **Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024** poursuit les dix objectifs suivants¹ :

Objectifs spécifiques :

1. diminution des facteurs de risque liés aux comportements ;
2. amélioration des compétences en matière de santé ;
3. développement de conditions-cadres propices à la santé ;
4. amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention ;
5. diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de maladies non transmissibles ;
6. amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité des soins.

Objectifs prioritaires à long terme :

1. atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les maladies non transmissibles ;
2. atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les maladies non transmissibles ;
3. réduction du nombre de décès prématurés causés par les maladies non transmissibles ;
4. préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives.

La **Stratégie nationale Addictions 2017-2024** poursuit quant à elle quatre *objectifs prioritaires*, assortis de 20 objectifs spécifiques² :

1. prévenir l'émergence des addictions ;
2. fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin ;
3. réduire les dommages sanitaires et sociaux ;
4. diminuer les conséquences négatives pour la société.

Par ailleurs, 139 indicateurs ont été définis dans le cadre du monitoring des stratégies nationales MNT et Addictions 2017-2024^{3,4}. Aux côtés d'autres indicateurs pertinents, ils figurent dans le **Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (www.MonAM.ch)**. Parmi eux, 27 caractéristiques, qualifiées d'indicateurs clés, sont considérées comme particulièrement importantes pour évaluer la réalisation des objectifs stratégiques. **Le présent récapitulatif donne un aperçu de l'évolution de ces 27 indicateurs clés** (état : mi-avril 2024) et propose une **contextualisation** des résultats obtenus. **Outre le fait de montrer où la Suisse se situe par rapport aux objectifs visés dans les stratégies nationales MNT et Addictions, cette vue d'ensemble des principales tendances permet d'identifier les besoins d'adaptation.**



2 Évolution des indicateurs clés

2.1 Synthèse concernant les MNT

Plus de la moitié (7 sur 13) des indicateurs clés de la stratégie MNT présentent une tendance positive au sens de la stratégie depuis 2012 ou 2017, et plus d'un tiers (5 sur 13) une tendance négative. Il reste un indicateur (la littératie en santé) pour lequel la tendance actuelle n'a pas pu être établie.

L'une des évolutions positives constatées est la baisse des décès prématurés dus à une MNT, alors même que les taux de prévalence des MNT les plus répandues et des facteurs de risque comme le surpoids ou l'obésité, l'hypertension et les maladies psychiques ont augmenté.

Parmi les autres facteurs de risque de MNT, la consommation d'alcool chronique à risque et la consommation de tabac reflètent une tendance réjouissante, puisque dans les deux cas la prévalence est en recul depuis 2017. La pratique d'une activité physique suffisante et adéquate constitue un facteur de protection important contre les MNT. Depuis 2017, la part de la population ayant une activité suffisante s'est stabilisée à un haut niveau. Il en va de même pour l'état de santé général de la population, qui est resté très bon depuis le début des mesures, en 1992. Dans ce domaine, la Suisse occupe ainsi depuis 2013 la première place en comparaison européenne.

Malgré ce remarquable résultat, les développements négatifs des taux de prévalence des MNT et de certains facteurs de risque, le pourcentage toujours élevé de personnes consommant du tabac, le nombre important de personnes en surpoids ou obèses, le potentiel considérable d'amélioration de la littératie en santé ainsi que la forte hausse des coûts de la santé rappellent l'importance de renforcer la promotion de la santé et la prévention (PSP).

Sur 5 francs dépensés dans le domaine de la santé, 4 sont alloués au traitement de maladies non transmissibles, une proportion qui devrait encore progresser à l'avenir compte tenu du vieillissement de la population. En comparaison, la part des coûts totaux du système sanitaire consacrée à la PSP est très faible puisqu'elle représente environ 1 % depuis 2010. Le potentiel de réduction de la charge de morbidité liée aux MNT et d'amélioration supplémentaire de la qualité de vie de la population en Suisse est donc élevé. Sachant qu'un mode de vie sain permet de retarder ou d'éviter près de la moitié des MNT, il vaut la peine de diminuer les risques de contracter ces maladies.



2.2 Synthèse concernant les addictions

S'agissant des addictions, les données recueillies en 2012 et en 2017 indiquent une tendance positive en phase avec la stratégie pour plus d'un tiers (5 sur 14) des indicateurs clés et une évolution négative dans la moitié des cas (7 sur 14). Pour deux des indicateurs pris en compte (consommation chronique de médicaments et coûts économiques des addictions), la tendance actuelle n'a pas pu être établie, faute de données disponibles.

Outre le recul encourageant de la prévalence de la consommation d'alcool à risque et de la consommation de tabac mentionné dans le chapitre précédent, le nombre de décès dus à la consommation des différentes substances a également diminué dans l'ensemble de la population.

On observe par contre une évolution négative dans la consommation tant de cannabis que d'autres substances illégales, qui sont en hausse, en particulier en ce qui concerne l'ecstasy et la cocaïne. Depuis 2012, le nombre annuel des décès dus à la drogue en Suisse est faible (quelques centaines), tout comme le taux d'hospitalisation pour des troubles liés à des substances psychoactives. Le recours à des prestations ambulatoires d'aide en cas d'addiction a légèrement diminué, mais la prise en charge de problèmes d'addictions dans des établissements de traitement résidentiel des dépendances à vocation psychosociale a augmenté. Les données relatives aux troubles du comportement non liés à une substance (usage problématique des réseaux sociaux chez les jeunes, pratique de jeu à risque ou problématique, personnes exclues des jeux) tendent à indiquer une évolution négative.

Chaque année, les comportements addictifs coûtent plusieurs milliards de francs à la société et nuisent à la qualité de vie des personnes concernées. Parallèlement aux quatre piliers que sont la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la réglementation, la stratégie nationale met l'accent sur la responsabilité individuelle et la promotion de conditions favorables à la santé.



3 Description des indicateurs liés aux MNT

Le tableau 3.1 ci-dessous propose un récapitulatif de l'évolution des indicateurs clés de la Stratégie nationale MNT entre 2017 et 2024.

Objectif de la stratégie MNT	Indicateurs clés (âge)	Période disponible	Évolution en % depuis 2017	Évolution en % depuis 2012
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements	<u>Consommation de tabac (15+)</u>	1992-2022	-11,8	-15,2
	<u>Consommation d'alcool chronique à risque (15+)</u>	2002-2022	-17,0	-18,8
	<u>Comportement en matière d'activité physique (15+)</u>	2002-2022	+0,4	+5,0
	<u>Consommation de fruits et de légumes (15+)</u>	2012-2022	-27,4	-18,8
Amélioration des compétences en matière de santé	<u>Littératie en santé (18+)</u>	2020	n. d.	n. d.
Développement de conditions-cadres propices à la santé	<u>Dépenses des cantons et des communes pour la PSP</u>	2010-2020	+21,6	+19,2
Amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention	<u>Renoncement à des prestations médicales pour des raisons de privations matérielles (16+)</u>	2015-2021	-15,2	n. d.
Diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de MNT	<u>Surpoids et obésité (15+)</u>	1992-2022	+2,6	+4,6
Amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité de soins	<u>État de santé (15+)</u>	1992-2022	+0,4	+2,7
Atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les MNT	<u>Cancer : incidence (15+)</u>	1981-2020	n. d.	0,3
Atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les MNT	<u>Coûts du système de santé</u>	2002-2021	+10,9	+21,6
Réduction des décès prématurés causés par les MNT	<u>Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT</u>	1995-2022	-10,2	-20,3
Préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives	<u>Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (18-âge de la retraite)</u>	1995-2022	+12,0	+12,0

Tableau 3.1 : Synthèse des tendances des 13 indicateurs clés de la Stratégie nationale MNT entre 2017 et 2024. Bleu = évolution en phase avec la stratégie. Rouge = évolution contraire à la stratégie. n. d. = non disponible. PSP = promotion de la santé et prévention. Cliquer sur les indicateurs pour accéder au site www.MonAM.ch.



Le tableau 3.2 donne un aperçu de l'évolution des indicateurs de base définis et pertinents pour les indicateurs clés depuis 2017.

Objectif de la stratégie MNT	Indicateurs clés (âge)	Indicateurs de base (âge)
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements	<u>Consommation de tabac (15+)</u>	<u>Consommation de cigarettes (11-15)</u>
		<u>Tabagisme passif (15+)</u>
	<u>Consommation d'alcool chronique à risque (15+)</u>	<u>Consommation d'alcool (11-15)</u>
	<u>Comportement en matière d'activité physique (15+)</u>	<u>Vente d'alcool par habitant</u>
	<u>Consommation de fruits/légumes (15+)</u>	<u>Activité physique (5-11)</u>
		<u>Stress lié au travail (16-65)</u>
		<u>Consommation de fruits/légumes (11-15)</u>
Amélioration des compétences en matière de santé	<u>Littératie en santé (18+)</u>	n. d.
Développement de conditions-cadres propices à la santé	<u>Dépenses des cantons et des communes pour la PSP</u>	<u>Réglementations de l'alcool (cantons)</u>
		<u>Réglementations concernant le tabac et les e-cigarettes (cantons)</u>
Amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention	<u>Renoncement à des prestations médicales pour des raisons de privations matérielles (16+)</u>	<u>Inégalité des chances en matière de santé liée au niveau de formation (15+)</u>
		<u>Inégalité des chances en matière de santé liée au niveau de formation (1-14)</u>
Diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de MNT	<u>Surpoids et obésité (15+)</u>	<u>Surpoids et obésité (6-12)</u>
		<u>Hypertension artérielle (15+)</u>
		<u>Diabète (15+)</u>
		<u>Taux de cholestérol élevé (15+)</u>
Amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité de soins	<u>État de santé (15+)</u>	<u>État de santé (1-14)</u>
		<u>Qualité de vie (15+)</u>
		<u>Qualité de vie (5-11)</u>
		<u>Autonomie physique (15+)</u>
Atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les MNT	<u>Cancer : incidence (15+)</u>	<u>Diabète (15+)</u>
		<u>Maladies cardiovasculaires (15+)</u>
		<u>Maladies des voies respiratoires (15+)</u>
		<u>Asthme (14-15)</u>
		<u>Troubles musculosquelettiques (15+)</u>
		<u>Prévalence des MNT (15+)*</u>
Atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les MNT	<u>Coûts du système de santé</u>	<u>Coûts économiques des MNT</u>
Réduction des décès prématurés causés par les MNT	<u>Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT</u>	<u>Probabilité de décéder précocement d'une MNT (30-70)</u>
		<u>Années potentielles de vie perdues en raison d'une maladie cardiovasculaire*</u>
Préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives	<u>Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (18-âge de la retraite)</u>	<u>Absences au travail pour cause de maladie ou d'accident (15+)</u>

Tableau 3.2 : Tendances des 13 indicateurs clés de la Stratégie nationale MNT, avec les indicateurs de base correspondants, entre 2017 et 2024. Bleu = évolution en phase avec la stratégie. Rouge = évolution contraire à la stratégie. n. d. = non disponible. PSP = promotion de la santé et prévention. * = ne constitue pas un indicateur de base explicite de la stratégie.



3.1 Consommation de tabac (âge : 15+)

En 2022, 23,9 % de la population suisse fumaient, ce qui représente une baisse de plus d'un quart (33,2 %) par rapport à 1997.

Les hommes fument généralement davantage que les femmes, mais le recul observé est plus prononcé chez les hommes que chez les femmes. L'écart entre les sexes s'est donc réduit. La consommation de tabac varie aussi en fonction de caractéristiques sociodémographiques : les personnes ayant achevé le degré secondaire II sont plus nombreuses à fumer que celles disposant d'un diplôme de formation du niveau tertiaire ou n'ayant achevé que la scolarité obligatoire. Le tabagisme est plus répandu parmi les personnes entre 25 et 44 ans que dans les autres classes d'âge.

Objectif
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements / prévenir l'émergence des addictions

Prévalence de la consommation de tabac

Proportion de la population en %

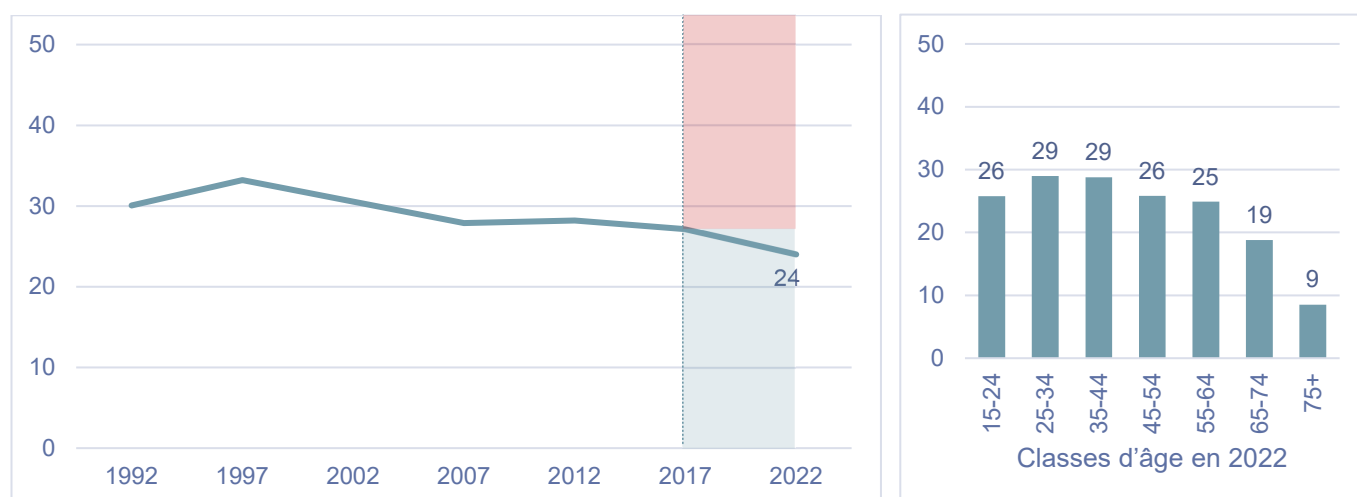


Figure 3.1.1 : Consommation de tabac. Source : www.MonAM.ch. Bleu = évolution en phase avec la stratégie. Rouge = évolution contraire à la stratégie.

Signification pour la santé publique

Le tabagisme est à l'origine de nombreuses maladies, dont certaines peuvent conduire à l'invalidité ou entraîner un décès prématuré. Il existe une corrélation marquée entre la consommation de tabac et la mortalité due au cancer du poumon ; le tabagisme accroît le risque de développer d'autres cancers (langue, larynx, etc.), des maladies cardiovasculaires ou des affections respiratoires chroniques. En plus d'affecter les fumeurs dans leur santé, les maladies dues au tabagisme coûtent cher à la société.



Prévalence de la consommation de tabac

Part de la population en % (2022)



Figure 3.1.2 : Consommation de tabac. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

Le marché des produits du tabac a beaucoup évolué depuis 2017 du fait de l'apparition de produits alternatifs comme les cigarettes électroniques ou le tabac chauffé. Il en résulte un transfert des produits traditionnels vers ces nouveaux produits, consommés soit comme une aide pour arrêter de fumer soit, en parallèle avec les cigarettes, pour réduire la consommation de tabac. Le nombre de personnes fumant au quotidien et le nombre moyen de cigarettes fumées par jour continuent de baisser. Malgré ces évolutions positives, la prévalence du tabagisme en Suisse demeure élevée. La cigarette traditionnelle continue d'attirer les jeunes, chez qui la prévalence a légèrement augmenté. Les jeunes sont également largement séduits par les produits alternatifs, qui représentent ainsi un risque de faciliter leur entrée dans la consommation de tabac. Les chiffres enregistrés soulignent l'importance de développer des mesures préventives ciblées telles les réglementations structurelles des cantons (p. ex. restrictions publicitaires, restrictions de la vente de tabac, protection contre le tabagisme passif et achats tests). Il est tout aussi essentiel de proposer des offres d'aide en cas d'addiction ciblées et adéquates, y compris en ligne, notamment sur la plateforme SafeZone.ch.

Définition

Cet indicateur renseigne sur la part des personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé qui fument. Reposant sur l'ESS, il montre l'évolution du tabagisme dans le temps et sa répartition dans la population et dans différents groupes démographiques.

Indicateur lié : Consommation de cigarettes (âge : 11-15)

Contrairement au tabagisme chez les adultes, la consommation de cigarettes chez les jeunes, qui avait connu une forte baisse à partir de 2010, est restée relativement stable entre 2018 et 2022. Tandis que, jusque-là, les filles fumaient moins souvent que les garçons, la tendance s'est inversée en 2022, la part des filles consommant des cigarettes s'élevant alors à 7,3 %, contre 6,4 % chez les garçons. La prévalence de la consommation de cigarettes chez les jeunes augmente nettement avec l'âge (1,5 % à 11 ans contre 15,6 % à 15 ans ; année : 2022).

Cela montre la nécessité d'agir pour protéger la jeunesse au moyen de la réglementation en cours dans le cadre de la loi sur les produits du tabac.

Consommation de cigarettes

Part (en %) des 11 à 15 ans ayant consommé au moins une fois une cigarette au cours des 30 derniers jours

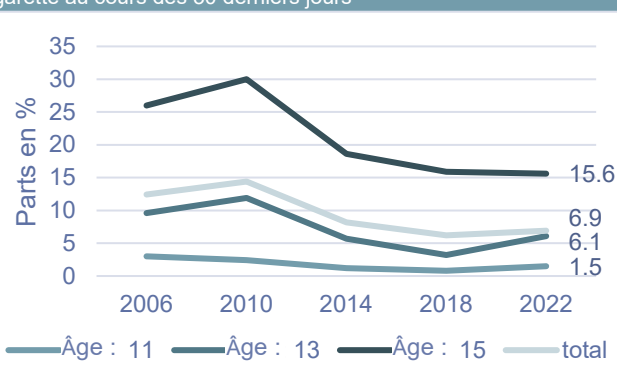


Figure 3.1.3 : Consommation de cigarettes chez les 11 à 15 ans. Source : www.MonAM.ch. Source des données : HBSC Suisse



3.2 Consommation d'alcool chronique à risque (âge : 15+)

La part de la population suisse dont la consommation d'alcool régulière représente un risque moyen à élevé a baissé de 6 % à 4 % entre 2002 et 2022. Bien que le recul de la consommation d'alcool chronique à risque soit plus marqué chez les hommes¹ que chez les femmes, les premiers enregistrent des valeurs plus élevées que les secondes.

Objectif
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements

Durant toute la période, on observe d'importantes différences et des changements majeurs pour l'ensemble des groupes d'âge. En 2002, la consommation d'alcool chronique à risque a augmenté jusqu'à l'âge de la retraite partout en Suisse, pour ensuite diminuer. Si, en 2022, le taux de fréquence minimal de ce comportement est imputable aux 35 à 44 ans, le taux maximal est attribuable aux 15 à 24 ans et aux 65 à 74 ans.

Prévalence de la consommation d'alcool chronique à risque

Part de la population en % (dont la consommation présente un risque moyen à élevé pour la santé)

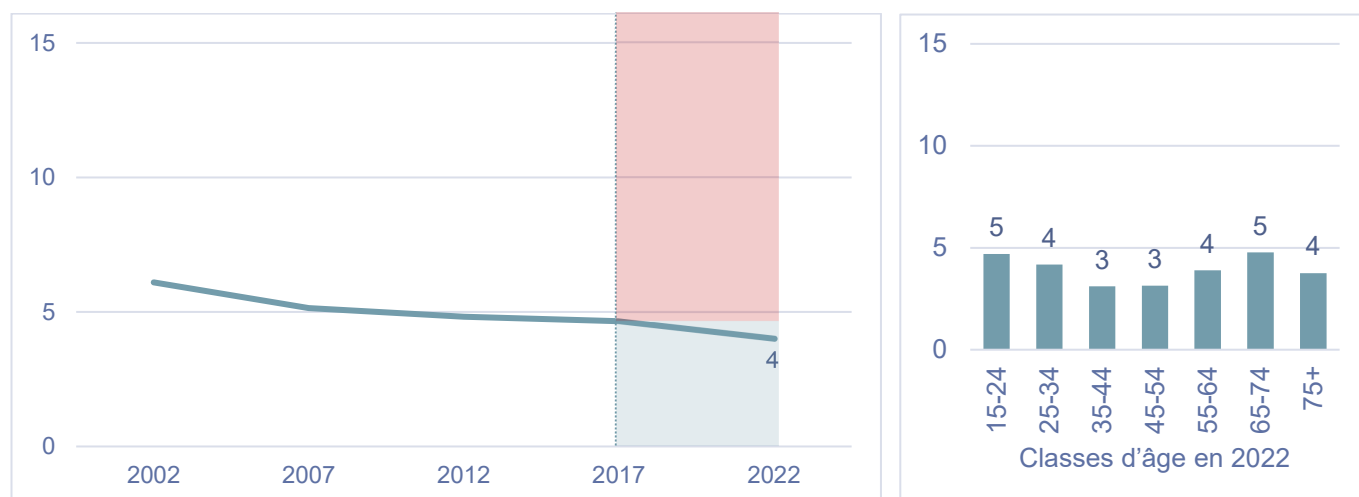


Figure 3.2.1 : Consommation d'alcool chronique à risque. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

La consommation d'alcool chronique à risque nuit à la santé. Elle est en partie responsable notamment de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, de cirrhoses du foie, d'hémorragies cérébrales, de dépressions graves et d'épilepsies. L'alcool peut aussi être à l'origine d'accidents de la circulation, de suicides ou d'actes de violence. De façon générale, la consommation excessive d'alcool augmente significativement le risque de décès précoce. En outre, les problèmes d'alcool ont des effets négatifs, non seulement sur les consommateurs, mais également sur leur environnement social.

L'indicateur renseigne sur la consommation d'alcool chronique à risque dans la population suisse et sur les groupes particulièrement touchés. Il fournit des indications utiles à la mise en place de programmes de prévention.

¹ Parallèlement à la consommation d'alcool chronique à risque, un autre indicateur de la stratégie Addictions montre la prévalence de la consommation d'alcool ponctuelle à risque (biture express ou « binge drinking »).



Prévalence de la consommation d'alcool chronique à risque

Part de la population en % (2022)



Figure 3.2.2 : Consommation d'alcool chronique à risque. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

La consommation d'alcool chronique à risque en Suisse a diminué. Cette tendance est confirmée par d'autres indicateurs figurant dans le tableau récapitulatif. Ainsi, tant la consommation d'alcool ponctuelle à risque (« binge drinking » ou biture express) que la consommation d'alcool quotidienne sont en recul chez les 15 ans et plus depuis 2017. La prévalence mensuelle de « binge drinking » ou biture express chez les jeunes a diminué entre 2018 et 2022, même si, globalement, la consommation d'alcool de ces derniers a peu évolué entre 2018 et 2022. Dans l'ensemble, la vente d'alcool par habitant est restée stable entre 2017 et 2022. Cette baisse générale a des effets positifs sur la santé puisqu'elle réduit le risque de développer une MNT due à l'alcool.

La forte prévalence de la consommation d'alcool quotidienne dans les classes d'âge les plus élevées ainsi que la stabilité de la consommation d'alcool chez les jeunes et la légère hausse chez les filles soulignent l'importance de développer des mesures préventives ciblées telles que les réglementations cantonales concernant l'alcool (p. ex. restrictions de publicité, restrictions de vente et achats tests). Il est tout aussi essentiel de proposer des offres d'aide en cas d'addiction ciblées et adéquates, y compris en ligne, notamment sur la plateforme SafeZone.ch.

Définition

Cet indicateur a été calculé à partir des résultats de l'ESS portant sur la consommation moyenne d'alcool, exprimée en grammes par jour. Il renseigne sur la part des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé qui ont une consommation quotidienne d'alcool à risque moyen à élevé. Une consommation à risque moyen correspond à entre 20 et 40 g d'alcool pur pour une femme (2 à 4 verres standard*) et à entre 40 et 60 g d'alcool pur pour un homme (4 à 6 verres standard) ; une consommation à risque élevé correspond à plus de 40 g d'alcool pur pour une femme (plus de 4 verres standard) et à plus de 60 g pour un homme (plus de 6 verres standard). *1 verre standard = un verre de vin/bière/eau-de-vie = 10 à 12 g d'alcool pur. Les résultats présentés sous-estiment probablement la consommation réelle.



3.3 Comportement en matière d'activité physique (âge : 15+)

En Suisse, la part de la population ayant une activité suffisante au sens des recommandations nationales a passé de 62 % en 2002 à 76 % en 2022. Cette valeur est stable depuis 2017. Depuis 2002, on note une augmentation plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Objectif
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements

En 2022, la part d'hommes pratiquant une activité physique suffisante au sens des recommandations était à nouveau significativement plus élevée que celle des femmes, bien que l'écart se soit réduit au cours de la période observée. La part de personnes suffisamment actives a en outre tendance à augmenter avec le niveau de formation, quel que soit le sexe.

