



Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne

Inégalité des chances en santé

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

Impressum

Edition

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

Auteurs

Nicole Bachmann & Manfred Neuhaus

Division d'évaluation scientifique

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

Contributions

Niklas Baer (chapitre 3.4)

Johann Binder (chapitre 3.4)

Adrian Spörri (chapitre 4)

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

Katharina Schönbucher (direction)

Nicole Bachmann (responsable du projet)

Pascal Coullery

Otmar Deflorin

Hans Gerber

Markus Loosli

Erhard Ramseier

Sabine Schläppi

Martina Sommer

Thomas Spuhler

Samuel Steiner

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

Nicole Bachmann

Jon Bennett

Corinne Caspar

Manfred Neuhaus

Martin Rumpf

Lukas Schindler

Thomas Schochat

Emmanuelle Vichard

Correction

Marion Elmer, publizieren.ch

Graphisme et mise en pages

Andy Iten, protagonist GmbH

La conception et la réalisation de ce rapport ont été suivies par le professeur Ilona Kickbusch.

Nous remercions les personnes ci-dessous de nous avoir fait bénéficier de leurs connaissances:

Mme Brigit Zuppinger, Office fédéral de la santé publique
Mme Hildegard Hungerbühler, Croix-Rouge suisse
M. Osman Besic, Croix-Rouge suisse
M. Hans-Peter Grossenbacher, Croix-Rouge suisse
Dr Ursula Ackermann, Service de la santé de la ville de Berne
Dr Maria-Inès Carvajal, médecin cantonal-adjoint du canton d'Argovie
Pr Jean-Luc Heeb, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Pr Marcel Zwahlen, ISPM, Université de Berne

ainsi que nos collègues du groupe d'évaluation par les pairs:

Dr Niklas Baer, Service de réhabilitation psychiatrique, Services psychiatriques cantonaux de Bâle-Campagne
Pr Jean-Luc Heeb, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Dr Adrian Spörri, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne
Dr Gabriele Wiedenmayer, section Santé, Office fédéral de la statistique
Andrea Zumbrunn, Observatoire suisse de la santé, Office fédéral de la statistique

Avant-propos

A mes yeux, protéger et préserver la santé est la mission la plus importante d'une direction cantonale de la santé. Il serait irresponsable, immoral et par ailleurs coûteux de baisser les bras et de ne rien entreprendre pour parer aux maladies physiques et psychiques. Depuis quelques décennies, le bien-être général a progressé grâce aux avancées de la médecine et aux efforts de prévention. Aujourd'hui, les habitants du canton de Berne vivent plus longtemps, et surtout plus longtemps en bonne santé.

Cela étant, il existe des catégories de population qui présentent un risque accru de tomber malades, de quitter le marché du travail et de mourir prématurément. Il est ainsi prouvé que dans le canton de Berne également, les personnes ayant une formation scolaire limitée, des revenus faibles et une position professionnelle inférieure ont moins de chances de vivre en bonne santé.

Le fossé entre les plus riches et les plus pauvres ne cesse de se creuser. La démesure des bonus et des salaires des managers de l'économie privée démontre que le tissu social s'éraille. Nous assistons à une véritable crise sociale des gratifications, qui engendre la frustration chez bon nombre de personnes exerçant un travail rémunéré. La recherche internationale et nationale nous l'enseigne: plus la disparité entre riches et pauvres est profonde dans un pays, moins la santé de l'ensemble de sa population est bonne.

Le nouveau rapport bernois sur la santé montre que la situation sociale influence les chances en santé dès le plus jeune âge. Il montre également que les adultes dont le niveau scolaire est faible souffrent beaucoup plus fréquemment de forts maux de dos, qui sont d'ailleurs l'un des principaux motifs de mise en invalidité. De même, les femmes et les hommes ayant un statut social inférieur sont nettement plus nombreux à être atteints de graves problèmes psychiques nécessitant une hospitalisation. Ce qui me préoccupe également est que le risque de mortalité est considérablement supérieur chez les personnes qui ont perdu leur emploi. Et tout cela malgré un système de santé efficace.

En ma qualité de directeur des affaires sanitaires et sociales du canton de Berne, j'aimerais m'attaquer à ce problème et tenter avec des partenaires d'autres secteurs politiques de réduire l'inégalité sociale en matière de santé. Je suis convaincu qu'un investissement de cette nature dans une politique de santé durable et intégrative portera ses fruits.

J'espère et j'escompte que ce quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne fera naître un large débat, et que ce débat sera suivi d'efforts communs pour donner à tous les habitants de notre canton, quelle que soit leur position sociale, les mêmes chances de vivre en bonne santé et de mener une existence productive.

Philippe Perrenoud, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

L'essentiel en bref

Le quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne se penche sur la question de savoir dans quelle mesure les déterminants sociaux que sont la formation, le revenu et la position professionnelle influencent la santé de la population. Le motif qui a incité à cette analyse est double: premièrement, le premier rapport social du canton de Berne montre que la pauvreté y est très fréquente et qu'elle touche tout particulièrement les enfants. Deuxièmement, la recherche internationale prouve que la préservation et la promotion de la santé sont tributaires d'un grand nombre de facteurs sans lien direct avec la politique sanitaire: les conditions de vie familiales, scolaires, professionnelles et environnementales sont tout aussi importantes voire davantage que des soins médicaux de qualité. Or c'est dans ces sphères de l'existence que les différences entre personnes bénéficiant d'une position sociale élevée et celles vivant dans la précarité sont considérables. Il convient donc de se demander s'il existe dans le canton de Berne également un gradient social (diminution progressive et parallèle des chances en santé et de la position sociale) en ce qui concerne la probabilité de vivre longtemps et en bonne santé. Si c'est le cas, il faut identifier les domaines de la santé dans lesquels ce gradient est particulièrement important ou inexistant et les conclusions qu'on peut en tirer.

Pour répondre à ces questions, diverses sources de données ont été analysées: données consignées par les médecins scolaires, entretiens avec des enfants, des adolescents et des adultes, statistique médicale des hôpitaux et statistique des causes de décès. Pour la première fois, les auteurs ont également exploité les informations de la Swiss National Cohort (SNC) par canton. Cette base de données combinant les informations du recensement de la population avec celles de la statistique des causes de décès a permis, sur la base de tous les décès enregistrés dans la SNC pour la population bernoise intervenus entre 2001 et 2005, d'analyser les liens entre position sociale d'une part, et mortalité et cause de décès, de l'autre.

Dans certains domaines, les données sont inexistantes ou insuffisantes (p. ex. informations mettant en parallèle la situation sanitaire des enfants et leur position sociale ou liens de cause à effet entre déterminants sociaux et santé). Pour que le présent rapport soit complet, les auteurs renvoient donc aux conclusions de la littérature scientifique.

Les principales sources de données

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): enquête internationale sur la santé, les comportements à risque, le style de vie et les conditions d'existence des élèves de 11 à 15 ans. Dans l'enquête 2006, l'échantillon représentatif pour le canton de Berne comprenait 1 279 enfants.

Enquête suisse sur la santé (ESS): enquête de l'Office fédéral de la statistique sur l'état de santé, les comportements en matière de santé, les ressources, les contraintes et l'utilisation des services de santé de la population résidente permanente âgée de 15 ans et plus. Dans l'enquête 2007, l'échantillon représentatif pour le canton de Berne comprenait 2 369 personnes âgées de 15 à 99 ans.

Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM): enquête auprès de migrants sur le même modèle que l'ESS. Réalisée en 2004 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, elle comprend 3 024 entretiens. Elle ne contient pas d'échantillon représentatif pour le canton de Berne.

Swiss National Cohort (SNC): combinaison des enregistrements individuels des décès avec le recensement fédéral de la population. A ce jour, la SNC recense quelque 875 000 décès intervenus depuis 1991. Elle a été mise au point par un groupe de spécialistes des instituts de médecine sociale et préventive des universités de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich. Une analyse cantonale de la SNC portant sur tous les décès enregistrés entre 2001 et 2005 (42 478 au total) a été effectuée pour la première fois dans le cadre du présent rapport.

Les principaux résultats

En dépit de la diversité et de la complexité des sources, des analyses et des résultats, les analyses empiriques dégagent une image significative toutes classes d'âge confondues: dans le canton de Berne, les personnes socialement défavorisées présentent une probabilité plus élevée de tomber malades et de mourir prématurément. Formation scolaire, revenu et position professionnelle présentent un lien avec la santé, et ce dès avant la naissance puis durant l'enfance, la jeunesse et l'âge adulte jusqu'à la fin de la vie.

Enfants

1. Les chances de départ des enfants issus de familles socialement défavorisées sont inférieures: la précarisation de la santé commence très tôt (p. ex. les femmes ayant un statut social inférieur sont beaucoup plus nombreuses à fumer, ce qui peut nuire au fœtus et au jeune enfant).
2. L'état de santé futur n'est pas déterminé à l'avance: l'effet d'une inégalité dans la petite enfance peut, plus tard, être atténué de manière significative par une bonne stimulation.
3. Conclusion n° 1 tirée de la littérature: les enfants ayant un statut social inférieur présentent un risque plus élevé de souffrir d'au moins un problème psychologique. Par ailleurs, chez eux, la prévalence sur la vie du trouble hyperactif avec déficit d'attention (THADA) médicalement ou psychologiquement diagnostiqué est deux fois supérieure.
4. Conclusion n° 2 tirée de la littérature: les enfants ayant un statut social inférieur ou issus de familles immigrées font moins de sport et sont particulièrement nombreux à être en surcharge pondérale ou obèses.

5. En ville de Berne, les enfants et adolescents étrangers sont nettement plus nombreux à être en surpoids. Malheureusement, les données issues des examens médicaux scolaires ne sont pas disponibles pour le reste du canton.
6. La base de données relative à la situation sanitaire des enfants de moins de 11 ans dans le canton de Berne pourrait être considérablement améliorée, soit par l'exploitation des données consignées par les médecins scolaires, soit par une enquête spécifique sur l'état de santé de la population infantile du canton.

Adolescents

1. Un pourcentage élevé des adolescents du canton de Berne (93%) qualifient leur état de santé ressenti de bon à très bon. Les filles issues de familles financièrement défavorisées portent plus souvent un jugement négatif sur leur état de santé que celles provenant de milieux aisés.
2. En dépit du recul de la consommation d'alcool, la proportion d'adolescents qui en consomment est élevée en comparaison internationale. Parmi les 11 à 15 ans, un garçon sur quatre et une fille sur cinq a consommé de l'alcool au moins une fois durant les trente jours écoulés, et ce, bien que la loi interdise la vente d'alcool aux moins de 16 ans.
3. Les adolescents issus de familles aisées se sentent plus souvent en bonne santé psychique que ceux venant de familles à revenu bas ou moyen.

Adultes en âge de travailler (25 - 64 ans)

1. La population bernoise adulte ayant un statut social inférieur se sent de manière générale en plus mauvaise santé que celle ayant un statut social élevé. La probabilité de se considérer en mauvaise santé présente une relation statistiquement significative avec la formation scolaire et le revenu.
2. Les personnes de statut social inférieur souffrent plus souvent de forts maux de dos et de tête. Parmi les personnes ayant un bas niveau scolaire, un faible revenu et une position professionnelle inférieure, 9,5% souffrent de forts maux de dos, contre 3,8% seulement des personnes ayant un haut niveau scolaire, un revenu important et une position professionnelle supérieure. La probabilité de souffrir de cette affection est 3,7 fois plus grande pour les habitants du canton de Berne ayant un bas niveau scolaire que pour ceux qui ont suivi une formation tertiaire.
3. Chez les hommes, les douleurs articulaires sont en relation avec les efforts physiques sur le lieu de travail. Les ouvriers sont significativement plus nombreux à être touchés.
4. En outre, les personnes de statut social inférieur manifestent un comportement particulièrement défavorable à la santé: elles sont plus nombreuses à fumer quotidiennement et à présenter une surcharge pondérale, moins nombreuses à être soucieuses de leur alimentation et encore moins nombreuses à pratiquer de l'exercice. En revanche, cette catégorie d'âge ne présente aucun gradient social en ce qui concerne la consommation à risque d'alcool.

5. Dans le canton de Berne, plus de la moitié des hommes âgés de 25 à 64 ans sont en surpoids ou obèses. Chez les personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire, le risque de surcharge pondérale est trois fois plus élevé que chez les titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire.
6. La situation est semblable en ce qui concerne la santé psychique, les facteurs de risque variant selon le sexe. Le fait d'occuper une position professionnelle élevée protège les hommes contre les dépressions cliniquement significatives ainsi que contre les fortes pressions psychiques, alors que chez les femmes, on ne trouve aucun lien significatif entre la dépression et les indicateurs sociaux retenus. Par contre, les femmes ayant un bas niveau scolaire présentent un risque plus élevé d'être soumises à de fortes pressions psychiques.
7. L'analyse de la statistique médicale des hôpitaux révèle un risque accru d'hospitalisation pour des problèmes psychiques chez les personnes ayant un bas niveau scolaire.

Groupes vulnérables: personnes immigrées originaires d'Europe du Sud, de Turquie et du Sri Lanka

1. Le canton de Berne compte environ 120 000 habitants de nationalité étrangère (OFS, Recensement de la population, 2000). Les données concernant la santé des personnes immigrées du canton de Berne qui ne parlent aucune des langues officielles sont insatisfaisantes.
2. Il n'est ni pertinent ni scientifiquement admis de considérer la population immigrée comme un groupe à part, car les profils de niveau social, d'état de santé et de comportement en la matière diffèrent fortement d'un pays d'origine et d'un statut migratoire à l'autre.
3. Contrairement à celui des migrants venus d'Allemagne, de France et d'Autriche, l'état de santé psychique et physique des personnes originaires d'Europe du Sud, de Turquie et du Sri Lanka est moins bon que celui de la population suisse.
4. Un phénomène particulièrement frappant est la croissance de l'écart avec l'âge: les différences entre la santé psychique et physique de la population suisse et celle des groupes de migrants cités au point 3 augmentent fortement à mesure du vieillissement.
5. Le taux de personnes en surcharge pondérale est très élevé parmi les immigrants originaires d'Europe du Sud et de Turquie.
6. On constate chez les requérants d'asile kosovars et les immigrants turcs une consommation élevée de calmants, de somnifères et d'antidouleurs prescrits par un médecin.
7. L'état de santé des femmes turques âgées est particulièrement mauvais.

Espérance de vie et mortalité

1. Le gradient social de mortalité dépendant de la formation scolaire et de la position professionnelle est important. Les personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire présentent un risque significativement plus élevé de mourir prématurément. Cela se vérifie tant pour les décès dus au cancer que pour ceux imputables à des maladies cardiovasculaires.
2. L'influence de la situation sociale est différente ou inexistante selon les causes du décès (pour le cancer du poumon, p. ex., la relation est très marquée alors qu'il n'en existe aucune en ce qui concerne le cancer du sein).
3. Les chômeurs présentent un risque trois fois plus élevé de mourir prématurément que les travailleurs manuels qualifiés (groupe de référence).
4. Dans le canton de Berne, l'espérance de vie d'un homme de 30 ans n'ayant terminé que la scolarité obligatoire est inférieure de six ans à celle d'un homme de 30 ans titulaire d'un diplôme de l'enseignement tertiaire. Chez les femmes, cette différence est moins marquée (un peu moins de trois ans).

En résumé:

dans le canton de Berne également, les chances en santé sont réparties très différemment dans la population selon la situation sociale et le statut social. C'est ce qui apparaît très nettement dans les indicateurs de santé et dans les comportements en matière de santé comme dans la mortalité.

Comment les déterminants sociaux influencent-ils la santé? Les principales explications potentielles

Pour en savoir plus sur les liens de causalité entre, p. ex., formation et santé, il est nécessaire d'analyser les résultats d'études longitudinales prospectives. Ces études consistent à observer une population définie de personnes en bonne santé pendant plusieurs années voire plusieurs décennies et, durant ce laps de temps, à définir l'influence que certaines constellations de risques exercent sur les groupes retenus. Les principaux résultats issus de ce type d'études sont présentés ci-après.

La pauvreté rend-elle malade ou la maladie rend-elle pauvre?

Le débat qui a duré plusieurs décennies entre partisans de ces deux thèses est terminé. Il est aujourd'hui incontestable que l'impact de la pauvreté sur la maladie est considérablement plus puissant que l'effet opposé. Cela étant, on constate le contraire dans des cas isolés, comme dans celui de la schizophrénie chronique où les histoires de vie montrent qu'elle se traduit souvent par une régression sociale.

Intégration vs exclusion sociale

L'une des conclusions les plus importantes et les mieux étayées de la recherche épidémiologique concerne le rôle de l'intégration sociale pour la santé. Avoir un réseau social, des relations et contacts sociaux positifs, bénéficier d'aide quand on en a besoin est fondamental pour la santé et également pour le comportement en matière de santé.

Si le désavantage social relatif nuit entre autres à la santé, c'est qu'il est toujours plus souvent synonyme d'exclusion sociale. Dans notre société du bien-être, la pauvreté est une tare qu'il faut cacher à tout prix et qui entraîne le retrait social. Le soutien social n'est pas un bien de consommation en libre-service: les relations sociales se construisent et s'entretiennent. Pour demander de l'aide, il faut être socialement compétent et avoir confiance en soi. Quiconque se trouve dans une spirale descendante en raison de sa situation sociale (p. ex. perte d'emploi) est handicapé à double titre: le manque de confiance en soi et la honte rendent les contacts difficiles dans une situation où l'on aurait un besoin urgent de soutien émotionnel et pratique.

Le manque de compétence en matière de santé

Une formation scolaire inexistante ou lacunaire, l'illettrisme, le manque de connaissances langagières peuvent se solder par une compétence en matière de santé insuffisante pour prendre au quotidien des décisions autonomes étayées par une bonne information en ce qui concerne sa propre santé. Une part considérable de la population bernoise ayant un bas niveau de formation se sent dépassée par la complexité des questions de santé. Par ailleurs, on sous-estime souvent la difficulté qu'ont de nombreuses personnes, migrantes ou non, à recourir à temps et à bon escient au système de santé, à expliquer leurs symptômes et à exprimer leurs besoins.

Le stress chronique, source de fragilisation

Le déséquilibre prolongé entre contraintes et ressources provoque un stress chronique, dont on connaît l'impact négatif sur les processus physiques et psychiques. L'effet pathogène de certaines constellations de contraintes est prouvé, notamment dans l'environnement professionnel: les exigences psycho-mentales sévères combinées à des possibilités limitées de contrôle engendrent un stress chronique. De même, les personnes soumises à une contrainte qui n'est pas suffisamment reconnue (par le salaire ou des possibilités de promotion, p. ex.) sont exposées à un stress permanent. Une autre explication potentielle montre que la pression n'est pas le seul élément décisif, mais que la manière de gérer le stress est importante elle aussi. Or celle-ci dépend beaucoup de ce que l'on a vécu durant l'enfance. Les enfants qui grandissent dans des familles défavorisées ont plutôt tendance, une fois devenus adultes, à choisir des approches de gestion du stress défavorables et nuisibles à la santé.

Le locus de contrôle, clé d'un comportement sain

Les récentes recherches en psychologie de la santé sur la question de savoir pourquoi un grand nombre de gens adoptent un comportement nuisible à leur santé dans notre société montrent qu'il s'agit moins d'un manque de connais-

sances sur la nocivité de certaines habitudes (p. ex. le tabagisme) que d'un manque de compétence, de motivation et de ressources. Ainsi, le locus de contrôle, autrement dit la conviction de l'influence de son comportement sur son existence, la foi en l'autodétermination ou au contraire la croyance que son propre comportement n'a aucun effet, joue un rôle-clé en ce qui concerne la compétence personnelle. L'expérience de l'impuissance, les conditions d'existence défavorables et les faibles chances d'atteindre ses propres buts exercent une influence négative sur le locus de contrôle dès l'enfance. A l'âge adulte également, l'expérience quotidienne du manque de contrôle et d'opportunités de développement professionnel et familial affaiblit le locus de contrôle.

Le style de vie

Le présent rapport révèle un gradient social particulièrement marqué pour certains comportements à risque et facteurs de risque (p. ex. alimentation, manque d'exercice, surcharge pondérale, fumée).

Dans le débat de politique de santé, le style de vie est souvent considéré comme un modèle de comportement librement choisi par l'individu. C'est oublier à quel point le comportement en matière de santé est lié aux facteurs socioculturels et à une multitude d'influences, notamment celle du contexte social, que ce soit la famille dont on est issu, l'appartenance ethnique, l'intégration sociale p. ex. dans des groupes de pairs, mais aussi l'image du corps véhiculée par la société (p. ex. à travers la publicité) et les rituels d'appartenance.

Il faut tenir compte là aussi des inégalités, particulièrement sur le plan social. Un niveau de formation inférieur, mais aussi un revenu insuffisant peuvent empêcher d'adopter un style de vie sain: la « malbouffe » rassasie à peu de frais. L'environnement direct joue lui aussi un rôle non négligeable, à travers l'accès aux parcs et aux aires de jeux, par exemple. Pour les enfants et les adolescents, l'apprentissage de la santé en famille est essentiel, car ils développent souvent des comportements, notamment en matière d'alimentation et d'exercice physique, qu'ils conserveront leur vie durant.

Champs d'action

L'amélioration de l'égalité des chances passe par celle des conditions sociales ainsi que par l'autonomisation et le renforcement des personnes elles-mêmes. Elle doit intervenir dans les diverses sphères de l'existence décisives pour la santé: système de formation, cadre professionnel, famille et domicile. Il convient de prendre des mesures visant à modifier les structures (p. ex. conditions de travail, accès au système de santé et aux informations le concernant, aménagement d'un habitat qui encourage les contacts sociaux. D'autres mesures seront nécessaires pour consolider les ressources personnelles et responsabiliser les groupes concernés pour qu'ils puissent s'engager eux-mêmes pour leur santé et en faveur de conditions de vie saines. Cela ne sera possible qu'à travers des projets participatifs et intégratifs, raison pour laquelle toutes les mesures devront s'aligner sur les cinq grands objectifs ci-dessous.

Equité sociale

L'élargissement du fossé entre riches et pauvres menace non seulement la cohésion de notre société, mais aussi l'état de santé et donc les performances des habitants de notre canton. Les mesures de promotion de l'équité sociale sont plus que jamais décisives.

Politique de santé multisectorielle

Le présent rapport démontre l'influence des déterminants sociaux sur la santé et l'espérance de vie de la population bernoise. Une prise de conscience accrue que la mission de l'Etat consistant à préserver et à promouvoir la santé publique appartient à tous les secteurs de la politique est donc indispensable.

Intégrer au lieu de stigmatiser

Les offres spécifiques d'amélioration des chances en santé destinées aux personnes défavorisées doivent intégrer et non exclure ou stigmatiser. Celles qui s'adressent à l'ensemble de la population doivent intégrer les groupes défavorisés au lieu de les ignorer.

Responsabilisation de groupes défavorisés sur le plan des chances en santé:

L'un des principaux éléments de renforcement de la santé réside dans la conscience du fait qu'il est possible d'influencer de nombreux facteurs qui nuisent à la santé de l'individu ou la protègent. Les personnes ou les groupes qui, de par leur position sociale, ont peu de possibilités dans ce domaine ou ne les exploitent pas, doivent être encouragés structurellement et psychiquement à exercer une influence positive sur leur santé.

Berne, un canton bon pour la santé

La santé ne s'acquiert pas à l'hôpital ou dans un cours de promotion de la santé, mais dans les sphères de l'existence quotidienne. Les principales d'entre elles, à savoir la famille, l'école, le travail, l'habitat et les loisirs, doivent être aménagées de façon à ne pas nuire à la santé et à permettre à tous d'adopter facilement un comportement sain.

Le présent rapport démontre qu'il ne suffit pas de décider de prendre des mesures dans le seul domaine de la politique de santé. C'est la raison pour laquelle il est impossible, à ce stade, de formuler des mesures concrètes. Elles seront discutées et mises au point dans une deuxième étape avec les partenaires concernés. Les champs d'action présentés ci-après définissent les domaines dans lesquels il est nécessaire de prendre des mesures et les secteurs politiques qui peuvent contribuer à l'amélioration de l'égalité des chances.

Champ d'action n° 1: Affaires sociales et politique sociale

Le premier rapport social du canton de Berne paru en décembre 2008 révèle que 7% de la population bernoise vit dans la pauvreté et que 5% des habitants du canton en sont menacés. La pauvreté et la garantie de l'existence sont des problèmes transversaux et concernent par conséquent les secteurs politiques les

plus divers (formation, économie, marché du travail, fiscalité, etc.). Les enfants et les adolescents sont particulièrement nombreux à être touchés par la pauvreté. Les projets de politique sociale suivants sont fondamentaux pour l'amélioration de l'égalité des chances en santé: la stratégie tendant à réduire de moitié la pauvreté dans le canton de Berne par une meilleure intégration de toutes les catégories de population sur le marché du travail; le renforcement et la responsabilisation des familles dans le cadre de la nouvelle stratégie de politique familiale cantonale; l'amélioration de l'intégration des migrants (une loi sur l'intégration est actuellement en cours de rédaction) et les projets visant à améliorer les conditions de départ des enfants.

Champ d'action n°2: Prévention, promotion de la santé et services de santé

A l'avenir, les mesures de prévention et de promotion de la santé devront cibler plus particulièrement les personnes socialement défavorisées. Des efforts doivent être consentis pour rendre le système de santé plus accessible et plus compréhensible aux catégories de population peu favorisées sur le plan de la formation. Enfin, il est nécessaire d'améliorer les données concernant l'état de santé de la population infantine.

Champ d'action n°3: Formation et responsabilisation

Les chances de formation et d'intégration dans le monde du travail doivent être améliorées, tant pour les enfants issus de familles pauvres ou défavorisées sur le plan de la formation que pour les adultes en situation sociale précaire. La compétence en matière de santé des habitants du canton de Berne constitue un autre champ d'action. La formation globale et l'acquisition de l'aptitude à agir pour sa propre santé sur la base de bonnes informations – p. ex. à reconnaître les signaux de son organisme ou à communiquer avec le corps médical – ne doivent pas se limiter à la scolarité, mais s'étendre sur l'ensemble de l'existence.

Champ d'action n°4: Conditions de travail, marché du travail et assurances sociales

La protection au travail, la politique salariale et l'intégration des personnes handicapées sont des champs d'action importants pour l'amélioration de l'égalité des chances en santé. De même, l'aménagement des assurances sociales en vue d'atténuer les contraintes sociales inégales résultant des exigences professionnelles peut exercer une influence décisive dans ce domaine.

Champ d'action n°5: Environnement

La santé doit être prise en compte dans la conception d'ensembles résidentiels et de quartiers urbains et dans la construction de routes comme dans celle de bâtiments publics. Il s'agit de favoriser l'exercice physique et les contacts sociaux. La ségrégation sociale dans les communes et les quartiers urbains doit être combattue par une promotion ciblée des zones financièrement et socialement défavorisées et par des investissements ad hoc.

Pour le lecteur pressé

Vous trouverez un résumé à la fin de chaque chapitre.

Glossaire

Le glossaire en annexe définit les principaux termes techniques.

Version PDF du rapport

Une version téléchargeable de ce rapport est disponible sur le site de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale www.gef.be.ch

Table des matières

1.	<i>Introduction</i>	1
1.1	<i>Etat des lieux</i>	2
1.2	<i>Les déterminants sociaux de la santé</i>	5
1.3	<i>Constatations du premier rapport social du canton de Berne sur le niveau de pauvreté</i>	10
1.4	<i>Quel est l'impact des déterminants sociaux sur la santé? Les principaux résultats de la recherche internationale</i>	13
2.	<i>La précarisation de la santé commence très tôt: La santé des enfants et des adolescents</i>	23
2.1	<i>Introduction</i>	23
2.2	<i>La santé des enfants bernois</i>	24
2.3	<i>La santé des adolescents en général</i>	27
2.4	<i>La santé des adolescents du canton de Berne en fonction de leur situation sociale</i>	28
2.5	<i>Résumé et conclusion</i>	34
3.	<i>Ressources et contraintes dans la balance: La santé des adultes en âge de travailler</i>	36
3.1	<i>Introduction</i>	36
3.2	<i>Etat de santé général</i>	39
3.3	<i>Les douleurs chroniques sont très fréquentes</i>	42
3.4	<i>Poids corporel, activité physique et alimentation</i>	47
3.5	<i>Consommation de tabac et d'alcool</i>	52
3.6	<i>Les maladies psychiques: une charge de morbidité notable pour la société</i>	56
3.7.	<i>Digression: le traitement psychiatrique hospitalier, pointe de l'iceberg</i>	64
3.8	<i>La répartition des ressources et des contraintes</i>	68
3.9	<i>Résumé et conclusions</i>	70
4.	<i>La fin de la vie: Situation sociale et mortalité</i>	72
4.1	<i>Introduction</i>	72
4.2	<i>Méthodologie</i>	73
4.3	<i>L'influence de la position sociale sur la mortalité</i>	74
4.4	<i>Espérance de vie en fonction de la formation et du sexe</i>	78
4.5	<i>Résumé et conclusion</i>	81
5.	<i>La santé de la population migrante</i>	82
5.1	<i>Introduction</i>	82
5.2	<i>Les différences de santé sont grandes d'un pays d'origine à l'autre</i>	84
5.3	<i>Résumé et conclusion</i>	87
6.	<i>Principaux résultats</i>	89
7.	<i>Champs d'action</i>	93
7.1	<i>Prémises de la définition de champs d'action et mesures</i>	93
7.2	<i>Objectifs généraux pour une amélioration de l'égalité des chances</i>	94
7.3	<i>Champs d'action</i>	95
	<i>Bibliographie</i>	98
	<i>Glossaire</i>	104
	<i>Annexe</i>	106

1 Introduction

Ce rapport est le premier rapport sur l'inégalité sociale en matière de santé dans le canton de Berne. Les données concernant la population bernoise y ont été analysées pour affirmer ou infirmer l'existence de différences en matière de bien-être, de maladies physiques et psychiques et de mortalité entre catégories de personnes socialement favorisées ou défavorisées. La santé et la maladie sont influencées par les conditions de vie et les contraintes quotidiennes. Ces facteurs évoluent de manière décisive au cours de l'existence – de la naissance à la mort, en passant par l'enfance et l'âge adulte, raison pour laquelle ce rapport suit les étapes de la vie.

Structure du présent rapport:

L'introduction détaillée du premier chapitre commence par faire l'état des lieux et présenter brièvement la question de l'inégalité sociale en rapport avec la santé. Elle expose ensuite les modèles d'impact les plus importants et les plus solidement étayés sur le plan scientifique, qui expliquent pourquoi la position sociale influence le risque de maladie ou l'espérance de vie. Suivent les principaux faits concernant la situation sociale du canton de Berne, qui établissent le lien avec le rapport social. Le premier chapitre se termine par les objectifs visés dans le présent rapport.

Le deuxième chapitre est consacré à la situation sanitaire des enfants et adolescents du canton de Berne. L'introduction est suivie d'un exposé des constatations fondamentales de la littérature scientifique sur l'inégalité sociale et sur leur rôle dans cette étape de l'existence. Puis sont exposés les résultats des analyses portant sur les enfants et les adolescents bernois.

Le troisième chapitre couvre la deuxième phase de la vie et aborde la santé des adultes en âge de travailler. Il pose également la question de savoir si la position sociale influence la santé physique et psychique.

Le quatrième chapitre traite de la fin de la vie. L'introduction est suivie d'une analyse de la mortalité et de l'espérance de vie de la population bernoise en relation avec la formation scolaire et la position sociale.

Il n'existe pas de données cantonales sur la situation sanitaire des migrants. Etant donné que cette catégorie de population revêt une importance majeure pour le sujet traité par le présent rapport, le cinquième chapitre présente les principaux résultats concernant la santé de la population issue de la migration en Suisse.

Le sixième chapitre résume les principaux résultats du rapport.

Le septième et dernier chapitre présente les grands champs d'action dans lesquels des mesures devront être prises pour réduire l'inégalité en matière de santé dans la population bernoise.

Le rapport proprement dit est suivi d'une bibliographie, ainsi que d'une annexe qui dresse le portrait des principales sources de données statistiques et expose la méthodologie utilisée.

Quels sont les objectifs du présent rapport?

Le premier rapport thématique sur la santé dans le canton de Berne poursuit les objectifs ci-dessous:

- Procéder à une analyse méthodologiquement correcte de la portée et de la nature de l'inégalité en matière de santé dans la population du canton de Berne et les décrire.
- Analyser à cet effet diverses sources de données reproduisant aussi complètement que possible la situation dans les différentes étapes de la vie.
- Exposer les conséquences de la position sociale sur la santé en s'appuyant sur la littérature internationale.
- Identifier à partir de l'analyse des données de la population bernoise et de l'étude de la littérature des pistes de réduction de l'inégalité sociale en matière de santé dans le canton de Berne.
- Définir des champs d'action pour la politique sanitaire et sociale et pour les autres secteurs politiques. L'intention déclarée est d'améliorer la santé de la population bernoise en accroissant les chances des catégories socialement défavorisées.

1.1 Etat des lieux

La santé est un bien fondamental pour chacun d'entre nous, mais aussi pour la société dans son ensemble. Sa protection, sa promotion et son rétablissement constituent par conséquent l'une des tâches essentielles de la politique d'Etat. Au vu de la répartition des ressources financières dans le système de santé d'aujourd'hui, on constate que l'aspect pathologique est mis en avant. La priorité va au traitement de maladies ou de blessures et non à la prévention. Eu égard à la forte croissance des coûts de la santé, la prévention et la promotion de la santé bénéficient d'un regain d'attention de la part de la politique sanitaire. Or on ne peut éviter les problèmes de santé et les décès prématurés qu'à condition de connaître les facteurs qui influencent santé et maladie, autrement dit les déterminants de la santé.