Prévalence d'une activité physique au moins suffisante

Part de la population en %

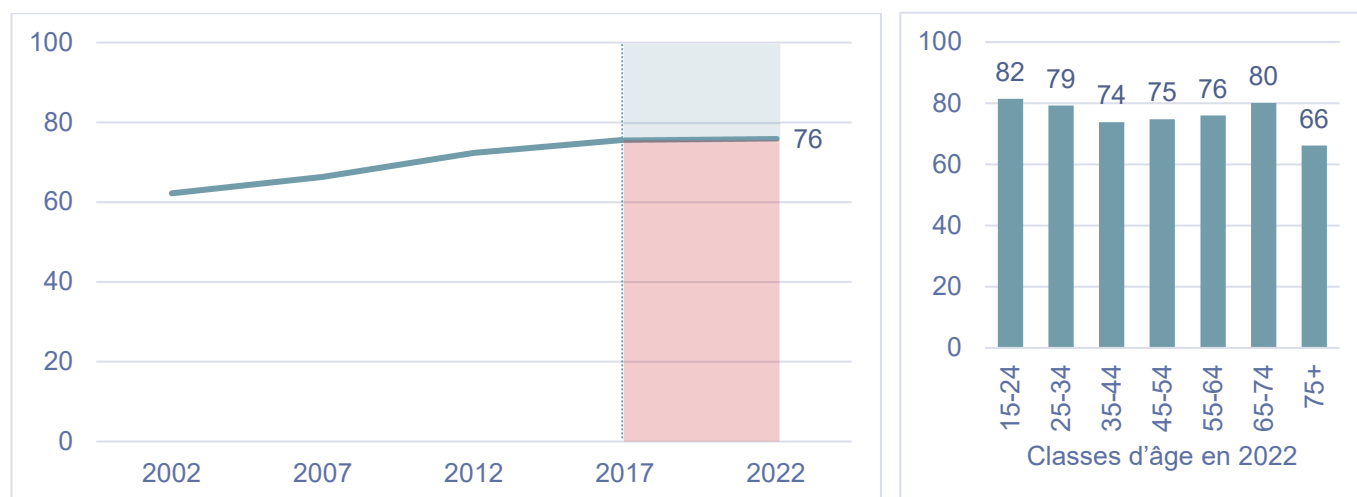


Figure 3.3.1 : Comportement en matière d'activité physique. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Comme l'ont démontré de multiples études scientifiques et essais cliniques, l'activité physique est importante pour la santé ainsi que pour la prévention et le traitement de nombreuses maladies chroniques. La pratique d'une activité physique suffisante contribue à un bon état de santé physique et psychique, et réduit le risque de développer certaines MNT, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les troubles musculosquelettiques, le cancer, la démence et la dépression. Elle renforce en outre le métabolisme, aide à prévenir les douleurs dorsales et le surpoids tout en améliorant le sommeil et la résistance au stress.

Ses effets favorisent tant la prévention que les traitements : en plus de réduire le risque de contracter une maladie, la pratique d'une activité physique contribue à la gestion et au traitement de la maladie et exerce une influence positive en ce qui concerne le développement de comorbidités. Si l'activité physique pouvait être contenue dans une pilule, ce serait certainement l'un des médicaments les plus bénéfiques et les plus prescrits.



Prévalence d'une activité physique au moins suffisante

Part de la population en % (2022)

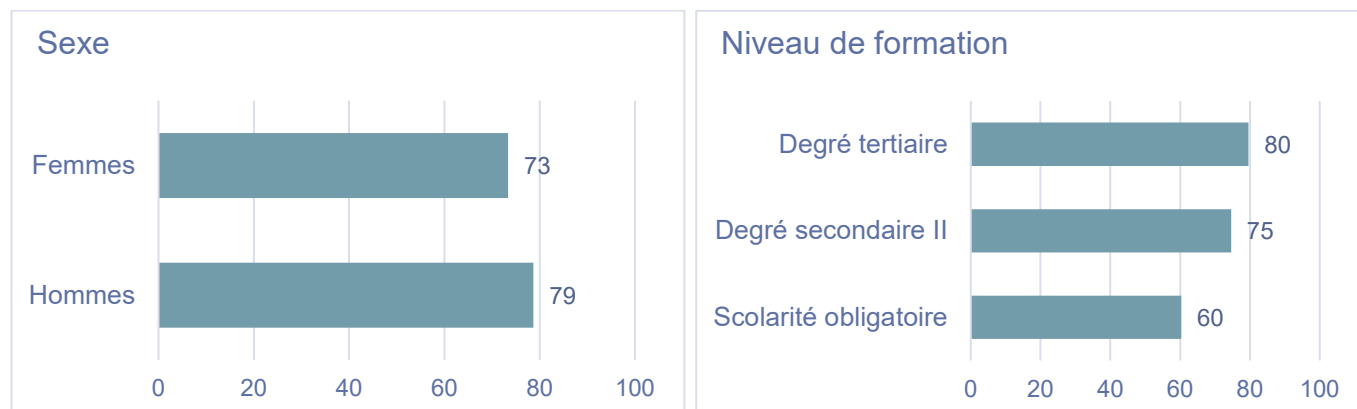


Figure 3.3.2 : Comportement en matière d'activité physique. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

La part de la population exerçant une activité physique suffisante au sens des recommandations nationales a constamment augmenté entre 2002 et 2017. Depuis, la courbe s'est aplatie. Dans le cadre de l'enquête « Santé et Lifestyle » 2022, 90 % des personnes interrogées ont déclaré être conscientes de l'importance de l'activité physique pour la santé. De plus, 86 % d'entre elles savent qu'elles devraient pratiquer au moins 150 minutes d'une activité physique d'intensité moyenne ou au moins 75 minutes d'une activité d'intensité élevée par semaine. En d'autres termes, il existe un écart entre la théorie et la pratique. La principale mesure requise pour le combler consiste à mettre en place un environnement propice à l'activité physique qui incite à bouger. À cet égard, la création et l'optimisation de conditions encourageant le mouvement dans des cadres comme le lieu de travail et l'école sont essentielles et profitent tout particulièrement aux groupes de population socio-économiquement défavorisés.

Les résultats de l'enquête « Santé et Lifestyle » 2022 révèlent par ailleurs que seuls 59 % des personnes interrogées connaissent les recommandations relatives à l'activité physique chez les enfants et les adolescents. Au vu des résultats de l'étude SOPHYA, selon lesquels près de 10 % des enfants et des adolescents ne pratiquaient pas une activité physique suffisante en 2020, il y a également lieu d'agir dans ces classes d'âge, notamment en renforçant les mesures visant à sensibiliser les parents et les enfants aux recommandations en matière d'activité physique et en améliorant encore les conditions favorables au mouvement et au sport – ce qui bénéficierait aussi à l'égalité des chances.

Définition

Cet indicateur renseigne sur la part des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé qui exercent une activité physique au moins irrégulière (activité irrégulière/activité régulière/personne entraînée) correspondant aux recommandations en la matière. Il a été établi sur la base de l'ESS. Sont considérées comme suffisamment actives au sens des recommandations établies les personnes qui ont au moins une activité irrégulière. Les activités physiques d'intensité élevée (course à pied, cyclisme, etc.) font transpirer ; les activités physiques d'intensité moyenne (marche rapide, randonnée, etc.) entraînent un essoufflement sans faire systématiquement transpirer.



3.4 Consommation de fruits et de légumes (âge : 15+)

En 2022, 16 % de la population en Suisse a indiqué consommer presque chaque jour au moins cinq portions de fruits et de légumes, ce qui représente une baisse de plus de 25 % par rapport à 2017 (21,5 %). Les femmes consomment sensiblement plus souvent au moins cinq portions de fruits et de légumes que les hommes. En outre, les personnes ayant un niveau de formation élevé consomment plus fréquemment les portions recommandées que les personnes dont le niveau de formation est plus bas.

Objectif
Diminution des facteurs de risque liés aux comportements

Part des personnes qui respectent la recommandation « 5 par jour » au moins cinq jours par semaine

Part de la population en %



Figure 3.4.1 : Consommation de fruits et de légumes. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

L'alimentation joue un rôle important dans l'apparition et l'évolution de plusieurs maladies, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré de type 2 et certaines formes de cancer, ainsi que du surpoids et de l'obésité. Les comportements alimentaires sont communément acquis durant l'enfance, mais leur impact sur la santé ne se manifeste généralement qu'à l'âge adulte. La campagne « 5 par jour », qui vise à encourager la consommation de fruits et de légumes, recommande d'en manger cinq portions (deux de fruits et trois de légumes) par jour. Les fruits et les légumes fournissent des vitamines, des sels minéraux, des fibres alimentaires et des substances végétales secondaires. Plus le choix comporte des sortes, des couleurs et des modes de préparation (cru, cuit) variés, plus le corps s'enrichit de nutriments bons pour la santé.



Part des personnes qui respectent la recommandation « 5 par jour » au moins cinq jours par semaine

Part de la population en % (2022)



Figure 3.4.2 : Consommation de fruits et de légumes. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

Depuis 2017, on observe une nette baisse de la fréquence de consommation de cinq portions de fruits et légumes par jour, en particulier chez les hommes, sensiblement moins friands de ces aliments que les femmes. Alors que ces dernières en consomment généralement trois à quatre portions par jour, la quantité quotidienne moyenne ingérée par les hommes est de zéro à deux portions. Au total, 71 % des personnes interrogées ont indiqué veiller à certains aspects de leur alimentation. Cette proportion a augmenté par rapport à 2017 (68 %). Les résultats obtenus, notamment en ce qui concerne la fréquence des « 5 par jour », ne permettent toutefois pas de conclure à une baisse globale de la consommation de fruits et de légumes. Selon la statistique de consommation établie à intervalles réguliers par *Agristat*, les chiffres n'indiquent aucun recul de la consommation par habitant, dont les quantités sont restées pratiquement inchangées depuis 2018 : s'agissant des légumes, la consommation a passé de 103,7 kg par habitant en 2018 à 104,3 kg en 2021 ; pour les fruits, elle a augmenté de 109,2 kg en 2018 à 112,3 kg en 2021.

Définition

L'indicateur est calculé à partir des données de l'ESS. Il reflète la part de la population âgée de 15 ans ou plus qui consomme au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, au moins cinq jours par semaine. Il montre aussi la répartition du nombre de portions de fruits et/ou de légumes consommés quotidiennement au sein de la population. Il est recommandé de consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.



3.5 Littératie en santé (âge : 18+)

En 2020, 51 % de la population suisse possédait une littératie en santé générale excellente ou suffisante (cf. définition). Ce pourcentage était nettement plus faible pour la littératie en santé numérique (28 %) et celle liée à l'orientation dans le système de santé (26 %) ainsi que s'agissant des compétences en autogestion chez les personnes atteintes d'une maladie chronique (34 %). Les personnes qui bénéficient d'un meilleur soutien social, connaissent mieux la langue nationale, ne souffrent pas d'une affection de longue durée ou n'ont pas de problème de ressources financières sont plus susceptibles de présenter une littératie en santé suffisante ou excellente. Comme en 2015, les résultats de l'enquête de 2020 montrent qu'il existe un important potentiel d'amélioration de la littératie en santé au sein de la population.

Objectif
Amélioration des compétences en matière de santé

Répartition de la littératie en santé générale

Part de la population en % (2020)

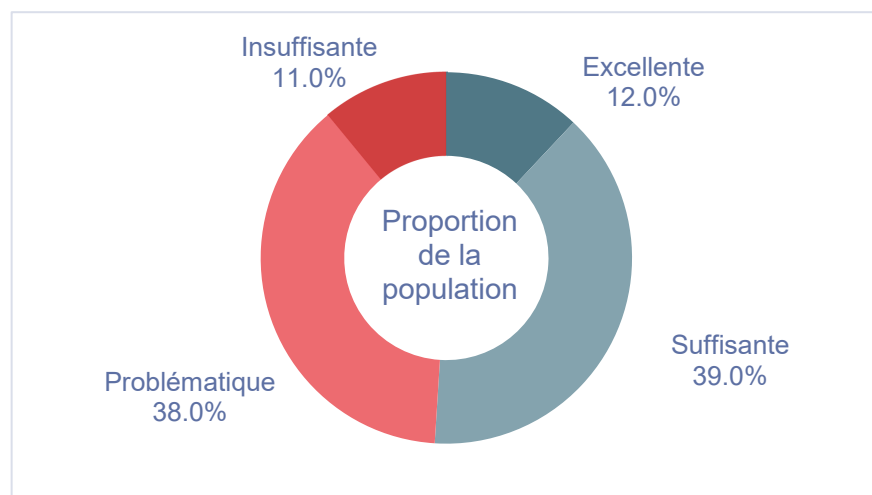


Figure 3.5.1 : Littératie en santé. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Une faible littératie en santé va souvent de pair avec une situation socio-économique désavantageuse et peut favoriser l'adoption d'un mode de vie néfaste pour la santé. La littératie en santé constitue donc une ressource qui favorise l'égalité des chances en matière de santé et contribue au bon fonctionnement du système de santé. Elle contribue également à un recours adéquat aux services de santé. Ces compétences doivent donc être encouragées. Le renforcement de la littératie en santé est un objectif de la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral ainsi que de la stratégie MNT 2017-2024.



Répartition de la littératie en santé générale

Part de la population en % possédant une littératie en santé excellente ou suffisante (2020)

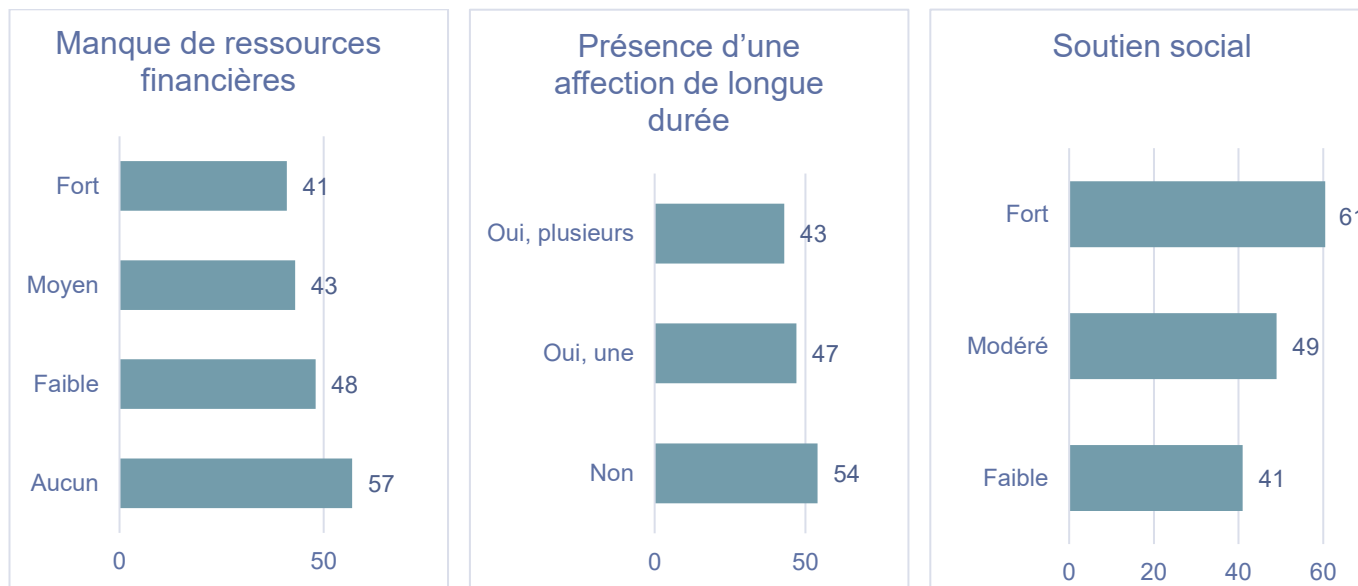


Figure 3.5.2 : Littératie en santé. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

Il est grandement nécessaire d'agir, notamment en ce qui concerne la littératie en santé numérique, les compétences en matière d'orientation dans le système de santé et les compétences en autogestion. Étant donné que la moitié seulement des personnes interrogées indique posséder une littératie en santé générale suffisante ou excellente, la marge de progrès est importante. Alors que les inégalités de santé liées au niveau de formation se creusent, la nécessité de renforcer la culture sanitaire se fait plus en plus sentir.

Définition

L'indicateur renseigne sur la littératie en santé générale de la population suisse ainsi que sur sa littératie en santé numérique et sur celle qui est liée à l'orientation dans le système de santé, tout comme il montre la répartition des personnes avec des compétences suffisantes ou excellentes selon différentes caractéristiques sociodémographiques. On entend par littératie en santé (ou compétences en santé) les connaissances, la motivation et les capacités d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser des informations sur la santé afin de pouvoir prendre des décisions au quotidien qui auront un impact positif sur sa santé. La littératie en santé numérique décrit la capacité à trouver ces informations dans les ressources numériques. Les compétences en matière d'orientation dans le système de santé renvoient, quant à elles, à la capacité de trouver des informations sur le système de santé ainsi que ses organisations et services, hors ligne comme en ligne, de les évaluer et de les utiliser dans le but de bénéficier des meilleurs soins possibles pour soi-même ou pour ses proches. Les données se fondent sur l'enquête « Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 » (HLS19-21-CH) de De Gani et al. (2021), réalisée en ligne et par téléphone en mars et avril 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 2502 personnes âgées de 18 ans ou plus. La littératie en santé a été évaluée à l'aide du questionnaire « European Health Literacy Survey Questionnaire » (HLS-EU-Q; Sørensen et al., 2013). L'enquête en Suisse a utilisé une version abrégée (HLS-EU-Q12) par le consortium HLS⁹ du Réseau d'action sur la mesure de la littératie en santé des populations et des organisations de l'OMS (Réseau M-POHL 2021). Ce questionnaire permet de déterminer les capacités et les difficultés des personnes dans la compréhension et la gestion d'informations en lien avec leur santé. Une distinction est faite entre quatre étapes du traitement de l'information (trouver l'information, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer) applicables à trois domaines (promotion de la santé, prévention des maladies et gestion de la maladie). En Suisse, une étude sur la littératie en santé avait déjà été réalisée en 2015. Ses résultats ne sont pas inclus dans l'indicateur en raison de différences méthodologiques (modification des catégories de réponse et formulation partiellement différente des questions). Ils peuvent néanmoins être consultés dans le rapport suivant (en allemand, avec résumé en français) : [Compétences en matière de santé : enquête 2015 auprès de la population en Suisse](#) (Bieri 2016).



3.6 Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par régime de financement

En 2021, la Suisse a dépensé, selon les estimations, 1,4 milliard de francs pour la promotion de la santé et la prévention. De 2010 à 2021, ces dépenses ont représenté entre 1,2 et 1,6 % des coûts totaux du système de santé (cf. Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation). En 2020, les cantons et les communes ont alloué en moyenne 6,2 % de leurs dépenses de santé à la promotion de la santé et à la prévention, des écarts considérables séparant les cantons. Cette part était restée relativement stable depuis 2017 (5,1 %), mais elle a légèrement augmenté en 2020 du fait de la pandémie de COVID-19. En 2021, la Confédération, les cantons et les communes ont assumé ensemble 44,5 % des dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention.

Objectif
Développement de conditions-cadres propices à la santé

Dépenses des cantons et des communes pour la promotion de la santé et la prévention

Proportion en % sur l'ensemble de leurs dépenses pour le système de santé



Figure 3.6.1 : Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par régime de financement. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Vieillir en bonne santé est l'un des objectifs principaux de la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral. Les personnes de tous les groupes d'âge devraient bénéficier de conditions favorables pour vivre en bonne santé, ce qui permettrait de contrecarrer l'évolution défavorable des coûts du système de santé. Les mesures de promotion de la santé et de prévention contribuent largement à se rapprocher de ces objectifs. Des études (Wieser et al., 2010 ; Bertram et al., 2018) ont en effet établi que chaque franc investi dans la promotion de la santé et la prévention permet d'économiser des coûts d'un montant nettement plus élevé.



Dépenses des cantons et des communes pour la promotion de la santé et la prévention

Proportion en % sur l'ensemble de leurs dépenses pour le système de santé en 2020

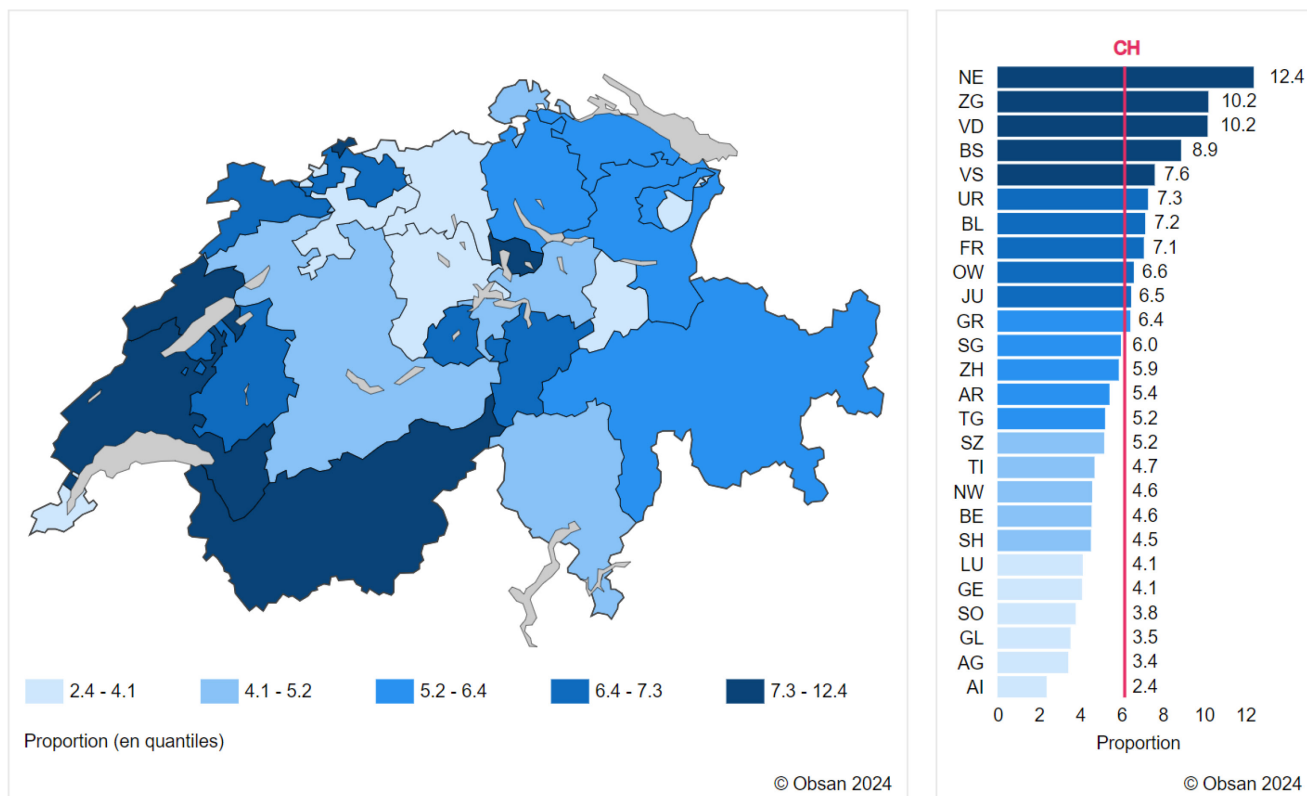


Figure 3.6.2: Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par régime de financement. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

La forte hausse des coûts du système de santé enregistrée ces dernières décennies souligne l'importance d'accorder à l'avenir une priorité plus élevée à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine des MNT, des addictions et de la santé psychique. En effet, 80 % des dépenses de santé en Suisse sont dues aux MNT. Les coûts économiques directs et indirects des MNT s'élèvent à plus de 74 milliards de francs (cf. [Coûts économiques des MNT](#)). Par rapport à ce montant, les dépenses pour la promotion de la santé et la prévention représentent 1,6 %, soit une part minime (cf. [Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation](#)). Si la part consacrée par les communes et les communes et les cantons à ce poste de dépenses est nettement supérieure, elle se situe autour de 5 % et reste ainsi relativement faible.

Définition

L'indicateur montre la part des dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention dans celles du système de santé suisse dans son ensemble du point de vue des régimes de financement et renseigne sur la part que les dépenses consacrées par les cantons et les communes à la promotion de la santé et à la prévention représentent dans le total qu'un canton et ses communes allouent au système de santé dans son ensemble. Il est calculé à partir de la statistique du coût et du financement du système de santé établie par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Pour cet indicateur, on évalue les flux financiers du domaine « prévention », qui comprend les catégories suivantes : information à la population et aux groupes cibles, programmes de vaccination, accidents et blessures, addictions, santé psychique et santé scolaire, sécurité alimentaire, et autres types de prévention. Depuis 2023, la statistique s'appuie sur la méthodologie du Système de comptes de la santé. L'offre en matière de promotion de la santé et de prévention est très variée en Suisse. Il n'existe cependant pas une définition uniforme de ce que ces notions recouvrent. De plus, le financement de la promotion de la santé et de la prévention en Suisse est assuré de manière autonome par les 26 cantons. Pour toutes ces raisons, il est difficile de classer uniformément les données dans la catégorie Promotion de la santé et prévention. Les dépenses qui y sont consacrées ne peuvent donc faire l'objet que d'une estimation approximative, ce qui explique en partie les différences entre les cantons.



3.7 Renoncement à des prestations médicales pour des raisons de privations matérielles (âge : 16+)

En 2021, la part des personnes qui ont renoncé pour des raisons financières à des prestations de santé pourtant nécessaires s'est élevée à 2,8 % en Suisse. Ce taux est en léger recul depuis 2017.

Objectif
Amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention

Population renonçant à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières

Part de la population en %

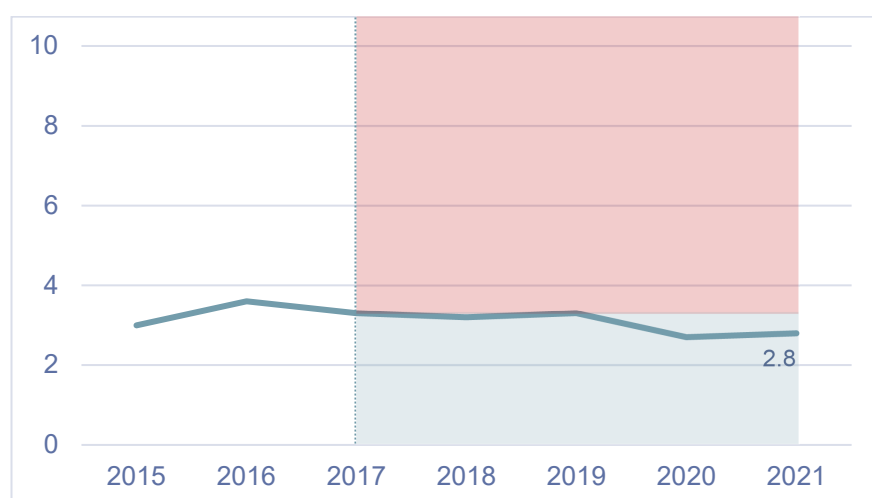


Figure 3.7.1: Renoncement à des prestations médicales pour des raisons de privations matérielles. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Tout le monde devrait avoir les mêmes chances du point de vue de l'accès aux soins et de l'espérance de vie. Souvent, les groupes de personnes davantage défavorisées limitent leur recours à des prestations dont ils auraient pourtant besoin ou ne les utilisent pas à bon escient. L'un des buts de la stratégie de l'Office fédéral de la santé publique est de permettre aux personnes malades, handicapées ou socialement vulnérables d'accéder aux prestations du système de santé. Cet indicateur sert de base à la planification des mesures correspondantes.

Contextualisation

Au regard de l'objectif visant à améliorer l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention, le léger recul de la part de la population qui renonce à des prestations médicales et dentaires nécessaires pour des raisons financières doit être considéré comme une évolution positive. Pourtant, les inégalités socioéconomiques concernant l'état de santé général sont en légère hausse. En effet, la santé des personnes bénéficiant d'un statut socioéconomique plus élevé s'améliore davantage que celle des personnes disposant d'un statut socioéconomique plus bas.

Définition

Cet indicateur montre la part de la population qui a dû renoncer pour des raisons financières à des soins médicaux ou dentaires pourtant nécessaires. Il se fonde sur les données de l'enquête de l'OFS sur les revenus et les conditions de vie (SILC) et est mis à jour chaque année.



3.8 Surpoids et obésité (âge : 15+)

Depuis 1992, la part de la population suisse en surpoids ou obèse a fortement augmenté. Cette tendance à la hausse s'est toutefois stabilisée depuis 2012 : le taux est passé de 30 % en 1992 à 41 % en 2012, pour s'établir à 43 % en 2022. Cette augmentation concerne aussi bien les femmes que les hommes. La part des personnes en surpoids ou obèses est sensiblement plus élevée chez les hommes (52 %) que chez les femmes (32 %). La proportion des personnes en surpoids ou obèses augmente fortement jusqu'à l'âge de 74 ans. Les personnes ayant un niveau de formation du degré tertiaire sont moins souvent touchées que celles de niveau degré secondaire II ou scolarité obligatoire.

Objectif
Diminution de la part de la population présentant des risques accrus de souffrir de MNT

Part des personnes en surpoids ou obèses

Part de la population en %

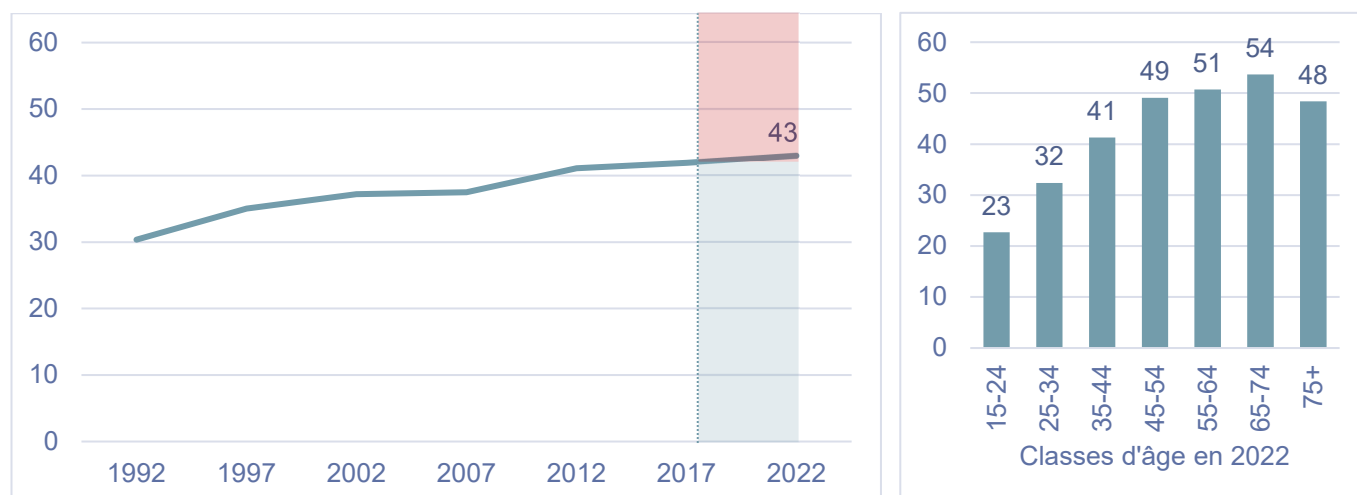


Figure 3.8.1 : Surpoids et obésité. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Le surpoids et, plus encore, l'obésité sont des facteurs de risque de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, diverses formes de cancer et certaines maladies musculo-squelettiques. Ils ont aussi un impact sur la santé psychique et la qualité de vie. Un mode de vie sain, combinant une alimentation adéquate et une activité physique suffisante, peut aider à prévenir un tel déséquilibre, mais d'autres facteurs sont susceptibles de jouer un rôle, comme le stress, le manque de sommeil, la consommation de médicaments, des déséquilibres hormonaux ou encore des facteurs génétiques. L'indicateur, qui repose sur l'IMC, permet de planifier et d'évaluer des mesures de prévention.



Part des personnes en surpoids ou obèses

Part de la population en % (2022)

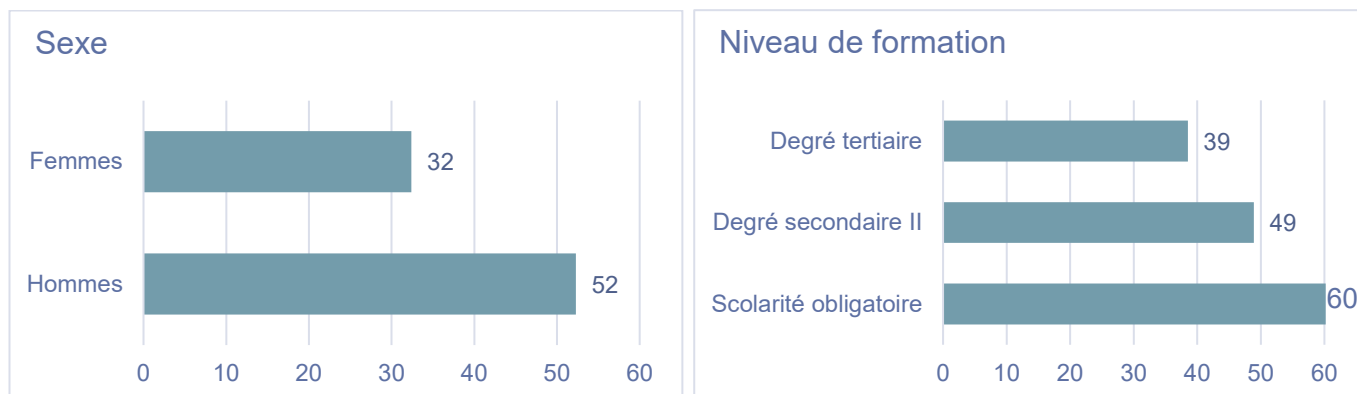


Figure 3.8.2 : Surpoids et obésité. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

S'il y a lieu de se réjouir que l'augmentation de la part de personnes en surpoids ou obèses se soit stabilisée depuis 2012, le taux n'en reste pas moins élevé. Le surpoids et l'obésité ont des causes multifactorielles. On observe depuis 2017 une forte hausse de la prévalence de l'hypertension, du diabète et de l'hypercholestérolémie, des troubles sensiblement influencés par le surpoids et l'obésité. Bien que l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité se soit stabilisée, la proportion de la population touchée, qui s'élève à 43 %, reste élevée. Par conséquent, l'influence sur les pathologies dont ils favorisent le développement, telles que le diabète et l'hypertension, est aussi importante. L'obésité constitue à la fois un facteur de risque pour de nombreuses maladies et une pathologie à part entière dont la prévalence est élevée (12 %). Lors de l'enquête Santé et Lifestyle 2022, 95 % des personnes interrogées ont su reconnaître l'alimentation et l'activité physique comme des facteurs associés au surpoids. Des mesures de prévention dans ces domaines pourraient être utiles.

Définition

L'indicateur est calculé à partir des résultats de l'ESS. Il montre, répartie en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC), la population de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé qui souffre de surpoids ou d'obésité. On obtient l'IMC en divisant le poids du corps (en kg) par la taille (en mètres) au carré. Les données utilisées se fondent sur les indications des personnes interrogées. L'indice IMC4 a été utilisé pour classer les individus dans les quatre groupes d'IMC différents. La répartition de la population de 18 ans et plus se fonde sur les normes suivantes de l'OMS : déficit pondéral : $IMC < 18,5$; poids normal : $18,5 \leq IMC < 25$; surpoids : $25 \leq IMC < 30$; obésité (surpoids important) : $IMC \geq 30$. Pour les jeunes de 15 à 17 ans, on applique l'échelle de répartition de Cole et al. (2000).

Indicateur lié: Statut pondéral (âge : 11-15)

Sur la base de l'indice de masse corporelle (IMC), la part des jeunes Suisses de 11 à 15 ans en léger surpoids (11 %) ou obèses (2 %) était de 13 % en 2022. Ils étaient un peu plus nombreux (13,8 %) à présenter un déficit pondéral léger (10,6 %) ou fort (3,2 %). Tandis que les garçons sont plus fréquemment en surpoids que les filles, ces dernières sont plus souvent en déficit pondéral. La proportion des jeunes en surpoids augmente à mesure que l'âge avance, alors que celle de ceux en déficit pondéral diminue.

La part des jeunes en surpoids a quasiment doublé depuis 1990. Sur la même période, celle des jeunes en déficit pondéral est restée relativement stable.

Statut pondéral

Part des 11-15 ans en %



Figure 3.8.3 : Surpoids et obésité (âge : 11-15). Source des données : HBSC Suisse. Les chiffres pour 1998 sont interpolés.



3.9 État de santé (âge : 15+)

En Suisse, de 1992 à 2022, la part des personnes qui estiment être en bonne ou en très bonne santé est restée à peu près constante, oscillant entre 83 et 87 %. En 2022, elle était de 86 % chez les hommes et de 84 % chez les femmes. Les personnes sans formation postobligatoire étaient 68 % à s'estimer en bonne ou en très bonne santé. La part était significativement plus élevée chez les personnes ayant achevé des études supérieures.

Objectif
Amélioration de la qualité de vie en rapport avec la santé et diminution de la nécessité de soins

Part des personnes qui estiment être en bonne ou en très bonne santé

Part de la population en %

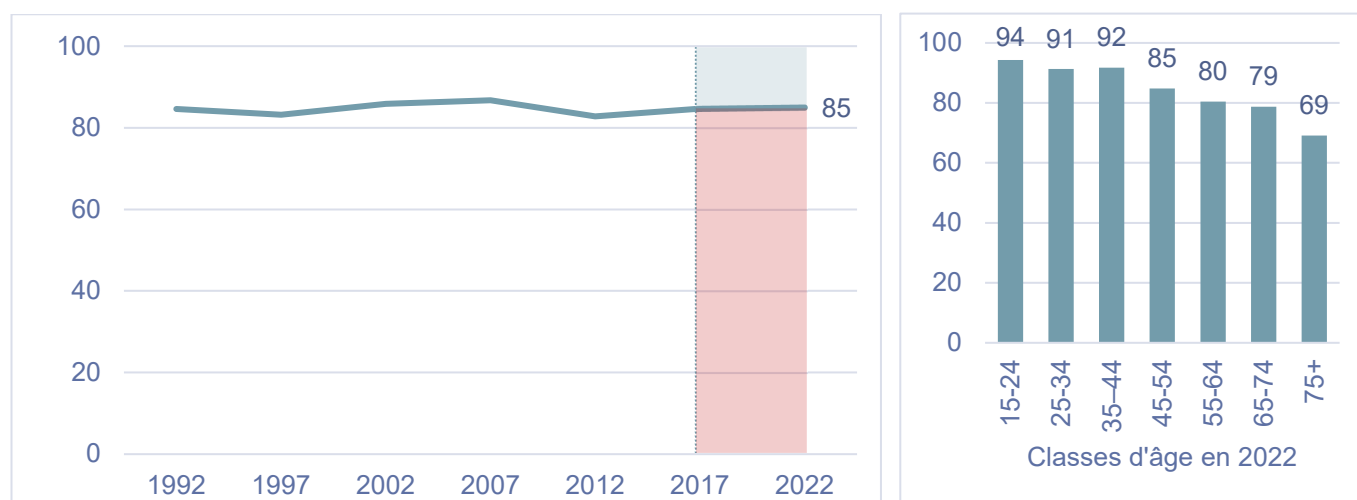


Figure 3.9.1 : État de santé. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Cet indicateur renseigne sur l'état de santé ressenti par les individus. On parle également d'état de santé auto-évalué. Bien qu'il donne une information subjective, l'indicateur présente un lien étroit avec un certain nombre de valeurs mesurables concernant la morbidité, la mortalité, le recours au système de soins et les prévisions en la matière.

L'indicateur donne un aperçu de l'état de santé général de la population. Il met de plus en évidence les groupes de population présentant des vulnérabilités du point de vue de la santé.



Part des personnes qui estiment être en bonne ou en très bonne santé

Part de la population en % (2022)

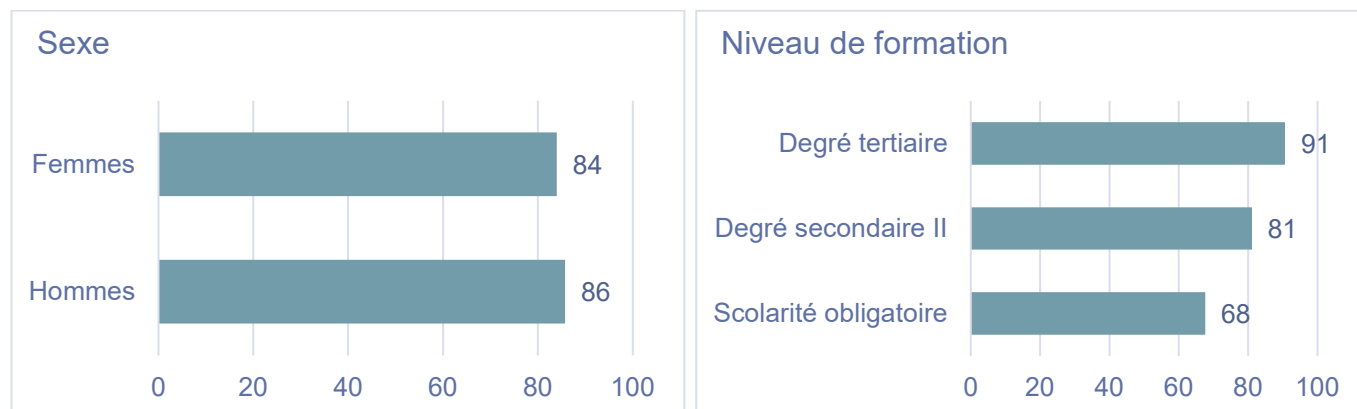


Figure 3.9.2 : État de santé. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

La proportion de la population présentant un état de santé général au moins bon s'est maintenue ces 30 dernières années à un niveau élevé. La Suisse occupe ainsi la première place en Europe depuis 2013 (cf. eurostat). Comme le montrent toutefois les écarts liés au niveau de formation, il existe encore pour les personnes ayant un faible niveau de formation un potentiel d'amélioration s'agissant de la qualité de vie en rapport avec la santé.

Définition

Cet indicateur a été calculé à partir des résultats de l'ESS. Il donne la répartition de la population en fonction des réponses à la question de l'ESS « Comment est votre état de santé en général ? Est-il très bon/bon/moyen/mauvais/très mauvais ? ». Relevons que les questions de même que les réponses ont quelque peu évolué au fil du temps.



3.10 Incidence du cancer (âge : 15+)

De 2016 à 2020, le nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué s'élève en moyenne à environ 45 600 par année, soit 377 pour 100 000 habitants. Durant toute la période observée, les hommes ont été légèrement plus touchés que les femmes. Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquent, suivi par celui des poumons, des bronches et de la trachée ainsi que le cancer colorectal. Chez les femmes, il s'agit du cancer du sein, également suivi par celui des poumons, des bronches et de la trachée et le cancer colorectal. Si l'on considère l'ensemble des maladies oncologiques, il n'y a pas eu de changements en comparaison avec 2011-2015. On observe toutefois une hausse concernant le mélanome malin (cancer de la peau) pour les deux sexes depuis 2011.

Objectif
Atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les MNT

Nouveaux cas de cancer

Nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants

Tous les cancers

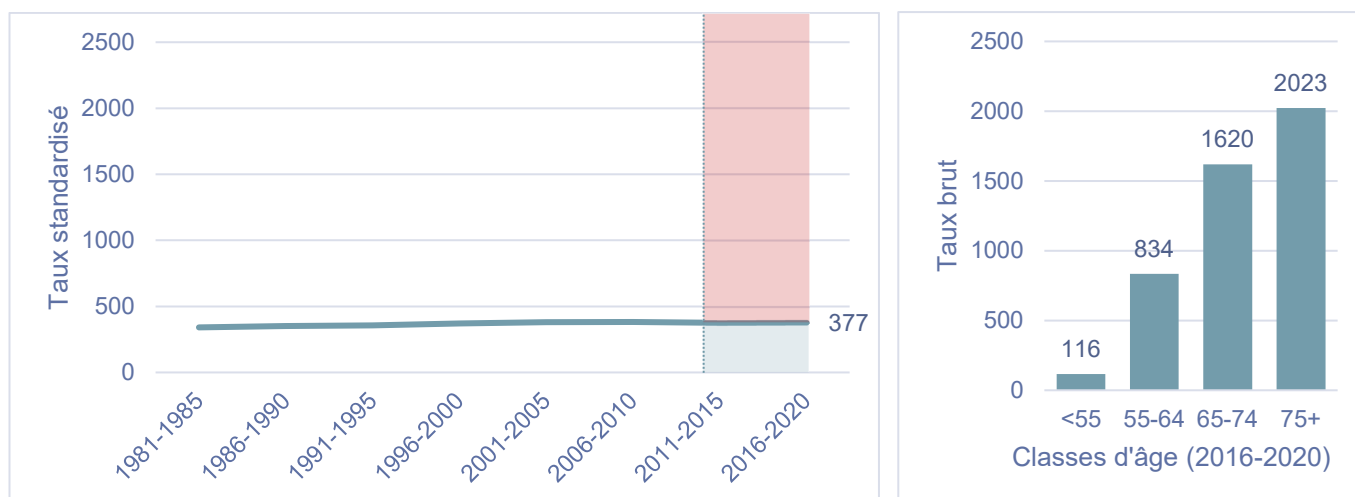


Figure 3.10.1 : Incidence du cancer. Source : www.MonAM.ch.

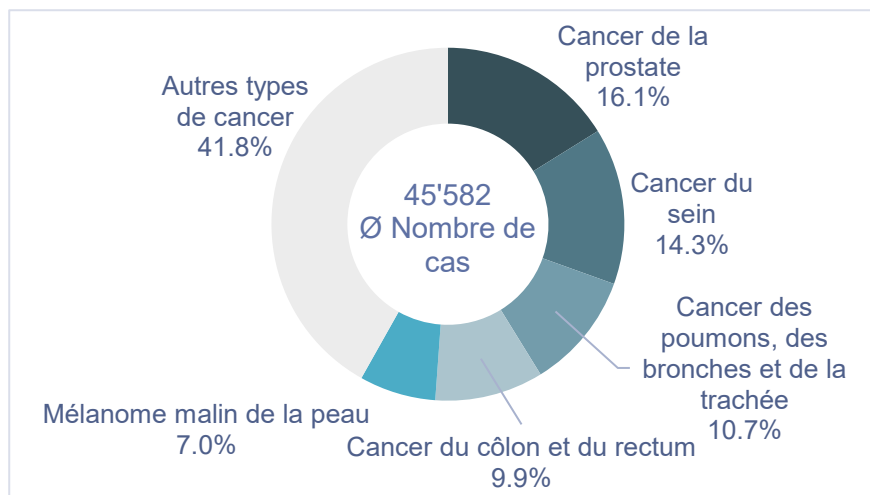
Signification pour la santé publique

Le cancer représente, avec les maladies cardiovasculaires, la cause de décès la plus fréquente en Suisse (OFS). Il est en outre responsable du nombre le plus élevé d'années potentielles de vie perdues. Étant donné le vieillissement démographique, les cancers joueront un rôle encore plus important à l'avenir, car le risque d'en développer augmente avec l'âge, et cela pour la plupart des types de cancer. Les types les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du côlon, le mélanome malin et le cancer des poumons, des bronches et de la trachée. Les rayons ultraviolets du soleil ou de lampes, comme celles d'un solarium, constituent un grand facteur de risque du mélanome. Dans les quatre autres types de cancer, ce sont l'alimentation, l'activité physique, le surpoids et l'obésité, ainsi que l'alcool et le tabac sur le long terme, qui jouent un rôle central. La consommation de tabac pendant des dizaines d'années, par exemple, peut ainsi provoquer le cancer du poumon.



Répartition par type de cancer

Répartition des nouveaux cas de cancer en % (2016-2020)



Nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants (taux standardisé)

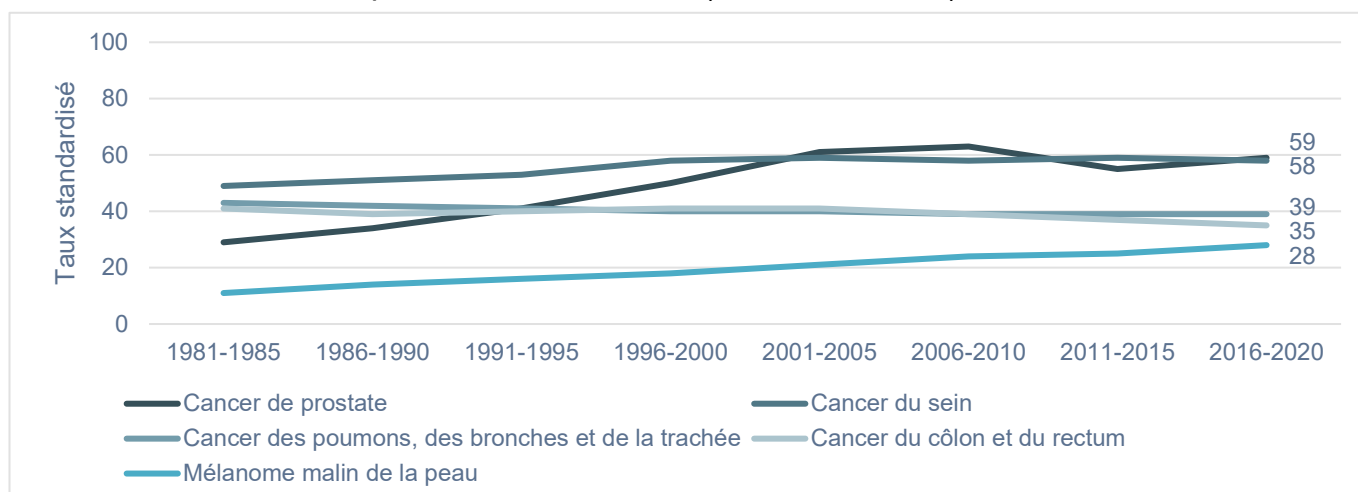


Figure 3.10.2 : Incidence du cancer. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

Hormis pour le mélanome malin (en hausse), la proportion des nouveaux cas de cancer n'a pas évolué notablement depuis 2011. Les chiffres de la prévalence d'autres MNT majeures font apparaître depuis 2012 une hausse de la part de la population ayant au moins une MNT (cf. p. ex. [Prévalence des MNT](#)). Sur cette même période, celle des personnes souffrant d'au moins deux MNT a elle aussi augmenté (cf. p. ex. [Multimorbidité MNT](#)). De manière générale, l'évolution doit être considérée comme négative pour ce qui est de l'objectif d'atténuer l'augmentation de la charge de morbidité induite par les maladies non transmissibles. Le vieillissement croissant de la population donne à penser que cette dernière continuera à s'alourdir. La promotion de la santé et la prévention peuvent contribuer de manière précieuse à freiner dans la durée cette augmentation attendue.