Nous pouvons être satisfaits de la santé de la population bernoise.

Au cours du XXe siècle, l'état de santé s'est considérablement amélioré.

L'espérance de vie des femmes suisses a progressé de plus de 30 ans et celle des hommes d'un peu moins de 30 ans.¹ Dans le canton de Berne, une femme née en 2007 a une espérance de vie de 84,2 ans et un homme né en 2009 de 79,5 ans. Cette évolution est imputable aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie générales (hygiène, qualité de l'eau, alimentation, protection au travail, bien-être, sécurité sociale).²)

L'espérance de vie au sens strict du terme n'est pas la seule à avoir progressé; l'espérance de vie en bonne santé, qui est tout aussi importante, s'est considérablement allongée. La combinaison des données des enquêtes suisses sur la santé (ESS) de l'Office fédéral de la statistique avec l'état de santé ressenti et

¹ Huwiler, Bichsel, Junker, Minder, 2002

² Rosenbrock, 2008, p. 2

les tables de mortalité pour le canton de Berne a permis de cerner pour la première fois des indices de « compression de la mortalité » dans le canton. Cette expression désigne la concentration croissante de la mortalité à un âge avancé. Les années de vie gagnées durant les dernières années sont pour la majorité des années en bonne santé. Autrement dit, la population du canton de Berne vit plus longtemps et plus longtemps en bonne santé. Si en 1992, une femme de 65 ans pouvait espérer vivre en moyenne 11,1 autres années en bonne ou en très bonne santé (ressentie), elle bénéficiait de 14,1 ans supplémentaires de vie en bonne santé en 2007. Une personne née dans le canton de Berne en 2007 peut s'attendre à vivre environ 70 ans en bonne santé. Il y a 15 ans, l'espérance de vie en bonne santé était plus courte de 6 ans pour les hommes et de 2 ans pour les femmes.

Espérance de vie en bonne santé (en années)	1992	1997	2002	2007
Hommes				
à la naissance	63,3	65,3	68,8	69,7
à 65 ans	11,6	11,6	12,4	12,6
Femmes				
à la naissance	67,4	63,6	68,6	69,6
à 65 ans	11,1	11,9	13,1	14,1

Tableau 1.1 Espérance de vie en bonne santé dans le canton de Berne de 1992 à 2007 à la naissance et à 65 ans (sources de données: enquêtes suisses sur la santé et décès par âge et par sexe dans le canton de Berne, OFS, calculs des auteurs)

Les maladies et les causes de décès les plus fréquentes ont changé elles aussi. Une grande partie de la charge de morbidité (« burden of disease ») est imputable non plus aux affections aiguës avec issue fatale, mais aux maladies chroniques. Le style de vie est un des facteurs qui influence le risque d'être atteint tout comme l'évolution de ces maladies chroniques. Par conséquent, des changements sur les plans individuel et social peuvent agir sur la fréquence des principaux facteurs de risque des maladies chroniques, comme le surpoids, la consommation d'alcool et le tabagisme.

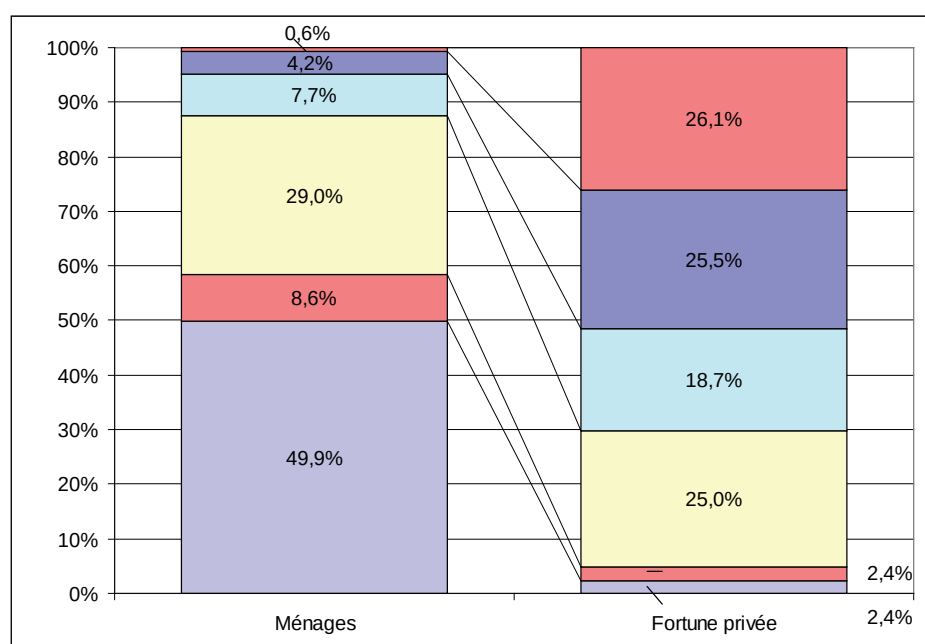
Pouvons-nous vraiment être satisfaits de la santé de la population bernoise?

Cela étant, en considérant d'un peu plus près la répartition de la santé dans la population, on constate que les chances en santé et la longévité sont inégalement réparties, et ce en fonction essentiellement des caractéristiques sociales que sont le revenu, la formation et la position sociale.

« Les personnes qui, selon ces caractéristiques, font partie du cinquième inférieur de la population présentent dans toutes les étapes de l'existence – du berceau à la tombe – un risque environ deux fois plus élevé d'être atteintes d'une maladie grave ou de mourir que celles qui font partie du cinquième supérieur. »³

³ SVR, 2006, cit. d'après Rosenbrock, 2008, p. 2

Etonnamment, cette relation existe non seulement dans la comparaison entre pays riches et pays pauvres, mais aussi à l'intérieur des Etats. Il est également intéressant de souligner que dans les pays où le fossé entre riches et pauvres est particulièrement profond, la santé moyenne de la population est moins bonne que dans les Etats où les ressources socio-économiques sont plus également réparties.⁴ Pour la première fois, cette thèse a été confirmée en ce qui concerne la Suisse: une analyse des différents taux de mortalité réalisée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne a démontré que les ratios de richesse et de pauvreté absolues d'une commune sont moins importants que la répartition du bien-être:⁵ plus le revenu est inégalement réparti dans une commune, plus la mortalité de l'ensemble de la population est élevée.⁶



Graphique 1.1 Répartition de la fortune nette de la population bernoise (26 ans ou plus) en 2006 (source: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, 2008)

Ce problème est aggravé par le fait que, depuis la Deuxième Guerre mondiale, l'écart entre riches et pauvres s'est considérablement accru: au début des années 1990, les 20% de la population suisse bénéficiant des revenus les plus élevés gagnaient sept fois plus que les 20% ayant les revenus les plus faibles. En 1949, ce facteur n'était que de quatre.⁷ En 2006, selon les données fiscales, le revenu moyen (revenu médian) des ménages du canton de Berne s'élevait à 65 087 francs. Cela signifie que la moitié de la population avait un revenu supérieur et l'autre moitié un revenu inférieur à ce montant. Les 10% des ménages dont les revenus étaient les plus bas gagnaient en moyenne (médiane) 17 226 francs. Les 10% bénéficiant des revenus les plus élevés disposaient en moyenne de 174 176 francs – donc d'une somme dix fois supérieure.⁸

⁴ Wilkinson, 1986, 1992

⁵ Analyse du taux de mortalité (indice standardisé de mortalité, ISM) des personnes de plus de 25 ans entre 2000 et 2005 par commune en relation avec le taux d'imposition moyen et le coefficient de Gini en tant qu'expression de la mesure de la répartition inégale du revenu entre les habitants d'une commune

⁶ Spörri, Minder, Zwahlen, Egger, 2009

⁷ Suter, 2000

⁸ Direction de la santé et de la prévoyance du canton de Berne, 2008

Les importantes différences en matière de bien-être apparaissent également dans la fortune de la population bernoise (voir graphique 1.1). Les deux colonnes indiquent la répartition des ménages et de la fortune privée. On voit que 49,9% des ménages possèdent ensemble 2,4% de la fortune privée et que les 4,8% des ménages les plus fortunés détiennent plus de la moitié de la fortune totale. Exemple de lecture: 49,9% de tous les ménages bernois (bas de la colonne de gauche) possèdent ensemble 2,4% de la totalité de la fortune privée du canton de Berne (bas de la colonne de droite).

Le rapport social révèle également qu'environ 7% des ménages bernois doivent être considérés comme pauvres et 5% comme menacés de pauvreté.

En valeur absolue, le canton de Berne compte plus de 50 000 ménages pauvres ou menacés de pauvreté, dans lesquels vivent plus de 90 000 personnes. Parmi elles, on trouve plus de 20 000 enfants⁹.

En Suisse, ces constatations concernant le lien entre situation sociale et santé n'ont encore été que peu concrétisées par des mesures de politique sanitaire. Comme le dit Mackenbach dans une contribution consacrée à la question,¹⁰ le Royaume-Uni a été le premier pays européen à la considérer comme un problème politique central et à en débattre en 1980 dans le « Black Report ». Il a été suivi par les Pays-Bas et l'Italie à partir de 1985. Par après, de vastes programmes politiques ont été lancés, notamment au Royaume-Uni, en Suède et en Finlande. En Suisse, le lien entre situation sociale et santé est étudié depuis quelque 25 ans, mais les analyses se limitent à la mortalité. Depuis 1992, des enquêtes sur la santé en Suisse sont réalisées tous les cinq ans. Elles ont jusqu'à présent servi de base à des rapports nationaux et à un rapport cantonal (Zurich) qui dépassent le cadre de la mortalité et établissent l'existence de liens avec la situation sociale.¹¹

Le présent rapport soulève pour la première fois cette question en ce qui concerne le canton de Berne. C'est également la première fois que les précieuses données de la Swiss National Cohort, qui fournissent des informations sur la mortalité et l'espérance de vie dans différentes catégories de population, sont analysées dans une optique cantonale.

1.2 Les déterminants sociaux de la santé

Pour préserver et promouvoir la santé d'un seul individu ou d'une population entière, il faut connaître les facteurs qui l'influencent positivement et négativement: ce sont les déterminants de la santé. On peut les classer en six grandes catégories, qui interagissent étroitement:¹²

⁹ Rapport social du canton de Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, 2008

¹⁰ Mackenbach, 2008, p. 290

¹¹ Voir notamment: Bisig, Gutzwiller, 1999; Huwiler K., Bichsel M., Junker C., Minder Ch. E., Calmonte R., 2002; Meyer, 2009.

¹² Exemple n° 1: un homme est exposé au travail à un stress intense qu'il tente de « gérer » en consommant une quantité importante d'alcool. Ses performances professionnelles et sa santé en pâtissent. Il perd son emploi et, partant, des contacts sociaux essentiels. Ses ressources personnelles (notamment son amour-propre) et financières diminuent et son isolement social s'accroît progressivement. Exemple n° 2: une famille a du mal à joindre les deux bouts. Une conséquence parmi d'autres: les parents et les enfants sont contraints de vivre dans un environnement malsain (trafic intense, pollution de l'air et bruit).

- les facteurs biologiques (âge, gènes, différence biologique entre les sexes, traits de caractère innés, etc.);
- l'environnement physique;
- les facteurs culturels;
- les facteurs socio-économiques (revenu, formation, statut professionnel, appartenance ethnique, intégration, capital social, etc.);
- le stress, la gestion du stress et les ressources;
- les comportements en matière de santé et à risque, le style de vie.

Le présent rapport utilise ces catégories dans un but précis: mesurer l'influence des déterminants sociaux ou, plus précisément, de l'inégalité sociale sur la santé.

L'inégalité sociale est la répartition inégale structurelle, d'origine sociétale et durable, de ressources matérielles et immatérielles rares et convoitées (y compris les chances inégales d'accès à ces ressources) entre les membres d'une société, qui influence la réalisation d'objectifs de vie communément acceptés et qui, par conséquent, exerce un impact décisif sur la qualité de vie.¹³

Durant les quatre décennies écoulées, la recherche socio-épidémiologique a produit des études de haute qualité méthodologique portant sur différents continents, pays et catégories de personnes qui le démontrent: les déterminants sociaux exercent une influence fondamentale sur le bien-être subjectif, sur l'apparition de symptômes et de maladies physiques ainsi que sur la mortalité dans une population.¹⁴

Dans ce contexte, les déterminants de la position sociale d'un individu qui ont été le plus fréquemment étudiés sont:

- la formation scolaire,
- le revenu,
- la position professionnelle.

Les approches socio-épidémiologiques plus récentes soulignent que la signification des différents facteurs évolue au cours de l'existence. Le statut professionnel (antérieur) est peu significatif chez les personnes âgées, tandis que la formation est importante toute la vie durant. Des différences entre les sexes apparaissent également: il semble p. ex. que la formation est un facteur d'influence plus important que la position professionnelle chez les femmes suisses, alors que c'est le contraire dans la population masculine.¹⁵ Par ailleurs, pour de nombreux facteurs socio-économiques, on constate non seulement une différence entre personnes et groupes socialement favorisés et défavorisés, mais aussi un gradient social de la santé. Un exemple: dans la population suisse, la mortalité diminue avec chaque année de formation supplémentaire.¹⁶ Le manque de ressources économiques et sociales altère la santé pendant toute la vie.

¹³ Hradil, 1987

¹⁴ Aperçu dans Marmot, Wilkinson, 2006

¹⁵ OFSP, 2008

¹⁶ Bopp, Minder, 2003

Comment les déterminants sociaux influencent-ils la santé?

Dérivés des travaux de Max Weber, les déterminants sociaux classiques de la recherche en santé (argent, prestige et pouvoir) indiquent un lien réciproque (corrélatif), mais ne parviennent pas à l'expliquer en tant que phénomène causal. Comment la formation scolaire influence-t-elle la mortalité? Quel est le lien de causalité entre la situation financière et l'état de santé?

Dans ce contexte, on se heurte constamment à la question de savoir si les liens (corrélations) entre situation sociale et chances en santé tels qu'ils sont étudiés dans le présent rapport sur la base de données transversales sont le résultat d'un processus social de causalité, d'un processus social de sélection ou d'une combinaison des deux. En d'autres termes: est-on malade parce qu'on est pauvre ou pauvre parce qu'on est malade?

Pour répondre à cette question, c'est-à-dire distinguer la cause de la conséquence, il faut observer la situation sociale et la santé d'une population à long terme. Les différentes études longitudinales (celles dans lesquelles les participants sont observés et interrogés pendant un long laps de temps) qui se sont penchées sur le sujet montrent qu'aujourd'hui, une réponse sans équivoque peut être apportée: bien qu'on ait constaté des processus de sélection (la maladie rend pauvre), leur poids est nettement plus faible que celui de l'hypothèse causale (la pauvreté rend malade).¹⁷

A ce jour, plusieurs approches explicatives ont été discutées dans la littérature scientifique:

- Artefact: cette théorie affirme qu'il n'existe aucune différence réelle en ce qui concerne les chances en santé. Les divergences observées entre pauvres et riches sont uniquement d'origine méthodologique.
- Processus de sélection social: la pauvreté ne rend pas malade, c'est la maladie qui rend pauvre.
- Explication matérielle: la déprivation financière engendre la maladie et le décès prématuré.
- Explication culturelle et comportementale: en raison de leur appartenance culturelle, les personnes faisant partie des classes sociales inférieures apprennent certains comportements nuisibles à la santé (style de vie).
- Explication psychosociale: une position sociale inférieure se traduit par un stress chronique s'accompagnant de stratégies de gestion défavorables et nuisibles à la santé.
- Inégalité dans l'accès au système de santé: les personnes ayant un statut social inférieur ont plus de difficultés à recourir de manière compétente au système de santé et, simultanément, sont moins bien traitées (soins insuffisants et inadaptés).

Borgers et Steinkamp, les défenseurs de l'explication psychosociale, déclarent qu'il est nécessaire d'intégrer un niveau supplémentaire (mésoniveau) entre le macroniveau (l'inégalité sociale structurelle) et le microniveau (l'individu). Ce mésoniveau décrit la manière dont l'inégalité sociale structurelle se répercute sur

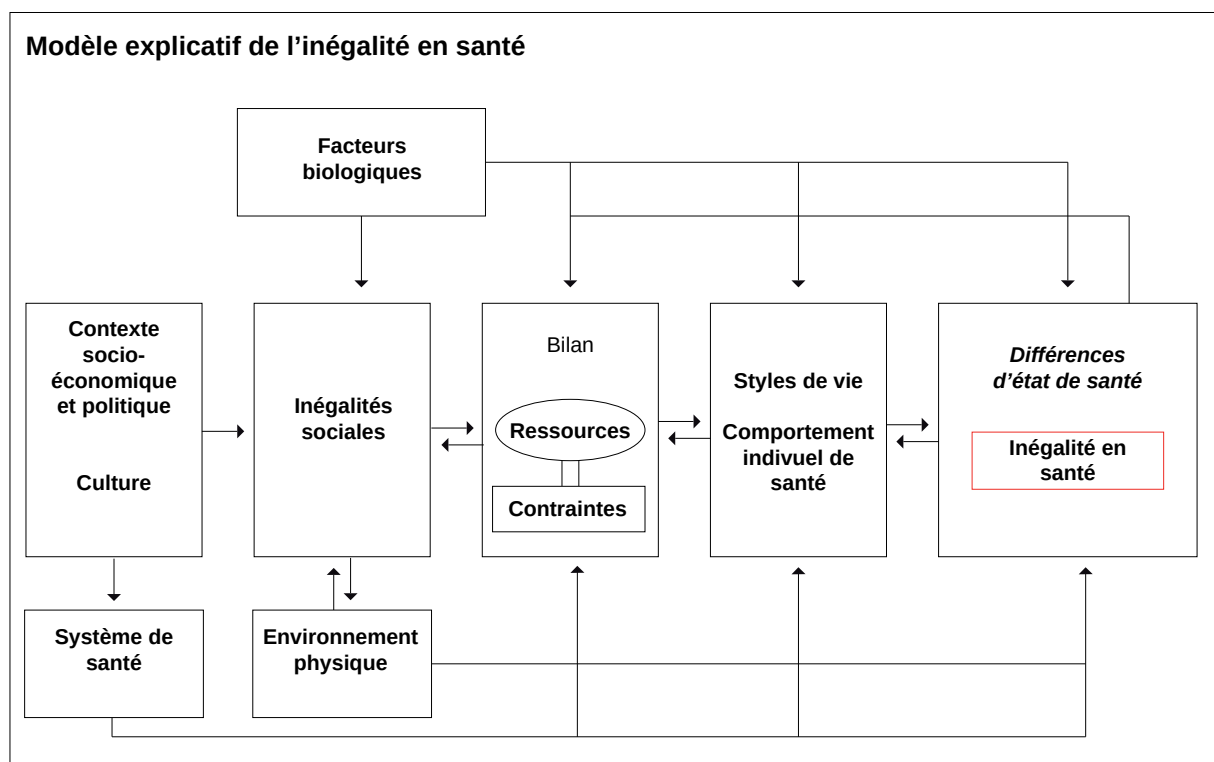
¹⁷ Dohrenwend, 1987; Wheaton, 1978, Wilkinson, 1986; Borgers, Steinkamp, 1994

la vie quotidienne des personnes concernées, que ce soit dans leur couple, leur famille, leur travail ou leurs loisirs. Ce quotidien est composé de contraintes et de ressources. L'élément central est l'observation selon laquelle la santé n'est pas déterminée uniquement par l'ampleur des contraintes. Il existe suffisamment de constats du fait que chaque individu peut percevoir et assimiler très différemment un événement critique tel que la perte d'emploi. L'aptitude à gérer les contraintes dépend pour l'essentiel des ressources sociales, personnelles et matérielles dont on dispose pour ce faire.

Modèle de la genèse de l'inégalité sociale de santé

Voici, sur la base de l'état actuel du débat scientifique, le modèle d'explication de l'inégalité sociale de santé qui a présidé à l'élaboration du présent rapport. Ce modèle permet de structurer les questions et de classer les possibilités et les limites des analyses et des conclusions d'une manière adaptée à la démarche retenue.

Il joue également un rôle important dans la délimitation du domaine d'étude du rapport et dans l'exclusion de tous les sujets qui n'y sont pas traités.



Graphique 1.2: Modèle explicatif de l'inégalité de santé¹⁸

Les origines des inégalités de santé sont très diverses. Le modèle (graphique 1.2) en offre un aperçu sommaire. L'impact des facteurs biologiques (différences biologiques liées au sexe, processus biologiques de vieillissement, prédisposition génétique, etc.), p. ex., est décisif, tout comme l'environnement physique (pollution de l'air, qualité de l'eau, etc.). Or certains d'entre eux seulement sont déter-

¹⁸ Modifié d'après: Rosenbrock, Gerlinger, 2006, p. 45

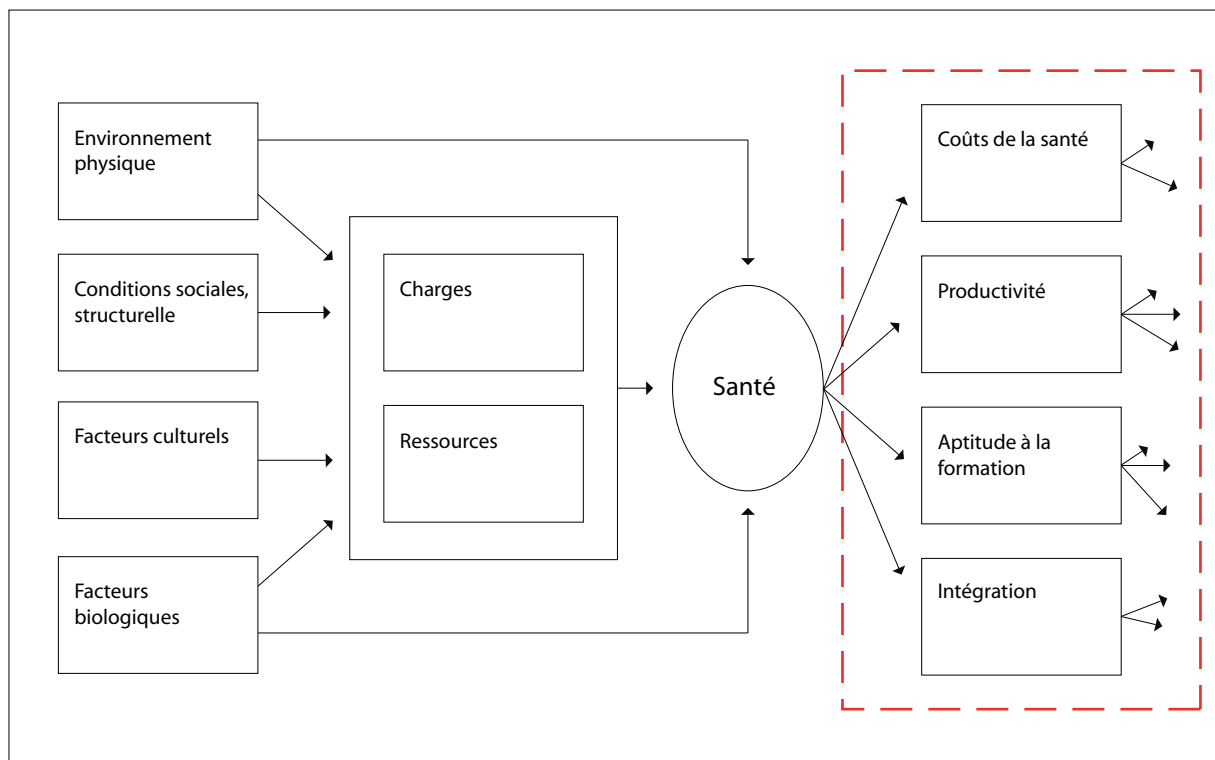
minants pour la question qui nous intéresse ici, à savoir la relation entre position sociale et santé. Les auteurs ont par ailleurs pris le parti de ne pas retenir les inégalités sociales en matière d'accès au système de santé.

En revanche, l'analyse se concentre sur les chaînes de causalité entre le contexte socio-économique et culturel, sur les inégalités sociales qui s'ensuivent et sur l'influence qu'elles exercent sur l'équilibre entre ressources et contraintes, sur le style de vie et, enfin, sur l'inégalité (d'origine sociale) de santé.

L'un des problèmes méthodologiques que posent la plupart des précédents rapports sur la santé réside dans l'analyse des déterminants sociaux dans des modèles descriptifs bivariés, qui examinent la corrélation entre deux variables seulement (exemple: formation scolaire et maux de dos). Cette démarche est insatisfaisante sur le plan épidémiologique, puisqu'elle compare des groupes de personnes sans tenir compte des différences de catégories d'âge ou de distribution des sexes. Or les indicateurs sociaux comme le niveau de formation le plus élevé ne sont pas indépendants de l'âge et du sexe. La génération des personnes plus âgées a généralement suivi une scolarité plus courte, et la position sociale des femmes est généralement plus faible que celle des hommes (voir chapitre 3). Il est donc fondamental d'analyser séparément les influences de l'âge et du sexe, d'une part, et celle de la position sociale, de l'autre. C'est ce que fait pour la première fois le présent rapport pour la population adulte du canton de Berne par le biais d'une analyse multivariée (autrement dit dans un modèle statistique comprenant plus de deux variables).

Le mauvais état de santé de la population réduit la productivité d'une société

La recherche et la politique de santé publique ne considèrent plus la santé uniquement comme un objectif en soi, mais aussi comme une condition d'autres valeurs individuelles et sociales. Le bon état de santé de la population conditionne la réalisation du potentiel de développement des enfants, leur aptitude à la formation, la capacité de travail des personnes exerçant une activité lucrative et la disponibilité à assumer des rôles sociaux créateurs de sens. Cette réorientation de la politique de santé est illustrée par le graphique ci-dessous, et ses conséquences figurent dans la zone entourée de tirets rouges.



Graphique 1.3: Conception de la santé en tant que condition de la productivité sociale

Si l'on part de cette optique plus globale, on constate que les moins bonnes chances en santé des personnes socialement défavorisées ont des conséquences négatives pour l'ensemble de la société.

1.3 Constatations du premier rapport social du canton de Berne sur le niveau de pauvreté

Ce sous-chapitre est consacré à une des trois dimensions de la situation/position sociale, à savoir le bien-être financier, et à son opposé, la pauvreté. Publié en 2008, le rapport social du canton de Berne fournit de précieuses constatations sur le niveau, les causes et les conséquences de la pauvreté dans la population bernoise.

Dans le canton de Berne, diverses catégories de population sont particulièrement touchées par la pauvreté. Le risque de pauvreté diffère selon l'angle sous lequel on aborde le phénomène.

Les catégories de population suivantes sont toujours considérées comme groupes à risque quelle que soit la méthodologie utilisée:

- Enfants et adolescents
En 2006, le taux d'aide sociale s'élevait à 4,3%, tous groupes d'âge confondus. Il baisse de manière plus ou moins continue à mesure que l'âge augmente, ce qui signifie que les enfants et les adolescents présentent un risque d'aide sociale particulièrement important. Un enfant sur dix entre 0 et 5 ans ou presque bénéficie de prestations de l'aide sociale par l'intermédiaire de ses parents. La situation

ne change guère si l'on considère les enfants de 0 à 15 ans, puisque leur taux d'aide sociale atteint toujours 8%. Il reste supérieur à la moyenne cantonale chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 16 à 25 ans (6%).

- **Migrants**

L'analyse des bénéficiaires de l'aide sociale du canton de Berne selon la nationalité révèle des différences très importantes en 2006: les adolescents étrangers présentent un risque d'être tributaires de l'aide sociale trois à quatre fois supérieur à celui des enfants et des adolescents suisses. Environ un enfant étranger sur cinq âgé de 0 à 15 ans vivant dans le canton de Berne bénéficie de prestations de l'aide sociale. Chez les adolescents et les jeunes adultes entre 16 et 25 ans, le risque de dépendre de l'aide sociale s'inscrit en léger recul, mais reste très élevé à un peu moins de 15%. Bien que le taux d'aide sociale diminue également avec l'âge dans la population étrangère, il reste supérieur à la moyenne cantonale dans toutes les catégories d'âge et représente toujours un multiple de celui des citoyens suisses. Indépendamment du recours à l'aide sociale, les données fiscales de l'année 2006 indiquent que les ménages où le chef de famille est étranger sont beaucoup plus nombreux à disposer d'un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté que ceux dont le chef de famille est suisse. Cette inégalité grandit au cours de l'existence. Alors que chez les 26-30 ans, la proportion de ménages étrangers pauvres n'est pas beaucoup plus importante que dans la population de nationalité suisse, le fossé se creuse avec l'âge. On remarque notamment que la situation des ménages étrangers ne s'améliore pas après la phase familiale et qu'ils restent beaucoup plus fréquemment pauvres ou menacés de pauvreté, même à l'âge de la retraite AVS.

- Dans ce contexte, il convient de souligner que tous les étrangers ne présentent pas le même risque de pauvreté, comme le montre le taux de working poor par nationalité. Le risque de se retrouver travailleur pauvre est le plus élevé chez les étrangers originaires de pays non membres de l'UE (un peu moins de 20%), suivis par les personnes venant des États du sud de l'UE (un peu moins de 13%), puis avec un net écart par les Suisses (deuxième taux le plus bas avec 5,7% de working poor) et enfin par la main-d'œuvre des États-membres de l'UE du nord et de l'ouest de l'Europe¹⁹.

- **Familles monoparentales**

En analysant le risque de dépendre de l'aide sociale par types de ménages, on constate que les familles monoparentales sont particulièrement concernées avec un taux d'aide sociale de 25% en 2006. Chez elles, ce risque est environ cinq fois plus élevé que le risque moyen de tous les types de ménages (5,2%). Cette situation ne se reflète pas uniquement dans la statistique de l'aide sociale: elle est confirmée par l'analyse des données fiscales de 2006, qui révèle que, selon le nombre d'enfants, 26,7 à 36% de toutes les femmes élevant seules leurs enfants disposent d'un revenu inférieur au seuil de l'aide sociale.

Formation et santé, facteurs de protection essentiels contre la pauvreté

Les causes du taux de pauvreté très supérieur dans les catégories de population décrites ci-dessus sont multiples. De même, on ne peut affirmer dans chaque cas si le phénomène observé est une cause ou une conséquence de la pauvreté.

¹⁹ Office fédéral de la statistique: Annuaire statistique 2006, p. 454

té, car la plupart de ces causes et de ces conséquences s'influencent mutuellement. Cependant, il est prouvé que les facteurs ci-après peuvent engendrer, voire déclencher un problème individuel de pauvreté ou l'aggraver.

- **Formation**
La formation permet d'accéder au marché du travail et peut améliorer la capacité à recourir à des stratégies acquises de résolution de problèmes. On constate d'ailleurs que le risque de dépendance de l'aide sociale s'amenuise à mesure que le niveau de formation s'élève: si 23,7% de tous les habitants du canton de Berne n'ont aucune formation, ce chiffre atteint 49,6% pour les bénéficiaires de l'aide sociale.
- **Santé**
Il est essentiel d'être en bonne santé pour être pleinement performant et, par tant, pouvoir participer à la vie active. Une diminution de la performance individuelle due à la maladie se répercute sur les possibilités d'emploi et donc de gain. Or l'exercice d'une activité lucrative est de loin la principale source de revenu des personnes en âge de travailler. La dégradation de l'état de santé imputable à une maladie ou un accident peut être une cause de pauvreté malgré le filet apparemment solide du système de santé, comme le montrent plusieurs entretiens avec des personnes touchées par la pauvreté réalisés dans le cadre du rapport social 2008.
- **Intégration professionnelle**
L'absence d'intégration professionnelle peut être une cause de pauvreté à plusieurs titres. Les adolescents et les jeunes adultes, p. ex., sont insuffisamment intégrés dans le système des assurances sociales. Ceux qui viennent de terminer leur formation ou qui n'ont travaillé que quelque temps n'ont droit que rarement aux prestations de l'assurance-chômage ou alors à des prestations insuffisantes.

La pauvreté peut avoir de multiples conséquences directes et indirectes. La plus grave en relation avec la santé est l'isolement social.

La situation économique d'une personne détermine la quantité de ses contacts sociaux. Les loisirs communs avec des amis et connaissances, les invitations, la fréquentation de manifestations culturelles et les activités associatives dépendent, partiellement du moins, des ressources financières.²⁰ L'éventail des situations d'isolement social dues à la pauvreté peut être très large: de l'enfant qui ne peut pas participer à certaines activités parce que le budget de la famille est trop serré et qui, pour cette raison, est exclu par les autres élèves jusqu'à l'adulte qui refuse une invitation à souper parce qu'il n'aura pas les moyens de la rendre. L'isolement social a des répercussions particulièrement négatives en situation critique, car la personne touchée manque du soutien social nécessaire pour la gérer.

La pauvreté est parfois « héréditaire ».

Lorsqu'une famille vit dans la pauvreté durable, cette pauvreté risque de se transmettre à la génération suivante. Ici, le terme « transmettre » n'est bien entendu pas utilisé dans son sens biologique, mais dans son sens social. Il s'agit

²⁰ Leu 1997, p. 26 1

ici de « transmission » de chances et de risques sociaux. Diverses études²¹ démontrent que l'appartenance à un milieu social donné décide partiellement de la réussite en matière de formation. Un lien significatif existe souvent entre le niveau de formation des parents et celui de leurs enfants. Leur expérience du système de formation et leurs succès codéterminent la réussite de la génération suivante.

Souvent, les conditions de vie et de socialisation découlant de la pauvreté parentale influencent défavorablement le développement cognitif et social, les chances de formation et donc les opportunités professionnelles des enfants.