Définition

Les données suisses sur le cancer proviennent de la fondation NICER (Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer) et des registres cantonaux des tumeurs. L'indicateur présente le nombre total de nouveaux cas de cancer enregistrés en une année pour 100 000 habitants (il donne plus précisément les moyennes annuelles de cinq années) ainsi que la répartition en pour cent des types de cancer. En épidémiologie, on utilise le terme « incidence » pour désigner le nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant au sein d'un groupe de population donné au cours d'une période déterminée. Les types de cancer ont été définis d'après la CIM-10. Il faut interpréter les taux d'incidence indiqués avec prudence. La loi du 18 mars 2016 sur l'enregistrement des maladies oncologiques instaure des critères uniformes d'enregistrement au niveau suisse, ce qui va améliorer la comparabilité des données cantonales.



3.11 Coûts du système de santé

En 2021, les coûts de la santé en Suisse se sont montés à 86,3 milliards de francs. Cette somme correspond à près de 10 000 francs par personne, soit une augmentation corrigée de l'inflation de plus de 50 % depuis 2000, la hausse depuis 2017 avoisinant 11 %. Ces coûts représentent près de 12 % du produit intérieur brut (PIB).

Objectif
Atténuation de
l'augmentation des
coûts engendrés par
les MNT

En 2021, un peu plus de la moitié des dépenses de santé était imputable aux hôpitaux et aux institutions médico-sociales (de traitement ou de soins stationnaires, ou de réadaptation).

Coûts du système de santé

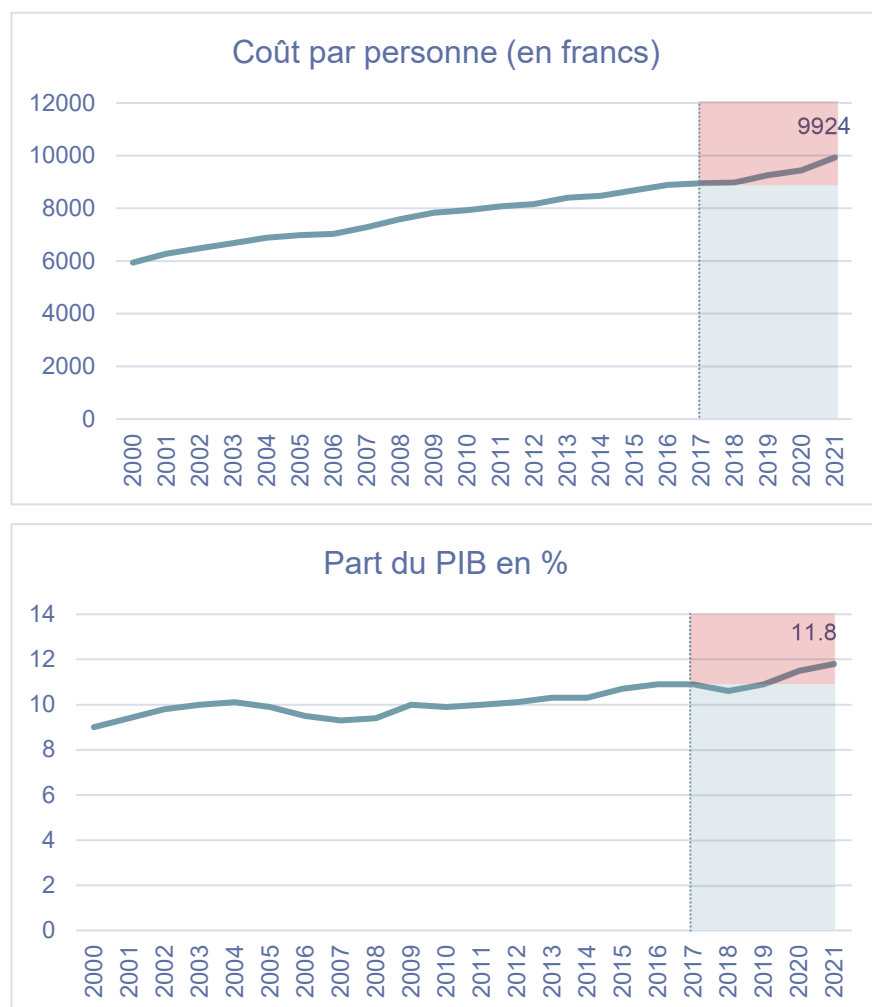


Figure 3.11.1 : Coûts du système de santé. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

La stratégie Santé2030 du Conseil fédéral et la stratégie de prévention des MNT ont toutes deux inscrit parmi leurs objectifs principaux une limitation des coûts de la santé. Le système de soins doit rester financièrement accessible à tout un chacun. Le présent indicateur rend compte de l'évolution des coûts de la santé en Suisse.



Répartition des coûts du système de santé entre les fournisseurs de prestations en % (2021)

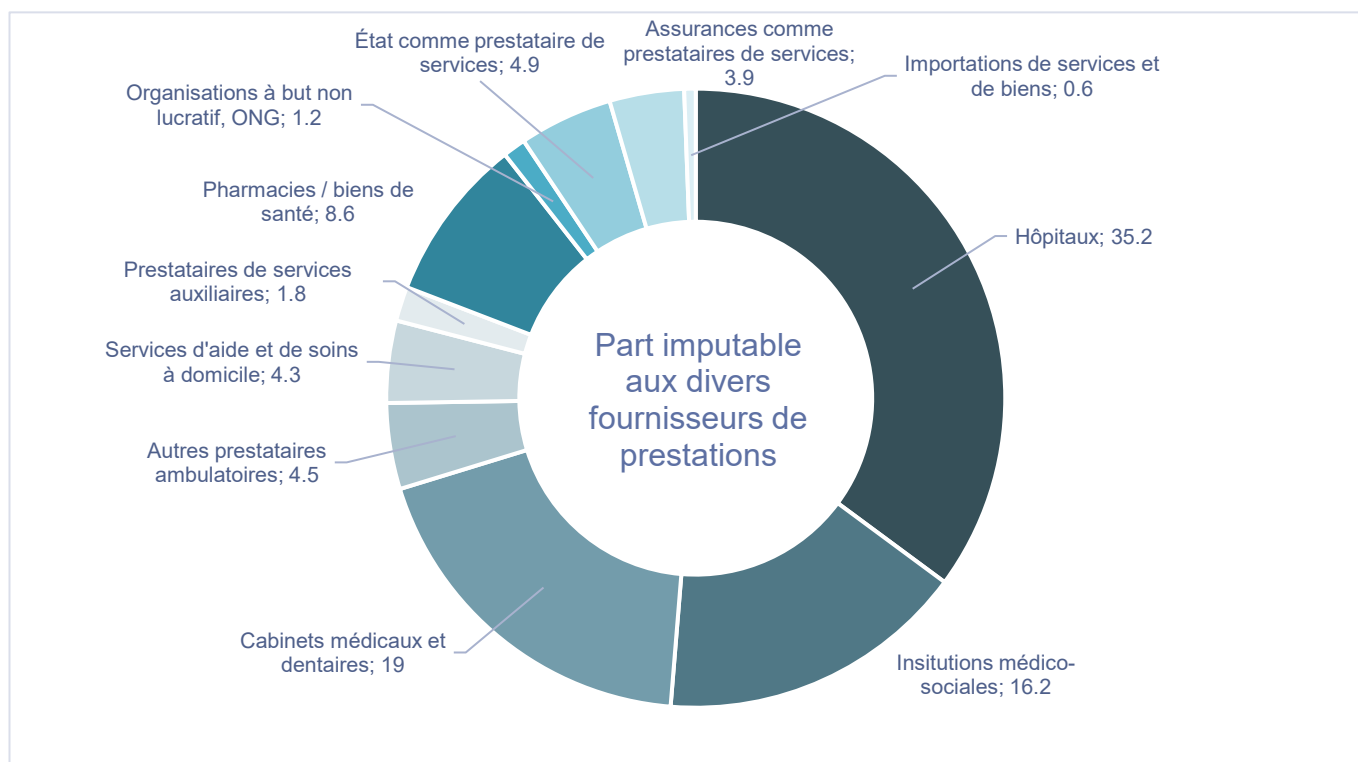


Figure 3.11.2 : Coûts du système de santé. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

La forte hausse des coûts du système de santé enregistrée ces dernières décennies souligne l'importance d'accorder à l'avenir une priorité plus élevée à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine des MNT, des addictions et de la santé psychique. En effet, 80 % des dépenses de santé en Suisse sont dues aux MNT. Les coûts économiques directs et indirects des MNT s'élèvent à plus de 74 milliards de francs (cf. [Coûts économiques des MNT](#)). Par rapport à ce montant, les dépenses pour la promotion de la santé et la prévention représentent 1,6 %, soit une part minime (cf. [Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation](#)).

Définition

L'indicateur est calculé à partir de la statistique du coût et du financement du système de santé établie par l'OFS. Il montre les dépenses annuelles de santé par personne (en francs), l'évolution des coûts sous forme d'indice corrigé de l'inflation en comparaison de l'année 2000 (calcul fait en utilisant la valeur moyenne annuelle de l'indice suisse des prix à la consommation) et les coûts de la santé en pourcentage du PIB. Le diagramme en anneau indique la répartition des coûts de la santé selon les fournisseurs de prestations.



3.12 Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT

Le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT pour 100 000 habitants a diminué en Suisse depuis 1995. Il a ainsi chuté de 3928 à 1944 en 2022, enregistrant un recul de plus de 10 % entre 2017 et 2022. Les hommes ont payé en 2022 un tribut beaucoup plus lourd que les femmes (2353 années contre 1538).

Objectif
Réduction des décès prématurés causés par les maladies non transmissibles

Le nombre d'années de vie perdues en raison d'une MNT a nettement baissé dans les différents groupes de maladie. Il est par exemple passé de 1055 (1995) à 347 (2022) pour 100 000 habitants dans le cas des maladies cardiovasculaires, et de 1689 à 918 pour les cancers.

Années de vie perdues en raison d'une maladie non transmissible

Années pour 100 000 habitants

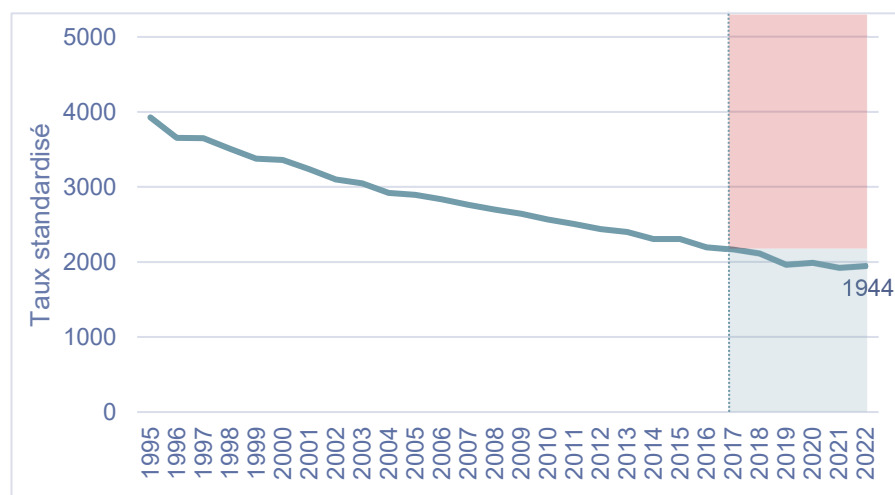


Figure 3.12.1 : Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

Les années de vie perdues en raison d'une MNT indiquent le nombre d'années en plus que la personne concernée aurait en principe vécu si elle n'était pas décédée avant 75 ans des suites d'une maladie non transmissible (MNT). Les années de vie perdues lors d'un décès précoce pèsent plus lourd dans les calculs : compte tenu du seuil fixé à 75 ans, un décès survenant à dix ans implique 65 années de vie perdues, contre dix ans pour un décès survenant à 65 ans.

La stratégie de lutte contre les MNT a notamment pour but de réduire la charge de morbidité induite par les maladies chroniques fréquentes, comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, les diabètes, les maladies des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques. Les années de vie perdues permettent d'observer directement et de quantifier les évolutions à cet égard.



Années de vie perdues en raison d'une maladie non transmissible

Années pour 100 000 habitants

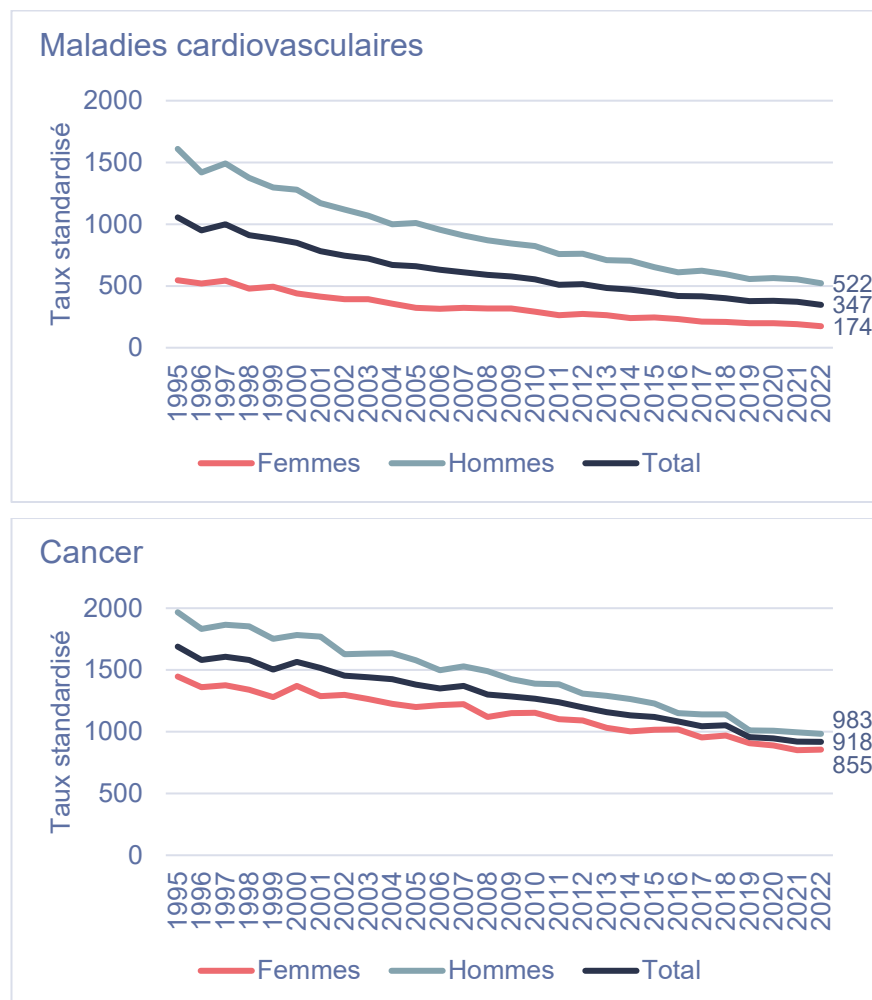


Figure 3.12.2 : Années potentielles de vie perdues en raison d'une MNT. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

Associé à la probabilité de décéder précocement d'une MNT, l'indicateur dresse un tableau clair et positif au sens de la stratégie MNT : les décès imputables à ces maladies reculent en Suisse, même dans les catégories des maladies cardiovasculaires et des cancers. La réduction de certains facteurs de risque au cours des 20 dernières années (diminution de la consommation de sel et de la sédentarité) a contribué au recul de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires. Les améliorations des traitements médicaux ont également joué un rôle important et ont contribué presque autant que la prévention à gagner de années de vie. La prévention et la technologie sont donc deux facteurs clés du point de vue de la santé publique. Il est encore nécessaire d'agir pour continuer à réduire la charge de morbidité induite par les MNT. La promotion de la santé et la prévention, ainsi que des soins de qualité, jouent à cet égard un rôle central.

Définition

Cet indicateur se base sur les données de la statistique des causes de décès de l'OFS. Les données sont mises à jour chaque année. Les années potentielles de vie perdues sont un indicateur couramment utilisé au niveau international. L'indicateur montre le nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants (population résidente permanente) pour les cas de décès survenant de la naissance jusqu'à 75 ans. Pour le calcul, on additionne les années qui séparent l'âge de chaque personne décédée de l'âge de 75 ans. Les taux standardisés ont été calculés selon la méthode directe, sur la base de la population type européenne 2010.



3.13 Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (âge : 18-âge de la retraite)

En 2022, 0,28 % de la population suisse de 18 ans à l'âge de la retraite, soit 15 372 personnes, a reçu pour la première fois une rente AI pour cause de maladie.

Les hommes affichent dans la durée des taux légèrement plus élevés que les femmes. Les maladies psychiques sont à l'origine de la moitié des rentes AI octroyées pour cause de maladie (0,15 % en 2022). La proportion des nouvelles rentes accordées en raison de maladies psychiques (y c. addictions) est en hausse.

La part de nouvelles rentes AI pour cause de maladie a affiché sa valeur la plus élevée en 2003 (0,53 %) et a diminué de moitié jusqu'en 2015 (0,23%), puis a légèrement réaugmenté depuis. Tant les diverses révisions de l'AI que d'autres facteurs ont influencé l'évolution des nouvelles rentes. La hausse enregistrée depuis 2017 est imputable à l'augmentation des nouvelles rentes accordées pour cause de maladies psychiques.

Objectif
Préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives

Nouvelles rentes AI pour cause de maladie

Proportion de nouvelles rentes par rapport à la population résidante permanente, en %

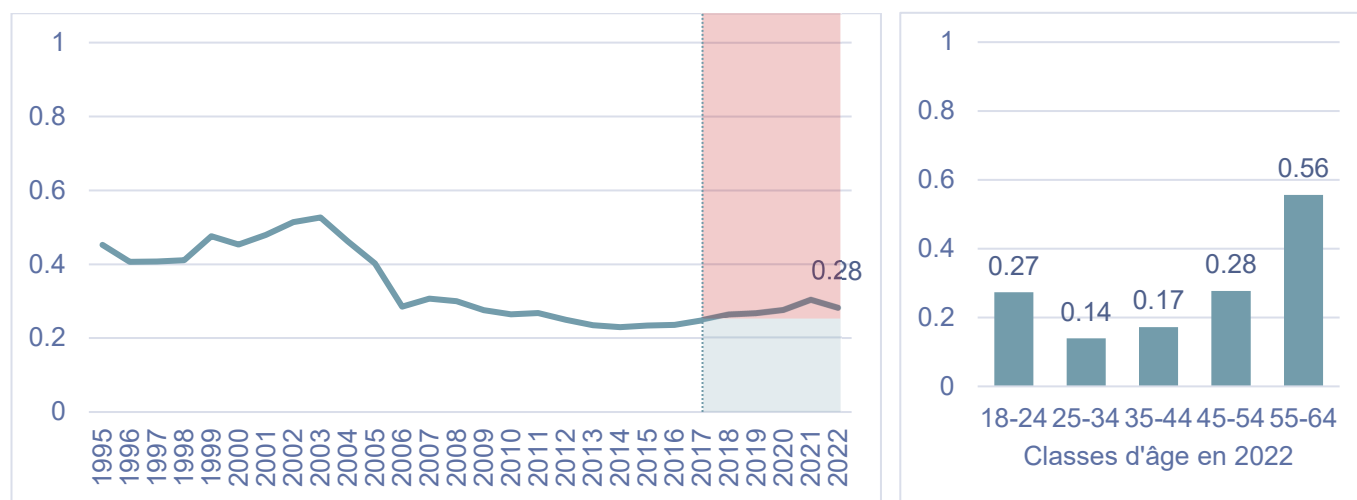


Figure 3.13.1 : Nouvelles rentes AI pour cause de maladie. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

Les maladies non transmissibles peuvent entraîner une sortie prématurée du monde du travail. Une telle sortie coûte cher à la personne concernée, mais aussi à l'État, à l'économie et au système de santé. Le présent indicateur montre le pourcentage de nouvelles rentes AI octroyées chaque année pour certaines catégories de maladies (affections psychiques, système nerveux, os et appareil locomoteur, autres maladies).

Grâce à cet indicateur, il est possible d'évaluer le risque d'invalidité que représentent les maladies en question dans différents groupes de population.



Répartition des nouvelles rentes AI dues à la maladie selon les causes d'invalidité en 2022, en %

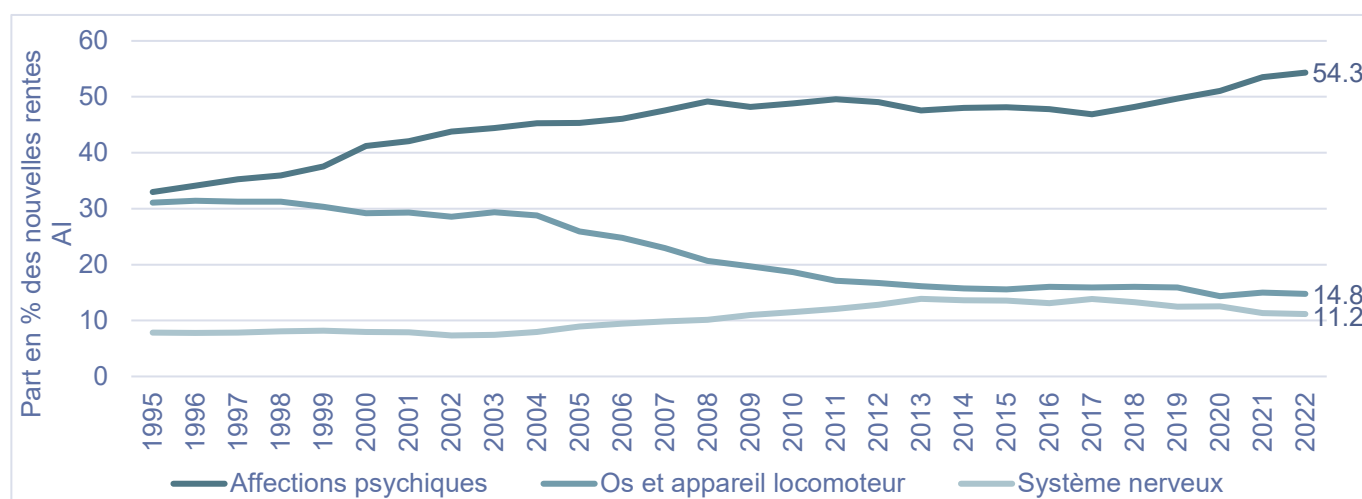
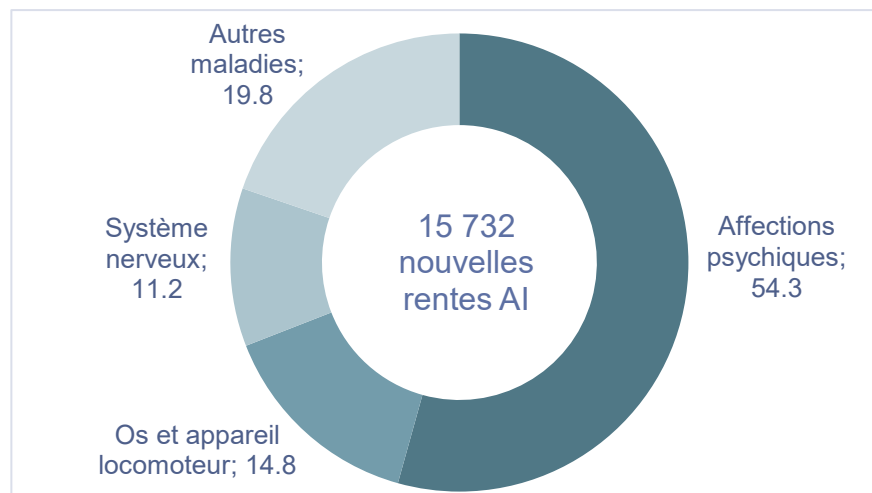


Figure 3.13.2 : Nouvelles rentes AI pour cause de maladie. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

La hausse des nouvelles rentes AI depuis 2017 reflète celle des absences au travail pour cause de maladie ou d'accident (indicateur de base). L'évolution est également liée à l'augmentation des nouvelles rentes accordées pour cause de maladies psychiques, particulièrement marquée chez les jeunes adultes. Elle reflète ainsi l'évolution négative générale en matière de santé psychique surtout ces derniers. Cela souligne l'importance de développer la promotion de la santé et la prévention dans le domaine de la santé psychique, en vue de contribuer à préserver et à améliorer la participation de la population à la vie sociale et ses capacités productives.

Définition

L'indicateur est calculé à partir des données de la statistique de l'assurance-invalidité (statistique de l'AI). Il renseigne sur la part de la population résidente permanente (de 18 ans à l'âge de la retraite) qui demande nouvellement une rente AI pour cause de maladie. Les catégories de maladies retenues sont les suivantes : affection psychique, système nerveux, os et appareil locomoteur, et autres maladies. Une rente d'invalidité n'est allouée qu'après examen des possibilités de réadaptation. Le droit à une rente prend naissance au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 %, en moyenne, sans interruption notable pendant toute une année et qu'au terme de cette année, une incapacité de gain de 40 % au moins perdure (voir art. 7 LPGA). L'évolution des nouvelles rentes est imputable à différents facteurs, notamment les changements dans la charge de morbidité et les réformes de l'AI.



4 Description des indicateurs liés aux addictions

Le tableau 4.1 ci-dessous propose un récapitulatif de l'évolution des indicateurs clés de la Stratégie nationale Addictions 2017-2024.

Objectif de la stratégie Addictions	Indicateurs clés (âge)	Période disponible	Évolution en % depuis 2017	Évolution en % depuis 2012
Prévenir l'émergence d'addictions	<u>Consommation d'alcool à risque (ponctuelle et chronique ; âge : 15+)</u>	2007-2022	-9,4	n. d.
	<u>Consommation de cannabis (âge : 15-64)</u>	2002-2022	+1,0	+37,9
	<u>Consommation de substances il-légales (hors cannabis ; âge : 15-64)</u>	2002-2022	+26,7	+31,0
	<u>Consommation de tabac (âge : 15+)</u>	1992-2022	-11,4	-14,9
	<u>Consommation chronique de médicaments (âge : 15+)</u>	2022	n. d.	n. d.
	<u>Pratique de jeu à risque ou pro-blématique (âge : 15+)</u>	2017-2022	+34,4	n. d.
	<u>Utilisation problématique d'Inter-net (âge : 15+)</u>	2013-2022	+78,9	n. d.
Fournir aux personnes présen-tant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont be-soin	Admissions dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'ad-diction, source : <u>act-info</u> , EI	2020-2022	n. d.	n. d.
	<u>Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives</u>	2012-2022	+7,5	+14,9
	Traitement des dépendances dans des institutions psychoso-ciales résidentielles (admissions ; source : <u>act-info</u> , EI)	2020-2022	n. d.	n. d.
Réduire les dommages sani-taires et sociaux	<u>Mortalité due à l'alcool (taux ; âge : 15-74)</u>	1997-2017	n. d.	-11,3
	<u>Mortalité due au tabac (taux)</u>	1997-2017	n. d.	-1,8
	<u>Décès dus à la drogue</u>	1995-2022	+16,8	+32,2
Diminuer les conséquences né-gatives pour la société	<u>Coûts économiques des addic-tions</u>	2017	n. d.	n. d.

Tableau 4.1 : Synthèse des tendances des 14 indicateurs clés de la Stratégie nationale Addictions entre 2017 et 2024. Bleu = évolution en phase avec la stratégie. Rouge = évolution contraire à la stratégie. n. d. = non disponible. EI = Enquête Institutions.



Le tableau 4.2 fournit en outre une vue d'ensemble de l'évolution depuis 2017 des indicateurs de base définis et pertinents pour les indicateurs clés.

Objectif de la stratégie Addictions	Indicateurs clés (âge)	Indicateurs de base (âge)
Prévenir l'émergence d'addictions	<u>Consommation d'alcool à risque (ponctuelle et chronique ; âge : 15+)</u>	<u>Consommation d'alcool chronique à risque (âge : 15+)</u>
		<u>Consommation d'alcool ponctuelle à risque (âge : 15+)</u>
		<u>Consommation d'alcool ponctuelle à risque (âge : 11-15)</u>
	<u>Consommation de cannabis (âge : 15-64)</u>	<u>Consommation de cannabis (âge : 14-15)</u>
	<u>Consommation de substances illégales (hors cannabis ; âge : 15-64)</u>	<u>Consommation de drogue par voie intraveineuse</u>
	<u>Consommation de tabac (âge : 15+)</u>	<u>Consommation de cigarettes (âge : 11-15)</u>
	<u>Consommation chronique de médicaments (âge : 15+)</u>	<u>Médicaments visant à améliorer les performances (âge : 15+)</u>
	<u>Pratique de jeu à risque ou problématique (âge : 15+)</u>	<u>Personnes exclues des jeux*</u>
	<u>Utilisation problématique d'Internet (âge : 15+)</u>	<u>Usage problématique des réseaux sociaux (âge : 11-15)*</u>
Fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin	<u>Admissions dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'addiction, source : <i>act-info</i>, EI</u>	<u>Traitements par agonistes opioïdes</u>
	<u>Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives</u>	<u>Disposition à arrêter de fumer (âge : 15+)</u>
	<u>Traitement des dépendances dans des institutions psychosociales résidentielles (admissions ; source : <i>act-info</i>, EI)</u>	n. d.
Réduire les dommages sanitaires et sociaux	<u>Mortalité due à l'alcool (taux ; âge : 15-74)</u>	n. d.
	<u>Mortalité due au tabac (taux)</u>	n. d.
	<u>Décès dus à la drogue</u>	n. d.
Diminuer les conséquences négatives pour la société	<u>Coûts économiques des addictions</u>	<u>Accidents de la circulation liés à la consommation de substances</u>

Tableau 4.2 : Tendances des 14 indicateurs clés de la Stratégie nationale Addictions, avec les indicateurs de base correspondants, entre 2017 et 2024. Bleu = évolution en phase avec la stratégie. Rouge = évolution contraire à la stratégie. n. d. = non disponible. EI = Enquête Institutions. * = ne constitue pas un indicateur de base explicite de la stratégie.



4.1 Consommation d'alcool à risque (ponctuelle et chronique ; âge : 15+)

En 2022, en Suisse, 16,4 % de la population consommaient de l'alcool dans une mesure associée à un risque pour la santé, que ce soit de façon chronique ou ponctuelle lors d'occasions particulières (« binge drinking » ou « biture express »). Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (21 %) que chez les femmes (12 %). La consommation d'alcool à risque a globalement diminué depuis 2017. Des différences notables sont en outre observées en fonction de l'âge et du niveau de formation : les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire et les jeunes montrent plus fréquemment une consommation d'alcool à risque.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de la consommation d'alcool à risque

Part de la population en %

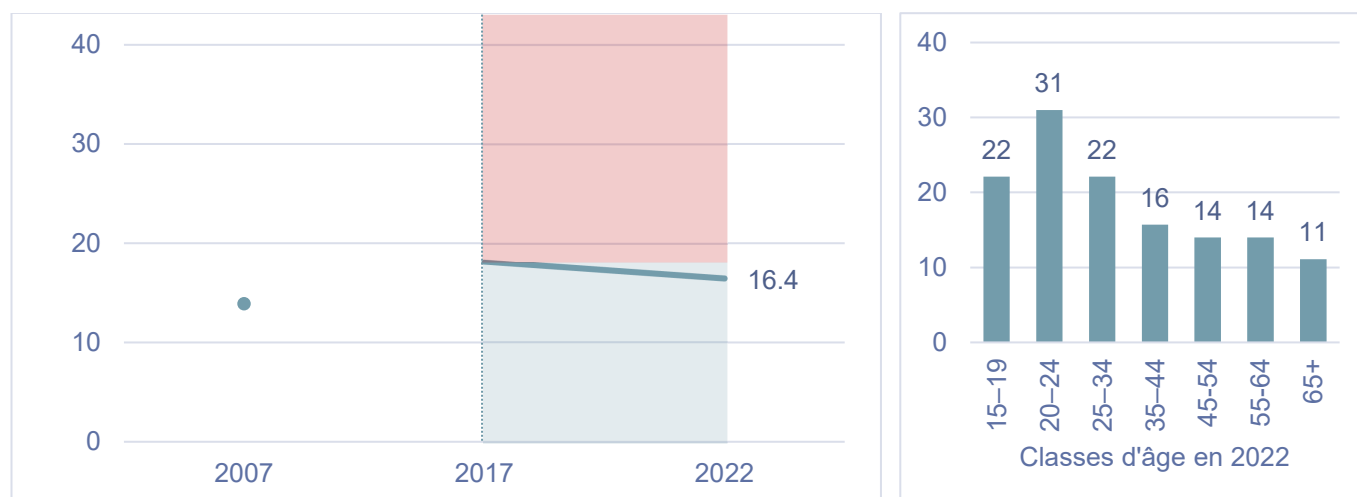


Figure 4.1.1 : Consommation d'alcool à risque. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

Deux formes de consommation élevée d'alcool sont associées à un risque pour la santé : la consommation chronique d'une quantité élevée d'alcool sur une longue période (consommation d'alcool chronique à risque) et la consommation excessive ponctuelle à certaines occasions (consommation d'alcool ponctuelle à risque), également appelée « binge drinking » ou « biture express ». La consommation d'alcool chronique à risque est considérée comme facteur de risque pour les maladies coronariennes, certains types de cancer, la cirrhose du foie, les hémorragies cérébrales, les maladies de l'appareil digestif, le surpoids, les dépressions sévères et les épilepsies. En plus de ces risques pour la santé, la consommation d'alcool ponctuelle à risque est susceptible de provoquer des accidents, des blessures, des violences, des déprédations et d'accroître le risque de suicide.



Prévalence de la consommation d'alcool à risque

Part de la population en % (2022)

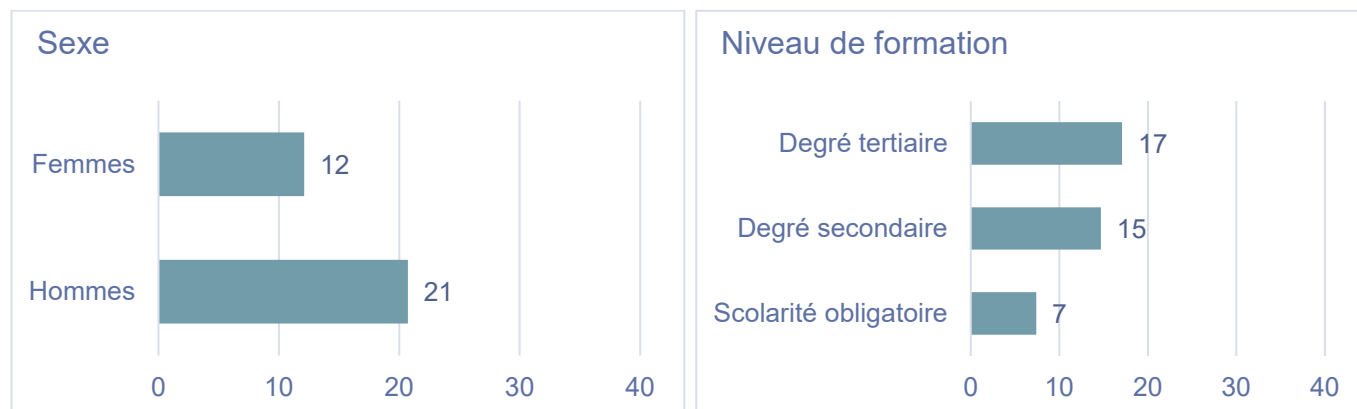


Figure 4.1.2 : Consommation d'alcool à risque. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

La consommation d'alcool à risque, qu'elle soit chronique comme ponctuelle, recule en Suisse depuis 2017, une tendance qui se reflète aussi dans la consommation quotidienne chez les plus de 15 ans. Cette baisse générale a des effets positifs sur la santé.

Il apparaît cependant que la consommation d'alcool des jeunes âgés de 11 à 15 ans est restée stable entre 2018 et 2022 et que la prévalence-vie-entière du « binge drinking » a légèrement augmenté pour cette classe d'âge, en raison d'une hausse chez les filles. De manière générale, la vente d'alcool par habitant est restée stable entre 2017 et 2022.

La forte prévalence de la consommation d'alcool quotidienne dans les classes d'âge les plus élevées ainsi que la stabilité de la consommation d'alcool chez les jeunes et la légère hausse chez les filles soulignent l'importance de développer des mesures préventives ciblées telles que les réglementations structurelles cantonales concernant l'alcool (p. ex. restrictions de publicité, restrictions de vente et achats tests).

L'alcool est le premier motif de recours aux offres d'aide en cas d'addiction et d'hospitalisations pour des troubles liés à des substances psychoactives. Il est essentiel de proposer en ce qui concerne l'alcool des offres adéquates et ciblées d'aide aux personnes dépendantes, y compris en ligne, comme la plateforme SafeZone.ch.

Définition

Cet indicateur est calculé à partir des données de l'ESS. Il reflète la part de la population âgée de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé et présentant une consommation d'alcool à risque chronique ou ponctuelle ou les deux à la fois. On parle de consommation d'alcool chronique à risque lorsque la consommation moyenne d'alcool quotidienne atteint les seuils suivants : risque moyen pour les femmes lors de consommation de 20 à 40 g d'alcool pur, soit 2 à 4 verres standard ; pour les hommes, lors de consommation de 40 à 60 g, soit 4 à 6 verres standard* ; risque élevé pour les femmes lors de consommation de plus de 40 g, soit plus de 4 verres standard ; pour les hommes, lors de consommation de plus de 60 g, soit plus de 6 verres standard. La consommation moyenne d'alcool en grammes par jour s'appuie sur une combinaison de questions portant sur la consommation de bière/vin/cidre/spiritueux/alcopops au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (fréquence et quantité). Présentent une consommation d'alcool ponctuelle à risque les personnes de 15 ans ou plus qui ont, au cours des douze mois précédents, consommé au moins une fois par mois, en une occasion, 4 verres standard* ou plus de boisson alcoolisée pour les femmes et 5 verres standard ou plus pour les hommes. Cette définition de consommation à risque a été adaptée à plusieurs reprises en Suisse, en fonction des recherches internationales faites dans ce domaine ; il n'est donc pas possible pour l'heure de comparer les résultats de toutes les années de l'ESS. *1 verre standard = 1 verre de vin/bière/eau-de-vie = 10 à 12 g d'alcool pur.



4.2 Consommation de cannabis (âge : 15-64)

En Suisse, en 2022, 4 % de la population âgée de 15 à 64 ans a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, les hommes (5,5 %) beaucoup plus que les femmes (2,5 %). Le pourcentage de consommateurs le plus élevé se trouve chez les 15 à 24 ans, puis la proportion diminue avec l'âge. La prévalence totale n'a pas évolué par rapport à 2017.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de la consommation de cannabis

Part de la population consommant au moins une fois par mois (âge : 15-64), en %

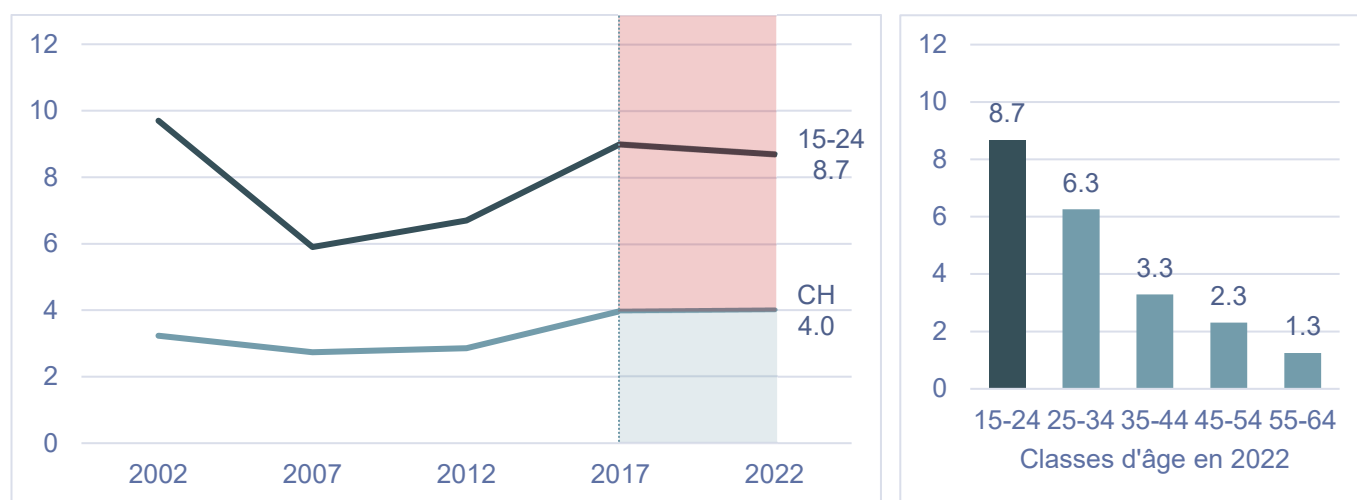


Figure 4.2.1 : Consommation de cannabis. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

Le cannabis contenant du THC est la substance illégale la plus consommée en Suisse. On suppose que sa consommation peut provoquer une dépendance aussi bien physique que psychique. Les risques sanitaires varient d'une personne à l'autre selon la fréquence et la durée d'utilisation, le dosage, la qualité, la situation, l'état de santé et les prédispositions psychiques. Le cannabis pose un problème surtout lorsqu'il est consommé souvent, en grande quantité et sur une longue période. Chez les jeunes, une consommation problématique comporte des risques pour la santé et pour le développement mental.



Prévalence de la consommation de cannabis

Part de la population (âge : 15-64) en 2022, en %

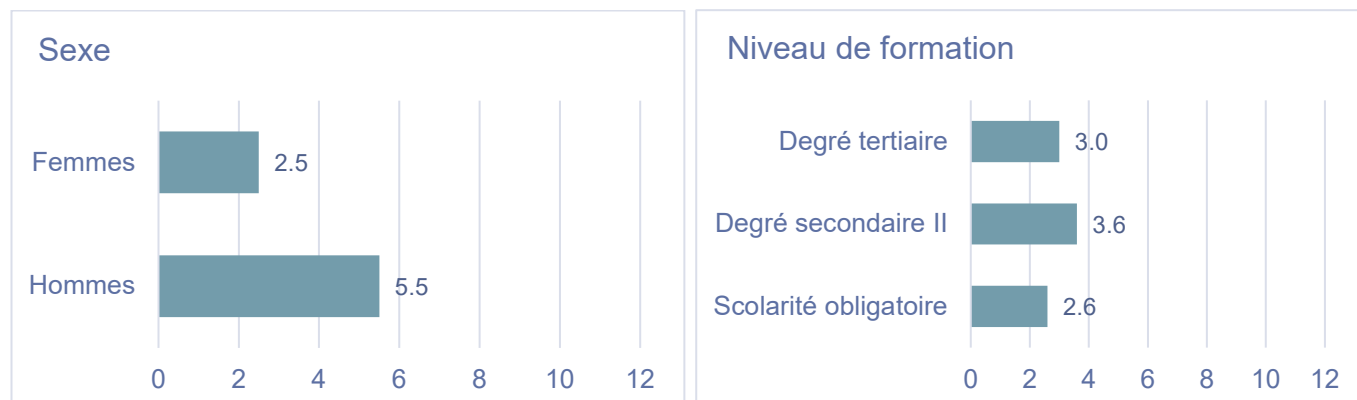


Figure 4.2.2 : Consommation de cannabis. Source : www.MonAM.ch

Contextualisation

Depuis 2017, la consommation de cannabis est stable dans la population âgée de 15 à 64 ans, de même que chez les jeunes âgés de 14 et 15 ans. Elle a augmenté chez les filles et diminué chez les garçons. La consommation de cannabis est toutefois en hausse 2012, probablement aussi du fait de la libéralisation de l'opinion de la population concernant la réglementation du cannabis.

Après l'alcool, le cannabis est le deuxième motif de recours aux offres d'aide en cas d'addiction, tout juste devant les opioïdes et la cocaïne.

Il est essentiel de proposer en ce qui concerne le cannabis des offres adéquates et ciblées d'aide en cas d'addiction, y compris en ligne, comme la plateforme SafeZone.ch.

Définition

Cet indicateur est calculé à partir des données de l'ESS. Il indique la part des 15 à 64 ans vivant dans un ménage privé qui consomme occasionnellement ou régulièrement du cannabis. Dans l'enquête 2017, la consommation au cours des 30 derniers jours a été demandée, tandis que dans les enquêtes de 2002, de 2007 et de 2012, la question portait sur la consommation de cannabis au minimum chaque mois au cours des 12 derniers mois. L'indicateur repose sur plusieurs questions de l'ESS. Afin de garantir la comparabilité internationale des données, cette partie de l'analyse ne retient que les moins de 65 ans, plusieurs autres pays limitant également leur analyse à cette tranche d'âge. L'augmentation de la consommation de cannabis observée entre 2012 et 2017 peut être liée à celle des produits à base de CBD (cannabidiol). Précisons que la consommation de CBD n'a pas d'effet psychoactif, contrairement à celle de THC (tétrahydrocannabinol).



4.3 Consommation de substances illégales (hors cannabis ; âge : 15-64)

En 2022, 1,9 % de la population suisse âgée de 15 à 64 ans a indiqué avoir consommé une substance illégale (hors cannabis) au cours des 12 mois précédents, contre 0,5 % en 2002. Les hommes sont nettement plus nombreux à consommer des drogues illégales (2,6 %) que les femmes (1,2 %). Des différences notables sont en outre observées en fonction de l'âge et du niveau de formation : les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire et celles âgées de 25 à 34 ans ont comparativement davantage indiqué avoir consommé des substances illégales au cours des 12 mois précédents.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de la consommation de substances illégales (cannabis excepté)

Part de la population (âge : 15-64) au cours des 12 derniers mois, en %

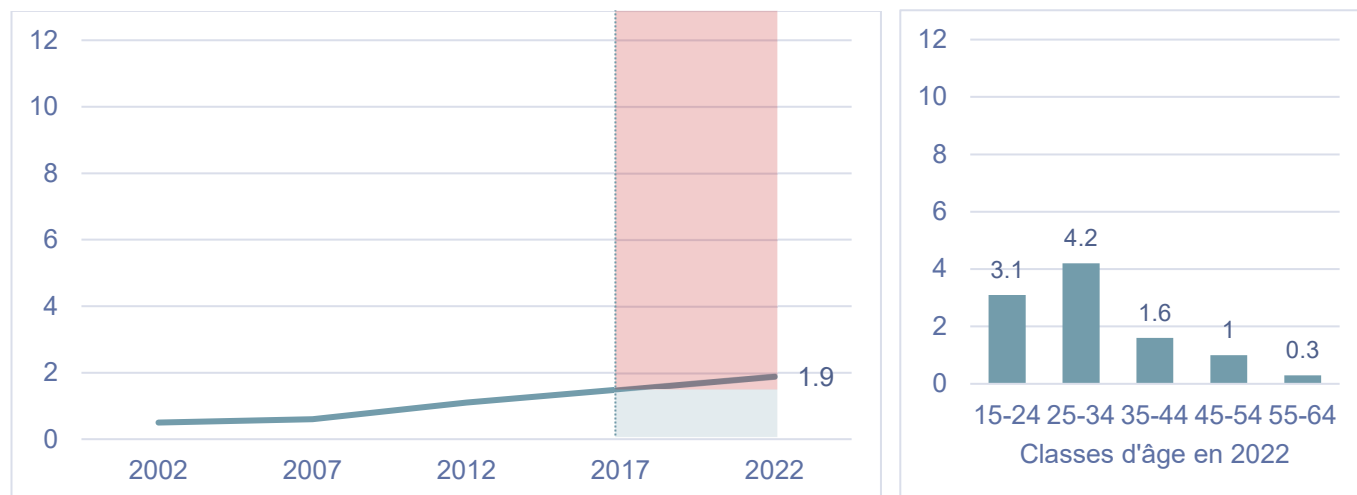


Figure 4.3.1 : Consommation de substances illégales. Source : www.MonAM.ch

Signification pour la santé publique

La consommation de substances illégales telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy peut produire des effets délétères. À titre d'exemple, la consommation de ces produits peut entraîner des comportements à risque, nuire à la mémoire et à l'état psychique et entraîner des dépendances graves, avec parfois des lésions physiques pour conséquence. Souvent, la consommation de ces substances pèse aussi lourdement sur l'entourage.



Prévalence de la consommation de substances illégales (cannabis excepté)

Part de la population (âge : 15-64) au cours des 12 derniers mois, en %



Figure 4.3.2 : Consommation de substances illégales. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

La montée de la consommation de cocaïne, d'ecstasy et de speed est regrettable au regard de l'objectif stratégique visant à prévenir l'émergence d'addictions. Cette augmentation se reflète dans la hausse des chiffres en ce qui concerne le recours à des offres d'aide aux personnes dépendantes s'agissant de la cocaïne. Malgré cette hausse, la proportion des personnes ayant consommé de la cocaïne par voie intraveineuse a diminué en parallèle. Seule l'héroïne présente un léger recul, au niveau aussi bien de la prévalence de la consommation que du recours aux offres d'aide en cas d'addiction, une évolution qui tient au vieillissement de la population de personnes dépendantes à l'héroïne.