1.4 Quel est l'impact des déterminants sociaux sur la santé? Les principaux résultats de la recherche internationale

Comme on l'a vu plus haut, les résultats de la recherche suisse montrent que chaque année supplémentaire de scolarité réduit le risque de décès prématuré.²² Pourquoi? Quelle est l'influence de la formation scolaire, du revenu ou de la position professionnelle sur la santé et l'espérance de vie? Il est impossible de répondre à la question des causalités sur la base des données disponibles pour cette analyse, car les études transversales examinées ici fournissent un instantané qui ne permet pas de distinguer cause et conséquence. Pour en savoir plus sur les liens de causalité, il faut s'appuyer sur les résultats d'études longitudinales prospectives. Ces études consistent à observer une population définie de personnes en bonne santé pendant plusieurs années voire plusieurs décennies et, durant ce laps de temps, à définir l'influence que certaines constellations de risques exercent sur les groupes retenus (p. ex. collaborateurs en bonne santé d'une grande entreprise âgés de 30 à 50 ans employés comme ouvriers ou comme cadres).

La recherche internationale a réalisé de nombreuses études longitudinales de ce type. Les plus connues sont les études Whitehall I et Whitehall II conduites entre autres par Michael Marmot.²³ La première de ces études prospectives de cohorte a débuté en 1967 au Royaume-Uni avec 18 000 hommes travaillant dans l'administration. Elle a prouvé l'existence dans cette cohorte d'une forte influence de la classe sociale sur la mortalité. La seconde (Whitehall II) a été lancée en 1985 avec 10 308 fonctionnaires entre 35 et 55 ans et est encore en cours. Elle intègre des femmes et analyse de plus près la nature de l'influence de la classe sociale sur la mortalité et la santé. Le plan d'étude comprend à la fois des sondages sur l'état de santé et des examens médicaux. La cohorte vieillit, un nombre croissant de participants partent à la retraite et l'étude se concentre de plus en plus sur la vieillesse.

Ce type d'étude a permis de prouver la plausibilité de quelques théories fondamentales sur les facteurs d'influence intermédiaires entre les déterminants sociaux et les processus physiques et psychiques. Une critique s'impose toutefois: pour des raisons pratiques, bon nombre de ces études ont été menées sur les salariés d'une seule entreprise, ce qui exclut d'emblée certaines catégories

²¹ Voir Hofmann et al., 2001

²² Bopp, Minder, 2003

²³ Marmot, Brunner, 2005

de population (femmes sans activité lucrative qui se consacrent à la famille et aux travaux domestiques ou personnes qui ont quitté le marché du travail). De même, certaines études antérieures excluaient souvent toutes les personnes travaillant à temps partiel, ce qui limitait l'analyse à la seule population masculine.

Ces études de cohorte autorisent une première conclusion essentielle: il n'y a pas de réponse simple à la question de savoir comment les déterminants sociaux influencent la santé. Il n'y a pas de chaîne causale singulière, mais un cumul de conditions favorables ou défavorables.

Nous allons aborder les principales conditions, chaînes causales et interactions parmi celles qui sont empiriquement validées.

Intégration vs exclusion sociale

L'un des résultats les plus importants et les plus solidement étayés de la recherche épidémiologique concerne le rôle de l'intégration sociale pour la santé. Avoir un réseau social, entretenir des relations et des contacts sociaux positifs, bénéficier d'aide quand on en a besoin, tout cela a un impact fondamental sur la santé et sur le comportement de santé.²⁴ Les relations sociales peuvent être positives, empreintes de confiance, valorisantes et salutaires, mais aussi conflictuelles ou hostiles. Elles peuvent donc protéger et promouvoir la santé ou lui nuire. Les chances en santé des personnes socialement isolées, qui n'ont pas de proches en qui elles ont confiance et très peu de connaissances (les *weak ties*, tout aussi importantes) sont considérablement réduites. Durant les quatre décennies écoulées, la certitude scientifique de la fonction protectrice des relations sociales pour la santé s'est fortement consolidée.²⁵ L'influence la plus forte du soutien social sur la mortalité concerne les décès d'origine cardiovasculaire.²⁶ L'être humain est un animal social. Le contact social est pour lui synonyme de réconfort, de confiance, d'estime, de savoir, de secours. L'effet de la proximité sociale sur la santé physique et psychique est empiriquement prouvé.

Bon nombre de conceptions passées des ressources sociales postulaient que le soutien social est une caractéristique de l'environnement qui existe en dehors et indépendamment de l'individu et à laquelle celui-ci peut recourir quand il en a besoin. Lorsqu'on a suffisamment de contacts sociaux, le soutien social est assuré. C'est faux. La capacité d'utiliser des contacts sociaux, de demander de l'aide, d'accepter un soutien pratique, les réactions d'autrui et le réconfort dépendent tout aussi fortement du caractère d'une personne. Le soutien social, fondamental pour la santé, naît donc de l'interaction entre l'individu et son environnement.²⁷

Qu'est-ce que cela veut dire concrètement? Le soutien social naît de l'interaction entre l'individu et son environnement dans le cadre d'un processus temporel (transaction). L'individu et son environnement évoluent à mesure de ces interactions et cette évolution influence à son tour les partenaires d'interaction. Donner et accepter de l'aide et du soutien ainsi que la manière dont ce processus social se déroule exercent une forte influence sur l'évolution d'une relation, peuvent la renforcer, mais aussi l'affaiblir et la détruire.

²⁴ Berkman, Glass, 2000

²⁵ Rose, 1992; Berkman, Kawachi, 2000

²⁶ Berkman, Syme, 1979; House et al., 1982

²⁷ Vaux, 1990

Cette transaction a lieu dans un contexte écologique, ce qui signifie qu'elle est influencée par les conditions de l'environnement. Il est p. ex. prouvé que l'architecture d'un espace public ou d'un immeuble résidentiel influence les contacts sociaux de ses usagers ou de ses habitants.²⁸

Le modèle des ressources de santé de Gutscher et Hornung part du principe que la préservation et l'utilisation de ressources de santé nécessitent le recours à d'autres ressources disponibles. Pour se faire des amis qui vous aident quand vous en avez besoin, vous donnent un sentiment d'estime et d'appartenance, il faut posséder une certaine compétence sociale. Les personnes ayant une forte estime de soi, douées d'empathie et prêtes à s'ouvrir aux autres se construisent un réseau plus vaste et bénéficient d'un soutien social plus important dans un nouvel environnement social.²⁹ Cette constatation met en lumière une constellation problématique chez les personnes moins compétentes sur le plan social, à savoir le cercle vicieux des ressources qui vont en s'amenuisant ou, en d'autres termes, la cumulation de conditions d'existence et de traits de personnalité nuisibles à la santé.

La pauvreté favorise la solitude ... et donc la maladie

L'une des principales approches explicatives du lien entre position sociale et santé est la suivante: le handicap social relatif a des conséquences négatives pour la santé également, parce qu'il se traduit de plus en plus souvent par une exclusion sociale des personnes défavorisées.³⁰ L'isolement social est lié au bas niveau de revenu (pauvreté) ainsi qu'au bas niveau de formation.³¹ Les entretiens avec des personnes touchées par la pauvreté qui figurent dans la seconde partie du rapport social 2008 du canton de Berne le montrent de manière frappante: dans notre société riche, la pauvreté est une tare qu'il faut cacher à tout prix et qui entraîne le retrait social.

Comme Berkman et Melchior l'ont attesté dans une intéressante étude comparative entre la France et les Etats-Unis, la question de savoir si les personnes socialement défavorisées sont véritablement exclues et socialement isolées dépend aussi du contexte social et politique. Ils ont observé en France une bien meilleure intégration de groupes socialement défavorisés qu'aux Etats-Unis et attribuent cette différence à la politique sociale d'intégration de la France, d'une part, et à la tendance ségrégationniste marquée de la politique sociale américaine:

« Le contexte économique engendre des modèles d'exclusion sociale parce qu'il limite les chances de l'individu dans des domaines sociaux primordiaux tels que l'emploi, la vie familiale et l'intégration dans le voisinage et les communes ». ³²

Par conséquent, les interventions visant à développer les ressources sociales ou à empêcher l'isolement social des personnes défavorisées constituent un outil prometteur pour l'amélioration de l'égalité des chances et de la promotion de la santé. Cela étant, elles doivent cibler non pas l'individu, mais le niveau macro-social.

28 Fleming, Baum, Singer, 1985; Moos, 1984

29 Bachmann, 1998

30 Wilkinson, 2005

31 Berkman, Melchior, 2008

32 Berkman, Melchior, 2008, p. 86

Compétence en matière de santé

La compétence en matière de santé est l'aptitude de l'individu à prendre au quotidien des décisions positives pour sa propre santé chez lui, au travail, dans le système de santé, dans la société et sur le plan politique. Elle est synonyme d'autonomie et de liberté de décision en matière de santé. Elle améliore la capacité d'une personne à trouver et à comprendre l'information et à assumer la responsabilité de sa propre santé.

La recherche insiste de plus en plus sur le rôle de cette compétence en ce qui concerne l'état de santé et l'inégalité de santé. Dans presque toutes les circonstances de la vie, nous sommes confrontés à des décisions relatives à notre santé, car ce domaine dépasse désormais largement le cadre du système de soins médicaux. Or notre niveau de formation ne nous y prépare pas tous. Bien que la population dispose d'informations croissantes sur la santé, beaucoup de personnes ne possèdent pas les capacités nécessaires pour les utiliser et les concrétiser par un comportement favorable à leur propre santé ou à celle de leurs proches. Les décisions concernant la santé portent non seulement sur le choix d'un style de vie sain, mais aussi sur le recours au système de santé et sur l'existence avec une maladie chronique. Les systèmes de santé modernes sont extrêmement complexes et on sous-estime fréquemment la difficulté que peuvent éprouver certaines personnes à y recourir au bon moment et à bon escient, à parler de leur maladie et à participer aux décisions concernant son traitement. En outre, la plupart des patients ayant une faible compétence en matière de santé n'ont pas une idée très précise des symptômes, font plus rarement usage des examens de dépistage et suivent avec moins de rigueur les conseils médicaux en matière de comportement ou les directives concernant la prise de médicaments.

L'inégalité sociale pose donc toute une série de questions majeures, qui font que l'on peut parler de « double » inégalité. Pour les personnes qui, en raison de leur statut social inférieur et des conditions de vie qui vont de pair, risquent d'être en moins bonne santé et de vivre moins longtemps que les autres, le système de santé présente des difficultés supplémentaires. Il n'est en effet pas adapté aux usagers ayant un bas niveau de formation et une faible compétence en matière de santé ; il est « illisible » et incompréhensible pour beaucoup. Pourquoi la compétence en matière de santé est-elle aussi importante? Parce qu'elle constitue pour chacun d'entre nous une capacité essentielle pour la gestion de notre existence et parce qu'elle peut nous aider à mieux maîtriser notre santé. La faible compétence en matière de santé contribue de manière décisive à l'inégalité de santé.

Les théories du stress

Il est prouvé que l'inégalité sociale influence des affections aussi différentes que les maladies coronariennes, le diabète, les maladies du système digestif et respiratoire et l'arthrite, mais aussi les grossesses pathologiques, les accidents et les morts violentes.³³ Partant de ce constat, force est de conclure que les causes spécifiques de maladies n'expliquent pas l'inégalité sociale. L'inégalité concerne plutôt la répartition sociale d'un certain type de vulnérabilité générale aux proces-

³³ van Lenthe et al., 2004

sus pathogènes. La recherche sur le stress a établi que celui-ci est nuisible au métabolisme et à l'immunité contre les maladies.³⁴ Les défenseurs des théories du stress affirment que l'inégalité en santé est imputable au fait que les personnes ayant un statut social inférieur subissent plus de contraintes et qu'elles ne savent pas gérer leur stress de manière efficace. C'est la raison pour laquelle elles sont plus souvent exposées aux effets négatifs du stress et moins résistantes aux maladies.

Le stress se définit comme une réaction d'activation non spécifique de l'organisme. Cette réaction consiste en un état d'éveil cérébral accru, en une accélération du métabolisme et de la libération de neurotransmetteurs, en une tension musculaire augmentée ainsi qu'en des modifications végétatives, endocriniennes et immunologiques.³⁵ Les réactions de stress sont indispensables à la santé et à la survie, mais nocives pour l'organisme lorsqu'elles se prolongent. Les situations stressantes impossibles à gérer ou à modifier peuvent engendrer une « usure » chronique de l'organisme: d'une part, il est en état d'alarme constant et ne peut pas récupérer; de l'autre, il n'a plus de réserves suffisantes pour réagir à des contraintes supplémentaires.

Le stress provient des interactions entre l'individu et son environnement. Cela signifie que les conditions liées à l'environnement et à l'individu lui-même déterminent l'apparition du stress, son intensité et sa durée. Cette constatation a donné naissance à deux approches qui tentent d'expliquer l'inégalité sociale sur la base de la théorie du stress: celle des conditions de travail génératrices de stress (caractéristiques de l'environnement) et celle de la maîtrise du stress (caractéristiques de la personne).

Le stress au travail

Pendant longtemps, la médecine du travail ne s'est intéressée qu'aux contraintes matérielles découlant des conditions de travail comme les substances toxiques et les dommages causés à l'organisme par les travaux pénibles.³⁶ Avec le temps, on a constaté que parallèlement à ces facteurs strictement matériels, il existait des facteurs psychosociaux comme le stress qui peuvent influencer les travailleurs de manière décisive. Récemment, plusieurs modèles ont été élaborés pour tenter d'expliquer l'impact de ces facteurs psychosociaux dans le monde du travail. Deux d'entre eux se sont imposés en raison de leur évidence empirique particulièrement solide: le modèle demande-contrôle de Karasek et le modèle déséquilibre effort-récompense de Siegrist. Tous deux ont été testés dans bon nombre d'études et de contextes et partiellement développés. Leur valeur explicative est fiable. En voici une brève description.

Le modèle demande-contrôle postule que le stress au travail résulte de la réunion de deux conditions: (1) une demande psychologique élevée et (2) un faible degré de contrôle sur son activité. La latitude de contrôle est faible lorsque l'exécutant ne dispose d'aucune autonomie dans l'organisation des tâches (p. ex. le rythme du travail, les temps de repos, la manière de résoudre un problème, etc.). Elle concerne également les personnes dont le travail extrêmement monotone et répétitif les empêche d'exploiter leurs aptitudes et leur savoir-faire, comme c'est

³⁴ Kristenson, 2008

³⁵ Ursin, Eriksen, 2004

³⁶ Siegrist, Theorell, 2008

le cas du travail à la chaîne. Ce profil ne se rencontre pas que dans l'industrie; il est également fréquent dans l'administration (travaux peu qualifiés) et dans le secteur tertiaire.

« Les profils de travail qui se caractérisent par des exigences psychologiques élevées et une marge de contrôle étroite engendrent des expériences de stress parce qu'ils limitent l'autonomie et le sentiment de contrôle tout en exerçant une forte pression au rendement. »³⁷

Il convient de souligner que cette constellation défavorable peut être compensée par un soutien social de qualité dans l'environnement professionnel.³⁸ Les personnes soumises à une forte pression, dont la marge de manœuvre est étroite et qui manquent de soutien social dans leur environnement de travail présentent par conséquent un risque accru d'être atteintes d'une maladie associée au stress (comme les affections cardiovasculaires). Il est prouvé que le système nerveux autonome des personnes contraintes de travailler dans de telles conditions est particulièrement actif. Après une exposition quotidienne de plusieurs heures, elles ne parviennent plus à se détendre une fois la journée de travail terminée et durant leurs loisirs.

Le second modèle part du principe selon lequel l'activité rémunérée est, au même titre que d'autres processus d'échange sociaux, guidée par un principe fondamental et évolutionnaire: la réciprocité sociale.

« La réciprocité sociale est le fondement du contrat de travail qui définit l'accomplissement de certains devoirs et de certaines tâches en contrepartie desquels une récompense adéquate est octroyée. »³⁹

Ces récompenses comportent non seulement le salaire, mais aussi la reconnaissance et l'estime pour le travail accompli ainsi que des possibilités de promotion ou encore la sécurité de l'emploi. Ce modèle pose que la réciprocité n'existe pas dans certaines conditions: le travail est caractérisé par des exigences élevées tout en n'étant pas adéquatement rémunéré. Ce déséquilibre génère d'intenses émotions négatives et une activation permanente du système nerveux autonome qui peuvent, à long terme, nuire à la santé.

L'économiste John Stuart Mill l'avait constaté en 1848 déjà:

« Presque partout, les travaux véritablement pénibles et repoussants sont les plus mal payés, alors qu'on devrait les rémunérer particulièrement bien. La raison est qu'ils sont accomplis par ceux qui n'ont pas d'autre choix. Les inégalités de salaire vont à l'encontre du principe de l'échange équitable. »⁴⁰

L'importance de la gestion du stress

Le modèle qui impute également l'inégalité sociale de santé à des différences de compétence de gestion du stress dépasse le cadre des contraintes et des stressors du monde du travail.

³⁷ Siegrist, Theorell, 2008, p. 102

³⁸ Johnson, Hall, 1988

³⁹ Siegrist, Theorell, 2008, p. 103

⁴⁰ Mill, 1848/1962, p. 383; cité Siegrist, Theorell, 2008, S. 103

La recherche sur le stress fait une distinction entre les stratégies de gestion actives ou centrées sur le problème et passives ou centrées sur l'émotion.

- Les stratégies actives sont caractérisées par le fait qu'elles sont axées sur le problème et sur une action instrumentale visant à modifier et à gérer la source de la difficulté.
- Les stratégies passives ont pour objectif premier de réduire la menace que constitue la situation. Cet objectif peut être atteint p. ex. par la réinterprétation cognitive de cette situation (« Ce n'est pas si grave »), par la tentative de détourner son attention du problème ou par la prise de substances calmantes et tranquillisantes comme certains médicaments, les aliments hautement caloriques, le tabac, l'alcool ou les drogues.

Selon la situation, il est avantageux d'appliquer la première stratégie, la seconde ou une combinaison des deux. Lorsqu'on est confronté à une situation incontrôlable ou qu'on ne peut changer, mais qui est de courte durée, il est certainement pertinent de se concentrer sur ses émotions. La constellation la plus nocive pour la santé est celle-ci: une situation de stress permanent et une stratégie de gestion exclusivement axée sur l'émotion. On ne modifie pas la cause, ce qui se traduit par une réaction de stress chronique. Celle-ci est souvent « traitée » par la consommation de substances, ce qui, dans la durée, est extrêmement dommageable pour la santé. Les modes personnels de gestion du stress dépendent essentiellement des expériences vécues durant l'enfance, mais ils continuent à se développer pendant l'âge adulte. Deux éléments particulièrement importants pour une gestion compétente du stress sont l'expérience et la confiance dans l'influence de son propre comportement sur le présent et sur l'avenir. La stratégie active requiert quant à elle un fort locus de contrôle externe (voir également le paragraphe suivant).

Les habitudes de vie qui varient d'une classe sociale à l'autre expliquent une grande partie de l'inégalité de santé. Or ces habitudes ne sont pas librement choisies; elles dépendent de facteurs structurels et psychosociaux comme le mode de gestion du stress.

Le locus de contrôle, clé d'un comportement sain

Les récentes recherches en psychologie de la santé sur la question de savoir pourquoi un grand nombre de gens adoptent un comportement nuisible à leur santé dans notre société montrent qu'il s'agit moins d'un manque de connaissances sur la nocivité de certaines habitudes (p. ex. le tabagisme) que d'un manque de compétence, de motivation et de ressources (aperçu chez Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Ainsi, le locus de contrôle, autrement dit la conviction de l'influence de son comportement sur son existence, la foi en l'autodétermination (locus interne) ou au contraire la croyance que son propre comportement n'a aucun effet, un certain fatalisme (locus externe), joue un rôle-clé en ce qui concerne la compétence personnelle.

Malheureusement, les comportements nuisibles à la santé (p. ex. consommation d'alcool à risque) ont un effet de récompense immédiat. À l'inverse, bon nombre

de comportements qui favorisent la santé (p. ex. la pratique d'un sport) sont plutôt pénibles voire douloureux sur le moment et ne déploient un effet positif perceptible qu'à long terme. Dans la société d'aujourd'hui, nous sommes quasiment poussés à consommer des aliments hautement caloriques, gras et sucrés. Les personnes qui préfèrent l'investissement durable à la récompense instantanée parviennent mieux à résister à ces tentations. La capacité à retarder la récompense est donc un comportement essentiel pour la santé. Les personnes qui ont l'impression d'être livrées à leur destin sont moins aptes et motivées à différer la récompense ou à planifier et investir à long terme.

Quiconque a l'impression de ne pas avoir le contrôle de son existence est moins résistant contre les influences pathogènes, moins motivé à adopter des comportements favorables à la santé, et a plus de difficulté à renoncer aux comportements nocifs (p. ex. à arrêter de fumer).⁴¹

L'expérience de l'impuissance, les conditions d'existence défavorables et les faibles chances d'atteindre ses propres buts exercent une influence négative sur la conviction de contrôle dès l'enfance. À l'âge adulte également, l'expérience quotidienne du manque de contrôle et d'opportunités de développement professionnel et familial affaiblit le locus de contrôle.⁴²

Le style de vie est un acquis socioculturel

Dans le débat de politique de santé, le style de vie est souvent considéré comme un modèle de comportement librement choisi par l'individu. C'est oublier à quel point le comportement en matière de santé est lié aux facteurs socioculturels et à une multitude d'influences, notamment celle du contexte social, que ce soit la famille dont on est issu, l'appartenance ethnique, l'intégration sociale p. ex. dans des groupes de pairs, mais aussi l'image du corps véhiculée par la société (p. ex. à travers la publicité) et les rituels d'appartenance.

Il faut tenir compte là aussi des inégalités, particulièrement sur le plan social. Un niveau de formation inférieur, mais aussi un revenu insuffisant peuvent empêcher d'adopter un style de vie sain: la « malbouffe » rassasie à peu de frais. L'environnement direct joue lui aussi un rôle non négligeable, à travers l'accès aux parcs et aux aires de jeux, par exemple. Souvent les comportements appris, notamment en matière d'alimentation et d'exercice physique, sont conservés la vie durant.

La promotion de la santé souligne depuis longtemps déjà qu'il faut que les mesures soient adaptées au plus près du quotidien. Elles doivent aider la population à faire le choix le plus sain. Certains programmes comme « Une ville saine » ou « Ecole saine » mettent l'accent sur cette interaction entre style de vie individuel, comportement de santé et contexte social. Informer sur les risques pour la santé ne suffit pas, car un grand nombre de comportements à risque ont des fonctions sociales importantes pour les personnes concernées. Le style de santé est toujours synonyme de style de vie et est fortement véhiculé par la société. Il est donc important de créer un environnement social favorisant la santé, car dans la société moderne, se décider pour la santé est souvent difficile eu égard à l'omniprésence des invitations à consommer et à l'accès facile aux produits malsains.

⁴¹ Bosma, 2008

⁴² Bosma, 2008

Les priorités de la politique sanitaire comme la lutte contre l'obésité ou la fumée doivent être comprises dans ce contexte.

Résumé

Pourquoi les inégalités sociales de santé existent-elles? Ce premier chapitre présente d'importantes approches qui expliquent en partie le mécanisme de cause à effet entre la position sociale d'un groupe de population et les processus de santé. Elles révèlent l'importance des facteurs environnementaux et individuels et leurs interactions.

L'exclusion sociale, l'absence d'aide dans les situations difficiles et au quotidien, le stress permanent au travail, les conditions sociales qui ouvrent à certaines catégories de population peu de perspectives de mener une existence satisfaisante ou encore un système de santé opaque pour les personnes ayant un bas niveau de formation sont les facteurs externes qui influencent la santé. D'autres facteurs sont personnels, comme la difficulté à entretenir des relations et à demander de l'aide, les stratégies inappropriées de gestion du stress ou la conviction de ne pas maîtriser son propre destin. Ces facteurs permettent de dégager certaines pistes pour l'amélioration des chances en santé des personnes socialement défavorisées.

L'amélioration de l'égalité des chances passe par celle des conditions sociales ainsi que par la responsabilisation et le renforcement des personnes elles-mêmes. Elle doit intervenir dans les diverses sphères de l'existence décisives pour la santé: système de formation, cadre professionnel, famille et domicile. Il convient de prendre des mesures visant à modifier les structures (p. ex. conditions de travail, accès au système de santé et aux informations le concernant, aménagement d'un habitat qui encourage les contacts sociaux). D'autres mesures seront nécessaires pour consolider les ressources personnelles et responsabiliser les groupes concernés afin qu'ils puissent s'engager eux-mêmes pour leur santé et en faveur de conditions de vie saines. Cela ne sera possible qu'à travers des projets participatifs et intégratifs.

Encore un mot à propos de l'interprétation de ce rapport...

Les auteurs tiennent à éliminer d'emblée tout malentendu en abordant deux aspects primordiaux de la recherche en santé publique.

- Probabilité vs déterminisme

Ce rapport étudie les risques et les chances en santé, autrement dit se concentre sur les probabilités statistiques d'un groupe de personnes et non pas sur l'état de santé d'un individu concret. Tous les gens qui fument beaucoup et longtemps ne seront pas atteints de cancers du poumon, mais leur risque d'en être atteint et d'en mourir est massivement accru. Inversement, tous les gens qui bénéficient d'une situation privilégiée et s'engagent pour leur santé ne seront pas épargnés par les maladies physiques et psychiques. Ce rapport parle de probabilités statistiques essentielles pour la promotion et la préservation de la santé de la population, mais qui sont peu significatives dans une optique individuelle.

Facteurs sociaux en tant que fragments de la réalité complexe des processus de santé et de maladie

Les facteurs sociaux étudiés ici ne sont pas les seuls facteurs à influencer la san-

té directement et indirectement. Comme le montre le modèle de santé exposé dans ce chapitre, la santé et la mortalité de la population dépendent p. ex. de facteurs biologiques individuels (gènes, sexe, âge) ou des conditions environnementales.

2 La précarisation de la santé commence très tôt: la sante des enfants et des adolescents

2.1 Introduction

Aucune autre catégorie d'âge n'est plus touchée par la pauvreté et l'inégalité sociale que celles des enfants et des adolescents.⁴³ Le chapitre 1 mentionne qu'environ un enfant étranger sur cinq et un enfant suisse sur seize vivant dans le canton de Berne dépend de l'aide sociale. Le chapitre 2 est donc consacré à l'état de santé et au comportement de santé des enfants et des adolescents en relation avec leur situation sociale.

Un bon état de santé dans l'enfance et l'adolescence est particulièrement important pour la suite de l'existence. C'est en effet pendant ces phases de la vie que l'on acquiert et adopte des habitudes et des comportements qui auront plus tard une incidence sur la santé (p. ex. consommation de substances addictives, comportement alimentaire et exercice physique). Cela étant, les bases d'une bonne santé sont mises en place dès la petite enfance,⁴⁴ comme le prouvent les études de la recherche médico-épidémiologique sur les parcours de vie. Le comportement de la mère pendant la grossesse (p. ex. sous-alimentation ou malnutrition, abus de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues) peut avoir des incidences majeures sur le développement du fœtus et du jeune enfant. Les dommages causés aux cellules et aux organes avant la naissance ou durant les premiers mois de la vie peuvent passer inaperçus pendant des années voire des décennies avant de se manifester sous la forme d'une maladie.⁴⁵

Les enfants socialement défavorisés présentent un risque accru de tomber malades ou de mourir dans l'enfance ou l'adolescence, et leur santé d'adulte est souvent hypothéquée. Des recherches effectuées en Allemagne ont révélé que plus de 20% des salariées non qualifiées et spécialisées fument pendant la grossesse, contre 3,9% seulement des cadres supérieures.⁴⁶ Si l'on fait une distinction en fonction du statut social, on constate que 31,1% des femmes enceintes ayant un bas niveau social fument contre 7,8% de celles ayant un statut social élevé.⁴⁷

«La plupart des maladies ont une longue genèse et la santé fragile à l'âge adulte est souvent imputable à l'état de santé durant l'enfance, donc à des déterminants datant des premières phases de la vie. Par conséquent, les inégalités de santé sont dues à une accumulation de conditions de vie défavorables au cours de l'existence.»⁴⁸

Nous allons illustrer cette accumulation de risques au cours de l'existence, également appelé modèle des «chaînes de risques», à travers l'exemple de la fumée: le risque de devenir fumeur passif avant la naissance est augmenté chez

43 Richter, Hurrelmann, 2008, p. 21 ss

44 Dratva, Zemp, Weiss, 2008, p. 53

45 Dragano, 2007, p. 18 ss

46 Voir Dragano, 2007, p. 19 sqq.; Lampert, Kroll, Dunkelberg, 2007, p. 12

47 Bergmann, Bergmann, Ellert, Dudenhausen, 2007, p. 673

48 Richter, Hurrelmann, 2007, p. 8

les enfants dont le statut socio-économique est bas. Les fondements d'autres facteurs de risque sont ainsi posés. Ces facteurs vont de l'exposition à la fumée passive pendant le premier âge et durant l'enfance jusqu'à la difficulté de cesser de fumer à l'âge adulte en passant par le début précoce de l'usage du tabac.⁴⁹ Ils s'additionnent au cours de l'existence et, qui plus est, interagissent, ce qui les renforce plus que proportionnellement.

Malgré le lien étroit entre le risque de morbidité à l'âge adulte et les influences néfastes à la santé subies durant la petite enfance, l'état de santé futur n'est pas déterminé à l'avance. Des études démontrent que l'effet d'une situation défavorable pendant les premières années de vie diminue significativement lorsque les enfants concernés bénéficient plus tard d'un haut niveau de formation scolaire.⁵⁰

2.2 La santé des enfants bernois

Pour pouvoir piloter les politiques (de santé) en s'appuyant sur des faits et pour analyser les programmes et les mesures de prévention, il est indispensable de disposer d'une base de données suffisante. Or, celle qui décrit la situation sanitaire des enfants suisses est lacunaire. «De manière générale, on constate en Suisse un manque de données et d'analyses en ce qui concerne la santé durant l'enfance, notamment pendant le plus jeune âge.»⁵¹ Le canton de Berne ne possède pas non plus de données récentes et représentatives qui permettraient d'analyser l'état de santé des enfants jusqu'à dix ans en relation avec la situation sociale. Bien que les examens médicaux scolaires y soient obligatoires partout et que tous les résultats de ces examens soient consignés sur une fiche de santé éditée par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, les parents sont en droit de faire procéder à cet examen par le médecin de famille. Dans ce cas, les données des enfants ne sont pas enregistrées.⁵² Les trois examens obligatoires (jardin d'enfants, 4e et 8e années) ne permettent de consigner que les caractéristiques pour lesquelles une base légale existe, à savoir l'évaluation de la maturité scolaire, le contrôle des vaccinations, les examens de la vue, de l'ouïe et de la colonne vertébrale et la mesure de la pression artérielle.⁵³ Ces données ne permettent pas d'établir un lien entre santé et situation sociale.

Seul le service de santé de la ville de Berne procède à un relevé exhaustif de données dans le cadre des examens annuels de médecine scolaire (1re et 2e années du jardin d'enfants, 4e et 8e années et lors de l'entrée dans une classe à effectif réduit pour allophones). Ces données reflètent l'état de santé des enfants vivant en ville de Berne et permettent de tirer des conclusions quant à la relation avec la situation sociale, puisqu'elles indiquent le niveau de formation des deux parents.

En l'absence pour le canton de Berne de chiffres récents et représentatifs que l'on pourrait mettre en lien avec la situation sociale, le présent rapport recourt à

49 Dragano, 2007, p. 24

50 Dragano, 2007, p. 23

51 Dratva, Zemp, Weiss, 2008, p. 53

52 Il semble que les enfants issus de familles fortunées soient les plus nombreux à se faire examiner par un médecin de famille, car ces examens sont payants, contrairement à ceux pratiqués par le médecin scolaire.

53 Le contenu et le déroulement des examens médicaux scolaires sont notamment réglementés par les art. 10 à 12 de l'ordonnance du 8 juin 1994 concernant le service médical scolaire (OSMS) RSB 430.41.

ceux du service de santé de la ville de Berne ainsi qu'à des études nationales et internationales.

Durant le Kinder- und Jugendgesundheits-Survey (KiGGS – étude de la santé des enfants et des adolescents) – étude exemplaire (et unique) sur le plan européen par sa portée et sa méthodologie –, l'institut allemand Robert-Koch a, entre mai 2003 et mai 2006, interrogé et soumis à un examen médical 17 641 enfants de 0 à 16 ans.⁵⁴

Cette étude montre entre autres que les enfants et les adolescents issus de familles de bas statut social (formation scolaire, qualification professionnelle, revenu et position professionnelle des parents) présentent un risque supérieur de souffrir d'un ou de plusieurs problèmes psychiques que ceux issus de familles de statut social moyen ou élevé. Un trouble hyperactif avec déficit d'attention (THADA) a été diagnostiqué chez 6,4% des enfants et des adolescents de bas niveau social âgés de 3 à 17 ans, alors que les enfants et adolescents du même âge ayant un statut social élevé sont deux fois moins nombreux à en être atteints.⁵⁵

La même étude révèle que les enfants ayant un statut social inférieur ou issus de familles immigrées font deux à trois fois moins de sport que ceux ayant un statut social supérieur et sans contexte d'immigration.⁵⁶ 14,9% des garçons entre 3 et 10 ans et 12,1% des filles du même âge ayant un statut social élevé font du sport moins d'une fois par semaine. C'est le cas de 36,2% des garçons et de 40,4% des filles ayant un statut social bas.⁵⁷

Or l'exercice physique est fondamental pour un développement physique et psychique équilibré des enfants. Ceux grandissant dans des familles à bas statut social ou immigrées font non seulement moins de sport, mais sont aussi particulièrement nombreux à être en surcharge pondérale ou obèses. L'étude KiGGS montre que la progression la plus forte se situe chez les 7-10 ans.⁵⁸

En Suisse, un projet pilote conjoint des services de santé scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich (et soutenu par Promotion Santé Suisse) a permis d'enregistrer et de comparer le poids des enfants mesurés lors des examens scolaires obligatoires.