L'évolution généralement négative dans la consommation de substances illégales souligne l'importance de renforcer la politique suisse des quatre piliers en matière d'addictions (prévention, aide en cas d'addiction, réduction des risques, réglementation et exécution de la loi).

Définition

L'indicateur est calculé à partir des résultats de l'ESS. Il donne la part des personnes de 15 à 64 ans vivant dans un ménage privé qui ont consommé des substances illégales (cannabis excepté). Les enquêtes menées auprès de la population sur la consommation de stupéfiants présentent l'inconvénient de sous-estimer le phénomène. Ce phénomène s'explique essentiellement par les difficultés à contacter les consommateurs et par le manque de fiabilité des réponses. Pour garantir la comparabilité internationale des chiffres, le groupe d'âge considéré ne dépassait pas 64 ans.



4.4 Consommation de tabac (âge : 15+ ; cf. 3.1)

4.5 Consommation chronique de médicaments (âge : 15+)

En 2022, 2,1 % de la population suisse ont consommé presque quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants au cours des 30 derniers jours (un chiffre stable depuis 2018), et 0,9 % ont pris des antidouleurs puissants. La prévalence est plus élevée chez les personnes plus âgées que chez les jeunes.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de la consommation chronique de médicaments

Part de la population en %

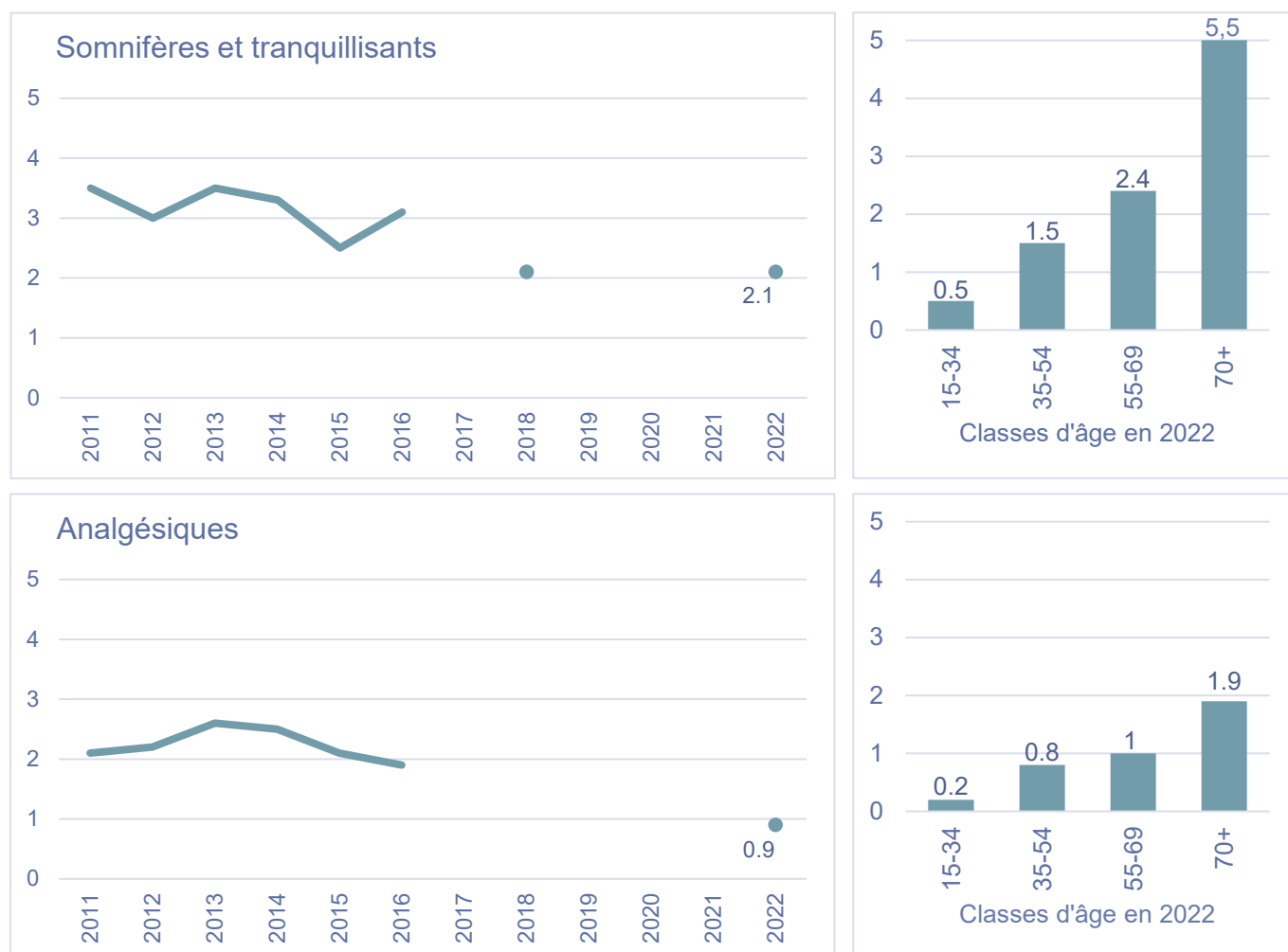


Figure 4.5.1 : Consommation chronique de médicaments. Source : www.MonAM.ch.



Signification pour la santé publique

La consommation abusive de médicaments et la dépendance à ces derniers sont depuis plusieurs années une réalité en Suisse. On considère comme problématique une consommation presque quotidienne, pendant plusieurs mois, d'analgésiques, de somnifères ou de tranquillisants. 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 analgésiques (puissants), les somnifères, les tranquillisants, les stimulants et les modérateurs d'appétit.

L'indicateur montre l'évolution et l'ampleur de l'abus chronique de médicaments dans la population. Ces informations facilitent l'évaluation et la planification de mesures de prévention et de régulation.

Contextualisation

Les données ne peuvent pas être comparées sur l'ensemble de la période en raison de différences méthodologiques (formulation de la question et type d'enquête). La consommation chronique de somnifères et de tranquillisants est restée stable depuis 2018. Les données Tarifpool SASIS mettent cependant en évidence un recul, par exemple, de la remise de benzodiazépines (un groupe de somnifères et tranquillisants) depuis 2017 (en particulier pour les femmes). Il n'est toutefois pas possible d'identifier les tendances actuelles en matière de consommation chronique d'analgésiques. La remise d'analgésiques opioïdes est relativement stable pour ce qui est de la population générale. On observe une hausse de la consommation des médicaments pour se droguer chez les filles et les garçons de 14 et 15 ans ces dix dernières années. Des chiffres nationaux concernant la consommation de médicaments en combinaison avec de l'alcool et la consommation de calmants/antidouleurs puissants pour se droguer chez les jeunes de 14 et 15 ans sont disponibles pour la première fois pour l'année 2022. Une proportion non négligeable des jeunes de cette tranche d'âge a indiqué avoir déjà consommé des médicaments avec de l'alcool (5,5 %) ou des calmants/antidouleurs puissants pour se droguer (3,1 %).

Définition

Cet indicateur donne la part de la population âgée de 15 ans ou plus qui a consommé presque quotidiennement (au moins 20 jours par mois) des antidouleurs puissants, des somnifères ou des tranquillisants durant les 30 derniers jours. Addiction Suisse a recueilli ces données sur mandat de l'OFSP entre 2011 et 2016 dans le cadre d'une enquête téléphonique (monitorage suisse des addictions – CoRoLAR) menée auprès de 11 000 personnes. Depuis 2018, ces questions sont posées de manière similaire dans le module « Santé et Lifestyle » de l'enquête Omnibus, que l'OFSP et l'OFS réalisent en ligne (n2018 ≈ 5600 ; n2022 ≈ 5400).

En 2022, l'enquête comportait les trois questions suivantes (lorsque la personne interrogée répondait « oui » à une question, elle était priée de passer à la question suivante) : Somnifères et tranquillisants : Question 1 : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des somnifères ou des tranquillisants (Valium, Ativan, Xanax, Temesta, p. ex.) ? ». Question 2 : « Avez-vous pris ces somnifères ou tranquillisants au cours des 30 derniers jours ? ». Question 3 : « Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous pris ces somnifères ou tranquillisants ? ». Analgésiques : Question 1 : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments antidouleur puissants, par exemple de l'Oxycodon®, de la Morphine®, du Fentanyl® (donc pas des médicaments usuels contre les maux de tête comme l'aspirine ou le paracétamol) ? ». Question 2 : « Avez-vous pris ces médicaments antidouleur puissants au cours des 30 derniers jours ? ». Question 3 : « Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous pris ces médicaments antidouleur puissants ? ». Les proportions fournies par l'indicateur se réfèrent aux personnes qui ont répondu par « 20 jours ou plus » à la dernière question. Rupture de la série chronologique entre 2016 et 2018 : l'enquête Omnibus « Santé et Lifestyle » a été réalisée en ligne, tandis que l'enquête CoRoLAR a été menée par téléphone. De plus, la formulation des questions a été légèrement modifiée. Rupture de la série chronologique entre 2018 et 2022 : les questions de 2022 contenaient des exemples de somnifères et de tranquillisants, pas celles de 2018. De plus, leur formulation a été légèrement modifiée. Durant les années 2011 à 2016, la question concernant les antidouleurs spécifiait qu'elle visait l'emploi d'autres médicaments que ceux (à base d'aspirine ou de paracétamol) habituellement utilisés pour soulager le mal de tête (elle ne mentionnait pas d'autre exemple). Il est impossible de présenter des données sur la prise d'analgésique pour l'année 2018.



4.6 Pratique de jeu à risque ou problématique (âge : 15+)

En 2022, 4,3 % de la population suisse avait eu un comportement à risque, voire problématique en matière de jeux d'argent au cours des douze mois précédents, un chiffre en hausse par rapport à 2017. Les personnes de moins de 25 ans, celles ayant un faible niveau de formation et les hommes présentent une prévalence comparativement plus élevée de pratique de jeu à risque ou problématique.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de la pratique de jeu à risque ou problématique

Part de la population en %

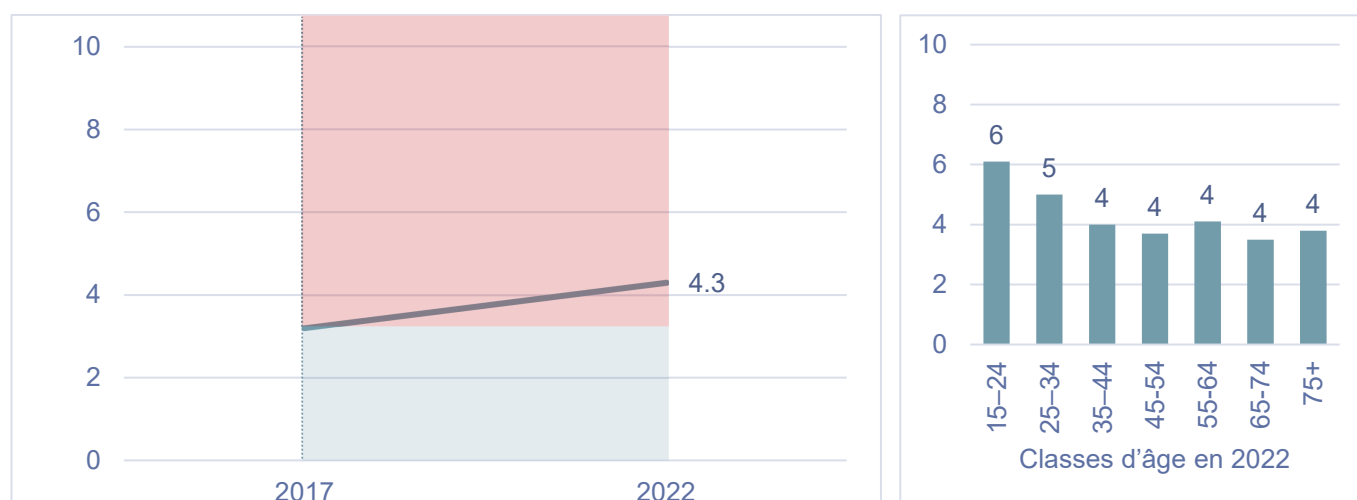


Figure 4.6.1 : Pratique de jeu à risque ou problématique. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

Différentes formes de jeux d'argent existent en Suisse, comme les machines à sous, les parties de poker, les paris sportifs et les loteries. Les personnes qui y jouent ne sont pas toutes capables de se modérer, certaines ont une pratique de jeu à risque, voire problématique. Les joueurs qui n'arrivent pas à se contrôler s'adonnent souvent toute la journée aux jeux d'argent. Ce comportement peut avoir de graves répercussions sur l'environnement familial et professionnel. La dépendance au jeu est souvent source de problèmes financiers. La loi sur les jeux d'argent a notamment comme objectif de prévenir les conséquences sociales négatives pour le joueur.



Prévalence de la pratique de jeu à risque ou problématique

Part de la population en % (2022)



Figure 4.6.2 : Pratique de jeu à risque ou problématique. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

Entrée en vigueur en 2019, la nouvelle loi sur les jeux d'argent autorise les jeux d'argent en ligne pour les casinos ayant leur siège en Suisse ainsi que la publicité faite à leur égard. Elle exige pour ce faire une autorisation de la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ). Ces nouveautés ont profondément transformé le marché de l'offre. Les jeux d'argent en ligne sont maintenant accessibles partout et à tout moment. On observe depuis une forte augmentation du nombre annuel de nouvelles personnes exclues des jeux (incidence). Cependant, ces données ne permettent pas de déterminer les raisons de l'exclusion des joueurs : celle-ci peut faire suite à une demande du joueur lui-même, être prononcée sur la base de critères de repérage précoce ou découler de procédures administratives (p. ex. non-présentation de documents sur la situation patrimoniale). L'évolution du nombre de joueurs exclus donne une première indication de la prévalence de la pratique de jeu à risque ou problématique en Suisse. Les deux indicateurs signalent une hausse de la pratique de jeu problématique dans le pays.

Définition

Cet indicateur se fonde sur l'étude de Dey et al. (2019). En se référant à Haug et al. (2015), cette étude investigate les comportements de jeu d'argent en utilisant une combinaison des deux instruments d'enquête « Lie/Bet » et « NODS-CLIP ». Les données proviennent de l'ESS. L'indicateur montre la proportion de personnes indiquant jouer de façon problématique ou à haut risque par rapport à celles qui ne jouent pas ou qui sont considérées à faible risque. Il n'est toutefois pas possible de différencier les jeux en ligne des jeux terrestres.



4.7 Utilisation problématique d'Internet (âge : 15+)

En 2022, 6,8 % de la population suisse âgée de 15 ans ou plus ont utilisé Internet sous une forme définie comme problématique, une part nettement en hausse par rapport à 2017. Les femmes sont à peu près autant touchées que les hommes. La part des personnes ayant une utilisation problématique d'Internet est la plus élevée chez les 15 à 24 ans (22,2 %) et diminue fortement avec l'âge. Les personnes avec un niveau élevé de formation utilisent plus fréquemment Internet de façon problématique.

Objectif
Prévenir l'émergence
d'addictions

Prévalence de l'utilisation problématique d'Internet

Part de la population en %

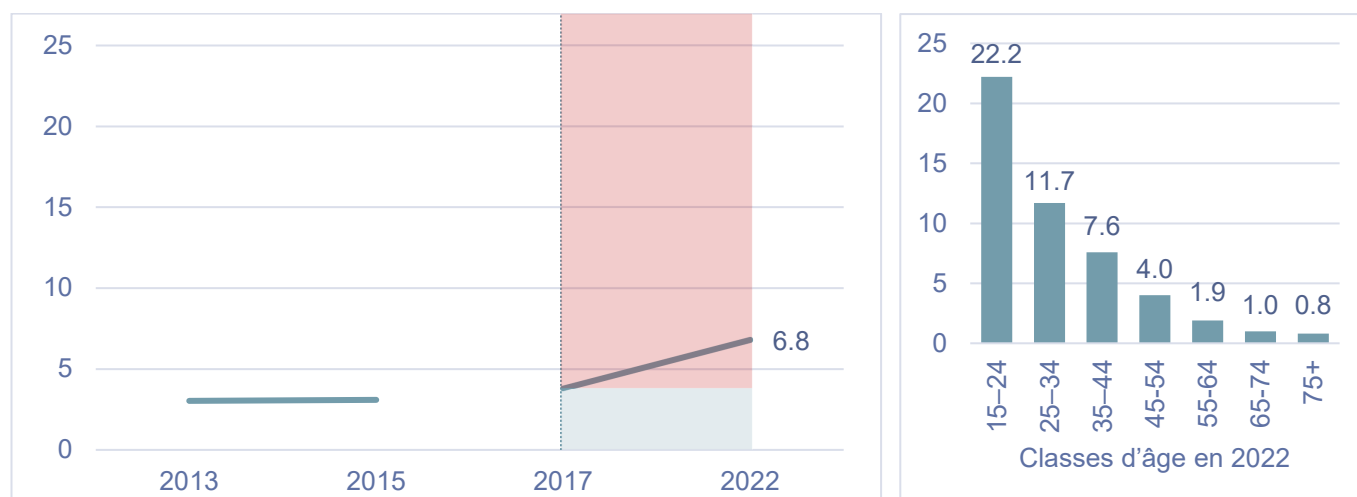


Figure 4.7.1 : Utilisation problématique d'Internet. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

La généralisation de l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux a fait apparaître de nouvelles formes de dépendance, notamment une utilisation d'Internet de type addictive. Par conséquent, ces dernières années, la société a de plus en plus dû se pencher sur ces nouvelles formes de dépendance et prendre des mesures adéquates. Dans la perspective de la stratégie Addictions, il y a lieu de réagir aux nouveaux risques avec souplesse en proposant des offres appropriées de prévention et d'aide en cas d'addiction, raison pour laquelle elle accorde une attention toute particulière à la question de l'utilisation d'Internet.



Prévalence de l'utilisation problématique d'Internet

Part de la population en % (2022)



Figure 4.7.2 : Utilisation problématique d'Internet. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

De manière générale, on observe une nette augmentation de l'utilisation problématique d'Internet depuis 2017. En comparaison avec les personnes plus âgées, les jeunes sont bien plus souvent touchés. Néanmoins, on ne peut pas encore déterminer si le phénomène est une constante chez les jeunes (effet d'âge) ou s'il s'agit d'un problème spécifique à la population jeune actuelle (effet de cohorte) et que celle-ci continuera à présenter le comportement d'addiction en prenant de l'âge. Les données relevées concernant l'« utilisation problématique d'Internet » livrent une vue d'ensemble, mais ne renseignent pas sur les activités en ligne qui sont concernées. Il est donc impossible de faire la distinction entre les personnes qui présentent une dépendance aux jeux vidéo ou aux jeux d'argent, une utilisation des réseaux sociaux ou un comportement d'achat de type addictif, ou une utilisation problématique de contenus à caractère pornographique. On dispose cependant depuis quelques années de davantage de données sur les différentes activités en ligne problématiques. Il apparaît ainsi que la prévalence de l'usage problématique des réseaux sociaux a fortement augmenté chez les filles de 11 à 15 ans en Suisse : elle est passée de 5 % en 2018 à près de 10 % en 2022 ; les garçons de cette tranche d'âge sont nettement moins touchés (4 %). Des chiffres nationaux sont maintenant disponibles concernant l'usage problématique des jeux vidéo (âge : 14-15). En 2022, selon les données HBSC, près de 3 % des joueurs âgés de 14 et 15 ans avaient un usage problématique des jeux vidéo. Il est probable que les données disponibles en Suisse permettent à l'avenir de dresser un tableau plus complet et plus détaillé des comportements en ligne problématiques.

Définition

Cet indicateur a été calculé en 2017 et en 2022 à partir des données de l'ESS. Il reflète la part de la population âgée de 15 ans ou plus présentant une utilisation problématique d'Internet. La saisie de cette dernière se fonde sur l'échelle CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*). Pour 2017 et 2022, on a appliqué la version courte en huit items du CIUS selon Gmel et al. (2019). En 2013 et en 2015, la forme CIUS à quatorze items a été utilisée dans les rapports du monitoring des addictions. Afin de pouvoir comparer les résultats avec ceux de l'ESS, ils sont présentés pour cet indicateur sous la forme CIUS à huit items, ce qui peut entraîner des différences par rapport au monitoring des addictions. N. B. : l'échelle utilisée ne donne aucune information quant au type d'utilisation d'Internet que ces personnes ont faite (Notari et al. 2022).



4.8 Admissions dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'addiction

En 2022, plus de 25 000 admissions dans des institutions de l'aide ambulatoire en cas d'addiction ont été enregistrées en Suisse. Ainsi, les deux tiers environ des prises en charge ont été enregistrées dans le secteur ambulatoire et un tiers dans le secteur résidentiel. Le nombre d'admissions dans le secteur ambulatoire était sensiblement identique en 2020 et en 2022. Les admissions dans les deux secteurs ont globalement augmenté de 3 %. En 2022, près de la moitié des prises en charge dans l'aide ambulatoire en cas d'addiction avaient recensé pour problème principal l'alcool (47 %), suivi par le cannabis (12 %), les opioïdes et la cocaïne (10 % pour chaque catégorie).

Objectif
Fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin

Nombre d'admissions pour le traitement de dépendances, selon le cadre

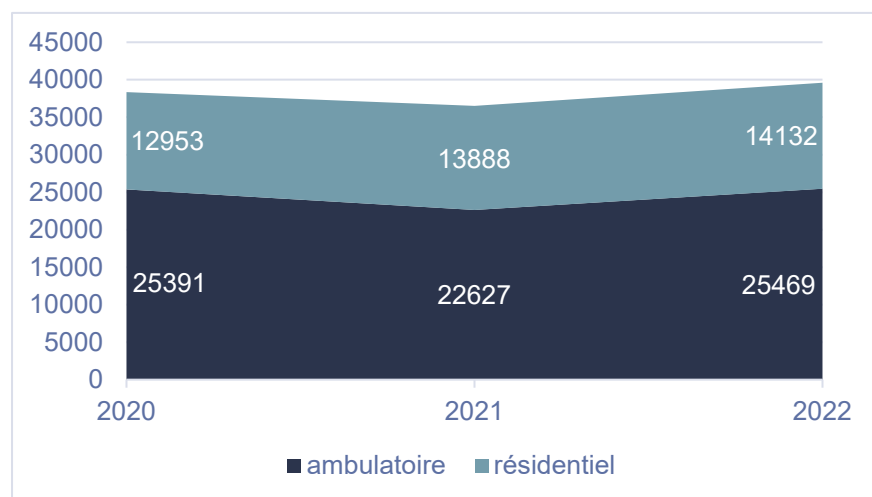


Figure 4.8.1 : Traitements ambulatoires pour problèmes de dépendance. Source : [Enquête Institutions act-info](#).

Signification pour la santé publique

L'indicateur donne une vue d'ensemble des personnes qui s'adressent à une instance professionnelle pour traiter un usage problématique d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'opioïdes (y c. opiacés) ou d'autres substances, ou encore un comportement problématique. Il est très difficile d'évaluer statistiquement la prévalence des personnes dépendantes. L'évolution des admissions constitue dès lors une source d'informations supplémentaires. Les données sont collectées dans le cadre du système de monitoring *act-info* (Enquête Institutions). Elles permettent d'évaluer les tendances concernant la diffusion de la consommation de substances posant problème. L'évolution des traitements (type et ampleur) révèle indirectement les tendances de la consommation des substances prises en compte.