Voici les principaux:

- Dans les villes de Bâle, Berne et Zurich, un élève sur cinq est en surpoids (IMC ajusté ≥ 25), et un sur vingt est obèse (IMC ajusté ≥ 30).
- Le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale augmente avec l'âge.
- Les garçons sont plus souvent concernés que les filles.
- Il existe une relation négative évidente entre le contexte familial, culturel et éducatif et le surpoids de l'enfant. Plus le niveau éducatif de la famille augmente, plus le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale diminue.

54 On trouvera un bon aperçu (accompagné de conseils utiles notamment pour les parents dans la publication suivante: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut. Ces résultats et d'autres sont disponibles sur le site <http://www.kiggs.de>

55 Robert-Koch-Institut, 2006, p. 45; Schlack, Hölling, Kurth, Muss, 2007, p. 831

56 Robert-Koch-Institut, 2006, p. 53

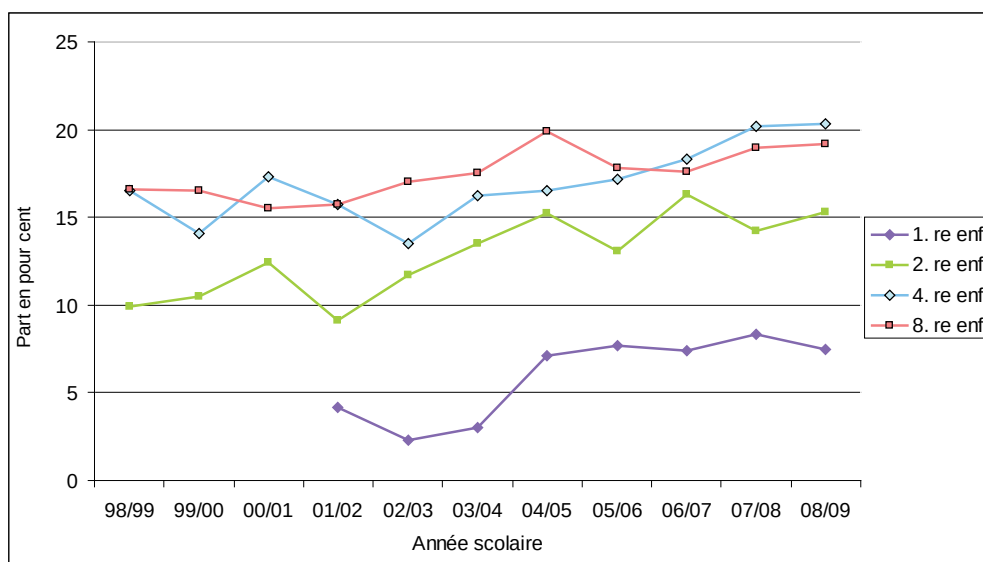
57 Lampert, Mensink, Romahn, Woll, 2007, p. 638

58 Robert-Koch-Institut, 2006, p. 29.

En ville de Berne, 13,7% des élèves examinés durant l'année scolaire 2006/07 étaient en surpoids et 4,1% étaient obèses⁵⁹⁶⁰. En dix ans, le pourcentage des enfants et adolescents en surcharge pondérale a augmenté en ville de Berne (graphique 2.1). Alors que pendant l'année scolaire 1998/99, un peu moins de 10% des élèves de 2^e année enfantine étaient en surcharge pondérale, ils étaient déjà 15,3% dans le même cas une décennie plus tard (ce qui correspond à un accroissement de 54,4%). Ce chiffre tend à se stabiliser à un haut niveau, certainement grâce aux efforts de prévention consentis ces dernières années.

En comparant les pourcentages d'enfants en surpoids par nationalité, on constate que les étrangers sont nettement plus nombreux que les Suisses à être concernés par ce problème (graphique 2.2).

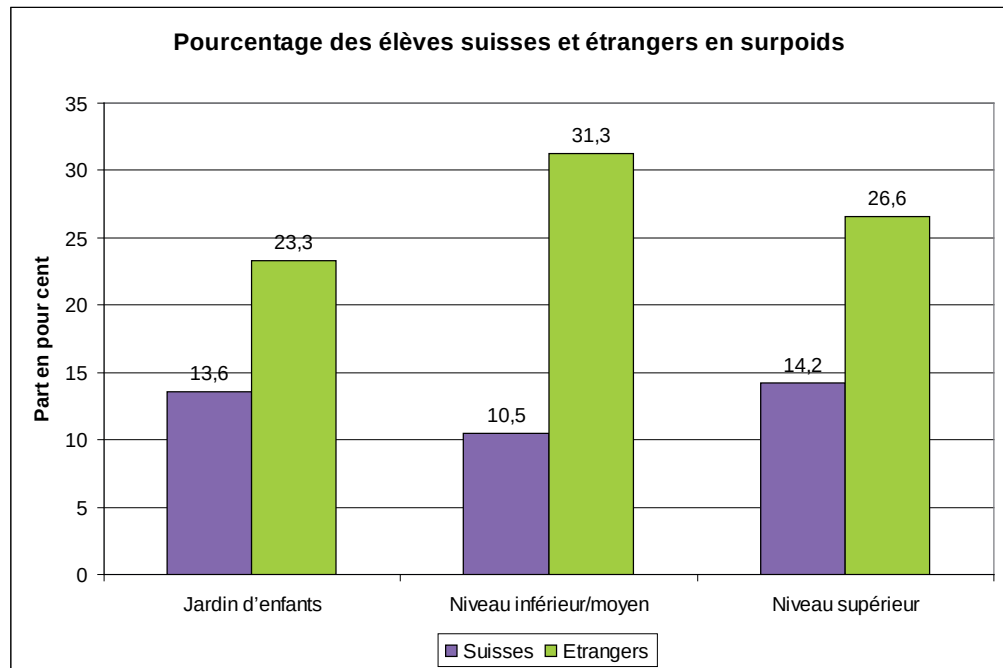
Chez les adultes également, on remarque des différences massives en matière de surpoids entre les groupes de population étrangère (voir le chapitre consacré aux adultes). Des analyses plus approfondies visant à identifier les groupes à risques en fonction de l'origine sont donc nécessaires pour la mise au point de mesures de prévention ciblées.



Graphique 2.1: Pourcentage d'enfants en surpoids en ville de Berne selon le degré d'enseignement au cours des années scolaires 1998/99 à 2008/09, chiffres du service de santé de la ville de Berne, indice de masse corporelle ajusté selon Cole et al.

59 Pour les enfants et les adolescents, les seuils du surpoids (Indice de masse corporelle ≥ 25) et de l'obésité (Indice de masse corporelle ≥ 30) doivent être adaptés en fonction de l'âge. Cette étude a utilisé la table de conversion – internationalement reconnue – de Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz (2000).

60 Stamm et al., 2008, p. 6



Graphique 2.2: Pourcentage d'enfants et d'adolescents en surpoids selon la nationalité et le degré d'enseignement, année scolaire 2006/07, chiffres du service de santé de la ville de Berne, N = 3273 (source: Stamm et al., 2008, 9)

2.3 La santé des adolescents en général

Ces dernières années, quelques études (dont certaines avec des outils comparables sur le plan international) ont été menées en Suisse pour analyser l'état de santé et le comportement de santé des jeunes à partir de 11 ans, parmi lesquelles il convient de citer les suivantes: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), Enquête sur la santé en Suisse, Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (Smash) de 2002, qui est le pendant de l'étude HBSC-Studie pour les 16-20 ans⁶¹ et European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Espad), qui est effectuée tous les quatre ans depuis 1995 (participation de la Suisse: 2003, 2007, cible: 13–16 ans). Le canton de Berne a fait compléter ses échantillons cantonaux dans certaines d'entre elles (p. ex. ESS et HBSC) pour disposer de données plus fiables.

L'étude HBSC démontre que dans le canton de Berne, l'état de santé des adolescents entre 11 et 15 ans est bon de manière générale. Le pourcentage de personnes qui déclarent que l'état de santé ressenti est bon ou très bon s'élève à 93%, ce qui correspond à peu près à la moyenne suisse (92%).

Alors que le troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne constatait encore une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac chez les adolescents, une régression se dessine pour la première fois depuis des années. L'étude Espad montre une consommation mensuelle diminuée d'alcool, de tabac et de cannabis chez les 13-16 ans. Toutefois, selon les estimations de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), la

⁶¹ Les principaux résultats de l'enquête Smash 2002 figurent dans le troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne (Observatoire suisse de la santé, 2005)

consommation d'alcool reste incontestablement le principal facteur de risque pour la santé et les conséquences sociales négatives dans l'adolescence. En comparaison internationale, la consommation d'alcool des adolescents est toujours supérieure à la moyenne: en Suisse, environ 46% des adolescents âgés de 13 ans et 74% de ceux âgés de 15 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois durant les 30 jours écoulés.⁶² Par ailleurs, les intoxications alcooliques chez les adolescents sont en forte progression depuis quelques années.⁶³

La consommation à risque épisodique, notamment, est largement répandue chez les adolescents suisses. L'ivresse dite ponctuelle se définit par une consommation de cinq verres ou plus de boissons alcooliques standard lors d'une même occasion. Elle constitue en Suisse (comme dans l'ensemble de l'Europe) le principal problème de santé publique des adolescents. Il est particulièrement alarmant de constater qu'en Suisse, 14% des adolescents de 13 ans boivent au moins une fois par mois cinq verres ou plus par occasion, et que cette proportion passe à près de 40% chez les jeunes de 16 ans. C'est la raison pour laquelle les principales exigences de santé publique restent le renforcement du contrôle de la vente d'alcool aux adolescents⁶⁴, le dépistage précoce des évolutions problématiques et la lutte contre ce problème en collaboration avec les communes, les services d'urgences et l'école.⁶⁵

2.4 La santé des adolescents du canton de Berne en fonction de leur situation sociale

Les données de l'étude HBSC sont particulièrement appropriées pour décrire l'état de santé des adolescents de 11 à 15 ans (de la 5^e à la 9^e année) en fonction de la situation sociale, car elles contiennent entre autres des informations la concernant. Cette étude est réalisée tous les 4 ans dans 41 pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS – Bureau régional pour l'Europe). En Suisse, cette mission est confiée à l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) de Lausanne.

L'étude HBSC mesure la situation sociale des adolescents ou, plus précisément, de leurs parents au moyen de la «Family Affluence Scale», qui présente l'avantage de reposer – pour les enfants et les adolescents – sur quatre questions extrêmement simples tout étant assortie d'une corrélation élevée avec le statut socio-économique des parents.⁶⁶ Le présent rapport sur la santé analyse pour la première fois les données des études HBSC pour le canton de Berne par sexe et par degré d'aisance financière de la famille. Dans le canton de Berne, les trois groupes d'aisance financière familiale (FAS) se répartissent comme suit: garçons (N = 632): famille peu aisée: 9,7%, famille moyennement aisée: 48,7%, famille très aisée: 41,6%; filles (N = 621): famille peu aisée: 10,1%, famille moyennement aisée: 49,4%, famille très aisée: 40,5%.

62 Gmel, Rehm, Kuntsche, Wicki, Labhart, 2009

63 Wicki, Gmel, 2008

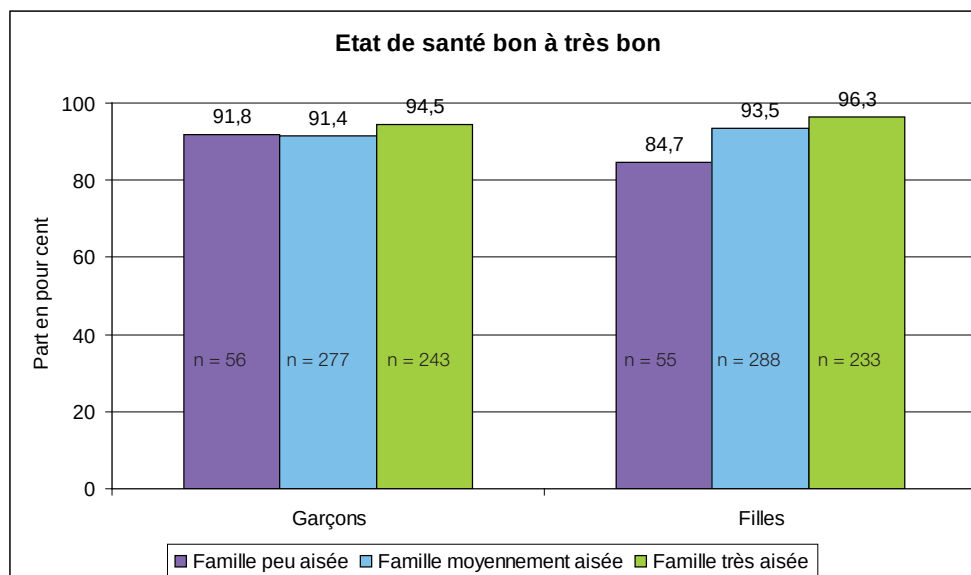
64 Gmel, Rehm, Kuntsche, Wicki, Labhart, 2009

65 Office cantonal des affaires sociales, SAP, 20098.

66 Structure et validité de la Family Affluence Scale (FAS), voir annexe et: Currie, Elton, Todd, Platt, 1997; Schnohr, Kreiner, Due, Currie, Boyce, Diderichsen, 2008; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, Torsheim, Richter, 2008..

Etat de santé général ressenti

On a vu plus haut que dans le canton de Berne, 93,2% des adolescents entre 11 et 15 ans qualifient leur état de santé général de bon à très bon (garçons: 92,8%; filles 93,7%), ce qui constitue une amélioration de 1,2% depuis la dernière enquête en 2002. En analysant l'état de santé ressenti de plus près en ce qui concerne la situation sociale, on ne constate aucune relation statistiquement significative chez les garçons. En revanche, les filles vivant dans une famille peu aisée considèrent que leur état de santé ressenti est très significativement plus mauvais.⁶⁷



Graphique 2.3: Etat de santé ressenti chez les 11-15 ans en relation avec l'aisance financière familiale et le sexe (HBSC canton de Berne, 2006)

Surpoids et obésité

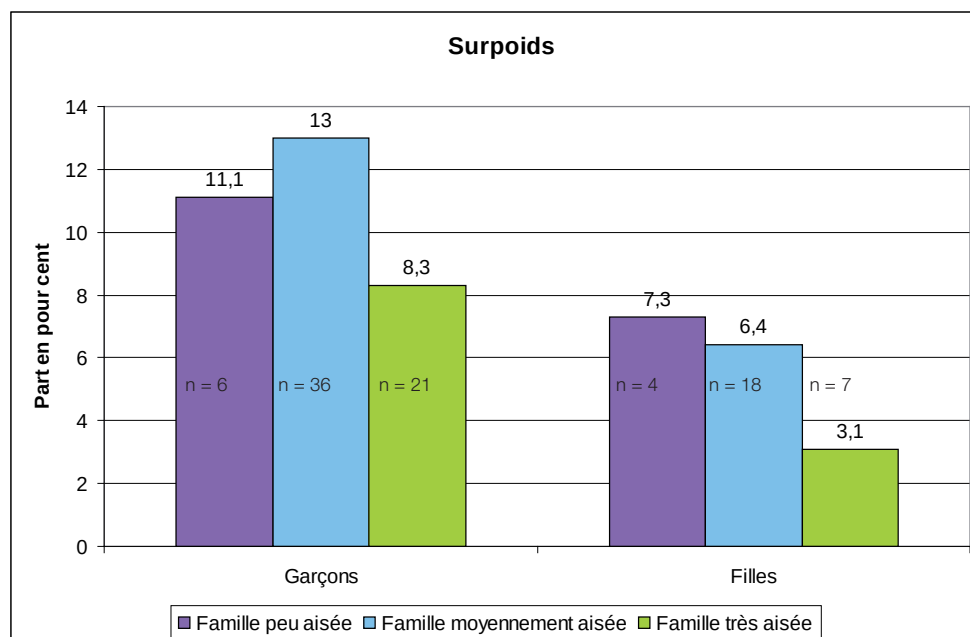
Si l'on analyse le surpoids des élèves de 11 à 15 ans, on ne constate dans les données de l'étude HBSC aucune différence statistique en relation avec l'aisance financière familiale (graphique 2.4). L'analyse plus approfondie de Carvajal des données des élèves de 8^e de la ville de Berne indique une relation évidente entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le sport et entre l'IMC et la pression artérielle. Le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les enfants issus de familles ayant un bas niveau de formation, chez les élèves des écoles générales et chez les adolescents étrangers.⁶⁸

D'après les données HSBC (données autodéclarées), le pourcentage d'adolescents en surpoids ne représente que la moitié de celui établi sur la base des données fournies au service de santé de la ville de Berne (données mesurées). Parallèlement aux dissimilitudes entre ville et campagne, la différence pourrait provenir du fait que dans aucune autre catégorie d'âge, l'image de son propre corps (poids et taille) n'a probablement autant d'importance que durant la puberté. Les adolescents ont tendance à se décrire tels qu'ils voudraient être

⁶⁷ Le test chi-carré a permis de vérifier la présence de différences statistiques dans la situation sociale. Convention de langage utilisée dans le présent chapitre: lorsque la probabilité d'erreur est égale à 10%, on parle de différence tendancielle, lorsqu'elle est égale à 5%, de différence statistiquement significative et lorsqu'elle est égale à 1%, de différence hautement significative.

⁶⁸ Office fédéral du sport, Office fédéral de la santé publique, Promotion Santé Suisse, Réseau santé et activité physique Suisse, 2006

vus par leurs pairs. Les maigres se jugent consciemment (ou non) plus lourds et les gros consciemment plus légers qu'ils ne le sont en réalité. A cela viennent s'ajouter les profondes transformations physiques de la puberté (croissance) et la difficulté qu'ont les adolescents à estimer leur taille et leur poids.



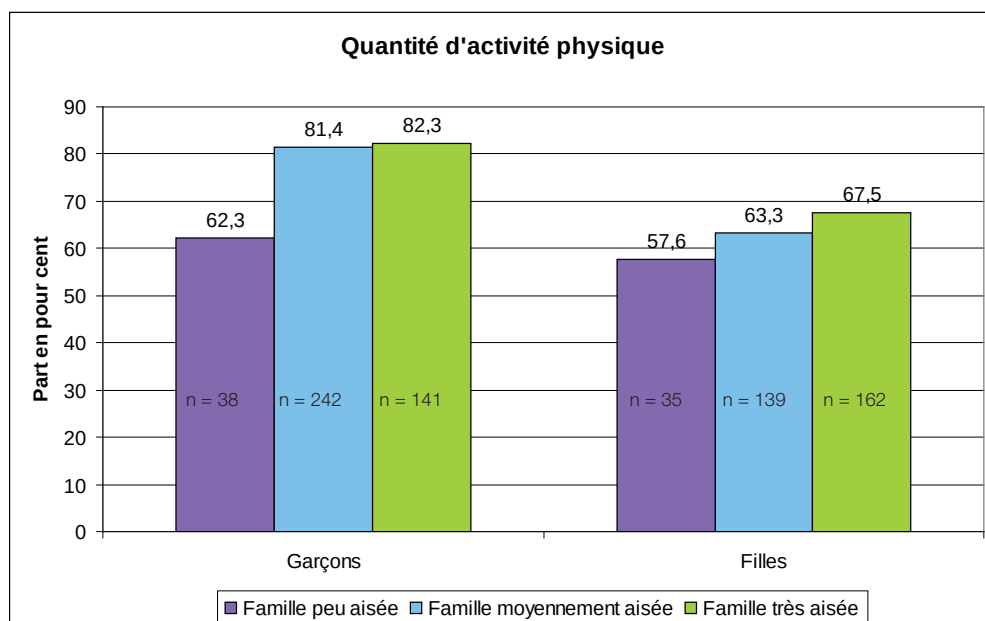
Graphique 2.4: Pourcentage d'adolescents entre 11 et 15 ans en surpoids en relation avec l'aisance financière familiale et le sexe (HBSC canton de Berne, 2006; IMC ajusté d'après Cole)

Exercice physique

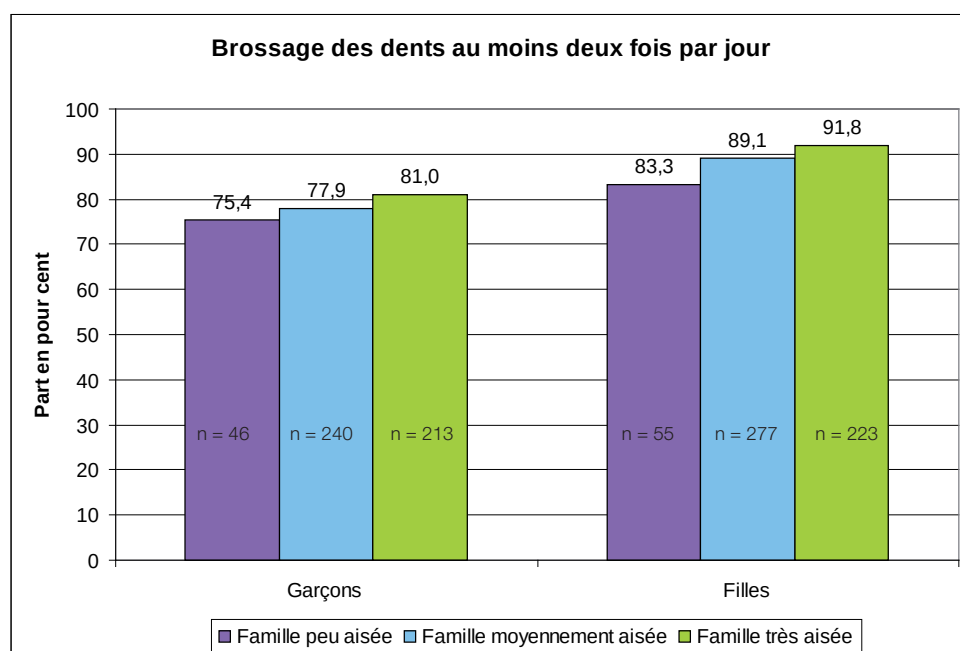
L'alimentation (apport calorique) et la quantité d'exercice physique (consommation de calories) sont liées. En simplifiant, on peut dire que le surpoids provient d'un excès prolongé d'apport calorique par rapport à la consommation de calories. L'exercice physique régulier ne permet pas seulement d'éviter le surpoids, il favorise de manière générale la santé et les performances des enfants et des adolescents. L'Office fédéral du sport recommande en ce qui les concerne au moins une heure quotidienne d'exercice qui les essouffle ou qui les fait transpirer.⁶⁹ 8,7% seulement des enfants et des adolescents pratiquent sept heures hebdomadaires ou plus d'activité physique.

Si l'on place la limite d'exercice physique à deux ou trois heures hebdomadaires, on constate chez les garçons une relation statistiquement significative entre l'aisance familiale et l'exercice physique. Les garçons dont la famille est peu aisée ont nettement moins d'activité physique (au moins deux à trois heures par semaine) que ceux dont la famille est très aisée. Cette différence n'apparaît pas chez les filles (graphique 2.5).

69 Office fédéral du sport, Office fédéral de la santé publique, Promotion Santé Suisse, Réseau santé et activité physique Suisse, 2006



Graphique 2.5: Activité physique des 11-15 ans en surpoids en relation avec l'aisance financière familiale et le sexe (HBSC canton de Berne, 2006)



Graphique 2.6: Brossage de dents au moins deux fois par jour en relation avec l'aisance financière familiale et le sexe (HBSC canton de Berne, 2006)

Santé dentaire

Les entretiens semi-structurés avec des spécialistes de la Croix-Rouge suisse, de l'Office fédéral de la santé et du Service de santé de la ville de Berne à propos de l'état de santé de la population bernoise soulèvent inmanquablement le problème de la santé dentaire. Il semble que la mauvaise santé dentaire des enfants et les adolescents, surtout d'origine immigrée, soit à prendre au sérieux.

Diverses études attirent également l'attention sur le problème. «Les caries sont plus fréquentes dans les familles socialement défavorisées et chez les enfants de mères nées à l'étranger.»⁷⁰

Le graphique 2.6 montre le pourcentage des adolescents bernois entre 11 et 15 ans qui se brossent les dents au moins deux fois par jour. Les filles de familles peu aisées sont 83,3% à le faire contre 91,8% des filles de familles très aisées (garçons: 75,4 et 81%). Cela étant, cette différence n'est statistiquement significative ni chez les garçons ni chez les filles.

Symptômes physiques

En ce qui concerne les symptômes physiques, les auteurs ont analysé dans les données de la HBSC la fréquence des maux de ventre et de tête. Aucune relation n'a pu être établie avec l'aisance financière familiale, ni dans le cas des maux de ventre, ni dans celui des maux de tête.

Santé psychique

La santé psychique ou, plus précisément, le bien-être psychique est également intéressant dans le cadre du présent rapport. L'analyse porte sur les humeurs ressenties la semaine précédente telles qu'elles ont été enregistrées par l'étude HBSC (se sentir «plein d'énergie, en forme et bien dans sa peau, triste ou seul») ainsi que les ressources temporelles et sociales (avoir suffisamment de temps pour soi, s'amuser avec des amis ou des amies) et la capacité de bien se concentrer (à l'école). Elle révèle tant pour les garçons que pour les filles des différences statistiques en relation avec l'aisance financière familiale. Les garçons de familles très aisées se sentent plus souvent pleins d'énergie, en forme et bien dans leur peau que ceux issus d'un milieu peu ou moyennement aisé (tableau 2.1). Cette différence apparaît également chez les filles (tableau 2.2).

Bien-être psychique	Famille			Significativité statistique
	peu aisée	mo-yenne-ment aisée	très aisée	95%
Garçons				
Durant la semaine écoulée, je me suis/j'ai toujours ou souvent ...				
senti plein d'énergie	55,0	59,6	68,1	*
senti en forme et bien dans ma peau	75,0	77,7	87,0	**
senti triste	6,5	6,0	4,3	n. s.
senti seul	3,3	4,7	2,7	n. s.
eu assez de temps pour moi-même	60,0	72,9	73,5	(*)
pu m'amuser avec des amis/amies	83,3	82,7	89,3	(*)
pu être attentif (à l'école)	75,4	73,8	75,0	n. s.

Tableau 2.1: Bien-être psychique en relation avec l'aisance financière familiale, garçons (HBSC Canton de Berne, 2006)

⁷⁰ Dratva, Zemp, Weiss, 2008, p. 49

Durant la semaine précédant l'enquête, les filles de familles peu aisées se sont senties significativement plus souvent seules et se sont tendancielllement moins amusées avec des amis/amies que celles issues d'un milieu très aisé. Cela étant, l'aisance financière familiale ne semble pas avoir un impact marqué sur la capacité à bien se concentrer (à l'école) et à être attentive.

Bien-être psychique	Famille			Significativité statistique
Filles	peu aisée	mo-yenne-ment aisée	très aisée	(95%)
Durant la semaine écoulée, je me suis/j'ai toujours ou souvent ...				
sentie plein d'énergie	44,6	55,7	67,6	**
sentie en forme et bien dans ma peau	56,1	75,1	79,5	**
sentie triste	18,5	9,4	11,3	n. s.
sentie seule	13,8	5,5	5,8	*
eu assez de temps pour moi-même	61,0	69,1	67,2	n. s.
pu m'amuser avec des amis/amies	83,1	87,9	92,4	(*)
pu être attentive (à l'école)	70,8	78,4	81,3	n. s.

Tableau 2.2: Bien-être psychique en relation avec l'aisance financière familiale, filles (HBSC Canton de Berne, 2006)

Comportement de consommation (tabac, alcool et cannabis)

Après l'état de santé physique et psychique, le présent rapport étudie le comportement de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en relation avec l'aisance financière familiale. Aucune différence statistiquement significative en ce qui concerne la consommation de ces trois substances en fonction de l'aisance financière familiale n'existe chez les garçons ou chez les filles (tableaux 2.3 et 2.4).

Comportement de consommation	Famille			Significativité statistique
Garçons (N = 626-629, 155 pour le cannabis)	peu aisée	mo-yenne-ment aisée	très aisée	95%
Durant les 30 derniers jours, une fois au moins ...				
fumé une cigarette	8,8	11,1	8,0	n. s.
bu de l'alcool	19,7	26,0	28,4	n. s.
été ivre	2,3	6,9	4,2	n. s.
consommé du cannabis (uniquement les 14-15 ans)	14,3	6,9	15,9	n.s.

Tableau 2.3: Prévalence au cours des 30 derniers jours de la consommation de cigarettes, d'alcool et de cannabis et de l'ivresse en relation avec l'aisance financière familiale, garçons (HBSC Canton de Berne, 2006)

Bien que la loi interdise la vente d'alcool aux moins de 16 ans, un garçon sur quatre et une fille sur cinq entre 11 et 15 ans ont bu de l'alcool au moins une fois durant le mois précédent l'enquête, et 5,1% d'entre eux ont été ivres une fois au moins.

Durant le mois précédent l'enquête, 8,8% ont fumé au moins une fois et 8,8% des 14-15 ans ont consommé du cannabis une fois au moins.

Comportement de consommation	Famille			Significativité statistique
Filles (N = 615, 173 pour le cannabis)	peu aisée	mo- yenne- ment aisée	très aisée	95%
Durant les 30 derniers jours, une fois au moins ...				
fumé une cigarette	8,2	7,2	8,6	n. s.
bu de l'alcool	18,5	19,2	25,9	n. s.
été ivre	4,5	4,9	4,5	n. s.
consommé du cannabis (uniquement les 14-15 ans)	0	7,4	6,3	n. s.

Tableau 2.4: Prévalence au cours des 30 derniers jours de la consommation de cigarettes, d'alcool et de cannabis et de l'ivresse en relation avec l'aisance financière familiale, filles (HBSC Canton de Berne, 2006)

2.5 Résumé et conclusion

Ce chapitre le montre: les informations nécessaires pour décrire l'état de santé des enfants du canton de Berne sont lacunaires. Or il est urgent de disposer de données fiables pour élaborer les mesures de prévention et pour en vérifier l'efficacité. Les examens médicaux scolaires effectués chaque année dans le canton offrent une excellente occasion de contrôler l'évolution de la santé des enfants et des adolescents, mais aussi d'évaluer les mesures de prévention et de promotion de la santé qui leur sont destinées. Il convient d'examiner la mesure dans laquelle ces données pourront être à l'avenir systématiquement analysées et complétées par des variables sociodémographiques supplémentaires. On pourrait également envisager, le cas échéant, une enquête par échantillonnage de l'état de santé des enfants du canton de Berne.

Les données disponibles concernant les adolescents (dont la plupart sont fournies par l'étude HBSC) révèlent que dans le canton de Berne, leur état de santé est en grande majorité bon (9 adolescents sur 10 entre 11 et 15 ans qualifient leur état de santé ressenti de bon à très bon). Cependant, les mêmes données démontrent des différences dans l'état de santé et dans le comportement de santé de la population enfantine et adolescente du canton en relation avec l'aisance financière de la famille. Les filles issues de familles peu aisées se sentent en moins bonne santé que celles qui vivent dans un milieu très aisé, p. ex.. On enregistre des différences chez les garçons également, p. ex. en matière d'activité physique: les garçons de familles peu aisées en ont moins que ceux issus de familles très aisées.

Ces constatations coïncident avec celles relevées dans la littérature et qui indiquent que des différences en relation avec la situation sociale se manifestent dès le très jeune âge et qu'en matière de santé, les chances de départ des enfants issus de familles socialement défavorisées sont inférieures, comme le montre de manière exemplaire la consommation de tabac chez les femmes ayant un statut social bas.

3 Ressources et contraintes dans la balance: la santé des adultes en âge de travailler

3.1 Introduction

La deuxième grande phase de la vie analysée dans le présent rapport est celle de l'âge adulte actif, définie ici par la fourchette d'âges de 25 à 64 ans.⁷¹ Cette phase de l'existence, que vivent aujourd'hui quelque 535 000 habitants du canton de Berne, se caractérise généralement par le travail, le mariage et la vie de famille.

Le travail et l'occupation sont essentiels pour la santé. Le sens qu'ils donnent à l'existence ainsi que la reconnaissance, l'estime et le soutien social dont l'individu bénéficie dans le cadre de son travail constituent d'importantes ressources pour la santé psychique et physique d'un adulte. A l'inverse, les conditions de travail peuvent être contraignantes pour le corps comme pour l'esprit et nuire à la santé. Dans ce contexte, la durée de la situation contraignante est décisive: plus l'exposition se prolonge et plus le risque de tomber malade est important. Ce risque augmente souvent selon la relation dose-effet.⁷² A cet égard, les personnes sans formation supérieure présentent un risque accru, car accédant plus tôt à la vie active, elles sont exposées durant plus longtemps. La perte d'emploi et le chômage représentent un risque particulier pour la santé.

Fonder une famille implique une importante adaptation de la part des parents et peut, au même titre que l'activité rémunérée, être une ressource tout comme une contrainte pour la santé. Outre la garde et l'éducation des enfants, les parents doivent également résoudre des problèmes tels que la conciliation entre vie professionnelle et familiale ou les difficultés financières. Le quotidien est particulièrement contraignant pour les personnes élevant seules leurs enfants, qui portent non seulement l'entière responsabilité de leur garde, mais sont aussi exceptionnellement nombreuses à se trouver en situation financière précaire.

Durant les décennies écoulées, la structure sociale de cette catégorie d'âge a profondément changé: en 2000, les couples avec enfants n'étaient plus qu'environ 30% à se partager les tâches selon le modèle classique du «père nourricier»: l'homme travaille à plein temps et la femme, qui n'exerce pas d'activité lucrative, s'occupe du ménage et des enfants. Le modèle dominant aujourd'hui est différent: à eux deux, les conjoints avec enfants travaillent à plus de 100%, l'homme souvent à plein temps et la femme à temps partiel. La contribution accrue des mères au revenu familial fait de la conciliation entre vie professionnelle et familiale un problème social central. Par ailleurs, dans le canton de Berne, la part des ménages d'une personne est passée de 19 à 38% entre 1970 et 2000.

Le rapport social du canton de Berne (2008) révèle que deux types de ménages présentent un risque de pauvreté particulièrement élevé: les ménages d'une personne et les familles monoparentales.

⁷¹ Cette phase de l'existence n'est pas identique dans l'ensemble de la population: le début et la fin de la vie active diffèrent selon la longueur de la formation et la situation financière. Pour les personnes n'ayant pas suivi de formation supérieure, elle commence quelques années plus tôt. Pour des motifs méthodologiques, il est cependant indispensable de fixer des limites d'âge uniques. Pour ces catégories d'âges, elles ont été choisies de manière à ce qu'une grande partie des personnes aient terminé leur formation à 25 ans et se trouvent à la retraite à 65 ans.

⁷² Siegrist, Theorell, 2008, p. 99.

L'Enquête suisse sur la santé

La principale source de données disponible en ce qui concerne la santé de cette catégorie d'âge est l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Réalisée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique au moyen d'une enquête téléphonique et d'une enquête écrite auprès des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique, elle porte non seulement sur l'état de santé physique et psychique, mais aussi sur des facteurs influençant la santé, comme les contraintes et les ressources. Les déterminants sociaux que sont la formation, le revenu et la position professionnelle font également partie de cette enquête, ce qui la rend particulièrement utile pour l'étude de la question centrale de l'égalité des chances dans le domaine de la santé.

Dans le cadre de l'ESS 2007, un *échantillon de 1 545 personnes* habitant le canton de Berne et appartenant à la catégorie d'âge qui nous intéresse ici a été interrogé. Les résultats présentés dans ce chapitre (à l'exception de la digression du paragraphe 3.6 concernant les patients des cliniques psychiatriques) sont tous issus de l'ESS. On trouvera des détails relatifs à l'Enquête suisse sur la santé en annexe du présent rapport. Malheureusement, elle n'a été menée que dans trois langues nationales (allemand, français, italien) et exclut de ce fait une partie déterminante de la population immigrée. En complément au présent chapitre, le chapitre 5 est spécialement consacré à la situation de santé des principaux groupes migrants. Il s'appuie sur les résultats de l'étude «Monitoring de santé de la population migrante en Suisse», réalisée en 2004 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

Le présent chapitre décrit, d'une part, l'état de santé physique et psychique dans la population bernoise âgée de 25 à 64 ans ainsi que la présence ou l'absence d'importantes ressources et contraintes. De l'autre, il analyse les différences de chances en santé selon la situation sociale.

Les trois indicateurs de situation sociale

Comme nous l'avons mentionné, l'ESS fournit des informations sur trois facteurs d'influence déterminants de la situation sociale, à savoir la formation scolaire, le revenu et la position professionnelle. Le tableau ci-dessous présente les informations contenues dans ces trois indicateurs (détails voir annexe).

Dans cette catégorie d'âge, les hommes et les femmes du canton de Berne présentent une différence de statut socio-économique: parmi les hommes, les titulaires de diplômes de l'enseignement tertiaire sont nettement plus nombreux et les revenus d'équivalence du ménage sont fréquemment plus élevés. En ce qui concerne le statut professionnel, les hommes sont aussi nettement plus nombreux dans la catégorie supérieure (cadres), mais également surreprésentés parmi les ouvriers et dans les métiers manuels.

		Hommes	Femmes	Total
Formation achevée la plus élevée	Ecole obligatoire non achevée ou école obligatoire uniquement (sans apprentissage)	6,6	12,0	9,2
	Degré secondaire II (formation professionnelle ou générale)	56,0	64,0	59,9
	Degré tertiaire (formation professionnelle supérieure ou diplôme d'une haute école)	37,5	24,1	30,8
Statut professionnel ⁷³	Ouvriers (métiers manuels qualifiés, non qualifiés, semi-qualifiés; y compris personnes sans activité lucrative ménage, famille)	31,7	26,3	29,0
	Petits entrepreneurs, indépendants, artisans, agriculteurs	15,2	6,8	11,0
	Employés de bureaux et autres mé- tiers non manuels	9,2	29,9	19,4
	Cadres supérieurs/moyens/ Professions libérales	42,1	35,2	38,7
	Pas de réponse, question non posée (étudiants, personnes en formation, etc.)	1,8	1,8	1,8
Revenu d'équivalence du ménage*	inférieur ou égal à CHF 2 250	18,2	23,0	20,6
	CHF 2 251–3 333	23,6	24,5	24,0
	CHF 3 334–4 667	27,5	26,9	27,2
	supérieur à CHF 4 667	30,7	25,6	28,2

Tableau 3.1: Description de la catégorie de population en âge de travailler selon les trois indicateurs de situation sociale

*Les réponses de 3,3% des personnes interrogées manquent en ce qui concerne le revenu d'équivalence du ménage.

Méthodologie

La méthodologie utilisée pour décrire l'état de santé et analyser le lien entre situation sociale et santé s'articule en trois étapes:

- *Description de la distribution de l'indicateur dans la population*
Cette étape répond à la question suivante: quelle est la proportion de la population du canton de Berne en âge de travailler concernée par un problème de santé donné (p. ex. forts maux de dos)?
- *Comparaison des groupes extrêmes en fonction de la position sociale*
La comparaison indique si les personnes dont la position sociale est particulièrement basse se différencient des personnes dont la position sociale est particulièrement élevée en ce qui concerne l'état de santé ressenti. Il s'agit d'une analyse purement descriptive, ce qui signifie également que cette comparaison n'a pas

⁷³ Défini sur la base de la combinaison des paramètres suivants: position professionnelle, nombre de subordonnés, profession actuelle et activité salariée ou indépendante. En Suisse, l'ordre hiérarchique de cet indicateur de position sociale utilisé dans le monde entier est moins précis que dans d'autres pays (par exemple le Royaume-Uni).

été contrôlée en ce qui concerne les différences d'âge et de sexe. En revanche, elle révèle la fréquence d'un problème de santé donné dans le groupe défini. Pour ce faire, on a défini deux groupes dont les situations sociales respectives se situent aux pôles opposés.

Le premier regroupe les personnes dont la position sociale est particulièrement basse, autrement dit qui se caractérisent par la combinaison suivante des trois déterminants sociaux: ils n'ont suivi que l'enseignement obligatoire (sans apprentissage) et exercent une activité rémunérée en tant qu'ouvrier ou n'en exercent aucune (ménage, famille); le revenu d'équivalence du ménage est inférieur à celui de la moitié des personnes de la catégorie d'âge, autrement dit s'élève à moins de 3 333 francs par mois (détails concernant la définition, voir annexe).

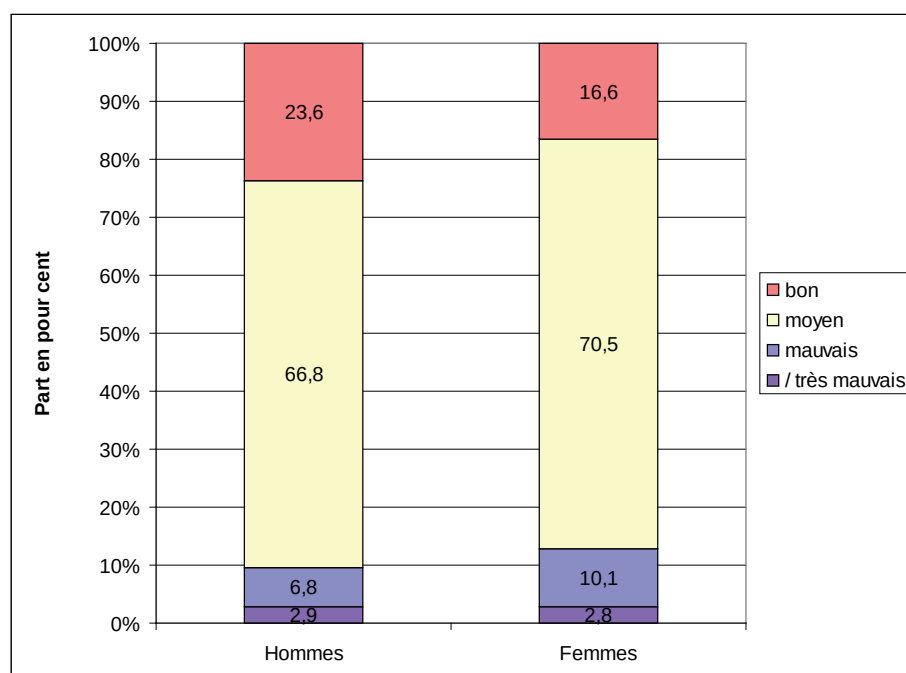
Le second regroupe les personnes dont la position sociale est particulièrement élevée, autrement dit qui se caractérisent par la combinaison suivante: ils sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement tertiaire et exercent une activité rémunérée en tant que cadre moyen ou supérieur; le revenu d'équivalence du ménage est supérieur à celui de la moitié des personnes de leur catégorie d'âge, autrement dit s'élève à plus de 3 333 francs par mois (détails concernant la définition, voir en annexe).

- Selon cette définition, la population du canton de Berne compte 112 600 adultes en âge de travailler dont le statut social est particulièrement bas et 96 360 dont le statut social est particulièrement élevé. Les moyennes d'âge respectives sont de 42,2 et 44,5 ans. La proportion de femmes est comparativement faible dans les deux groupes (35 et 36%). Les hommes sont surreprésentés dans les deux groupes extrêmes et le nombre de femmes occupant des positions sociales moyennes est plus que proportionnel.
- *Analyse multivariée par régression logistique*
Pour pallier la valeur significative de la comparaison purement descriptive des groupes extrêmes, la troisième étape examine l'influence individuelle sur la santé de chacun des trois indicateurs sociaux. Elle permet de contrôler les effets d'âge et de sexe et indique l'importance du lien entre le risque relatif d'être concerné par un problème de santé donné et chaque indicateur social (par exemple le revenu). De cette manière, l'analyse fournit également des pistes d'intervention.

3.2 Etat de santé général

L'un des principaux indicateurs permettant de décrire la santé est l'état de santé ressenti, à savoir la réponse à cette simple question: «Comment est votre santé en général?» Etonnamment, il s'agit d'un des meilleurs prédicteurs de l'état de santé général et même de l'espérance de vie d'un individu. Les personnes interrogées résument la manière dont elles se sentent, les maladies sans signification clinique et les affections physiques et psychiques non traitées.

Comme on le voit dans le graphique ci-dessous, seul un faible pourcentage de la population en âge de travailler se sent «mal» ou «très mal». De manière générale, les femmes donnent une estimation de leur état de santé un peu moins bonne que les hommes.



Graphique 3.1: Etat de santé ressenti par sexes: population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007; N= 1 545)

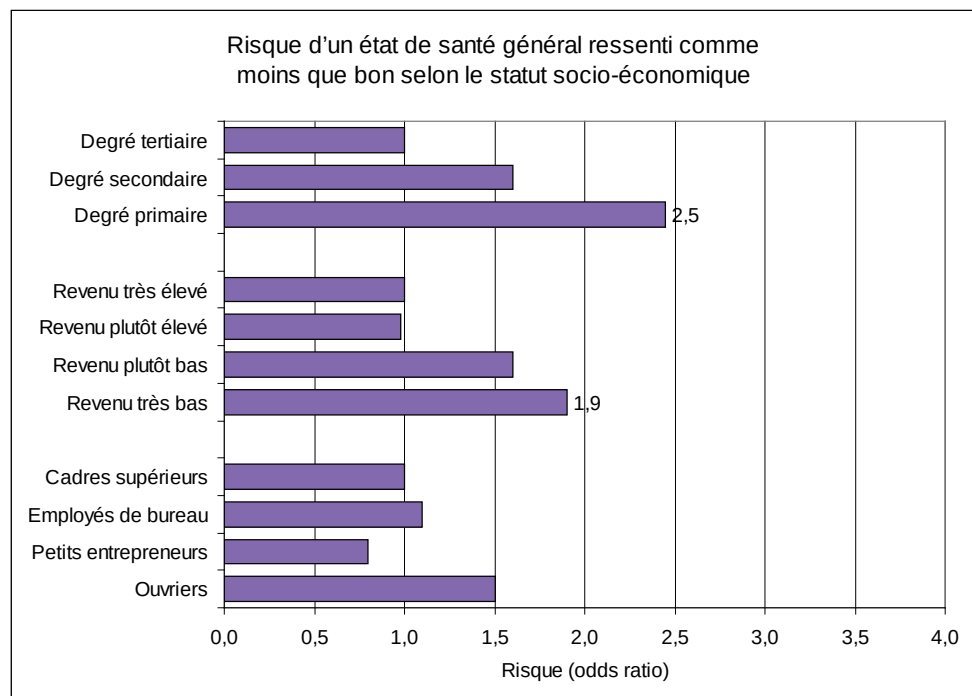
Une position sociale forte (statut social élevé) est-elle synonyme de meilleure santé?

Dans une deuxième étape, les auteurs se sont penchés sur la question de savoir si la population bernoise ayant un statut social particulièrement bas se différencie de celle dont le statut social est particulièrement élevé (comparaison entre groupes extrêmes).

A la question de leur état de santé ressenti, un peu moins de 10% des personnes ayant un statut social particulièrement bas répondent qu'elles ne vont pas bien (très mal, mal ou moyennement mal), alors qu'elles ne sont que 4% parmi les personnes dont le statut social est particulièrement élevé.

Les effets du sexe ou de l'âge sont-ils éventuellement à l'origine de cette différence marquante ou la distordent-ils? La troisième étape, à savoir la régression logistique, répond à cette question. Le graphique ci-dessous, qui présente les résultats de l'analyse multivariée, ne montre que la relation entre les déterminants sociaux et l'indicateur de santé. Les colonnes accompagnées d'une valeur de risque sont celles qui indiquent un résultat significatif. Il est donc hautement improbable que ce résultat soit le fruit du hasard. Par souci de lisibilité, on a renoncé à représenter les effets des variables de contrôle sexe et âge; un tableau contenant les résultats complets de la régression logistique se trouve en annexe.

Voici comment interpréter ce graphique des résultats de la régression logistique: les trois barres supérieures indiquent le résultat de la comparaison du risque entre les trois niveaux de formation. Elles répondent à la question de savoir s'il existe des différences entre les personnes dont le niveau de formation est bas, moyen et élevé. On constate que la formation scolaire est en lien avec le risque de se sentir en moins bonne santé. Les colonnes accompagnées d'une valeur



Graphique 3.2: Relation entre la position sociale et le risque d'un état de santé général ressenti comme moins que bon: population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007, en valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe; N=1 485)

de risque (p. ex. 2.5 pour le degré primaire) indiquent que le groupe concerné présente une différence de risque statistiquement significative avec le groupe de référence. Ainsi, les personnes n'ayant pas achevé l'école obligatoire ou pas dépassé le degré primaire présentent un risque 2,5 fois plus élevé de ne pas se sentir en bonne santé que les personnes ayant suivi une formation tertiaire. Ce résultat résiste à l'intégration dans le modèle des différences d'âge, de sexe et de revenu, donc au contrôle statistique.

Les quatre barres suivantes indiquent la relation entre le revenu et le risque d'un état de santé ressenti comme moins que bon. Les personnes dont le revenu est particulièrement bas présentent un risque 1,9 fois plus élevé de ne pas se sentir en bonne santé que les personnes du groupe de référence (revenu très élevé), dont le risque a été fixé à 1. La population bernoise de cette catégorie d'âge dont les moyens financiers sont limités se sent donc en moyenne beaucoup moins bien. Cet effet est indépendant de la formation scolaire ou de la position professionnelle. Les trois dernières barres, qui concernent la position professionnelle, montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les quatre groupes. La formation scolaire et le revenu influencent l'état de santé général, mais la position professionnelle n'exerce aucune influence supplémentaire, c'est-à-dire indépendante des deux autres déterminants.

Résumé

L'état de santé général ressenti est un indicateur essentiel, dont la valeur pronostique est très élevée pour l'évolution de la santé voire l'espérance de vie. Dans le canton de Berne, les adultes en âge de travailler dont la position sociale est

élevée sont beaucoup plus rares à estimer que leur santé «n'est pas bonne» que les personnes du même âge dont la position sociale est basse. Les femmes et les hommes bénéficiant d'un niveau de formation et d'un revenu élevés ont une chance significativement plus élevée de jouir d'un bon état de santé général.

3.3 Les douleurs chroniques sont très fréquentes

Dans le présent rapport, la description de la santé physique est limitée à des variables en rapport avec des problèmes de douleur. En raison des critères de sélection (entre autres fréquence du problème dans la population) et de l'option retenue de ne pas aborder le recours aux prestations médicales, il a été impossible d'inclure d'autres indicateurs de la santé physique.⁷⁴

Les douleurs chroniques sont un problème de santé qu'il faut prendre au sérieux, car selon leur évolution, elles peuvent se traduire par une forte diminution de la qualité de vie, des affections psychiques telles que la dépression et une incapacité de travailler.⁷⁵ Les douleurs lombaires chroniques, notamment, entraînent des coûts importants sur le lieu de travail. En 2005, la 4^e enquête européenne sur les conditions de travail a abouti à la conclusion que 18 % des personnes actives souffrent de douleurs dorsales causées au moins en partie par leur travail.⁷⁶ Environ un cinquième de toutes les rentes AI sont accordées en raison de maladies musculo-squelettiques et, d'après la statistique de l'AI 2008, engendrent des coûts d'un milliard de francs par an.⁷⁷ Le rapport de synthèse du Programme national de recherche PNR 53 «Santé musculo-squelettique – douleurs chroniques» parvient d'ailleurs à la conclusion que de nouveaux efforts importants sont nécessaires pour renforcer la prévention, améliorer la rééducation et éviter les traitements thérapeutiques inadéquats.⁷⁸

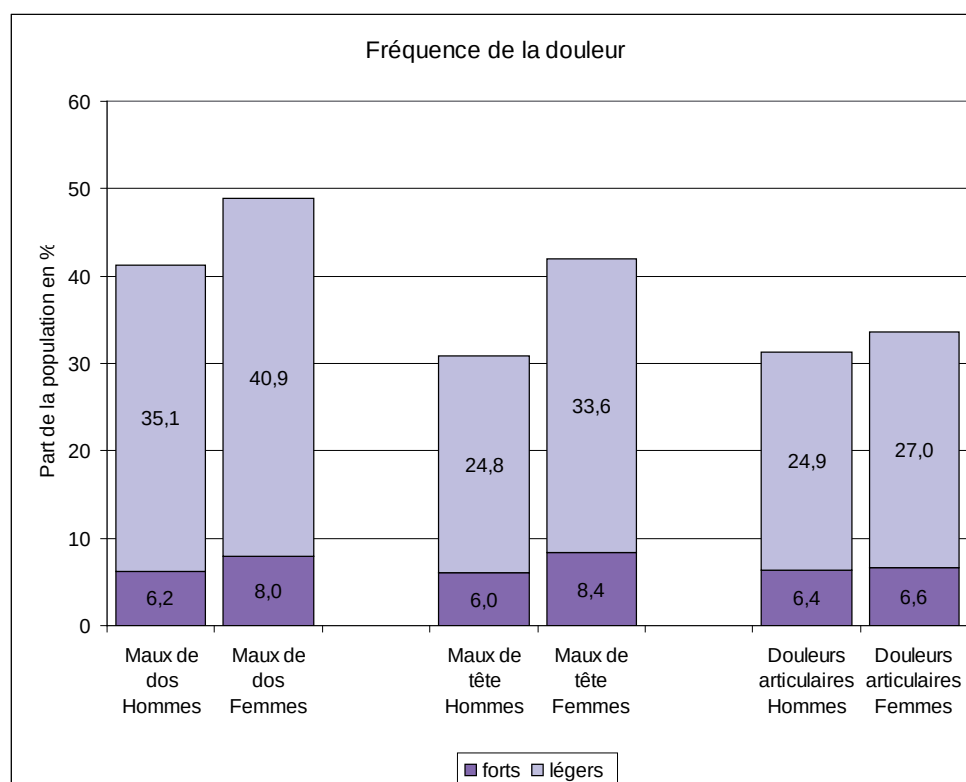
74 Dans le cas de nombreuses variables intéressantes telles que les maladies cardiaques, le diabète ou les handicaps, l'échantillon contenait trop peu de personnes concernées (N). Il a donc été impossible de procéder à une analyse multivariante.

75 Baer, Frick, Fasel, 2009.

76 Secrétariat d'Etat à l'économie, Haute Ecole du Nord-Ouest de la Suisse, 2007

77 Office fédéral des assurances sociales, 2008

78 Fonds national de la recherche scientifique, 2009



Graphique 3.3: Part de la population du canton de Berne en âge de travailler souffrant régulièrement de maux de dos, de maux de tête ou de douleurs articulaires, selon le sexe (ESS, 2007; N = 1 543)

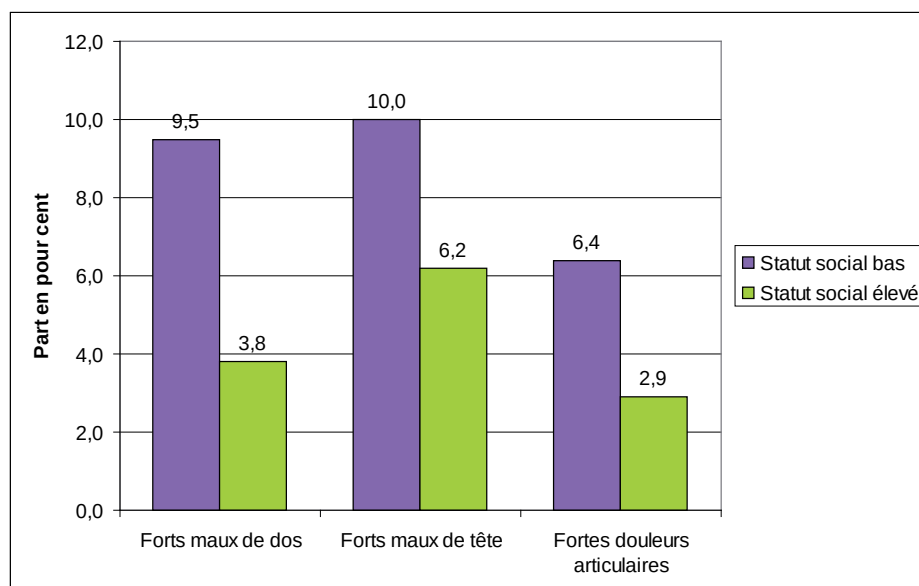
Durant le mois précédant l'enquête, une grande partie de la population en âge de travailler a souffert de douleurs légères, et 6 à 8 % des personnes interrogées ont déclaré avoir souffert de fortes douleurs. Par ailleurs, 5,4 % des femmes et 2,4 % des hommes prennent chaque jour un antidouleur. 23 % des femmes et 15 % en ont absorbé un au moins une fois au cours de ce mois.

Les douleurs les plus fréquentes sont les maux de dos. Les causes des maux de dos sont diverses et souvent multiples. Les douleurs dans la région de la colonne vertébrale sont essentiellement imputables à des tensions musculaires ou à des maladies dégénératives. Outre les causes organiques, des facteurs psychologiques sont également déterminants de la chronicisation des maux de dos. Les conflits interpersonnels dans la vie professionnelle et privée ou la perte d'emploi y jouent un rôle important. Il est possible d'atténuer le risque d'apparition de maux de dos par une activité physique suffisante, par le passage correct en position debout, par des postures adéquates pour soulever des poids, par la réduction de la pénibilité de tâches nuisant à la santé, par la mise à disposition de postes de travail ergonomiques et par une nourriture riche en calcium durant l'enfance. L'attitude du patient, autrement dit sa «théorie» personnelle quant à la maladie, est décisive pour le traitement des maux de dos aigus et dans la prévention de leur chronicisation: quiconque associe la douleur avec un dommage physique et adopte intuitivement un comportement d'évitement, a de moins bonnes chances de guérir.⁷⁹

⁷⁹ Observatoire suisse de la santé, 2006.

Fréquence des douleurs selon la situation sociale

Le graphique suivant compare, de nouveau dans une deuxième étape, les deux groupes extrêmes, à savoir les personnes ayant un statut social particulièrement élevé ou particulièrement bas. On constate que les problèmes de douleur déterminants sont beaucoup plus fréquents dans le groupe de population ayant une formation scolaire élémentaire, une position professionnelle peu élevée et un revenu plutôt faible.



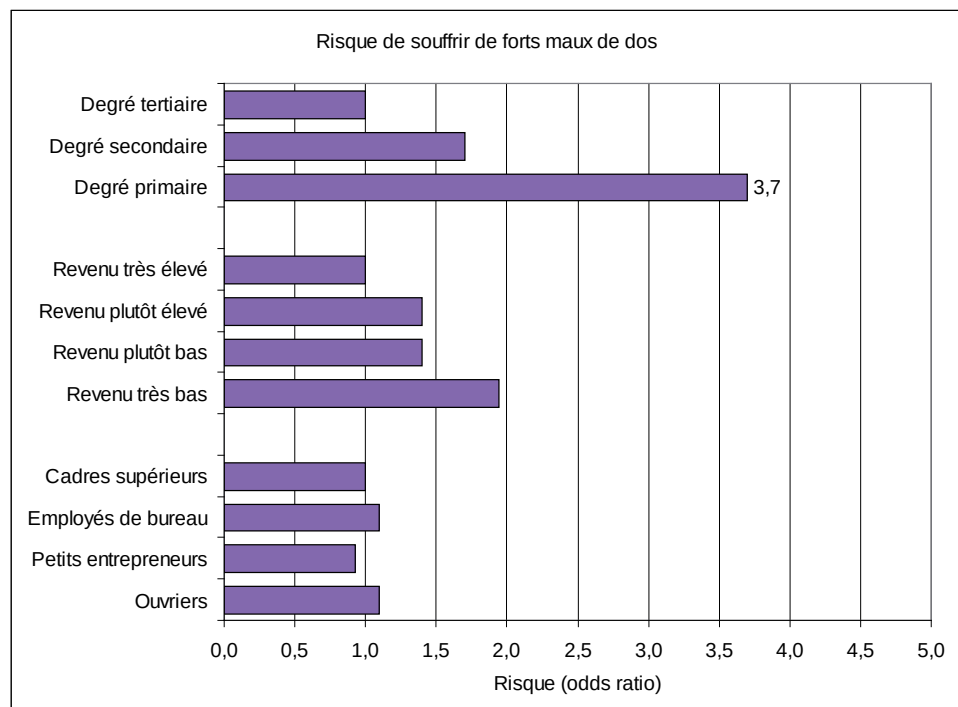
Graphique 3.4: Part de la population du canton de Berne en âge de travailler souffrant de forts maux de dos, maux de tête ou douleurs articulaires, dans les deux groupes extrêmes de situation sociale (ESS, 2007; N=605)

L'apparition de douleurs elle aussi a été examinée à la lumière des différents indicateurs sociaux, les effets d'âge et de sexe ayant été contrôlés statistiquement. Les résultats de la régression logistique montrent que la nature de la douleur (ou plus précisément l'organe concerné) influence de manière décisive la réponse à la question de savoir si des indicateurs sociaux peuvent expliquer la probabilité d'être atteint et, le cas échéant, de quels indicateurs il s'agit.

Dans le cas des maux de dos, le gradient social est clairement lié au niveau de formation. Les personnes qui n'ont suivi que la scolarité obligatoire ou ne l'ont pas terminée souffrent presque quatre fois plus souvent de forts maux de dos que celles qui ont achevé une formation du degré tertiaire.

Une étude récemment publiée sur l'augmentation des rentes d'invalidité dues à des affections psychiques en Suisse montre à quel point des douleurs chroniques peuvent être invalidantes sur le plan psychique⁸⁰: la combinaison dépression, douleurs et symptômes physiques non spécifiques est le tableau clinique le plus fréquent aboutissant à une rente AI. Il s'agit souvent de personnes ayant un bas niveau de formation scolaire et exerçant des activités manuelles simples dans l'industrie ou le bâtiment. Parmi elles, les migrants sont plus nombreux que la moyenne à être concernés (presque 50% des cas).

80 Baer, Frick, 2009.

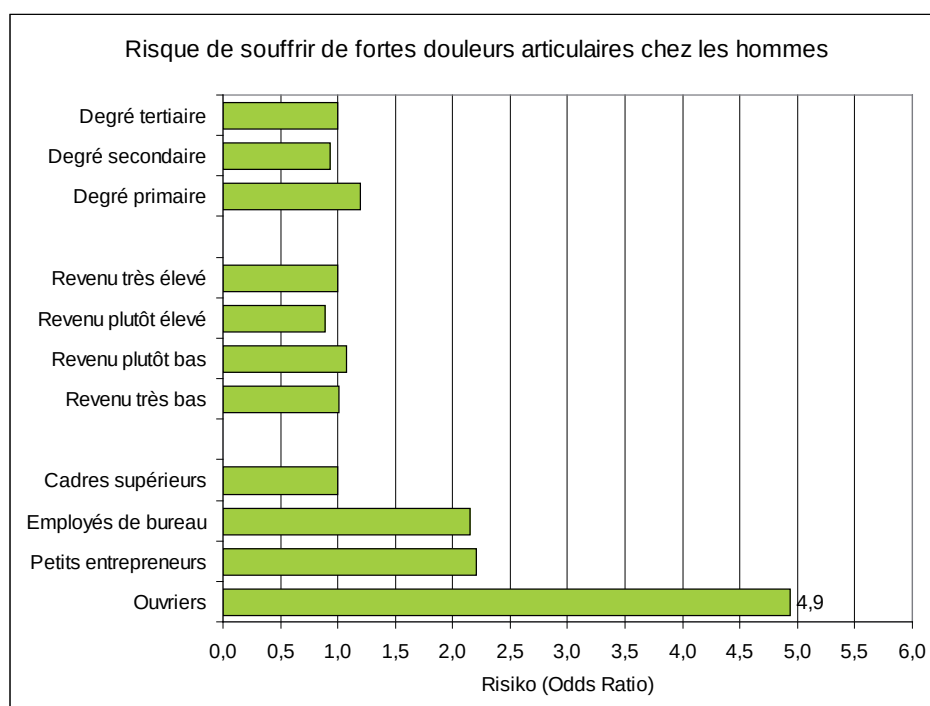


Graphique 3.5: Relation entre le statut social et le risque de souffrir de forts maux de dos: population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007, en valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe; N = 1 484)

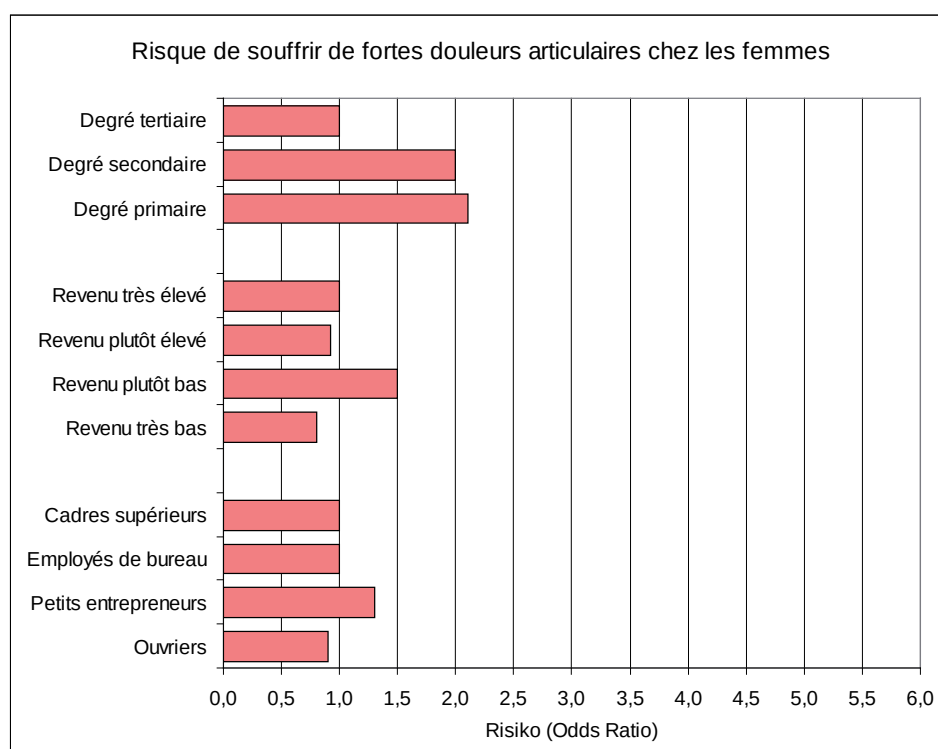
Dans le cas des douleurs articulaires, les résultats sont très différents pour les femmes et les hommes, raison pour laquelle les auteurs s'appuient sur les modèles calculés séparément: chez les hommes, on constate un lien statistiquement significatif entre l'activité professionnelle et le risque de souffrir de fortes douleurs articulaires. La plupart d'entre eux sont des ouvriers qualifiés ou non qualifiés. Cela souligne la contrainte physique qui y est liée. Un rapport du seco⁸¹ sur le lien entre travail et santé a analysé les données de 8 958 personnes actives questionnées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé de 2007 et conclut ceci: les personnes dont le niveau scolaire est moins élevé sont exposées dans le cadre de leur travail à des contraintes physiques beaucoup plus fortes qui ont des répercussions négatives sur leur santé. Il s'agit principalement de mouvements répétitifs de la main ou du bras, de positions douloureuses ou fatigantes ainsi que de l'élévation et du déplacement de lourdes charges, auxquels sont principalement exposées les personnes travaillant dans l'agriculture, l'industrie, le bâtiment et l'hôtellerie-restauration.