Admissions dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'addiction selon le problème principal (2022)

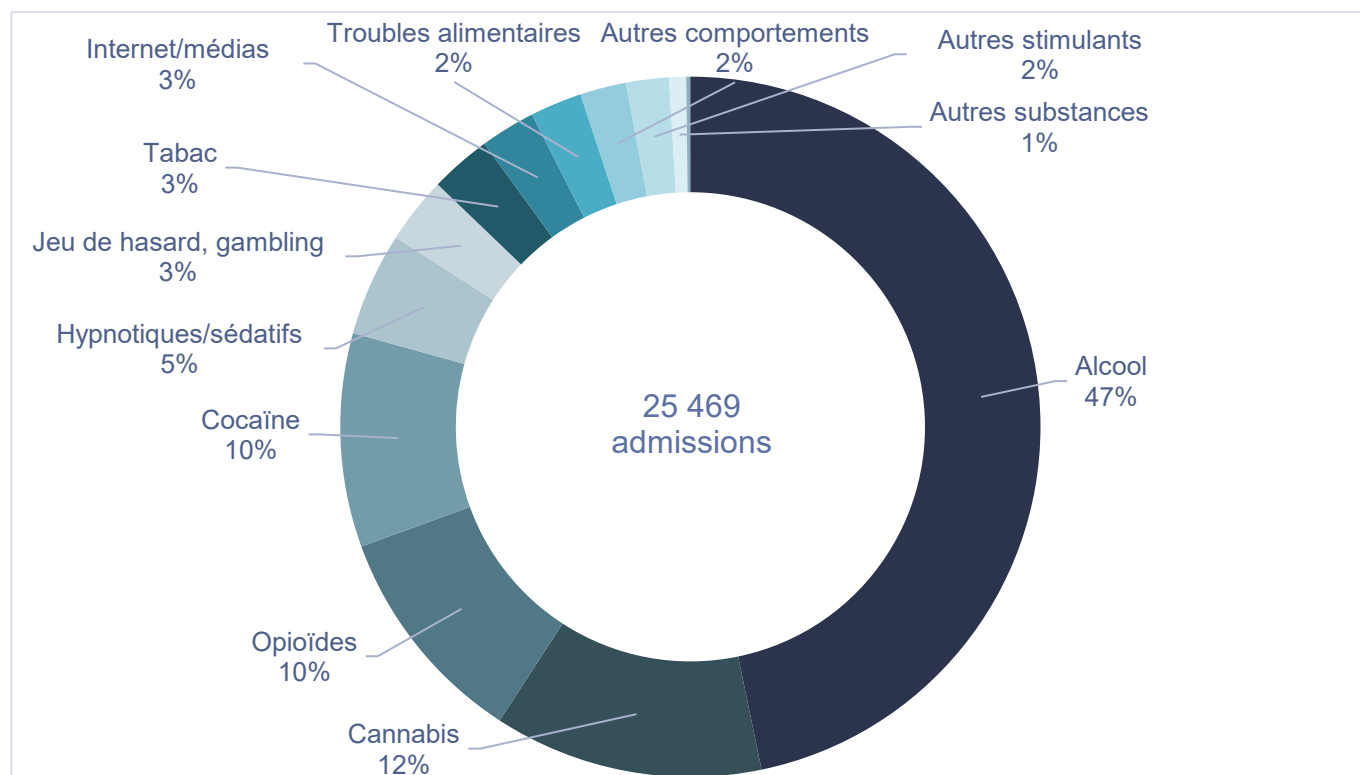


Figure 4.8.2 : Traitements ambulatoires pour problèmes de dépendance. Source : [Enquête Institutions act-info](#).

Contextualisation

Le nombre des demandes de prise en charge et de traitement des dépendances affiche globalement une légère hausse, qui tient à l'augmentation dans le secteur résidentiel. Le nombre des admissions dans l'aide ambulatoire en cas d'addiction est en effet comparable à celui de 2020. S'agissant des problèmes principaux, il convient de relever, outre la part importante de l'alcool parmi les substances, la hausse des opioïdes, de la cocaïne et des troubles alimentaires ainsi qu'un recul du cannabis.

L'évolution des prises en charge ambulatoires peut avoir des causes multiples. D'une part, l'évolution du recours aux offres d'aide peut refléter les tendances de consommation, comme c'est le cas pour l'alcool et la cocaïne. D'autre part, on ne peut exclure l'existence d'un écart entre le besoin de soins et le recours à une aide en cas d'addiction (« treatment gap »). Il s'agira à l'avenir, dans le cadre de l'enquête institutionnelle act-info, de relever le défi consistant à mettre à disposition des informations fiables sur la disponibilité des offres d'aide aux personnes dépendantes.

Définition

Cet indicateur montre l'évolution des admissions en traitement par problème principal dans le secteur de l'aide ambulatoire en cas d'addiction. Il ne tient pas compte des personnes qui demandent de l'aide, mais n'obtiennent pas de place de traitement. Il est produit dans le cadre de l'enquête institutionnelle act-info. Le réseau act-info (*Information network on addiction care and therapy in Switzerland*) regroupe les cinq statistiques réalisées en Suisse dans le domaine de la prise en charge et du traitement des dépendances.



4.9 Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives

En 2022, on a dénombré en Suisse 10 hospitalisations pour 1000 habitants en relation avec des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire). La tendance est stable ces dernières années. Dans la plupart des cas, les séjours hospitaliers sont liés à l'alcool (6,3 pour 1000 habitants). Pour l'ensemble des substances, un syndrome de dépendance représente de loin le diagnostic le plus fréquent lors d'une hospitalisation. Au total, ainsi que pour presque l'intégralité des substances, on enregistre nettement moins d'admissions en rapport avec des troubles liés à la consommation de substances chez les femmes que chez les hommes, excepté pour les produits hypnotiques et les sédatifs.

Objectif

Fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin

Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire)

Taux pour 1000 habitants, total des substances psychotropes

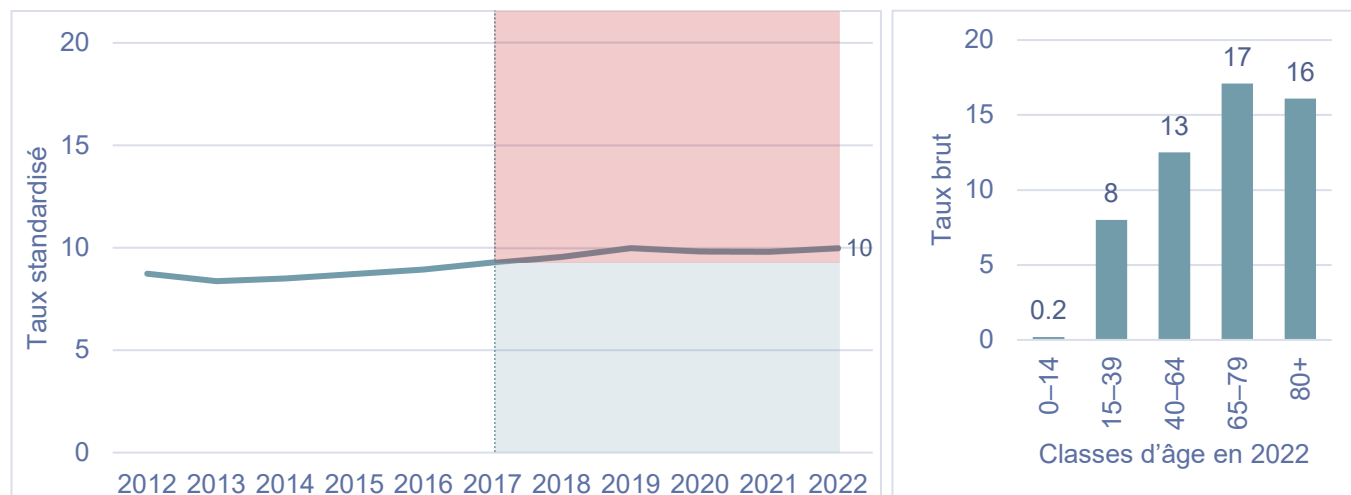


Figure 4.9.1 : Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

La consommation de substances psychoactives peut avoir des effets nocifs. Le présent indicateur, qui a pour objet les séjours hospitaliers, traduit une partie de ces effets. Il prend en considération différentes substances illégales (opioïdes, dérivés du cannabis, etc.) et légales (alcool, tabac, etc.). Il fournit également des informations sur le type de trouble. Les données concernant la nature et le volume des traitements dispensés dans des hôpitaux de soins aigus et des cliniques psychiatriques servent à la mise en réseau des fournisseurs de prestations médico-psychiatriques, sociomédicales et psychosociales prévue dans la stratégie nationale Addictions.



Diagnostiques en cas d'hospitalisation due à l'utilisation de psychotropes

Part en % (2022)

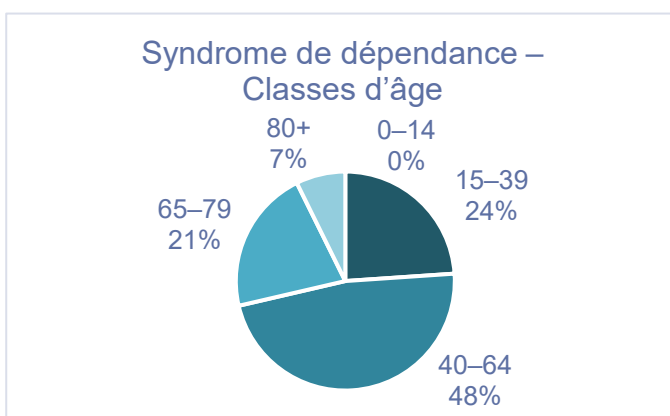
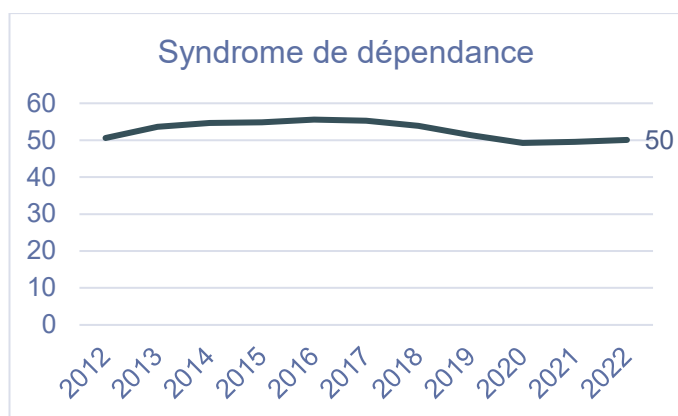
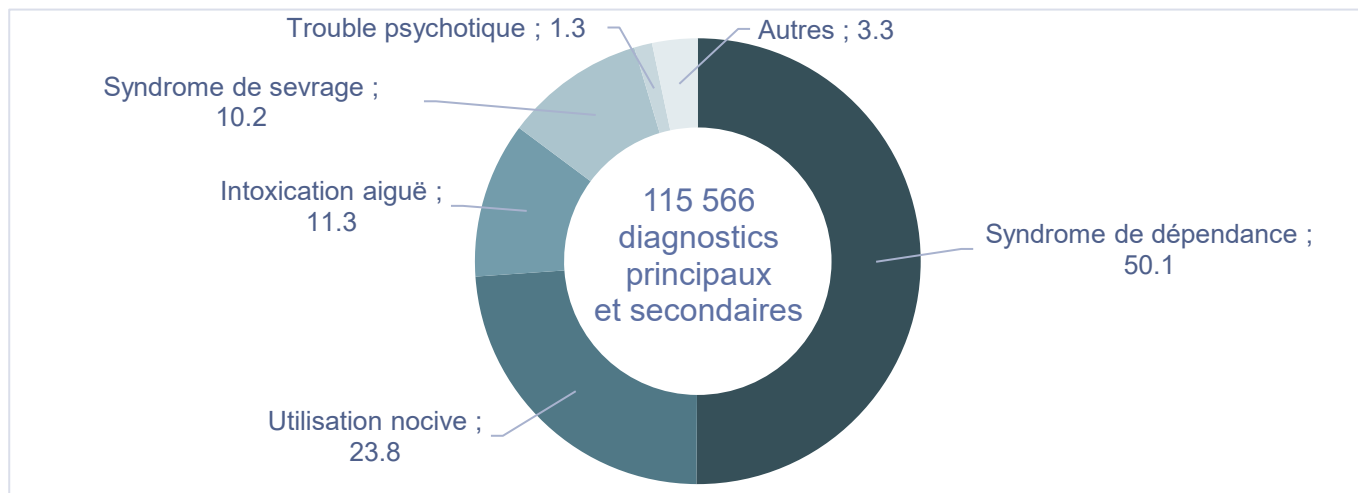


Figure 4.9.2 : Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

Depuis 2017, le taux d'hospitalisations dues à l'utilisation de psychotropes a, dans l'ensemble, légèrement augmenté. Cette évolution tient à la hausse des séjours liés à l'alcool, aux sédatifs et hypnotiques, aux cannabinoïdes et à la cocaïne ainsi qu'au recul, en parallèle, du tabac. En ce qui concerne les diagnostics, le syndrome de dépendance tend à diminuer au profit du syndrome de sevrage. Tandis que ce dernier touche davantage les personnes plus jeunes, le syndrome de dépendance concerne surtout la population plus âgée. Près des deux tiers des hospitalisations liées à des psychotropes sont imputables à la consommation d'alcool, une part en hausse malgré la diminution générale de cette dernière, surtout chez les plus de 65 ans. Ce recul peut se répercuter de manière décalée dans le temps sur le nombre de personnes alcoolodépendantes. En ce qui concerne le cannabis et la cocaïne, l'évolution des hospitalisations est congruente avec la hausse observée au niveau de la consommation.

Définition

Cet indicateur est calculé à partir des données de la statistique médicale des hôpitaux. Il donne le taux pour 1000 habitants des séjours dans des cliniques de soins somatiques ou psychiatriques dus à des troubles liés à des substances psychoactives. Les données se fondent sur la structure par âges de la population européenne standardisée en 2010 (Commission européenne, 2013). Ont été pris en compte dans le calcul du total des hospitalisations tous les cas pour lesquels on a posé comme diagnostic principal ou secondaire un trouble psychique ou comportemental dû aux substances psychoactives suivantes (selon les catégories F10 à F19 de la CIM-10-GM : alcool, opioïdes (y c. opiacés), dérivés du cannabis, sédatifs et hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, hallucinogènes, tabac, solvants volatils, drogues multiples et autres substances psychoactives.



4.10 Traitement des dépendances dans des institutions psychosociales résidentielles (admissions)

En 2022, un peu plus d'un millier d'admissions dans des institutions de l'aide psychosociale résidentielle en cas d'addiction ont été enregistrées en Suisse, ce qui correspond à 7 % des prises en charge dans l'aide résidentielle aux personnes dépendantes (offres à vocation psychosociale plus médicale). Le nombre d'admissions dans le domaine psychosocial résidentiel était sensiblement identique en 2020 et en 2022. Le nombre d'admissions enregistrées dans l'aide résidentielle en cas d'addiction a globalement augmenté de 9 %, une hausse imputable au domaine médical. En 2022, la moitié des prises en charge dans l'aide psychosociale résidentielle avaient pour problème principal l'alcool, suivi par la cocaïne (24 %) et les opioïdes (11 %).

Objectif

Fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin

Nombre d'admissions dans le secteur de l'aide résidentielle en cas d'addiction selon le type d'offre

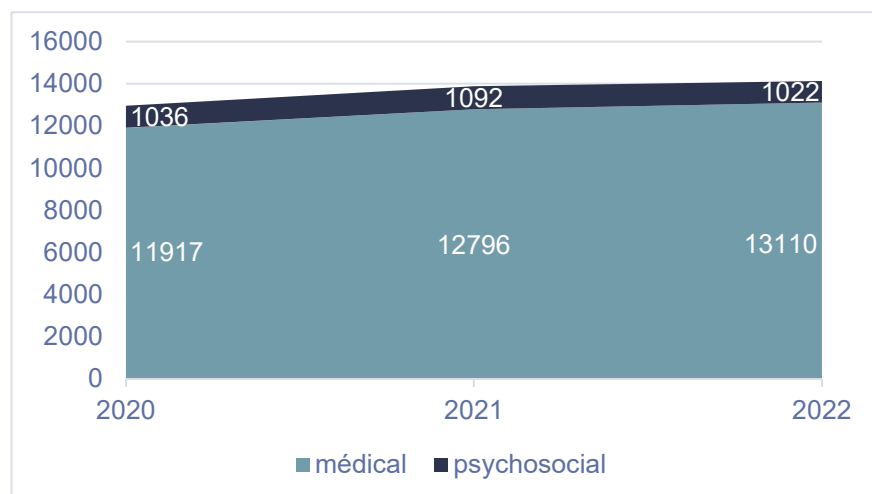


Figure 4.10.1 : Traitement des dépendances dans des institutions psychosociales résidentielles. Source : [Enquête Institutions act-info](#).

Signification pour la santé publique

L'indicateur donne une vue d'ensemble des personnes qui s'adressent à une instance professionnelle avec une offre résidentielle pour traiter un usage problématique d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'opioïdes (y c. opiacés) ou d'autres substances, ou encore un comportement problématique. Il est très difficile d'évaluer statistiquement la prévalence des personnes dépendantes. L'évolution des admissions constitue dès lors une source d'informations supplémentaires. Les données sont collectées dans le cadre du système de monitoring *act-info* (Enquête Institutions). Elles permettent d'évaluer les tendances concernant la diffusion de la consommation de substances posant problème. L'évolution des traitements (type et ampleur) révèle indirectement les tendances de la consommation des substances prises en compte.



Nombre d'admissions dans le secteur de l'aide psychosociale résidentielle en cas d'addiction (2022)

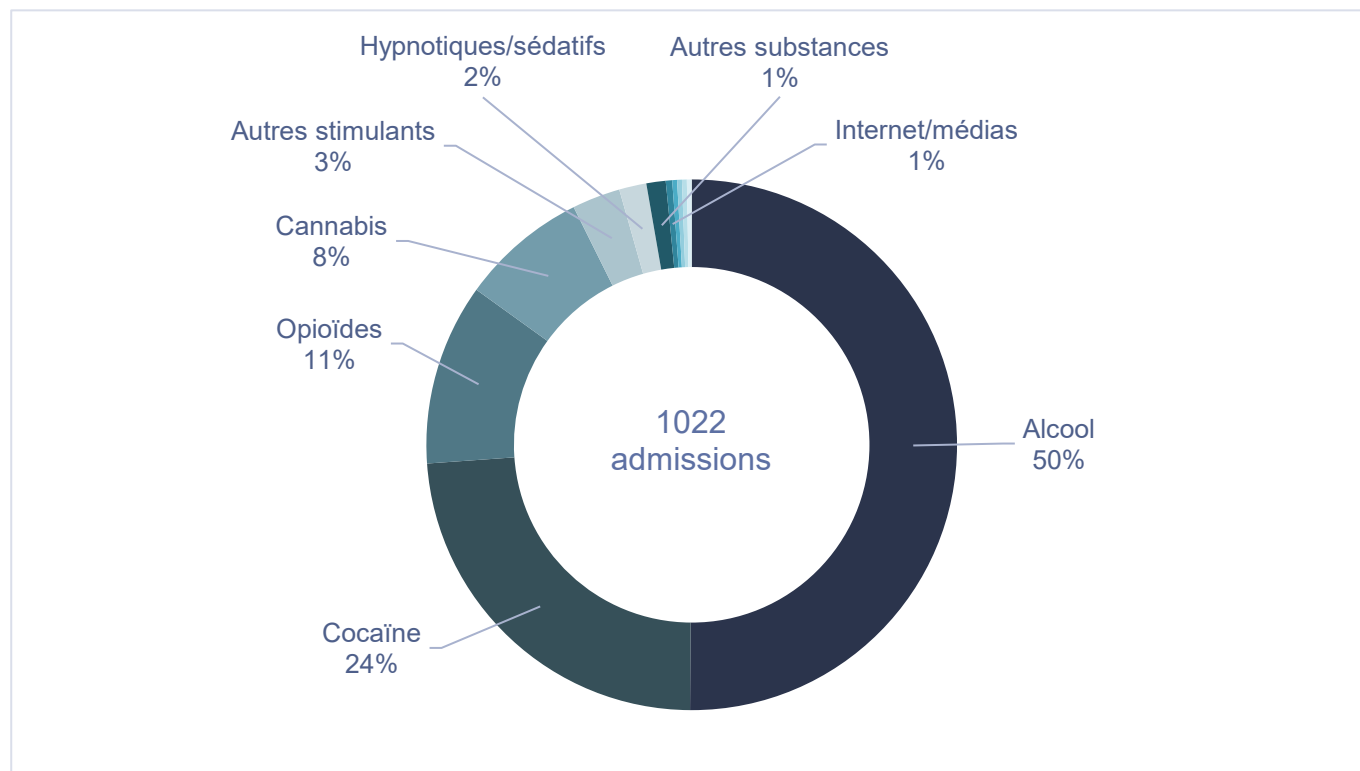


Figure 4.10.2 : Traitement des dépendances dans des institutions psychosociales résidentielles. Source : Enquête Institutions act-info.

Contextualisation

L'augmentation des admissions dans le secteur de l'aide résidentielle en cas d'addiction reflète la tendance observée concernant les hospitalisations dues à des troubles liés à des substances psychoactives. Elle tient à une hausse au niveau des offres résidentielles d'orientation médicale, qui représentent plus de 90 % des prises en charge résidentielles dans l'aide en cas d'addiction. Les admissions résidentielles à orientation psychosociale restent stables. Cette évolution peut également traduire une tendance au report des offres résidentielles à orientation psychosociale (financement par les cantons et les communes) vers des offres résidentielles à orientation médicale (financement par les caisses-maladie). En ce qui concerne la part des substances principalement à l'origine des admissions, on constate que l'alcool constitue la première substance en cause : il est ainsi le problème principal mentionné pour près de la moitié des prises en charge d'aide en cas d'addiction, ambulatoires comme résidentielles. Viennent ensuite le cannabis, la cocaïne et les opioïdes. On ne peut exclure l'existence d'un écart entre le besoin de soins et le recours à une aide en cas d'addiction (« treatment gap »). Il s'agira à l'avenir, dans le cadre de l'enquête institutionnelle act-info, de relever le défi consistant à mettre à disposition des informations fiables sur la disponibilité des offres d'aide aux personnes dépendantes.

Définition

Cet indicateur montre l'évolution des admissions en traitement par problème principal dans le secteur psychosocial résidentiel. Cet indicateur ne tient pas compte des personnes qui demandent de l'aide, mais n'obtiennent pas de place de traitement. L'indicateur est produit dans le cadre de l'enquête institutionnelle act-info. Le réseau act-info (*Information network on addiction care and therapy in Switzerland*) regroupe les cinq statistiques réalisées en Suisse dans le domaine de la prise en charge et du traitement des dépendances.



4.11 Mortalité due à l'alcool (âge : 15-74)

L'alcool a été considéré comme responsable de 1553 décès en 2017. Ce nombre était nettement plus élevé chez les hommes (1190) que chez les femmes (363). Ainsi, ce sont chaque jour une femme et plus de trois hommes entre 15 et 74 ans qui décèdent en Suisse du fait d'une consommation excessive d'alcool. Depuis le premier point de mesure en 1997, le taux de décès dus à l'alcool (taux standardisé pour 100 000 habitants) a reculé chez les hommes ; il n'a pas changé chez les femmes jusqu'en 2011 et a diminué jusqu'en 2017. En 2017, pour 100 000 habitants, le nombre de décès dus à des maladies ou des accidents liés à l'alcool s'élevait à 35 chez les hommes et à 11 chez les femmes. La part des décès dus à l'alcool par rapport aux décès totaux est restée stable au fil des ans chez les hommes (10 % environ) et a légèrement crû chez les femmes entre 1997 et 2011, pour diminuer un peu jusqu'en 2017 (5,2 %). Chez les 15 à 24 ans, la part des décès dus à l'alcool est de 18 % chez les hommes et d'environ 10 % chez les femmes. En 2017, les cancers et les maladies du système digestif ont été la cause principale de plus de la moitié des décès dus à l'alcool.

Objectif
Réduire les dommages
sanitaires et sociaux

Mortalité due à l'alcool

Taux standardisé pour 100 000 habitants (âge : 15-74)

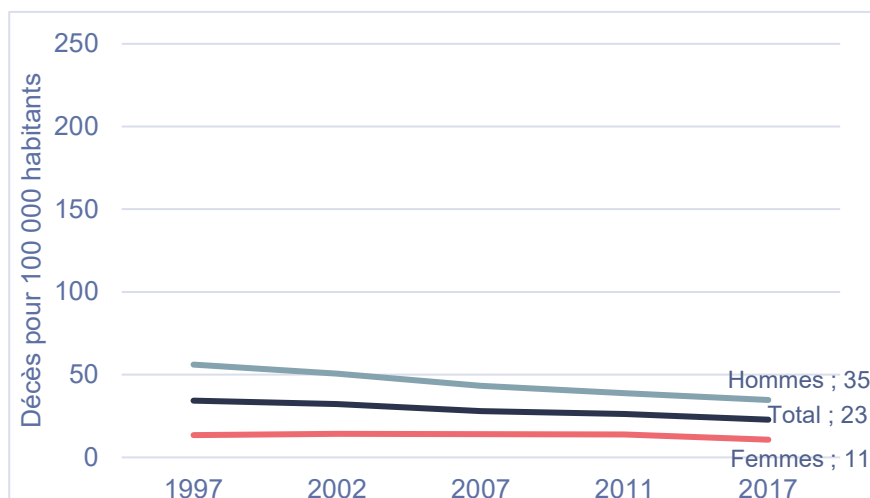


Figure 4.11.1 : Mortalité due à l'alcool. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

L'alcool consommé ponctuellement à haute dose est une cause fréquente d'accidents, tandis que sa consommation chronique favorise certaines maladies non transmissibles et le suicide. Les principales causes des décès dus à l'alcool sont les blessures/accidents, les suicides, les maladies tumorales et la cirrhose du foie. Elles varient sensiblement entre les groupes d'âge : chez les jeunes adultes, les décès résultent principalement de blessures ou d'accidents ; à un âge plus avancé, les décès sont principalement causés par les cirrhoses du foie, la dépendance à l'alcool et, plus tard, par les maladies tumorales. L'indicateur de la mortalité due à l'alcool rend compte de l'évolution des effets de la consommation d'alcool sur la santé des hommes et des femmes. Il livre des informations utiles à la planification de mesures.