Chez les femmes, il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre les déterminants sociaux analysés et le risque de souffrir de douleurs articulaires, qui semble être en relation plus étroite avec d'autres facteurs. Ces facteurs n'ont aucun rapport avec la situation sociale (p. ex. différence individuelle à la naissance) ou alors avec des déterminants sociaux qui n'ont pu être pris en compte dans le présent rapport.

81 SECO, 2009



Graphique 3.6: Relation entre le statut social et le risque de souffrir de fortes douleurs articulaires: population bernoise masculine adulte en âge de travailler (ESS, 2007, en valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe; N = 698)



Graphique 3.7: Relation entre le statut social et le risque de souffrir de fortes douleurs articulaires: population bernoise féminine adulte en âge de travailler (ESS, 2007, en valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe; N = 787)

L'analyse multivariée portant sur les forts maux de tête révèle un risque accru pour les personnes à bas revenu. Étonnamment, le risque de souffrir de forts maux de tête est deux fois moins élevé pour les employés de bureau et les autres personnes exerçant une profession non manuelle que pour le groupe de référence des cadres supérieurs (détails concernant les résultats, voir annexe).

3.4 Poids corporel, activité physique et alimentation

Dans les pays industrialisés, la tendance à la surcharge pondérale n'a cessé d'augmenter durant les trois décennies écoulées. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est désormais d'avis que cette évolution constitue l'un des problèmes de santé les plus graves. C'est aux États-Unis que le phénomène est le plus répandu, mais les pays européens ne sont plus épargnés. Selon l'Office fédéral de la santé publique, en Suisse, 2,2 millions de personnes en Suisse affichent un excès de poids ou sont obèses, et cette population augmente d'environ 50 000 personnes par an. Les coûts imputables à l'obésité, qui sont estimés à 2,7 milliards de francs par an, ne sont pas la seule source d'inquiétude. Il faut également tenir compte de la perte de qualité de vie, des troubles psychiques et de la diminution de l'espérance de vie qui vont de pair avec l'excès de poids.⁸²

Comment cette évolution inquiétante s'explique-t-elle?

Comme d'autres risques et problèmes de santé, le poids de chaque individu dépend de ses particularités et de son environnement. Dans l'évolution de la société à laquelle nous assistons, les particularités de l'individu ne sont pas ou très peu déterminantes. En revanche, notre environnement a subi des modifications décisives qui ont un impact direct sur le poids corporel de la population. Sur le plan strictement physique, notre poids est essentiellement déterminé par le bilan entre l'apport d'énergie par l'alimentation et l'énergie que consomment nos activités. Le déséquilibre entre apport et consommation énergétiques est une cause reconnue de surcharge pondérale. Au cours des décennies écoulées, de nombreux efforts ont été entrepris pour libérer notre quotidien des contraintes physiques. Contrairement à ceux d'il y a vingt ans, les enfants d'aujourd'hui refusent de marcher plus de trente minutes pour aller à l'école. La mobilité des adultes a profondément changé elle aussi. Il est rare que nous parcourions encore un trajet à force humaine, et nous empruntons les moyens de transport motorisés même pour les très petites distances. Parallèlement, nos habitudes alimentaires se sont radicalement modifiées: les aliments et les boissons hautement caloriques sont désormais disponibles partout et en tout temps. Les chercheurs en santé ont même récemment inventé l'expression «environnement adipogène». En environnement urbain, notamment, il faut une certaine force de caractère pour conserver un poids adéquat.

La théorie de la régulation des émotions fournit une explication au fait que de nombreuses personnes se nourrissent de manière malsaine tout en sachant qu'elles nuisent ainsi à leur santé.⁸³ Récemment développée, elle repose sur l'hy-

⁸² Schneider, Schmid, 2004.

⁸³ Heindl, 2007.

pothèse selon laquelle la quantité et la nature de ce que nous absorbons quotidiennement est en rapport avec une fonction précise de l'alimentation: le fait de manger peut influencer et réguler les émotions. La consommation de chocolat, par exemple, peut calmer ou déclencher un sentiment de félicité. Nous mangeons trop pour annihiler rapidement le stress ou la peur. La théorie de la régulation des émotions est fondée sur les résultats de la recherche cérébrale, sur les expériences faites dans les disciplines qui se penchent sur l'apprentissage somatique ainsi que sur les récentes découvertes dans le domaine de la prévention de l'obésité et des désordres alimentaires. Dans ce contexte, l'importance capitale de la prise de conscience de son propre corps, notamment de sa fonction de régulation des émotions et de l'organisme, établit le lien entre les différentes perspectives. La théorie de la régulation des émotions répond aussi à la question du manque d'impact des messages et campagnes d'information pour une alimentation saine sur le comportement des cibles, notamment sur les personnes pauvres ou ayant un bas niveau social et de formation:

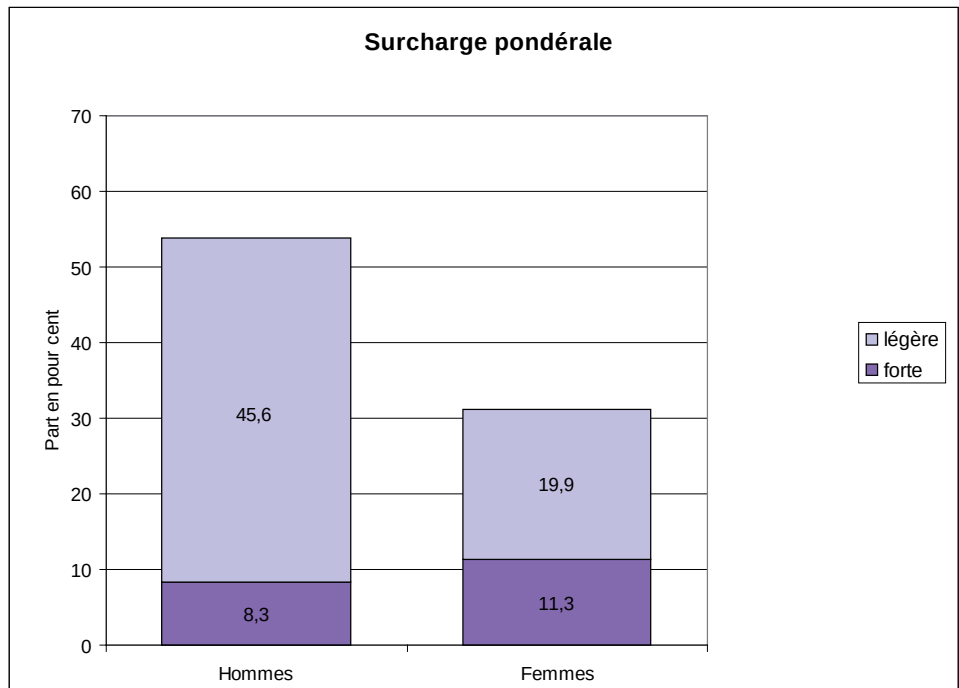
«Les personnes dont l'existence quotidienne est déterminée par la nécessité d'être rassasiées, par la prise de nourriture comme défense contre la frustration et l'ennui, par l'insatisfaction personnelle et le manque de reconnaissance sociale, semblent hermétiques aux conseils et aux recommandations pertinents diffusés aujourd'hui.» (Heindl, 2007, p. 35).

La fréquence de la surcharge pondérale dans le canton de Berne

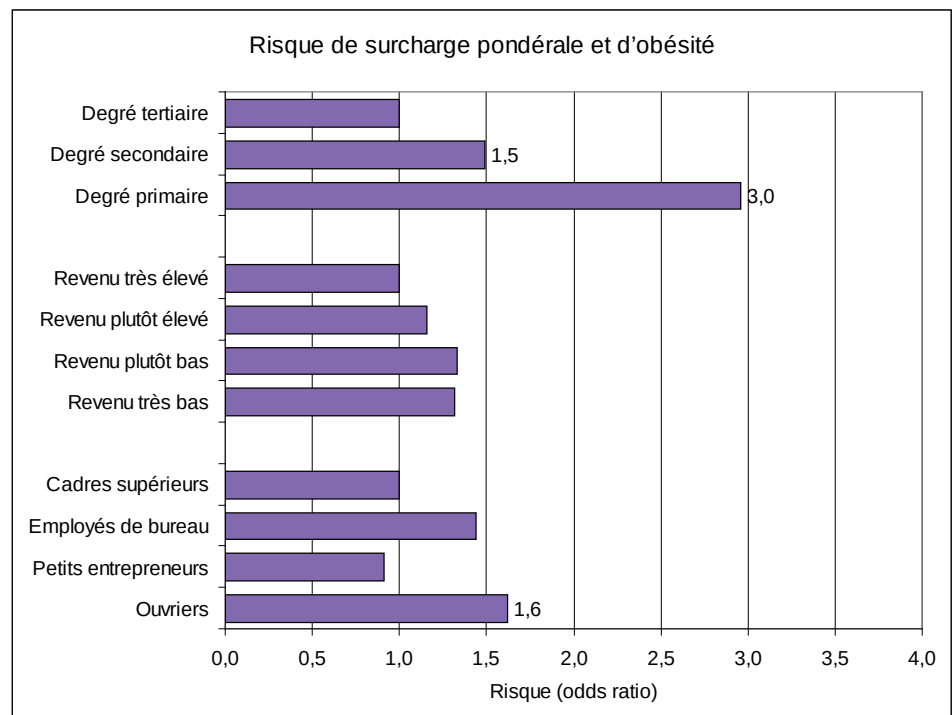
Selon les données disponibles, plus de la moitié des hommes de 25 à 64 ans habitant le canton de Berne affichent un excès de poids ou sont obèses. Ce résultat est inquiétant. Chez les femmes adultes, les problèmes de surcharge pondérale sont nettement plus rares.

La comparaison entre les deux groupes sociaux extrêmes montre ceci: le groupe de population ayant le statut social le plus bas présente une proportion de 51 % de personnes en excès de poids ou obèses, contre 33 % dans le groupe de population ayant le statut social le plus élevé.

Comme on pouvait s'y attendre, les analyses par régression logistique (voir graphique 3.10) révèlent un important gradient social en ce qui concerne le poids corporel: en comparaison avec les personnes diplômées du degré tertiaire, les personnes dont le niveau de formation scolaire est le plus bas présentent un risque de surcharge pondérale trois fois plus élevé, contre une fois et demi pour les personnes ayant terminé une formation du degré secondaire, et ce, en valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe, du revenu et de la position professionnelle. Indépendamment de leur formation scolaire, les ouvrières et les ouvriers présentent également un risque supérieur d'excès de poids.



Graphique 3.8: Fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité: population bernoise adulte en âge de travailler, par sexe (N = 1 476)



Graphique 3.9: Relation entre le statut social et le risque de surcharge pondérale et d'obésité: population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007, valeurs ajustées des effets d'âge et de sexe; N = 1 476)

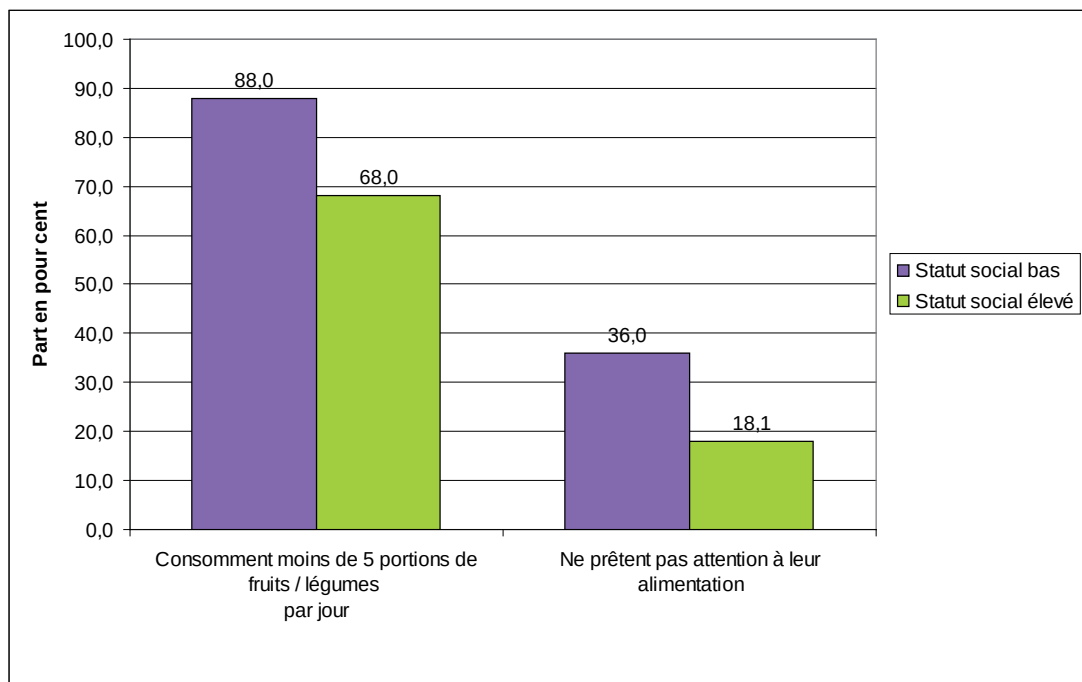
On voit donc que, dans le canton de Berne, la surcharge pondérale est particulièrement fréquente dans la population masculine adulte. La moitié des per-

sonnes dont la position sociale est basse affichent un excès de poids, qui va notamment de pair avec le risque accru que présentent les personnes de faible niveau de formation scolaire.

Les femmes et les personnes ayant bénéficié d'une bonne formation se nourrissent plus sainement

Tant la nature que la quantité de nourriture consommée peuvent se répercuter positivement ou négativement sur la santé. Comme on l'a vu plus haut, le comportement alimentaire est en lien avec le poids corporel. Dans le cadre de l'ESS, les personnes interrogées ont été questionnées non seulement à propos de leur consommation alimentaire réelle, mais aussi sur ce qu'elles font pour préserver leur santé dans le domaine de l'alimentation.

27 % seulement de la population bernoise entre 25 et 64 ans consomme chaque jour au moins cinq portions de fruits ou de légumes. L'objectif du «Five a day» pour la majorité de la population est donc loin d'être atteint. Les femmes sont plus nombreuses à suivre cette recommandation que les hommes (37 % contre 18 %). Dans ce groupe, 76 % des personnes indiquent faire attention à leur alimentation pour des raisons de santé. La part des hommes qui ne veillent pas à s'alimenter sainement est exactement deux fois plus élevée (32 %) que celle des femmes (16 %).



Graphique 3.10: Part de la population du canton de Berne en âge de travailler par consommation alimentaire et par attitude alimentaire dans les deux groupes extrêmes de situation sociale (ESS, 2007; N = 605)

En comparant les deux groupes extrêmes de statut social (particulièrement bas et particulièrement élevé), on constate d'importantes différences: tant en ce qui concerne la question du souci de s'alimenter sainement que la consommation réelle de fruits et de légumes, les personnes dont la position sociale est la plus basse sont beaucoup plus nombreuses à répondre par la négative que celles

dont la position sociale est la plus élevée dans la même catégorie d'âge: 36 % indiquent ne pas prêter attention à leur alimentation (contre 18 %) et 88 % consomment généralement moins de cinq portions (quantité recommandée) de fruits ou de légumes par jour (contre 68 %).

La consommation régulière de fruits et de légumes dépend également de la formation scolaire.

La régression logistique révèle une relation significative entre la formation scolaire et le comportement alimentaire, assortie d'un gradient social important. Plus le degré de formation est élevé, plus le nombre de personnes indiquant s'alimenter sainement est grand. La consommation régulière de fruits et de légumes dépend également de la formation scolaire: les femmes et les hommes ayant suivi une formation du degré tertiaire sont significativement plus nombreux à en consommer la quantité recommandée que les femmes et les hommes ayant suivi une scolarité au niveau secondaire ou primaire. Une différence éclatante apparaît en ce qui concerne les hommes: chez ceux qui n'ont suivi que l'école obligatoire, la probabilité de se nourrir de façon malsaine est huit fois plus élevée que chez les diplômés du degré tertiaire (détails concernant les analyses, voir annexe).

Activité physique

Le mouvement et le sport sont très importants pour la santé. Il est en effet scientifiquement prouvé que la pratique régulière d'une activité physique est bénéfique pour le bien-être physique et psychique et qu'elle protège de nombreuses maladies.⁸⁴ Le manque de mouvement est un facteur de risque aussi sérieux pour la santé que la fumée et la surcharge pondérale.⁸⁵

Au XX^e siècle, la nature de l'activité physique de la population a beaucoup évolué: les efforts physiques, que ce soit dans le cadre du travail ou de la vie privée, sont de moins en moins requis. Un nombre croissant de métiers se caractérisent par la position assise et la passivité physique. La mobilité quotidienne a évolué elle aussi: beaucoup d'entre nous utilisent la voiture ou les transports publics pour parcourir même de courtes distances. Durant nos loisirs, nous consacrons un grand nombre d'heures à la télévision ou l'ordinateur. Cela étant, les mentalités ont changé: les encouragements à pratiquer plus d'activité physique se multiplient. Il suffit de penser à des programmes populaires comme «Allez hop», campagne nationale de promotion de l'activité physique de l'Office fédéral du sport, Promotion Santé Suisse, Swiss Olympic et santésuisse: par des cours de walking, nordic walking, aquagym, running et fitgym, elle tente de redonner le plaisir de bouger. Autre exemple: l'action «Bike to work», dans le cadre de laquelle les entreprises encouragent leurs collaborateurs à se rendre au travail à force humaine pendant un mois. Elle a réuni plus de 51 000 collaborateurs de près de 1 100 entreprises suisses, qui ont additionné plus de 8 millions de kilomètres à vélo. Citons également dans ce contexte les divers projets visant à rendre le chemin de l'école plus sûr. Le canton de Berne a mis en place le programme cantonal «Alimentation et activité physique 2008 – 2012» pour augmenter la part de la population ayant un poids corporel sain et pour freiner la tendance à la sur

84 Marti, Hättich, 1999.

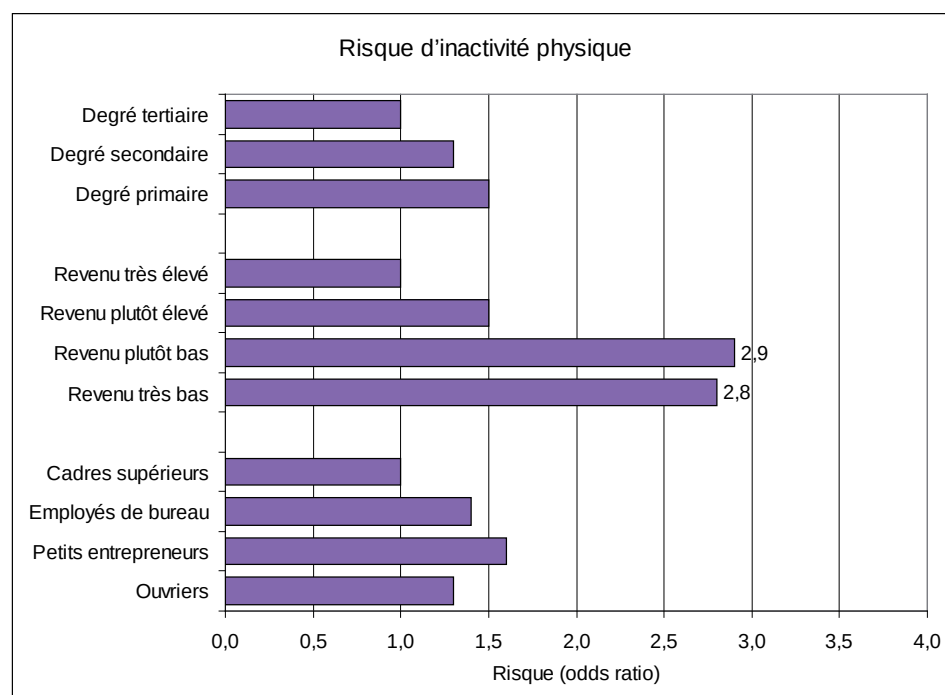
85 Smala, Beeler, Szucs, 2001.

charge pondérale chez les enfants et les adolescents. Ce programme s'adresse plus particulièrement aux (jeunes) enfants et aux adolescents.⁸⁶

Parmi les habitants du canton de Berne âgés de 25 à 64 ans, 11 % des femmes et 11 % des hommes ne pratiquent aucune activité physique: ils transpirent moins d'une fois par semaine ou consacrent moins de 30 minutes par semaine à une activité qui les essouffle.

Eu égard au rapport incontestable entre gradient social et surcharge pondérale, il n'est pas étonnant que ce lien soit également observable en ce qui concerne le mouvement. La comparaison entre les deux groupes sociaux extrêmes révèle aussi des différences extrêmement marquées: 6 % des personnes ayant le statut social le plus élevé sont inactives, contre 18% des personnes ayant le statut social le plus bas.

L'analyse multivariée indique que les inactifs sont principalement des personnes à bas revenu. L'interprétation qu'il convient de donner à ce résultat n'est pas encore claire. Parallèlement à l'influence directe de la situation financière, il existe probablement un impact indirect (exemple: les difficultés financières durables exercent une influence négative sur l'espoir de pouvoir façonner soi-même sa vie, de voir ses efforts couronnés de succès et par conséquent sur la motivation à faire du sport et à persévérer).



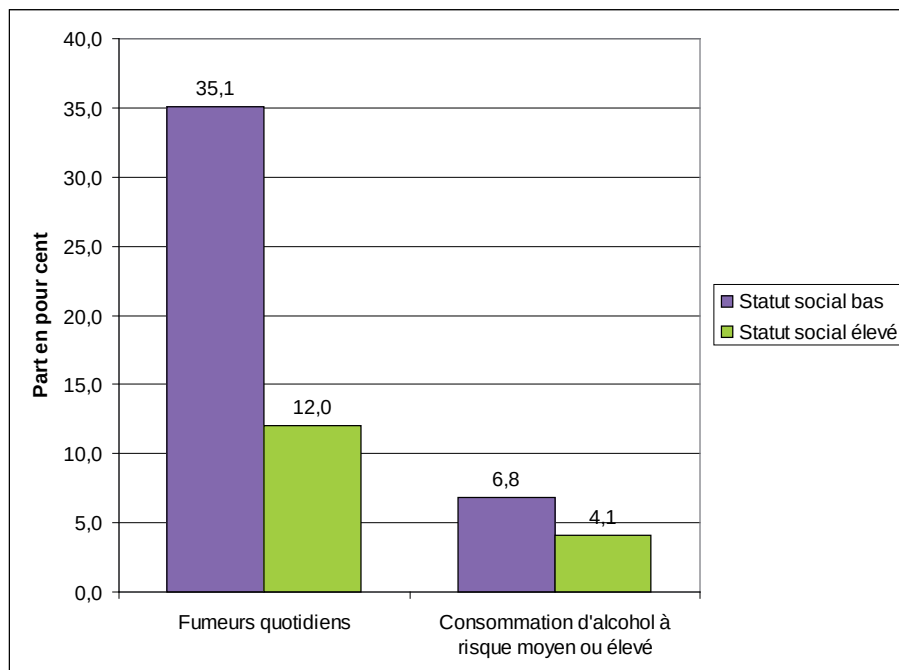
Graphique 3.11: Relation entre le statut social et l'inactivité physique de la population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 1 437)

86 Projets et objectifs retenus par le canton de Berne: offres de conseil faciles d'accès des services cantonaux de puériculture – notamment pour les parents migrants; mise à disposition de structures encourageant le mouvement et l'alimentation équilibrée (Du mouvement à l'école, Fourchette Verte); promotion de la perception corporelle et de l'estime de soi (Papperla PEP – bouger – ressentir – manger); aménagement du chemin de l'école plus adapté aux enfants (bike to school).

3.5 Consommation de tabac et d'alcool

De nombreuses études scientifiques l'ont démontré et le fait est connu de la population: la fumée compte parmi les causes les plus fréquentes de maladie, d'invalidité et de mort prématurée. Des études empiriques estiment qu'environ un tiers de tous les décès frappant des personnes entre 35 et 65 ans sont dus – directement ou indirectement – à la consommation de tabac.⁸⁷

21,6% de la population bernoise âgée de 25 à 64 ans fume quotidiennement. La part de fumeurs quotidiens est un peu plus élevée chez les hommes (24,8 %) que chez les femmes (18,3 %).



Graphique 3.12: Part de la population du canton de Berne en âge de travailler qui s'adonne au tabagisme et à l'alcool dans les deux groupes extrêmes de situation sociale

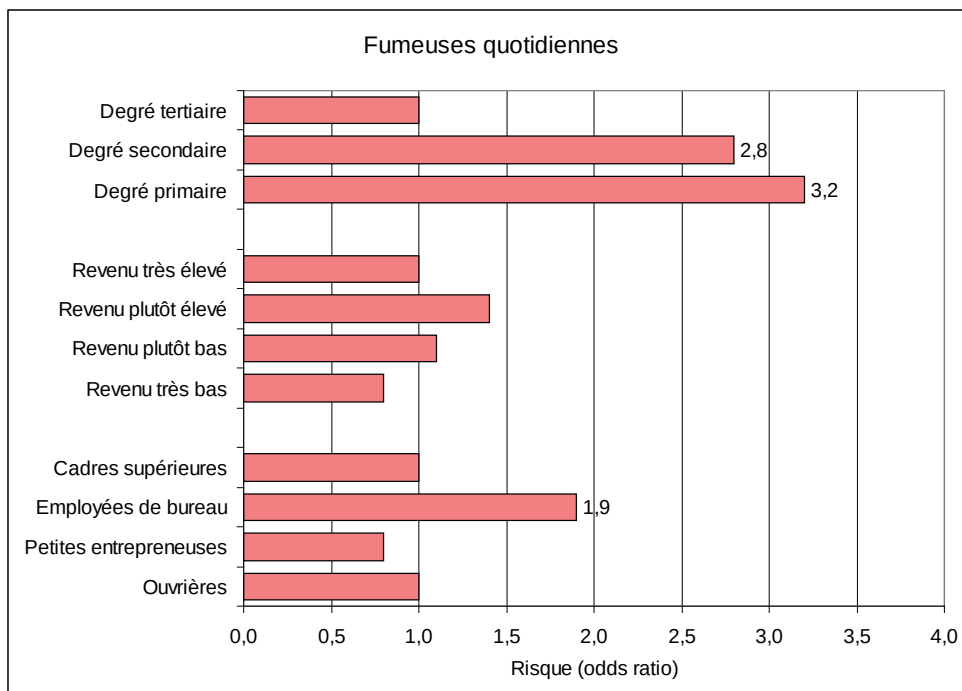
Dans le canton de Berne, le fait de fumer ou non est en lien avec la situation sociale

En ce qui concerne les fumeurs quotidiens, la différence entre les deux groupes sociaux extrêmes est importante: 35 % des personnes dont le statut social est particulièrement bas fument quotidiennement, contre 12 % seulement des personnes ayant un statut social particulièrement élevé.

L'analyse multivariée révèle une différence entre hommes et femmes: ce comportement nuisible à la santé est nettement plus fréquent parmi les femmes dont le niveau de formation scolaire est bas, et les employées de bureau sont deux fois plus nombreuses à fumer quotidiennement que les femmes cadres moyennes et supérieures. C'est parmi les hommes ayant terminé une formation du niveau secondaire et parmi les ouvriers qu'on rencontre le plus grand nombre de fumeurs. Il convient également de souligner un effet intéressant en ce qui concerne le revenu: les hommes à bas revenu fument plus rarement. Cette rela-

⁸⁷ Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, 2004.

tion apparaît aussi chez les femmes, sans y être toutefois statistiquement significative. On ignore si ce phénomène est en lien avec le prix élevé des cigarettes.

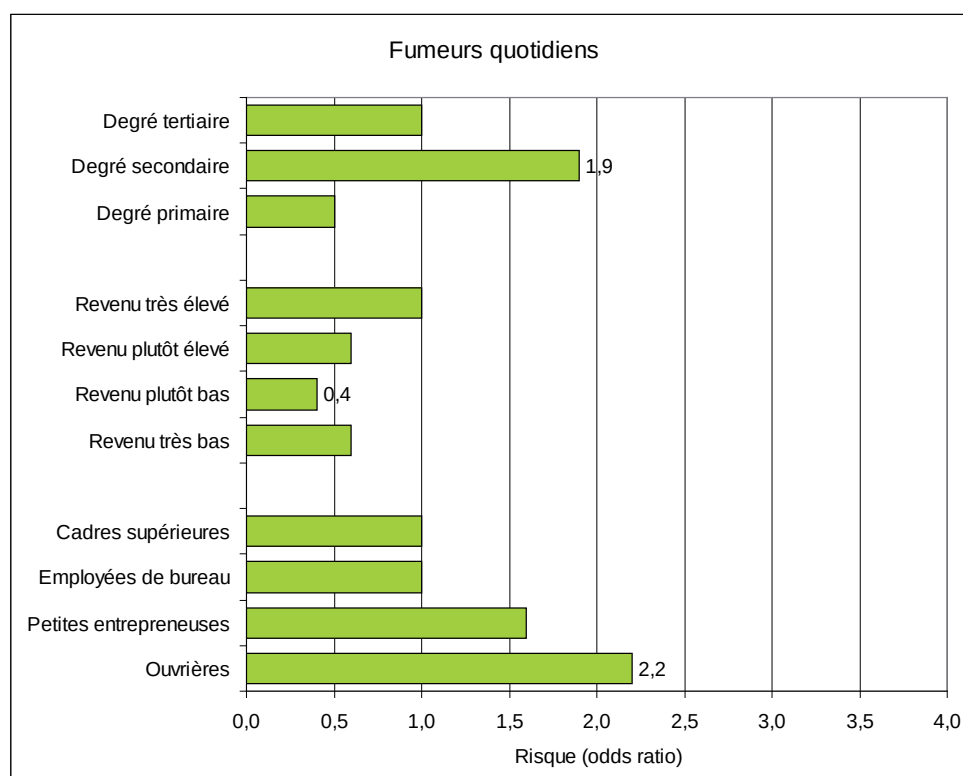


Graphique 3.13: Relation entre le statut social et le fait de fumer quotidiennement: population bernoise féminine adulte en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 786)

La consommation d'alcool nuisible à la santé ne semble pas être en lien avec la situation sociale

Comme pour la consommation de tabac, on sait depuis longtemps que la consommation excessive d'alcool nuit à la santé. S'il est aujourd'hui établi qu'une consommation modérée peut avoir un effet bénéfique, boire de manière excessive coûte un grand nombre d'années de vie.⁸⁸

⁸⁸ OMS, 2002, 65 sqq.



Graphique 3.14: Relation entre le statut social et le fait de fumer quotidiennement: population bernoise adulte masculine en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 698)

Selon l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), une consommation journalière moyenne de plus de 20 grammes d'alcool pour les femmes et de plus de 40 grammes pour les hommes est considérée comme un risque moyen pour la santé. Elle se transforme en risque élevé à partir de 40 grammes pour les femmes et 60 grammes pour les hommes. Si l'on applique cette définition de l'ISPA, en 2007, la limite du risque moyen ou élevé a été dépassée par 4 % de la population bernoise adulte. Parmi ces personnes, les hommes sont plus de deux fois plus nombreux que les femmes (5,5 % contre 2,5 %).

La comparaison entre les deux groupes extrêmes de statut social montre que ce comportement de consommation est un peu plus fréquent chez les personnes dont le statut social est particulièrement bas (6,8 % contre 4,1 %). Cela étant, l'analyse multivariée après contrôle des effets d'âge et de sexe n'indique aucune relation statistique entre les trois déterminants sociaux et la consommation d'alcool à risque.

Contrairement à la fumée, la consommation d'alcool nuisible à la santé ne semble pas être influencée de manière significative par la position sociale. En revanche, il est prouvé qu'elle dépend du lieu de domicile ou, plus précisément, de l'appartenance culturelle: en Suisse romande et au Tessin, la consommation d'alcool à risque est nettement plus fréquente qu'en Suisse alémanique.⁸⁹

89 Obsan, 2005.

3.6 Les maladies psychiques: une charge de morbidité notable pour la société

Les maladies psychiques sont non seulement très fréquentes, puisqu'elles frappent environ la moitié de la population au moins une fois au cours de l'existence, mais elles revêtent également une grande importance sociale du fait de leur durée souvent longue, de leur fort potentiel handicapant ainsi que des préjugés et des peurs qui y sont liés. En outre, les désordres psychiques affectent très fréquemment les contacts sociaux et s'accompagnent de ce fait de souffrances au sein de la famille, du cercle d'amis et dans l'environnement de vie et de travail.

Les liens entre maladies psychiques, d'une part, et problèmes sociaux et inégalité sociale, de l'autre, sont multiples. La plupart des désordres psychiques se placent dans le cadre d'un modèle biopsychosocial: leur apparition, leur persistance et leur disparition dépendent de mécanismes biologiques et psychologiques, mais aussi de facteurs sociaux, dont les principaux sont le niveau de formation, la catégorie sociale, le statut d'activité, le revenu, la position professionnelle, le cadre de travail et l'environnement social. En fin de compte, il est difficile de dire si une maladie psychique a été déclenchée par une situation socio-économique défavorable ou si, au contraire, c'est la maladie psychique qui est responsable de l'isolement social, des problèmes professionnels et du déclin social. Cela étant, il est permis de supposer qu'une situation sociale défavorable favorise les troubles psychiques et leur évolution négative. Il est par ailleurs prouvé que le chômage peut provoquer des affections psychiques.⁹⁰

Aujourd'hui, on connaît mieux la signification sociale et économique des désordres psychiques: ils sont non seulement une des principales causes d'absence au travail pour maladie, mais aussi et surtout l'un des facteurs essentiels de perte de productivité économique. Cette évolution se manifeste, comme une sorte de pointe de l'iceberg, dans celle des rentes d'invalidité en Suisse: la part tout comme le nombre de rentes d'invalidité dus à des affections psychiques se sont accrus continuellement et considérablement au cours des décennies écoulées et sur les 250 000 rentes AI actuelles, quelque 100 000 ont été octroyées en raison de troubles psychiques.

Une seule catégorie de pathologies est responsable de cette augmentation considérable: les troubles dits «réactifs du milieu ou psychogènes».⁹¹ Elle comprend surtout les dépressions, les troubles de la personnalité (borderline, etc.) et les douleurs chroniques – donc des maladies qui sont très fréquentes dans la population sous une forme plus ou moins aiguë. L'enquête révèle entre autres que la majorité des personnes mises en invalidité à un âge moyen de 45 ans a souffert d'une maladie psychique pendant l'enfance ou l'adolescence, donc plusieurs dizaines d'années auparavant. Une grande partie des personnes mises en invalidité a un passé de violence et de négligence extrêmes dans l'enfance ou dans l'adolescence. Ces personnes ont subi des changements de famille d'accueil ou avaient elles-mêmes des parents atteints de pathologies psychiques ou physiques. Si l'on considère en outre que certains troubles psychiques commencent très tôt et durent longtemps, on se rend compte de l'importance particulière du milieu familial et social pour le développement et la préservation de la santé

90 Jenkins, Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill, Meltzer, 1997.

91 Baer, Frick, Fasel, 2009.

psychique. En raison des différents outils d'enquête utilisés au fil du temps, les données disponibles ne permettent pas de savoir avec précision si les maladies psychiques ont réellement augmenté en quelques années ou si elles sont plus souvent identifiées. Il semble cependant que certains tabous les concernant soient tombés (p. ex. pour ce qui est de la dépression), ce qui pourrait indiquer que l'augmentation générale du recours aux services psychiatriques et des rentes AI n'est pas imputable à un accroissement réel des symptômes dans la population, mais – partiellement du moins – au fait que les personnes concernées sont plus nombreuses à rechercher l'aide de professionnels et un soutien financier.

La plupart des désordres psychiques se situent quelque part sur une échelle allant de «en parfaite santé» à «gravement malade»: ils sont plus ou moins aigus, et on ne peut pas tout simplement considérer qu'ils existent ou n'existent pas. Un phénomène plus important réside dans les problèmes psychiques qui ne sont pas encore déterminants, mais qui peuvent être très handicapants et diminuer la qualité de vie. Ils peuvent être les signes avant-coureurs de graves maladies psychiques. La personne concernée n'est pas seule à souffrir de ces atteintes à sa santé psychique; ses proches souffrent eux aussi. Cette situation peut notamment représenter un lourd handicap pour la santé future des enfants.

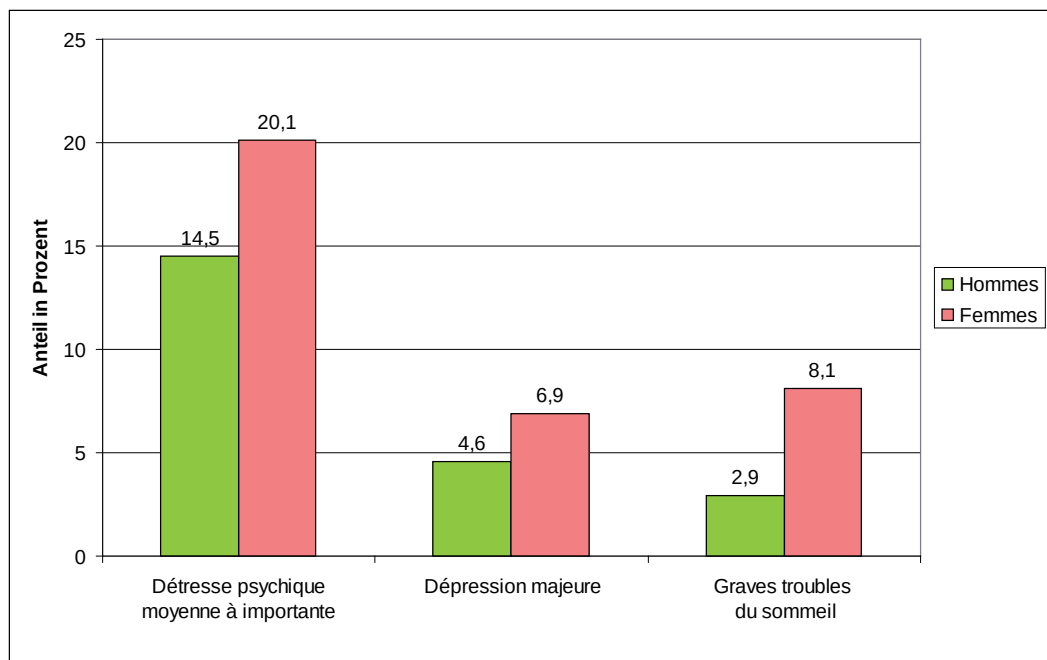
Données relatives à la santé psychique de la population

Bien que de nombreuses informations soient disponibles sur les personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique (voir digression en fin de chapitre), celles concernant la fréquence des désordres psychiques dans l'ensemble de la population sont limitées. Or elles sont d'une importance capitale: premièrement, bon nombre de gens souffrant de problèmes psychiques ne consultent pas de médecin; deuxièmement, tous les problèmes psychiques ne sont pas correctement diagnostiqués; troisièmement, la proportion de malades hospitalisés (0,5 à 1 % de la population) ne constitue que la pointe de l'iceberg.

L'Enquête suisse sur la santé contient deux indicateurs particulièrement intéressants pour le présent rapport: le premier mesure l'atteinte à la santé psychique, (encore) sans signification clinique, mais qui doit être comprise comme un signal d'alarme: la détresse psychologique. Le second mesure la maladie psychique la plus répandue ayant une signification clinique et qui doit donc être traitée: la dépression majeure. En complément, la fréquence des troubles du sommeil sévères a été également intégrée dans l'analyse, car leurs causes et leurs conséquences physiques et psychiques leur confèrent une importance particulière.

Détresse psychologique

L'indice de «détresse psychologique» indique à quelle fréquence une personne s'est sentie nerveuse, triste, équilibrée, découragée ou heureuse durant les quatre semaines écoulées. Les «détresses psychologiques» sévères sont en relation très étroite avec les désordres psychiques, et les détresses psychologiques moyennes indiquent des désordres psychiques probables. Dans le canton de



Graphique 3.15: Fréquence des détresses et maladies psychiques: population bernoise adulte en âge de travailler (ESS, 2007)

Berne, environ 15 % des hommes et 20 % des femmes indiquent avoir été au moins en détresse psychique moyenne durant les 4 semaines précédant l'enquête.

Le fait que les femmes soient plus souvent concernées par la détresse ou la maladie psychique est une constante absolue. Les différences entre les sexes en ce qui concerne différentes maladies psychiques sont aussi épidémiologiquement prouvées. Les femmes souffrent de manière significativement plus fréquente d'affections psychiques que les hommes.⁹² Elles sont environ deux fois plus touchées par la dépression, la névrose et les troubles anxieux. Les hommes pour leur part sont plus nombreux à présenter des addictions.

On suppose que les différences entre les sexes sont dues à des facteurs biologiques, psychiques et sociaux, les causes exactes du taux accru de désordres psychiques chez les femmes étant complexes et encore inconnues.

Si l'on considère qu'une détresse psychologique moyenne peut être le signe avant-coureur de troubles cliniques, sa fréquence parmi les femmes mérite d'être soulignée. On sait par exemple que les femmes qui élèvent seules leurs enfants tout en exerçant une activité rémunérée présentent un risque nettement accru d'être atteintes d'une maladie psychique. C'est ce qu'indique également l'évolution des mises en invalidité pour motifs psychiques au cours des deux décennies écoulées en Suisse: le nombre de femmes assumant une double charge qui ont été mises en invalidité pour dépression et troubles douloureux a été multiplié par quatre environ durant ce laps de temps.⁹³

⁹² Möller-Leimkühler, 1999.

⁹³ Baer, Frick, Fasel, 2009.

La dépression: un des principaux problèmes de santé d'aujourd'hui

L'un des principaux problèmes de santé de la population adulte en âge de travailler est la dépression. Elle compte avec les troubles anxieux et les addictions au nombre des désordres psychiques les plus fréquents. Selon le projet «Charge mondiale de morbidité» (charge de morbidité en termes d'années vécues en bonne santé et avec une maladie), ceux-ci sont, surtout dans les pays développés comme la Suisse, de loin les principaux responsables de la perte d'années de vie en bonne santé. En outre, comparée à d'autres maladies psychiques et physiques, la dépression se traduit particulièrement souvent par des pertes de productivité et des absences au travail. En effet, les désordres dépressifs sont souvent récidivants et présentent par ailleurs une comorbidité élevée avec d'autres maladies psychiatriques (troubles anxieux, addiction) et somatiques (diabète, affections cardiaques, surcharge pondérale) ainsi qu'avec des syndromes douloureux, ce qui contribue à l'évolution négative tant de la dépression que des autres maladies. Il arrive fréquemment que les désordres dépressifs ne soient pas diagnostiqués du tout ou très tard en raison des symptômes physiques qui les masquent. Par ailleurs, ils sont rarement traités par un spécialiste et se traduisent souvent par un recours aux soins de santé somatiques.

La dépression, notamment si elle s'accompagne de troubles douloureux, est le motif de mise en invalidité qui a augmenté le plus fortement au cours des deux dernières décennies (Baer, Frick, Fasel, 2009).

D'après l'Enquête suisse sur la santé, dans le canton de Berne, 4,6 % des hommes et 6,9 % des femmes en âge de travailler souffraient d'une dépression cliniquement significative (mesurée à l'échelle CIDI-SF) lorsqu'ils ont été questionnés. Selon les enquêtes et les méthodes utilisées, entre 17 et 24 % de la population souffre au moins une fois au cours de l'existence d'un désordre dépressif.⁹⁴ Dans la digression ci-après concernant les patients hospitalisés en milieu psychiatrique, on constate également que la dépression est l'une des causes les plus répandues d'hospitalisation psychiatrique.

Troubles du sommeil

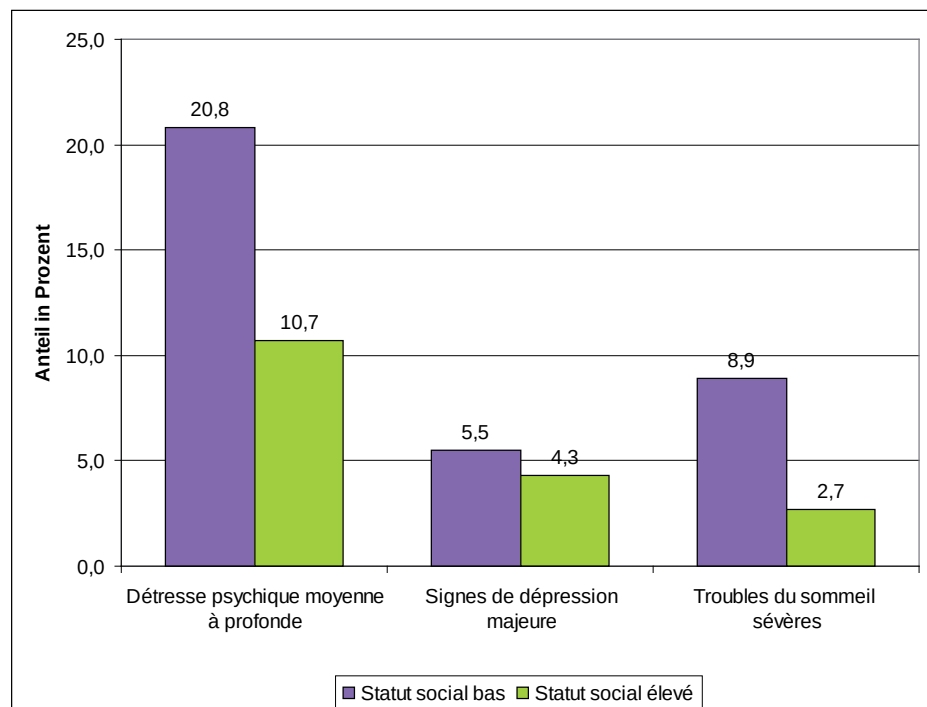
Les troubles chroniques du sommeil constituent un problème de santé considérable, car ils se soldent par une diminution des performances et une souffrance subjective profonde.

Dans le canton de Berne, 3 % des hommes et 8 % des femmes âgés de 25 à 64 ans souffrent de sévères troubles du sommeil. Par ailleurs, 27 % des hommes et 36 % des femmes déclarent être atteints de troubles du sommeil.

La détresse psychique est beaucoup plus fréquente lorsque le statut social est bas

Dans une deuxième étape, les trois indicateurs de santé psychique ont été comparés pour connaître la fréquence des désordres dans les deux groupes extrêmes de statut social.

⁹⁴ Horwath, Cohen, Weismann, 2002.



Graphique 3.16: Part de la population du canton de Berne en âge de travailler souffrant d'une détresse psychique profonde, d'une dépression cliniquement significative ou de troubles du sommeil sévères dans les deux groupes extrêmes de statut social (ESS, 2007; N = 605)

Chez les personnes ayant un statut social bas, le taux de détresse psychique profonde est deux fois supérieur à celui des personnes qui ont un statut social élevé. La différence existe également en ce qui concerne la dépression, mais elle est moins marquée. Elle est en revanche très importante pour les troubles du sommeil.

Ces résultats sont identiques à ceux typiquement obtenus en recherche épidémiologique: la constatation selon laquelle les troubles psychiques sévères tels la schizophrénie, l'addiction, les troubles de la personnalité et la dépression sont significativement plus fréquents dans les catégories sociales les moins favorisées a persisté jusqu'à aujourd'hui et – ce qui est remarquable – en dépit des différences méthodologiques et de l'évolution des structures socio-économiques.⁹⁵ Cela dit, la relation entre statut social et maladies psychiques n'explique pas la genèse complexe de la maladie. Elle souligne toutefois l'importance du statut social dans le cadre de la prévention, du dépistage précoce et du traitement des désordres psychiques.

Le débat qui dure depuis plusieurs décennies déjà sur la question de savoir si le lien entre statut social et morbidité psychiatrique est une cause sociale de maladie psychique (la pauvreté rend malade) ou alors une sélection sociale (la maladie rend pauvre) n'a pas encore apporté de réponse définitive. Il semble également que l'impact diffère selon les diagnostics. En ce qui concerne les schizophrénies, l'hypothèse de la sélection sociale («drift») peut être considérée comme confirmée, ce qui n'exclut pas pour autant une influence négative supplémentaire du

95 Möller-Leimkühler, 1999.

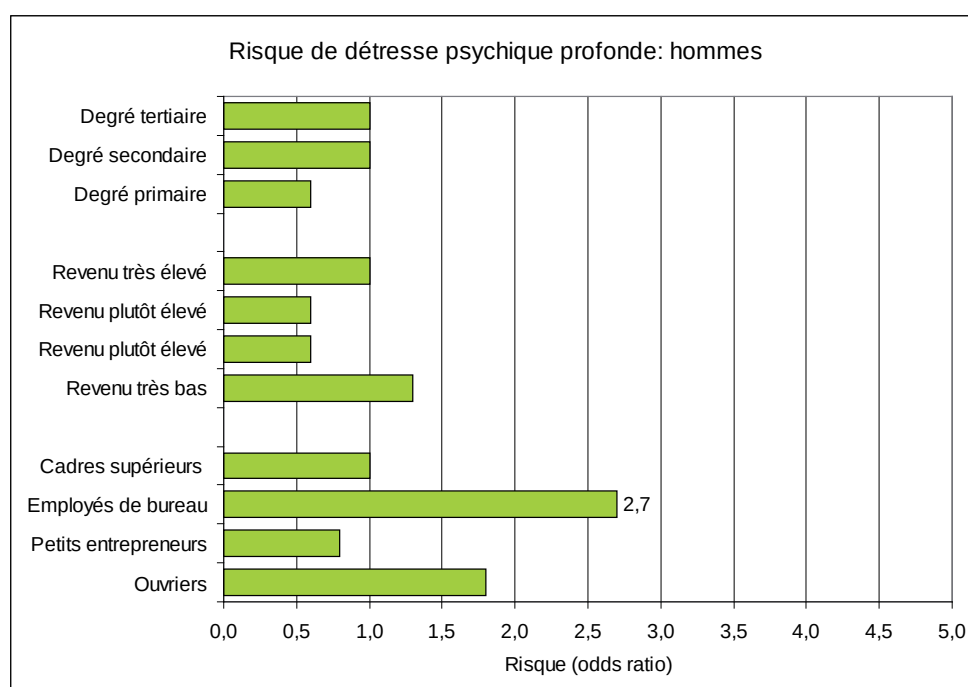
statut socio-économique sur l'évolution de la maladie. Pour les maladies dépressives chez les femmes, c'est plutôt l'hypothèse de la cause sociale («shift») qui semble la bonne.

Le fait que les personnes dont le statut social est bas souffrent nettement plus souvent de troubles du sommeil que celles dont le statut social est élevé peut lui aussi être en lien avec divers facteurs, p. ex. avec l'exposition accrue aux nuisances sonores sur le lieu de domicile. De même, il est probable qu'un statut social bas aille de pair avec des détresses psychosociales plus sévères, qui peuvent à leur tour engendrer des troubles du sommeil.

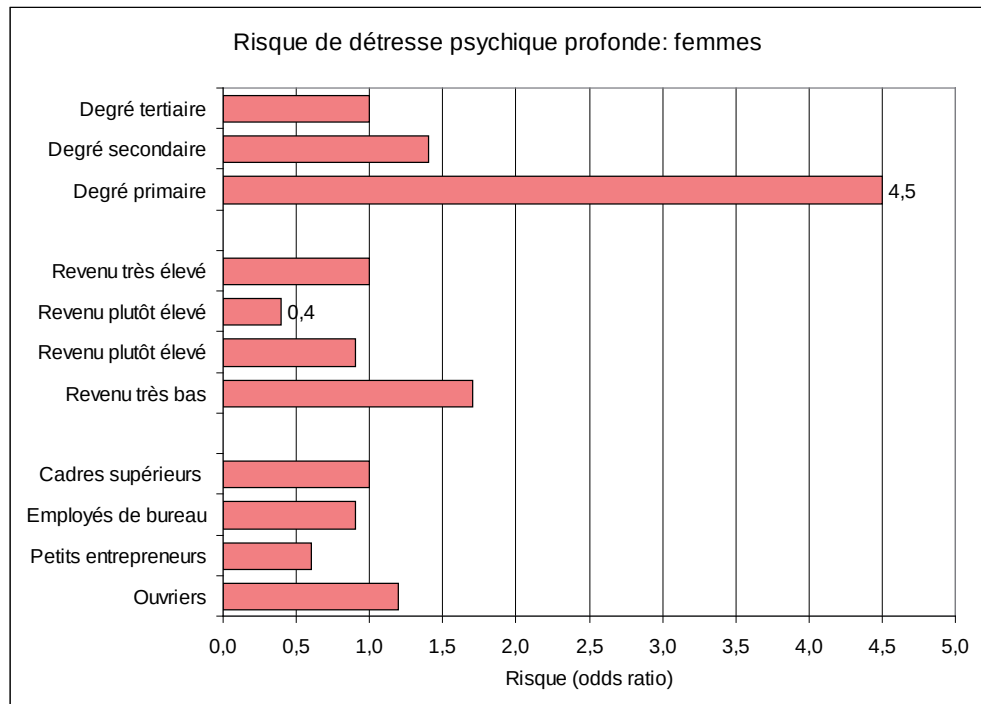
La position professionnelle semble particulièrement importante chez les hommes, et la formation scolaire chez les femmes.

Des régressions logistiques ont permis d'étudier si et comment l'apparition des symptômes de problèmes psychiques est en relation avec les trois déterminants sociaux retenus dans le présent rapport.

Les résultats montrent des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne l'existence de la *détresse psychique*: chez les hommes, le statut d'indépendant semble lié à un risque fortement accru de détresse psychique. Le niveau de formation n'a que peu d'impact et s'il en a un, c'est dans le sens inverse: une formation élémentaire se traduit par une détresse moindre.



Graphique 3.17: Relation entre les déterminants sociaux et la détresse psychique profonde : population bernoise masculine en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 667)

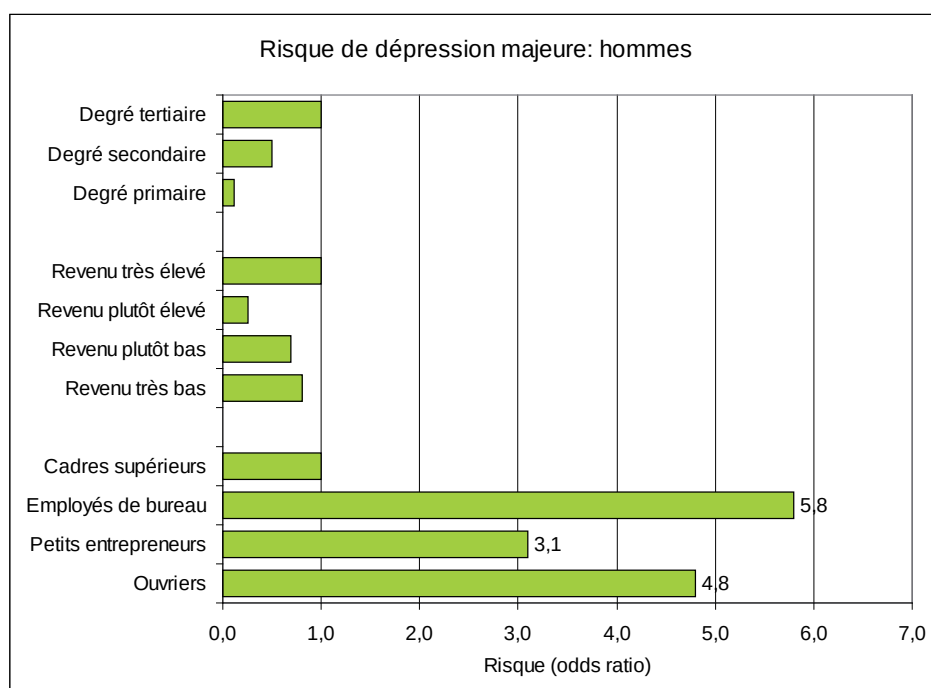


Graphique 3.18: Relation entre les déterminants sociaux et la détresse psychique profonde : population bernoise féminine en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 758)

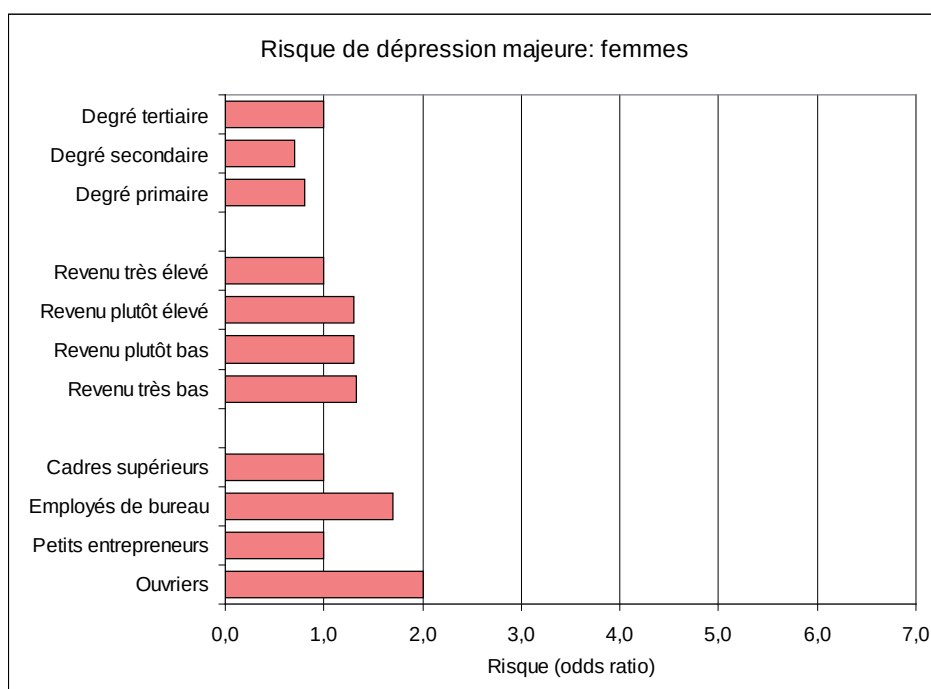
Chez les femmes en revanche, la formation élémentaire est liée à un risque 4,5 fois plus élevé de détresse psychologique, la situation professionnelle n'ayant qu'un très faible impact. Il semble que pour les femmes, un revenu très bas soit en lien avec un risque supérieur de détresse psychologique que pour les hommes. Pourquoi le bas niveau de formation est-il, chez les femmes, lié à ce risque élevé de souffrir de dépression? La formation a pour effet direct une compétence plus ou moins développée de rechercher à temps un soutien adéquat et une aide professionnelle en cas de maladie psychique. Il est également permis de supposer que dans notre société, une bonne formation scolaire est synonyme pour une femme d'un meilleur équilibre entre ressources disponibles et contraintes.

Cela étant, un fait mérite d'être souligné: chez les hommes, le degré de détresse psychique dépend essentiellement de la position professionnelle, alors que chez les femmes, la formation et le revenu semblent plus décisifs. Dans leur cas, il faut également tenir compte de celles qui élèvent seules leurs enfants tout en exerçant une activité rémunérée, et qui sont surreprésentées dans les groupes de revenu les plus bas.

En ce qui concerne l'indicateur de *dépression sévère*, le résultat est, chez les hommes, identique à celui de la détresse psychique: la position professionnelle est en relation décisive avec le risque de souffrir de dépression majeure (voir graphique 3.19).



Graphique 3.19: Relation entre les déterminants sociaux et la dépression majeure: population bernoise masculine en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 670)



Graphique 3.20: Relation entre les déterminants sociaux et la dépression majeure: population bernoise féminine en âge de travailler (ESS, 2007, ajusté des effets d'âge et de sexe; N = 762)

Les employés exerçant une profession non manuelle ainsi que les ouvriers qualifiés et non qualifiés présentent un risque beaucoup plus élevé que les cadres

moyens et supérieurs de souffrir d'une dépression: le stress chronique dû aux possibilités limitées de contrôle combiné à des exigences sévères et un manque de reconnaissance se traduit par une tension nerveuse accrue.

Ce phénomène n'est pas observable chez les femmes. La question se pose dès lors de savoir si, dans leur cas, les dépressions sont plus souvent causées par les circonstances de la vie privée. Il est malheureusement impossible, dans le cadre du présent rapport sur la santé, d'intégrer dans les analyses la charge imputable à la conciliation entre vie professionnelle et privée ou à la situation des personnes élevant seules leurs enfants.

De même, le risque de souffrir de *troubles du sommeil sévères* est, chez les hommes, en relation avec les indicateurs sociaux étudiés ici, alors qu'il ne l'est pas chez les femmes. D'après les résultats de la régression logistique, les hommes en situation financière précaire souffrent sept fois plus souvent de troubles du sommeil sévères que ceux dont la situation financière est très bonne (voir tableau en annexe). Etant donné que l'échantillon ne contient qu'un petit nombre d'hommes souffrant de troubles du sommeil sévères, la prudence est de rigueur en ce qui concerne l'interprétation de ce résultat. Il serait intéressant de le vérifier/comparer avec l'échantillon national.

3.7 Digression: le traitement psychiatrique hospitalier, pointe de l'iceberg

En complément des informations fournies par l'Enquête suisse sur la santé, les auteurs ont analysé des données concernant la fréquence des traitements en clinique psychiatrique. Cette analyse porte sur le risque de traitement en institution psychiatrique dans la population adulte du canton de Berne âgée de 25 à 64 ans.⁹⁶

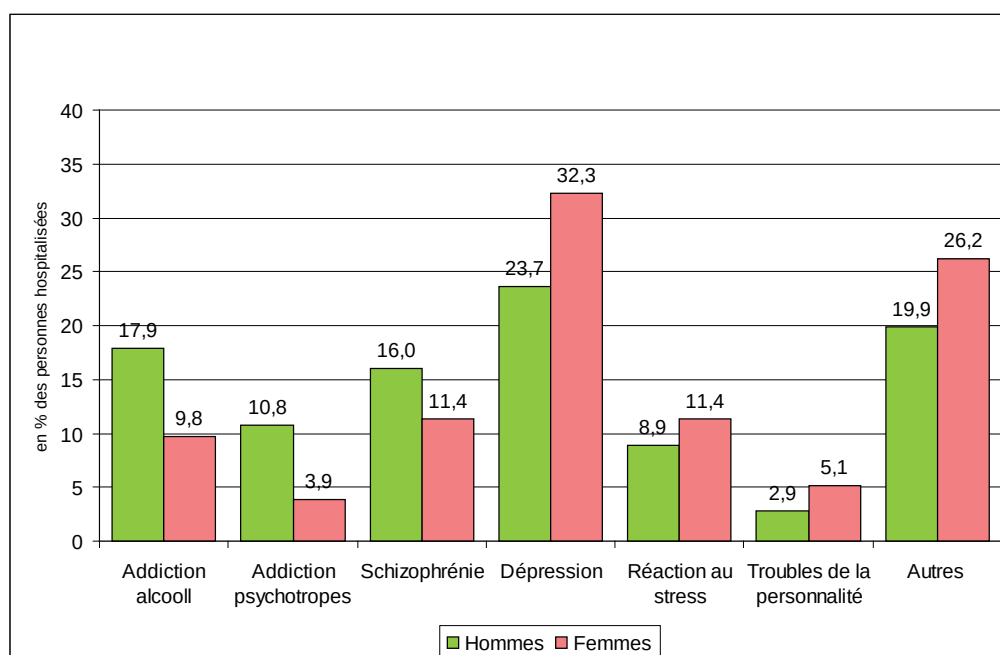
Grâce à la statistique médicale des hôpitaux, le nombre d'habitants du canton hospitalisés dans un service ou une clinique de psychiatrie est connu et fiable. Ce chiffre correspond à la «pointe de l'iceberg» de la souffrance psychique. Les paragraphes suivants sont consacrés à l'analyse statistique des habitants du canton de Berne hospitalisés pour des motifs psychiatriques en 2005. Il s'agit de personnes et non de «cas»: quiconque a été hospitalisé plusieurs fois ou dans plusieurs cliniques en 2005 n'a été compté qu'une seule fois. N'ont pas été retenues pour l'analyse les personnes qui ont suivi un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique ambulatoire durant ce laps de temps.

Dans la catégorie d'âge des 25 à 64 ans, 2 036 hommes et 2 019 femmes ont été hospitalisés en milieu psychiatrique en 2004. Cette «prévalence sur un an » correspond à 0,77% (hommes) et 0,76% (femmes) de la population.

Bien que femmes et hommes soient hospitalisés aussi souvent ou presque, les différences sont nettes en ce qui concerne les maladies psychiques diagnostiquées: les hommes souffrent près de deux fois plus fréquemment d'addictions que les femmes et bien plus souvent de schizophrénie. Chez les femmes, les dépressions sont nettement plus fréquentes que chez les hommes, et les réactions au stress ainsi que les troubles de la personnalité le sont un peu plus. Le

⁹⁶ Binder, 2009.

diagnostic le plus fréquent est, chez les hommes comme chez les femmes, la dépression.