Décès dus à l'alcool par causes principales en 2017

Part en %

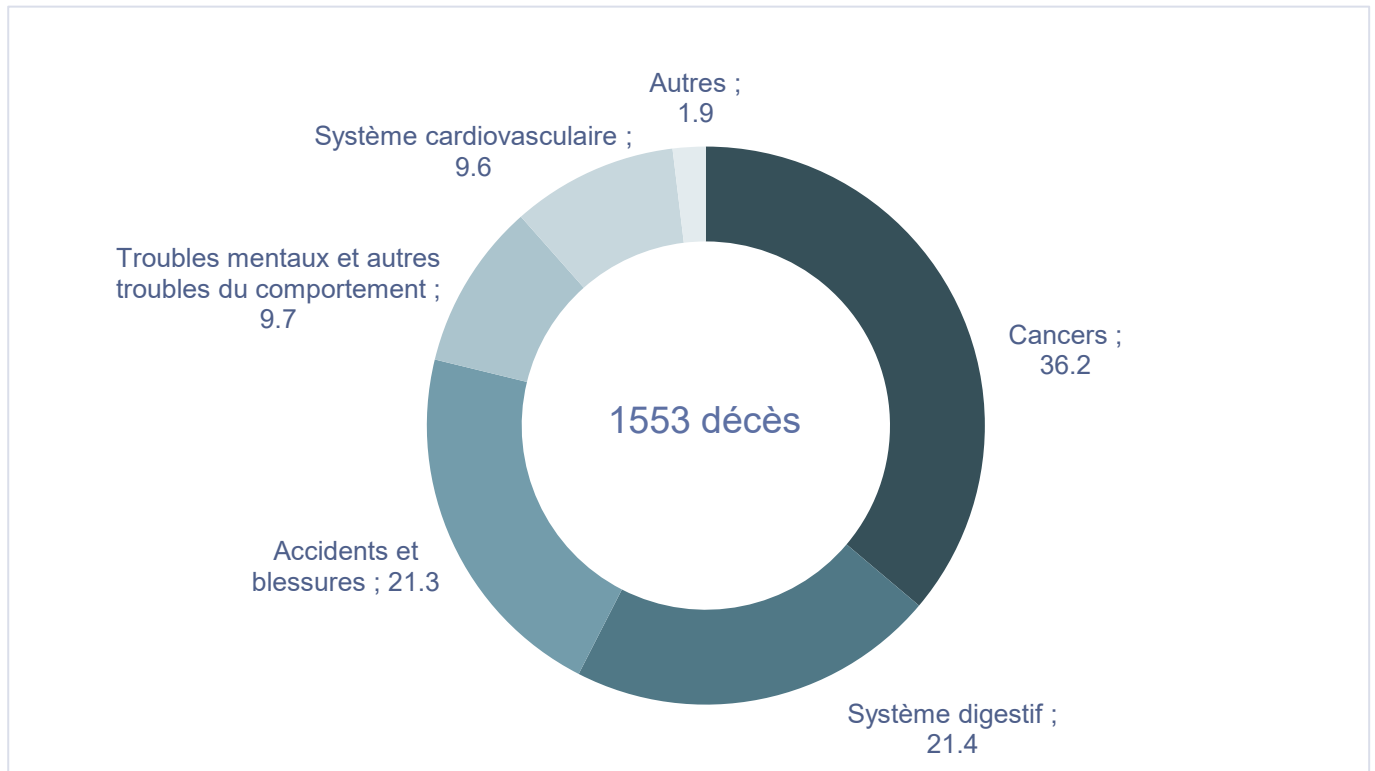


Figure 4.11.2 : Mortalité due à l'alcool. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

La tendance à la baisse de la mortalité due à l'alcool reflète le recul général des prévalences de la consommation d'alcool. Cette évolution est le fait d'une diminution de la consommation chez les hommes. Chez les femmes, les chiffres n'ont guère évolué ces dernières années. La plupart des décès liés à l'alcool en 2017 ont été causés par des cancers, lesquels surviennent principalement à un âge plus avancé. La part des maladies tumorales a augmenté depuis 2011 ; les accidents et les blessures, qui sont répartis entre les groupes d'âge de façon homogène et ont diminué, étaient auparavant la principale cause de décès.

Définition

Cet indicateur est établi à partir des estimations parues dans l'étude de Gmel (2020). Ces estimations se fondent notamment sur les résultats de l'ESS et sur les données de la statistique des causes de décès. De plus amples informations à ce sujet figurent dans l'étude mentionnée. L'indicateur renseigne sur le nombre de décès dus à l'alcool chez les hommes et les femmes de 15 à 74 ans ; il indique la part des décès totaux qui seraient imputables à l'alcool et le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants. Pour la standardisation du taux, on s'est basé sur la structure par âges de la population suisse. Le groupe d'âge considéré est limité à 74 ans, car au-delà de cet âge, les données ne présentent plus la qualité requise.



4.12 Mortalité due au tabac

En Suisse, quelque 9500 décès ont été attribués à la consommation de tabac en 2017. Ce nombre correspond à 14 % environ de tous les décès, soit un sur sept, enregistrés cette année-là. Chez les hommes, le taux est passé de 212 à 142 décès pour 100 000 habitants entre 1997 et 2017, la courbe tendant à s'aplatir depuis 2012. Chez les femmes, le taux est resté relativement stable pendant toute la période considérée, avoisinant 80 décès pour 100 000 habitantes. La part des décès dus à la consommation de tabac sur l'ensemble des décès affiche la même tendance : alors qu'elle a diminué chez les hommes pour se situer à 18,5 % en 2017, elle n'a guère changé chez les femmes (9,3 % en 1997 et 10,2 % en 2017). Les causes les plus fréquentes des décès associés à la consommation de tabac sont le cancer et les affections cardiaques, avec des parts de respectivement 45 % et 26 % en 2017.

Objectif
Réduire les dommages
sanitaires et sociaux

Mortalité due au tabac

Taux brut pour 100 000 habitants

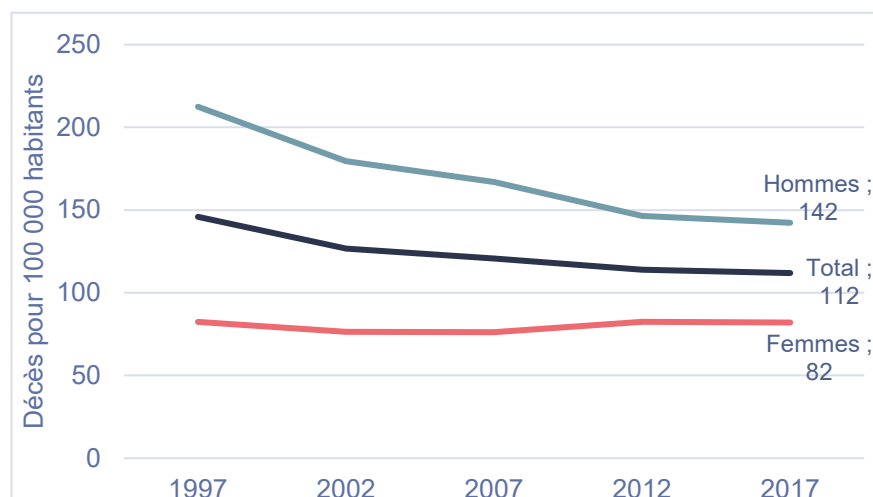


Figure 4.12.1 : Mortalité due au tabac. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

La consommation de tabac est le plus grand facteur de risque de décès en Suisse. Les principales causes de décès associées à la consommation de tabac sont surtout des maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, divers types de cancer (notamment celui du poumon) et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). L'indicateur de la mortalité due au tabac rend compte de l'évolution des effets du tabagisme sur la santé des hommes et des femmes.



Décès dus au tabac par causes principales en 2017

Part en %

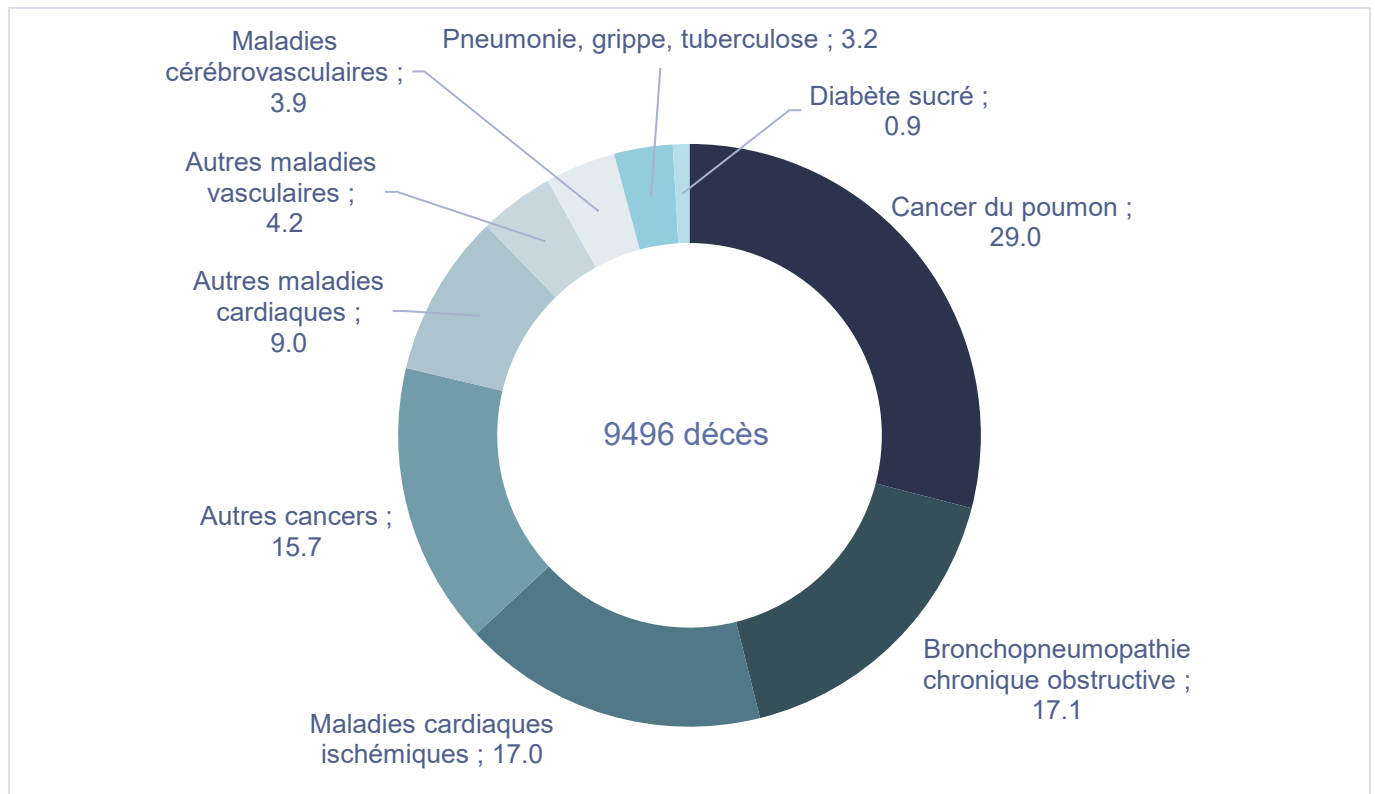


Figure 4.12.2 : Mortalité due au tabac. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

La diminution du nombre de cigarettes fumées et l'amélioration des soins médicaux jouent un rôle majeur dans le recul de la mortalité. La consommation croissante de cigarettes chez les femmes et la dépendance associée au tabac et à la nicotine ces dernières décennies ont entraîné une hausse de la mortalité féminine, en particulier en lien avec le cancer du poumon. Il est donc important de continuer à suivre avec précision l'évolution des schémas de consommation du tabac et de la nicotine tout en axant aussi les mesures de prévention sur les groupes vulnérables.

Définition

Cet indicateur se fonde sur l'ESS, la statistique des causes de décès et la statistique de la population de l'OFS ainsi que sur des données provenant d'autres sources. La méthode de calcul repose sur une étude de Mattli et al. (2019). Les précisions concernant les maladies qui sont engendrées par la consommation de tabac et qui ont provoqué des décès résultent d'une étude complémentaire confiée à l'Université des sciences appliquées de Zurich. Ces résultats ne sont disponibles que dans le système MonAM. L'indicateur renseigne sur le nombre de décès attribués au tabac, ainsi que sur leur taux brut et leur part dans l'ensemble des décès enregistrés. Le taux brut (non standardisé) indique le taux de mortalité pour 100 000 habitants. Les estimations tiennent uniquement compte de la charge de morbidité engendrée par le fait de fumer du tabac. La consommation de tabac sous d'autres formes, comme le snus ou le tabac à priser, et les autres manières de consommer de la nicotine, telles les cigarettes électroniques, n'ont pas été prises en compte. La charge de morbidité engendrée par la fumée passive n'a pas non plus été prise en considération.



4.13 Décès dus à la drogue

Entre 1995 et 2012, le nombre de décès imputables à l'abus de drogues a reculé en Suisse, chutant de plus de 350 à 121 par an. Depuis lors, une légère tendance à la hausse a été observée : en 2022, 160 personnes ayant consommé de la drogue en sont décédées (116 hommes et 44 femmes). La consommation d'héroïne est à l'origine de la plupart de ces décès.

Objectif
Réduire les dommages
sanitaires et sociaux

Décès dus à la drogue

Nombre de décès ayant la consommation de drogue pour diagnostic principal

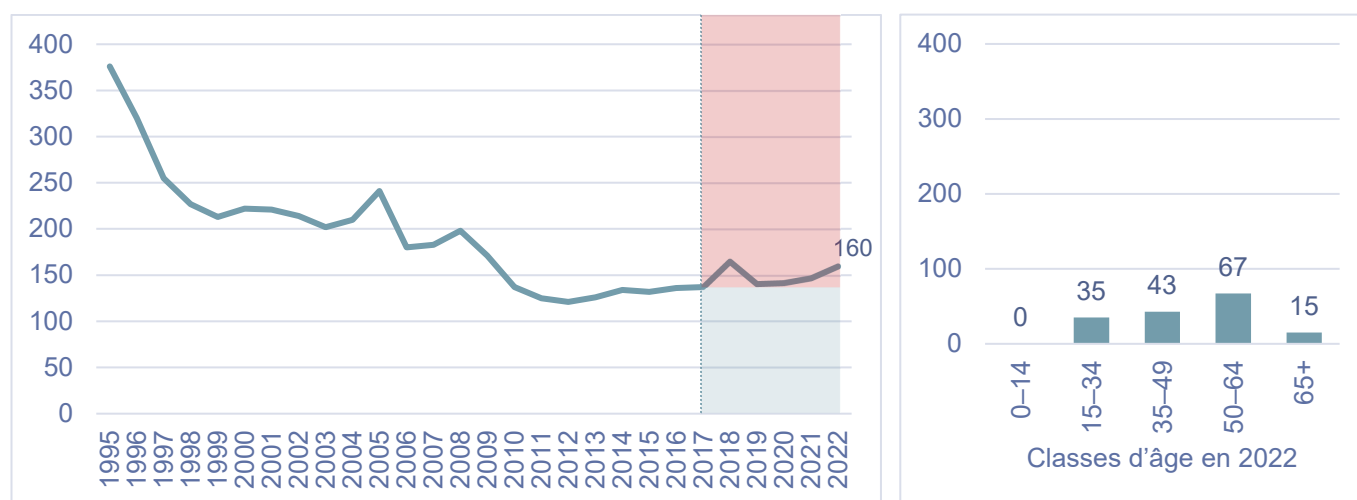


Figure 4.13.1 : Décès dus à la drogue. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

L'indicateur montre le nombre de décès directement imputables à la consommation de drogue (empoisonnements et surdoses). L'évolution temporelle livre des indications sur la fréquence et les conditions de la consommation. Un cadre favorable peut aider à prévenir des décès précoces. L'indicateur rend compte de l'étendue des causes de décès liées à la drogue et fournit une aide à l'appréciation et au pilotage de la politique en matière de drogue.

Contextualisation

L'augmentation depuis 2012 du nombre de décès causés par l'abus de drogues, laquelle doit aussi être diagnostiquée compte tenu de la croissance démographique, reflète la hausse de la consommation de substances illégales. Une autre raison peut être le vieillissement de la population des personnes dépendantes à l'héroïne. En effet, on observe un glissement vers des âges plus élevés s'agissant aussi bien de la consommation d'héroïne que des décès dus à la drogue.

Définition

Cet indicateur se fonde sur les données de la statistique des causes de décès de l'OFS. Il rend compte du nombre de décès causés chaque année par les drogues, que ce soit par empoisonnement ou par surdose (ou par une combinaison des deux). Le nombre de décès liés à la consommation de drogue est défini selon la classification internationale des maladies (CIM-10, version de l'OMS). Les chiffres indiqués concernent les décès directement imputables à la drogue. Ils ne tiennent pas compte de ceux dus à une détérioration progressive de l'état de santé liée à une consommation durable de stupéfiants.



4.14 Coûts économiques des addictions

En 2017, les addictions ont entraîné en Suisse des coûts économiques de l'ordre de 7,86 milliards de francs. Le détail des coûts montre que le tabac engendre les montants les plus élevés, suivi par l'alcool et les drogues illégales. Les addictions comportementales (jeux d'argent, jeux vidéo ou comportements en ligne de type addictif) constituent un champ de recherche assez nouveau, de sorte que les données disponibles sont encore rares. Les coûts induits par les jeux d'argent se montent à 221 millions de francs. Les coûts économiques des addictions sont principalement liés aux dépenses des soins de santé, aux pertes de productivité et aux poursuites pénales. Les dépenses des soins de santé en représentaient la majeure partie en 2017 (49 %). Les pertes directes de productivité dues à des maladies associées aux addictions ou à leurs manifestations concrètes (absentéisme causé par la gueule de bois, ivresse au travail, etc.) en constituent également une grande partie (20 % dans chaque cas). Les coûts engendrés par les poursuites pénales et les pertes de productivité liées aux décès prématurés pèsent moins dans la balance.

Objectif
Diminuer les conséquences négatives pour la société

Coûts économiques des addictions en 2017

en millions de francs

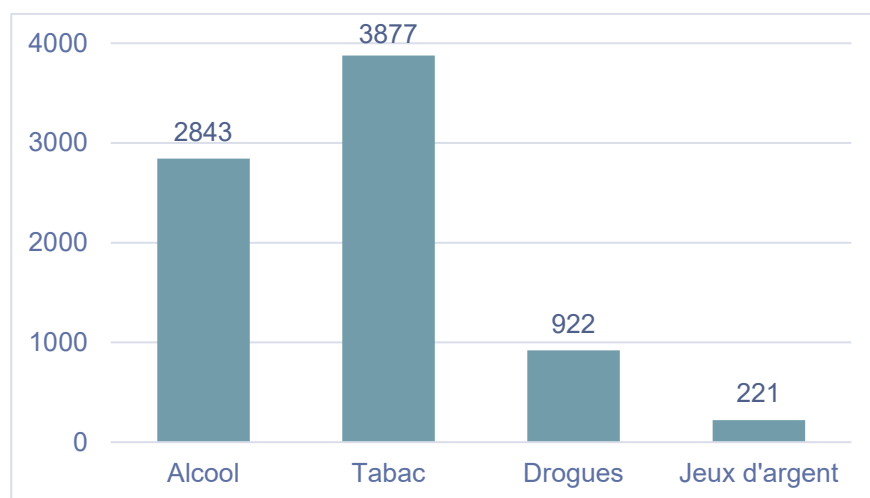


Figure 4.14.1 : Coûts économiques des addictions comportementales. Source : www.MonAM.ch.

Signification pour la santé publique

L'addiction a un impact négatif non seulement sur la santé et la qualité de vie de la personne concernée, mais aussi sur l'environnement social. Elle est ainsi un problème de santé publique dont les conséquences sont également un fardeau pour la société et l'économie. Une meilleure compréhension des coûts de l'addiction permet de faire prendre conscience à tous les acteurs que les éléments suivants en valent la peine : prévention, aide en cas d'addiction adéquate, réduction des risques et politique complète en matière de dépendances.



Composantes des coûts des addictions en 2017

Part en %

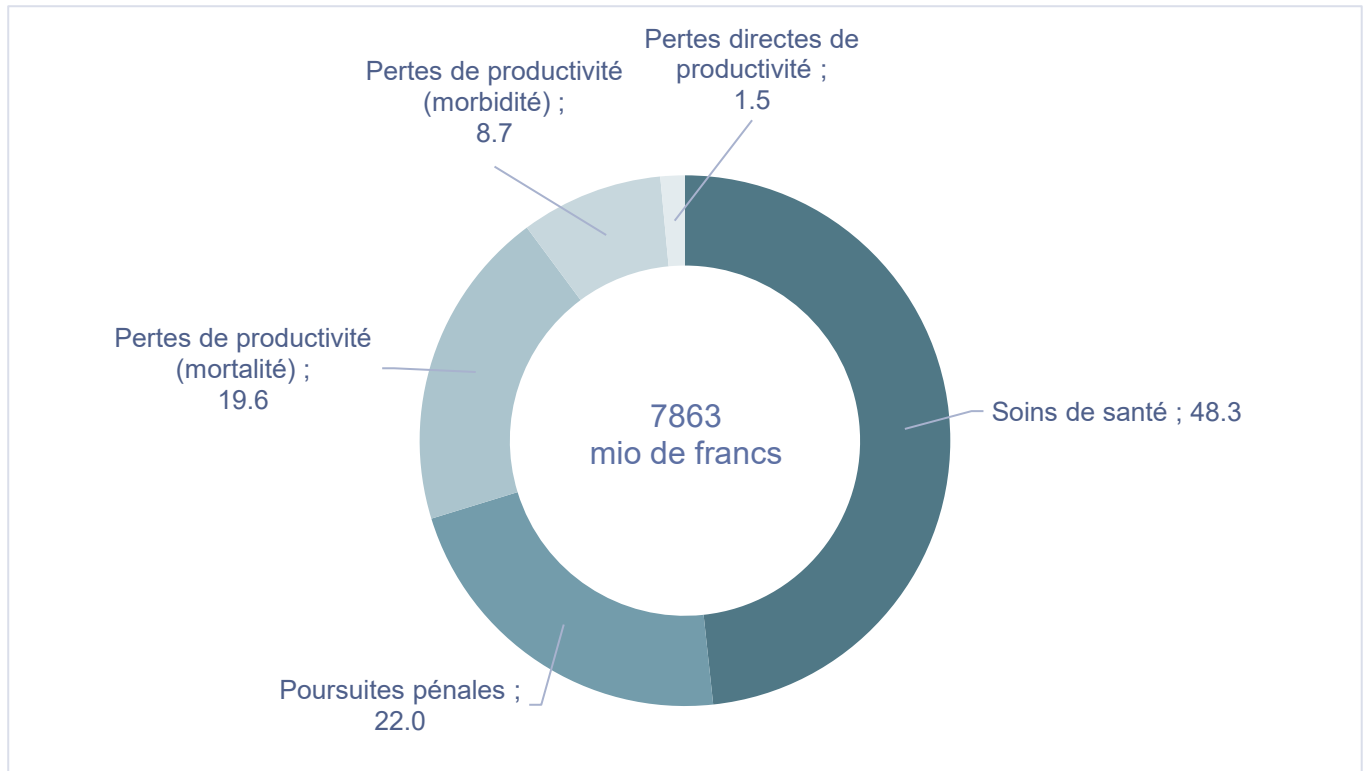


Figure 4.14.2 : Coûts économiques des addictions comportementales. Source : www.MonAM.ch.

Contextualisation

L'étude des coûts réalisée par Fischer et al. (2020) montre que le tabac et l'alcool sont les substances psychotropes qui occasionnent le plus de coûts économiques. Environ 75 % des coûts liés à l'alcool relèvent de pertes de productivité. Près de 80 % des coûts induits par le tabac sont des dépenses de santé pour le traitement des dommages sanitaires occasionnés par la dépendance au tabac et à la nicotine. Ces résultats reflètent les écarts entre ces deux substances pour ce qui est de la mortalité et du recours à une aide à orientation psychosociale en cas d'addiction.

Définition

Cet indicateur se fonde sur l'étude de Fischer et al. (2020). Outre l'ESS, de nombreuses sources fournissent des données pour établir ces estimations. De plus amples informations à ce sujet figurent dans l'étude mentionnée.



SOURCES

- [1] Office fédéral de la santé publique OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS (2016) : Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024. Berne.
- [2] Office fédéral de la santé publique OFSP (2015) : Stratégie nationale Addictions 2017-2024. Berne.
- [3] Office fédéral de la santé publique OFSP (2016a) : Indicateurs système de monitoring des MNT (en allemand). Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – 2017-2024. Berne.
- [4] Office fédéral de la santé publique OFSP (2016b) : Indicateurs système de monitoring Addictions (en allemand). Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Sucht – 2017-2024. Berne.



Cette compilation présente de nombreux chiffres pertinents sur les maladies non transmissibles (MNT) et les addictions en Suisse. Souhaitez-vous connaître d'autres chiffres fiables en la matière ? Le site www.MonAM.ch vous permet d'accéder facilement à plus d'une centaine d'indicateurs relatifs à la santé, dont des données sur la prévalence, les coûts, la mortalité, la réglementation ou le traitement.

Ce document est la traduction de la version originale allemande.

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Prévention et services de santé
Section Bases scientifiques
BAGncdGrundlagen@bag.admin.ch

DATE
22.04.2024