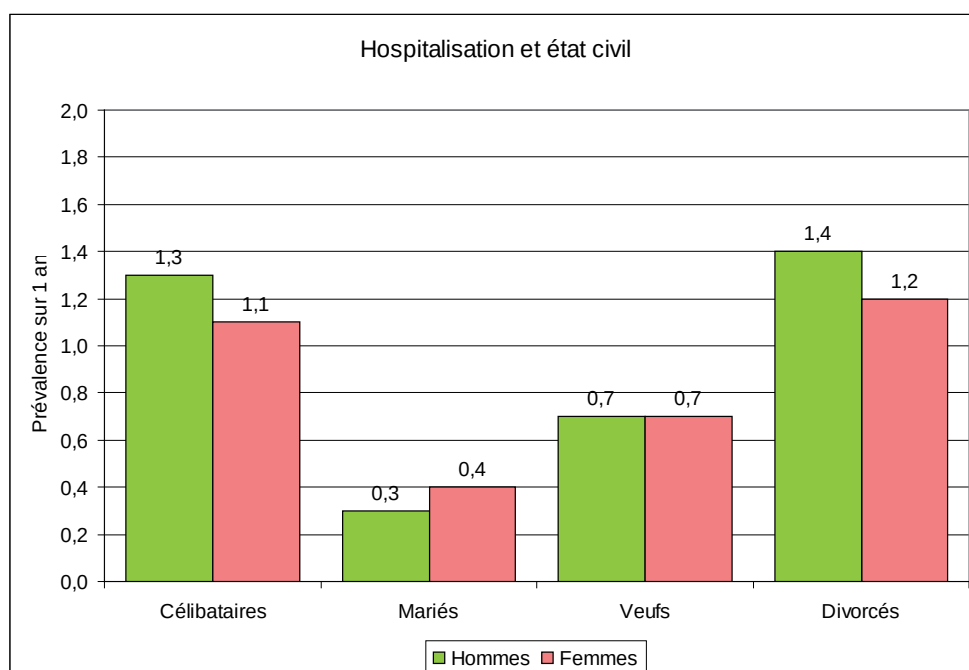
Graphique 3.21: Répartition de la part des principaux diagnostics sur tous les patients hospitalisés en milieu psychiatrique par sexe

Relation entre le risque de traitement psychiatrique hospitalier et le statut social

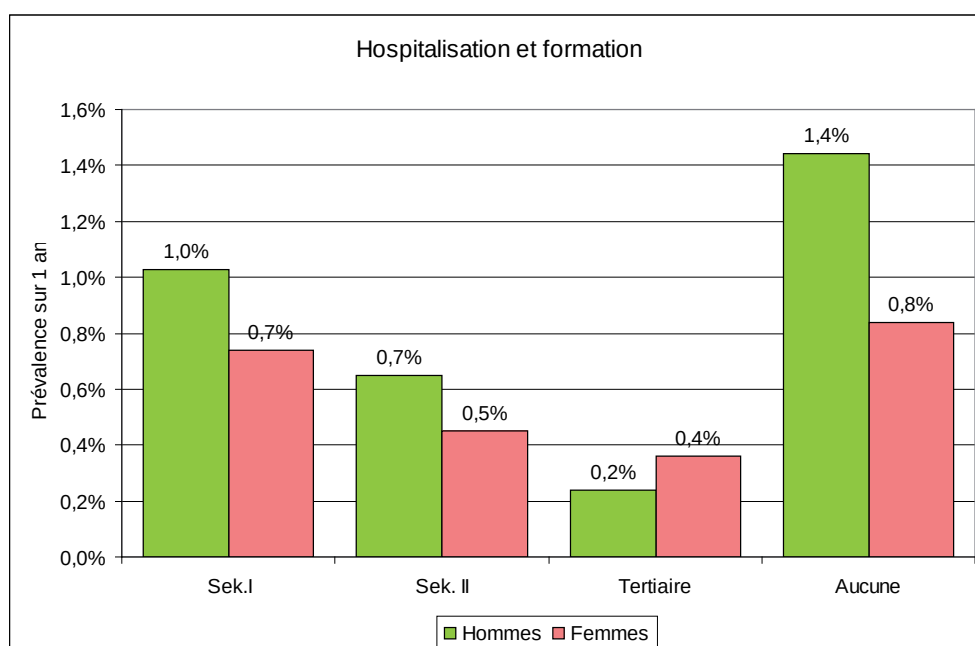
La statistique médicale des hôpitaux psychiatriques ne contient que peu de caractéristiques sociales des patients. Cependant, ces quelques caractéristiques indiquent une relation significative avec la fréquence des hospitalisations, ce qui permet de supposer que la situation sociale et la santé ou la maladie psychiques sont étroitement liées. En ce qui concerne la séquence causale, les données exclusivement statistiques ne permettent aucune conclusion fiable. Il est tout aussi plausible de supposer que le manque de ressources sociales (p. ex. liens sociaux distendus, faible niveau de formation) entraîne des problèmes psychiques que, à l'inverse, un handicap psychique exerce un impact négatif sur les liens sociaux stables ou la réalisation d'objectifs scolaires et professionnels.

Les personnes célibataires et divorcées sont quatre fois plus nombreuses à être traitées en hôpital psychiatrique que les personnes mariées. Même si l'état civil lui-même n'est pas significatif en ce qui concerne l'existence et la qualité des relations sociales, il est permis de supposer que les personnes célibataires et divorcées vivent plus souvent sans liens sociaux pour les soutenir, ce qui augmente le risque d'isolement et de crises psychiques.

Plus le niveau de formation est haut, plus la part d'hospitalisations psychiatriques est faible. Elle est la plus élevée lorsqu'aucune formation n'a été achevée. On constate par ailleurs que la relation entre le niveau de formation et l'hospitalisation psychiatrique est plus marquée chez les hommes que chez les femmes.



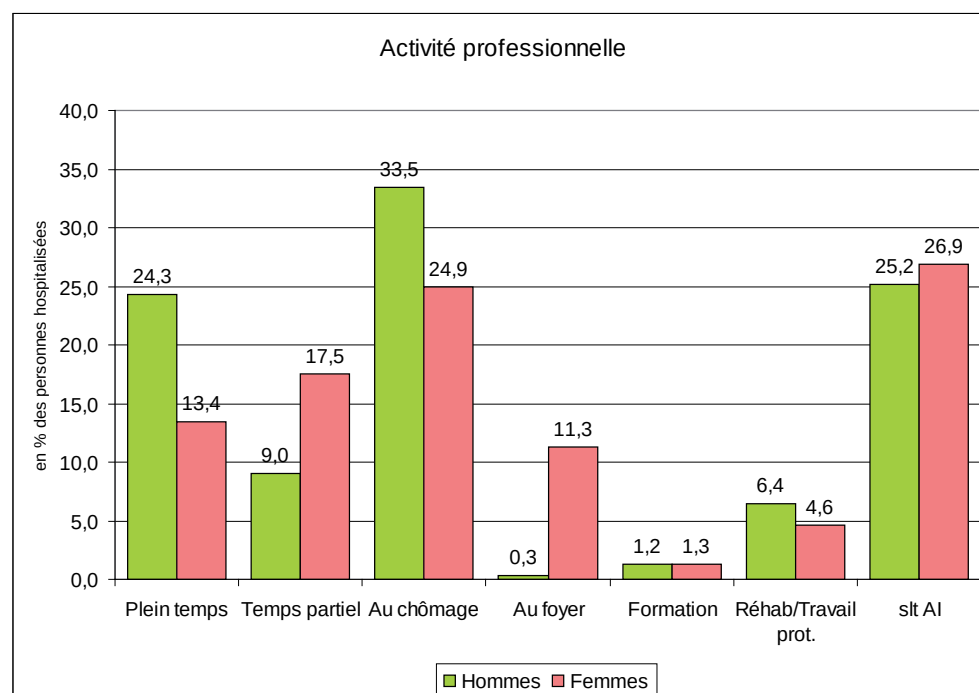
Graphique 3.22: Prévalence sur 1 an selon l'état civil et le sexe



Graphique 3.23: Prévalence sur 1 an selon le niveau de formation et le sexe

A peu près un tiers seulement des personnes hospitalisées en milieu psychiatrique a une activité lucrative à plein temps ou à temps partiel. Un nombre égal d'hommes et un quart des femmes sont sans travail lors de leur séjour en clinique. Un quart bénéficie d'une rente d'invalidité et n'exerce pas d'activité lucrative. Environ 6 % suivent un programme de réinsertion professionnelle ou ont un emploi protégé. Ces chiffres ne peuvent pas être mis en relation directe avec la situation de l'ensemble de la population, mais la faible intégration des patients

des hôpitaux psychiatriques sur le marché du travail est évidente. Le phénomène peut s'expliquer par le niveau scolaire et professionnel inférieur à la moyenne des personnes concernées.



Graphique 3.24: Part des patients hospitalisés selon l'activité professionnelle

L'intégration des personnes hospitalisées sur le marché du travail dépend de l'évolution de la maladie. Celles qui sont hospitalisées pour la première fois en milieu psychiatrique sont plus de deux fois plus nombreuses à exercer une activité rémunérée que les autres. Parmi les personnes ayant de longs antécédents psychiatriques, on dénombre en revanche plus de deux fois plus de bénéficiaires d'une rente d'invalidité.

Cette comparaison démontre à quel point il est important, dès l'apparition d'une maladie psychiatrique, de préserver l'intégration sur le marché du travail. On constate également que la part de personnes qui exercent encore une activité rémunérée diminue à mesure que la durée de l'hospitalisation augmente.

Conclusion

Les données de l'Enquête suisse sur la santé, de la statistique médicale des cliniques psychiatriques et des mises à l'invalidité pour motifs psychiques ainsi que la recherche épidémiologique soulignent l'importance particulière des caractéristiques sociales dans le développement, la préservation et le recouvrement de la santé psychique. Quelle que soit la source de données analysée, le bas niveau de formation, le fait d'être issu d'une catégorie sociale défavorisée et le faible revenu du travail sont étroitement liés à la détresse et à la maladie psychiques. Les données montrent également l'étroitesse de la relation entre la santé psychique de la population avec le milieu familial, le niveau de formation, la situation professionnelle et l'intégration sociale. Pour réduire la détresse psychologique

dans la population, il faut prendre des mesures renforcées à des niveaux et à des moments différents: d'une part, les familles et les écoles déjà en difficulté doivent être soutenues précocement, c'est-à-dire avant que les enfants soient atteints de maladies psychiques. De l'autre, le monde du travail doit être mieux sensibilisé aux problèmes psychologiques et aux conditions nuisant à la santé psychique.

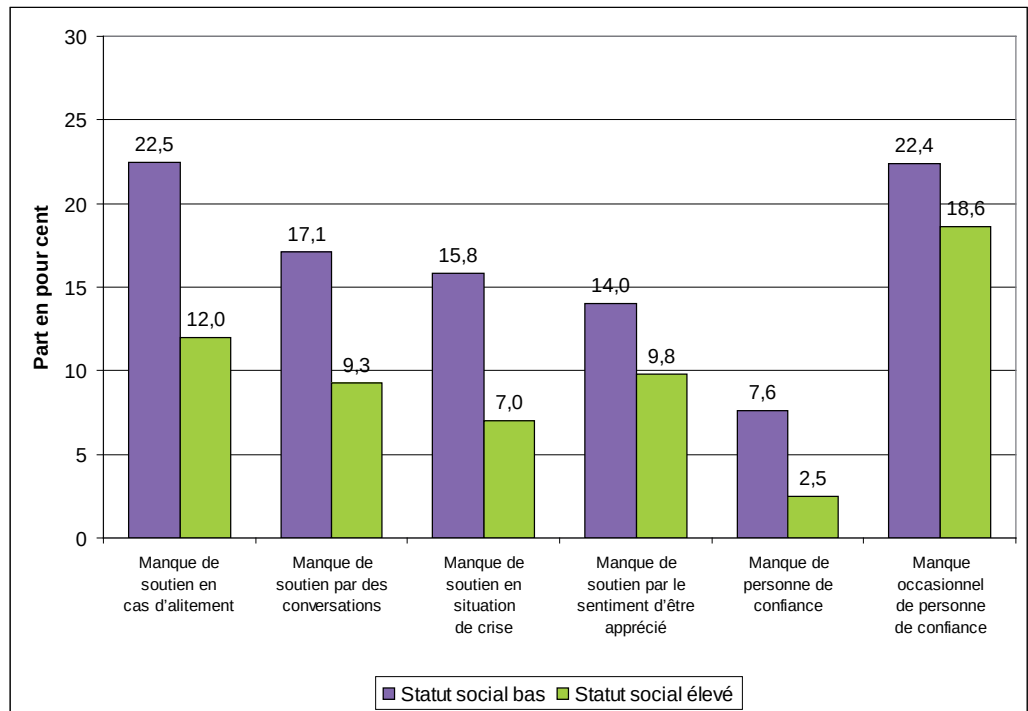
3.8 La répartition des ressources et des contraintes

Les différences en matière de bien-être et d'état de santé selon la situation sociale peuvent s'expliquer par celles concernant les ressources disponibles et les contraintes. Le modèle psychosocial explicatif de l'inégalité en matière de santé dérivé de la recherche sur le stress postule qu'un déséquilibre prolongé entre ressources et contraintes se traduit de manière générale par l'apparition de maladies liées au stress et par des processus pathogènes. On suppose en outre que les contraintes comme les ressources diffèrent selon la situation sociale: les personnes en situation sociale défavorable sont exposées à plus de stressseurs tout en ayant moins de ressources à disposition.

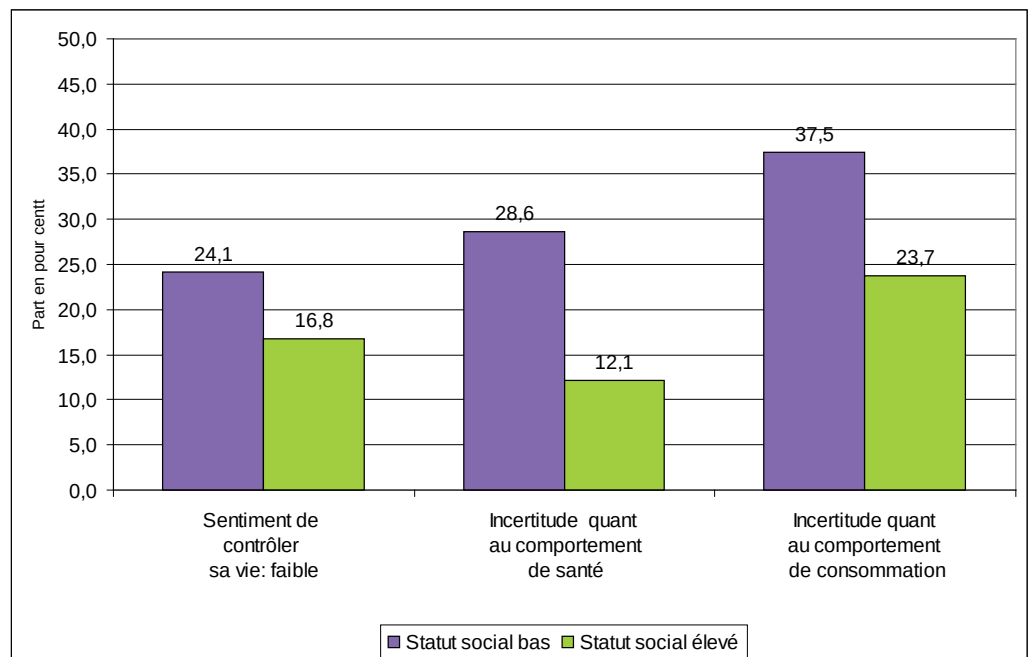
Pour analyser les causes et les effets de la situation sociale, des contraintes, du stress chronique ou du soutien social sur la santé, des études longitudinales sont nécessaires. Les principaux résultats de cette recherche ont été présentés en introduction. En complément, les auteurs se sont penchés, en s'appuyant sur la population adulte du canton de Berne, sur quelques indicateurs de ressources et de contraintes, ou plus précisément sur la présence ou l'absence de contraintes et de ressources selon la situation sociale. L'Enquête suisse sur la santé intègre une des ressources personnelles les plus importantes – le sentiment d'avoir le contrôle de sa vie (voir chapitre 1^{er}) – ainsi que divers indicateurs de soutien social et de compétence en matière de santé. En ce qui concerne les contraintes, l'ESS ne comporte malheureusement pas d'indicateurs relatifs aux stressseurs dans le cadre de la vie privée et familiale. Les seuls indicateurs présents dans l'ESS concernent des contraintes en relation avec le travail. Les détails concernant la description des variables figurent en annexe.

On voit dans le graphique 3.25 que, par rapport au groupe ayant le statut social le plus élevé, le groupe de personnes dont le statut social est le plus bas (bas niveau de formation scolaire, faible revenu et position professionnelle peu élevée) dispose effectivement de ressources sociales nettement inférieures. La différence est nette en ce qui concerne la fonction tant pratique et instrumentale du soutien social (p. ex. aide en cas d'alitement) qu'émotionnelle (p. ex. sentiment d'être apprécié).

Le groupe dont le statut social est le plus bas comporte également une part un peu plus importante de personnes qui ont le sentiment que le monde et que leur propre existence sont incontrôlables (faible sentiment d'avoir le contrôle de sa vie). Comme prévu, la différence est évidente également en ce qui concerne la compétence en matière de santé: un nombre bien supérieur de personnes ayant un statut social bas se sent dépassé lorsqu'il s'agit de savoir comment se comporter, ce qu'on doit consommer et ce qu'on ne devrait pas consommer lorsqu'on est soucieux de sa santé (voir graphique 3.26).

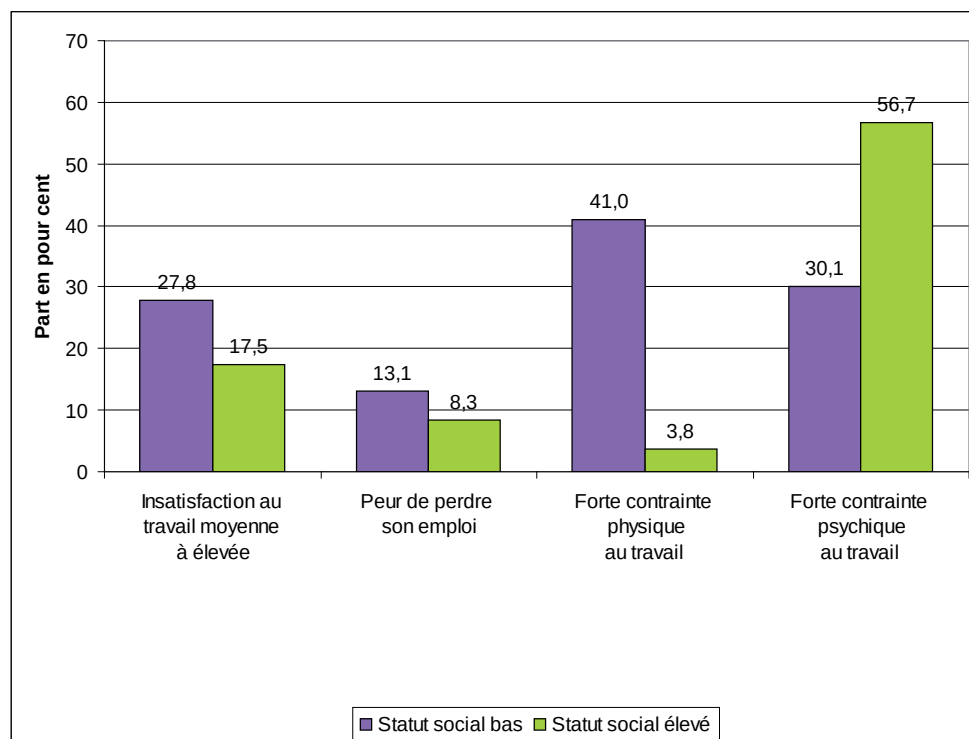


Graphique 3.25: Comparaison des groupes extrêmes de statut social: différences de soutien social dans la population du canton de Berne en âge de travailler (ESS, 2007; N = 580)



Graphique 3.26: Comparaison des groupes extrêmes de statut social: différences de disponibilité de ressources de santé: sentiment d'avoir le contrôle de sa vie et compétence en matière de santé dans la population du canton de Berne en âge de travailler (ESS, 2007; N = 439)

L'autre volet du modèle d'équilibre des ressources et contraintes expliquant l'inégalité sociale en matière de santé est celui des stressseurs. Il peut s'agir de crises existentielles isolées (p. ex. divorce, décès d'un proche) ou alors de microstressseurs appelés «daily hassles».



Graphique 3.27: Comparaison des groupes extrêmes de statut social: contraintes dans la population du canton de Berne entre 25 et 64 exerçant une activité lucrative (ESS, 2007; N = 412)

D'après les résultats, la population bernoise exerçant une activité rémunérée dont le statut social est bas est nettement plus mécontente de son travail, a plus souvent peur de perdre son emploi, est plus fortement exposée à des contraintes physiques dans le cadre du travail, mais moins exposée à des contraintes psychiques. Parmi les personnes exerçant une activité rémunérée dont le statut social est particulièrement bas, la contrainte physique est forte dans 41 % des cas et la contrainte psychique dans 30 % des cas. En comparaison, parmi les personnes exerçant une activité rémunérée dont le statut social est particulièrement élevé, la contrainte physique est forte dans un peu moins de 4 % des cas et la contrainte psychique par contre dans 57 % des cas.

3.9 Résumé et conclusions

Les résultats des analyses de la santé de la population bernoise en âge de travailler sont tout sauf équivoques: les chances d'être en bonne santé et donc d'avoir une bonne qualité de vie et d'être performant sont inégalement réparties sur le plan social.

Les personnes dont le statut social est bas, la formation scolaire insuffisante, les ressources financières limitées et la position socioprofessionnelle basse se sentent en moins bonne santé, souffrent plus souvent de problèmes douloureux

pouvant aboutir à une mise en invalidité (p. ex. maux de dos) et présentent un risque considérablement accru de surcharge pondérale. Cette situation est également due au fait que dans ce groupe, les personnes qui ont une alimentation malsaine et ne pratiquent pas suffisamment d'exercice physique sont beaucoup plus nombreuses que parmi les personnes ayant un statut social élevé.

En ce qui concerne la santé psychique, les données relatives à la population bernoise indiquent une situation semblable. Les personnes socialement défavorisées font état d'une détresse psychologique nettement augmentée qui est essentiellement en lien avec la position professionnelle chez les hommes et avec la formation scolaire chez les femmes. La relation entre le risque d'être atteint d'une dépression profonde (dépression majeure) et la position sociale semble moins forte. Toutefois, on constate un lien significatif chez les hommes, là également en relation avec la position professionnelle. Chez les femmes en revanche, il n'y a pas de relation statistiquement significative entre dépression majeure et déterminants sociaux.

Les indicateurs disponibles dans les données de l'ESS, qui reflètent les principales ressources et contraintes de santé, étayent l'hypothèse selon laquelle ces ressources et ces contraintes jouent un rôle explicatif majeur en ce qui concerne l'impact de la position sociale sur la santé. La population bernoise en âge de travailler dont le statut social est bas dispose de beaucoup moins de ressources sociales et a un sentiment plus faible d'avoir le contrôle de sa vie que les personnes ayant le statut social le plus élevé. Elle souffre aussi de contraintes plus importantes au travail, à une exception près: les personnes dont le statut social est élevé sont à l'évidence plus exposées à des contraintes mentales telles la pression du temps.

4 La fin de la vie: situation sociale et mortalité

4.1 Introduction

Pourquoi l'analyse de la mortalité est-elle importante pour un rapport sur la santé?

On pourrait penser que dans la Suisse d'aujourd'hui, la mortalité ne mérite plus une attention particulière dans le domaine de la santé publique: alors qu'il y a 130 ans, l'espérance de vie était d'environ 50 ans, elle s'élève désormais à 84 ans pour les femmes et à 79 ans pour les hommes. Cette «compression de la mortalité», autrement dit la concentration croissante de la mortalité à un âge avancé, est une réalité. La prolongation de l'espérance de vie ne peut plus être l'objectif premier de la promotion de la santé et de la prévention. Celles-ci doivent viser essentiellement à augmenter le nombre d'années que l'on peut espérer vivre en bonne santé et avec une bonne qualité de vie, donc la «compression de la morbidité». Comme on l'a vu en introduction, la population du canton de Berne vit maintenant plus longtemps et surtout plus longtemps en bonne santé.

Comment le présent rapport sur les inégalités sociales de santé aborde-t-il la mortalité?

- La constatation d'un décès ne dépend ni de l'optique subjective de la personne concernée ni de celle du médecin qui y procède. L'enregistrement statistique d'un décès est donc une information exceptionnellement fiable. La statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique englobe par ailleurs l'ensemble de la population de la Suisse. Comparativement, l'attribution de la cause primaire de décès par l'Office fédéral de la statistique est de haute qualité.⁹⁷
- Les différences de taux de mortalité entre groupes sociaux expriment les différences systématiques de répartition des chances en santé.
- La moindre différence d'espérance de vie peut avoir d'importantes répercussions sur l'économie d'un pays, ce qui pose également la question de l'équité de la répartition des assurances sociales (premier et deuxième piliers). Ces dernières années, divers modèles susceptibles de mieux tenir compte dans les assurances sociales des différences d'espérance de vie selon la situation sociale ont été discutés (p. ex. flexibilisation de l'âge de la retraite, prestations de préretraite pour certaines catégories professionnelles, horaire à l'année).

Le présent rapport examine donc si la situation sociale exerce une influence significative sur l'espérance de vie et la mortalité de la population bernoise, ainsi que quelques grandes (catégories de) causes de décès, qui figurent dans le tableau 4.1.

⁹⁷ Renseignement fourni de vive voix par l'OFS (Christoph Junker, 2008).

	Diagnostics selon CIM-10	Nombre de décès 2001-2005 25-94 ans	Nombre de décès 2001-2005 Personnes de moins de 65 ans exerçant une activité rémunérée
Toutes les causes de décès		42 478	3 281
Tumeurs malignes, cancer	C00-C97	10 361	1 404
Cancer du poumon	C33-C34; C39	1 775	
Cancer du sein	C50	905	
Cancer de la prostate	C61	971	
Maladies du système circulatoire	I00-I99	17 664	711
Cardiopathies ischémiques (maladies des artères coronaires)	I20-I25	7 393	
Maladies cérébrovasculaires (p. ex. hémorragie cérébrale et infarctus cérébral)	I60-I69	3 241	
Causes externes de mortalité (accidents, intoxications, actes de violence, suicide)	V01-Y98	1 978	
Suicide	X60-X84	751	

Tableau 4.1: Catégories de causes de décès étudiées selon la classification CIM-10 et décès enregistrés dans la Swiss National cohort (SNC) pour la population bernoise

4.2 Méthodologie

Swiss National Cohort (SNC)

Les études précédentes des différences socio-économiques en matière de mortalité ou d'espérance de vie reposent sur des analyses transversales qui mettent en relation le nombre de décès avec l'état de la population. Pour affiner les analyses sur la mortalité, les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Zurich ont, pour la première fois, combiné les données anonymes du recensement de la population de l'Office fédéral de la statistique (OFS) avec celles de la statistique des causes de décès au moyen d'une technique d'appariement probabiliste. C'est ainsi qu'est née la Swiss National Cohort, cohorte nationale qui peut être utilisée comme plateforme de recherche pour les analyses longitudinales.⁹⁸

Les données de la Swiss National Cohort ont été utilisées pour la première fois pour un rapport cantonal sur la santé: tous les résidents permanents du canton de Berne ont été recensés dans le cadre du recensement 2000 de la population. Toutes les personnes décédées entre le 5 décembre 2000 et le 31 décembre 2005 ont été recensées dans la statistique des causes de décès (à l'exception de celles décédées à l'étranger, pour lesquelles aucune information concernant

⁹⁸ L'appariement a été effectué sur la base de variables-clés comme le sexe, la date de naissance, le domicile, l'état civil, la nationalité et la religion. La Swiss National Cohort permet d'analyser l'influence de multiples informations sur la mortalité. On trouvera une description précise du projet et de sa méthodologie ainsi qu'une liste des publications sur le site www.swissnationalcohort.ch.

le décès n'était disponible). Les données individuelles des deux sources ont été appariées, ce qui permet d'analyser la mortalité dans le canton de Berne. Etant donné qu'en Suisse, la formation dure souvent au-delà de la 25^e année et que les causes de décès des personnes très âgées sont relativement mal codées, les analyses ont été limitées à la catégorie d'âges des 25-94 ans.

Les méthodes de régression statistique appliquées dans le présent rapport tiennent compte des éventuelles différences sociodémographiques entre les groupes (âge, sexe, état civil, etc.) et opèrent un contrôle statistique en vue du calcul du risque relatif. Un exemple: parmi les personnes ayant suivi uniquement l'enseignement obligatoire, le nombre de femmes est supérieur à la moyenne. L'effet du sexe sur la mortalité a été statistiquement contrôlé et ne distord donc pas l'effet analysé du niveau de formation. Pour l'interprétation des résultats qui suivent, il est également important de savoir que l'effet de la position professionnelle (qui est bien entendu en relation avec la formation) a également été contrôlé statistiquement dans le cadre du modèle retenu. Par conséquent, si la formation influence une cause de décès donnée, le niveau de formation influence la mortalité indépendamment de la position professionnelle et inversement. L'opérationnalisation du niveau de formation et celle des catégories socioprofessionnelles figurent en annexe.

4.3 L'influence de la position sociale sur la mortalité

Les données de la SNC contiennent pour le canton de Berne 42 478 décès de personnes âgées de 25 à 94 ans pour la période du 5 décembre 2000 à la fin 2005, dont 21 930 femmes (51,6%) et 20 548 (48,4%) hommes.⁹⁹

Parmi les personnes décédées, 57% n'avaient suivi que la scolarité obligatoire ou ne l'avaient pas terminée, 34,6% avaient terminé l'enseignement secondaire et 8,4% étaient titulaires d'un diplôme de l'enseignement tertiaire. 87,3% d'entre elles comptaient au nombre des personnes sans activité rémunérée au moment du décès (la plupart des décès concernent des personnes de plus de 65 ans) et 4,2% n'ont pas pu être classées dans une catégorie socioprofessionnelle précise.

Pour décrire la relation entre le niveau de formation et la mortalité, on a utilisé toutes les données disponibles pour le canton de Berne dans la Swiss National Cohort (N = 689 515). Pour décrire la relation entre les catégories socioprofessionnelles et la mortalité, on a analysé uniquement les personnes de moins de 65 ans et qui, au moment du recensement populaire, exerçaient une activité rémunérée ou étaient inscrites auprès d'une caisse de chômage (y compris celles intégrées dans un programme ORP). Ce groupe de personnes de moins de 65 ans exerçant une activité rémunérée comporte 345 067 personnes.

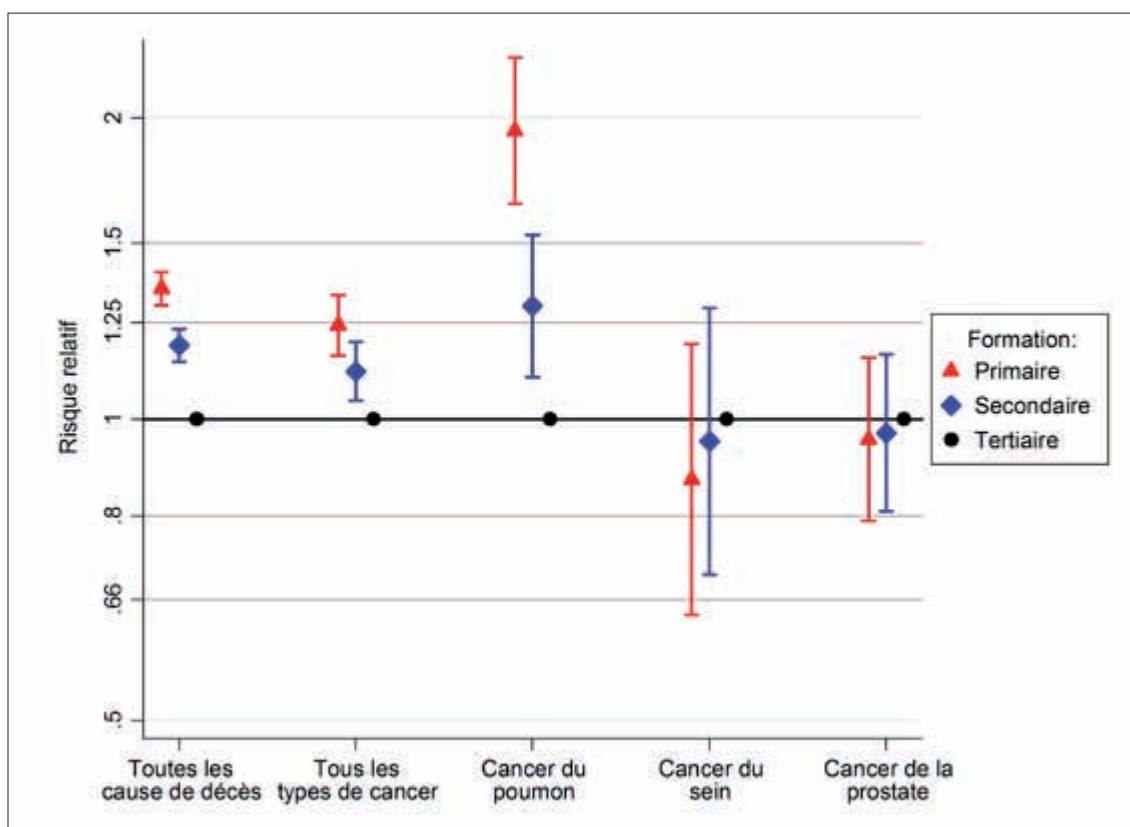
L'influence de la position sociale sur la mortalité

Les graphiques ci-après montrent le «hazard ratio» calculé par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, que l'on peut interpréter

⁹⁹ Le nombre de décès effectifs dans le canton de Berne pour cette période ne correspond pas exactement aux données de la SNC, parce que la présente analyse ne peut englober que les décès appariés (95,6%).

comme risque relatif de décès d'un groupe de population par rapport à un groupe de référence. Dans le modèle statistique utilisé ici, le risque relatif du groupe de référence est toujours égal à 1. On teste les autres groupes pour voir s'ils se différencient de manière statistiquement significative du groupe de référence, ce qui est le cas lorsque l'intervalle de confiance de 95% (lignes verticales) n'est pas supérieur à 1 (ligne horizontale).

Nos résultats indiquent qu'à l'évidence, le taux de mortalité est plus bas chez les personnes ayant un niveau de formation élevé que chez celles ayant un bas niveau de formation. Le risque de mortalité de la population bernoise présente un gradient de formation statistiquement significatif dans la mortalité totale et dans des catégories importantes de causes de décès (cancer et maladies cardiovasculaires). Pour certaines causes de décès, la mortalité n'a aucun lien avec la formation, ou alors le nombre de décès dans le canton de Berne était trop petit pour permettre de déceler des différences statistiquement significatives (exemples: causes externes de mortalité et suicide).



Graphique 4.1: Relation entre le niveau de formation et la mortalité de 2000 à 2005 dans la population bernoise¹⁰⁰: toutes les causes de décès et décès dus au cancer (nombre de décès, voir tableau 4.1)

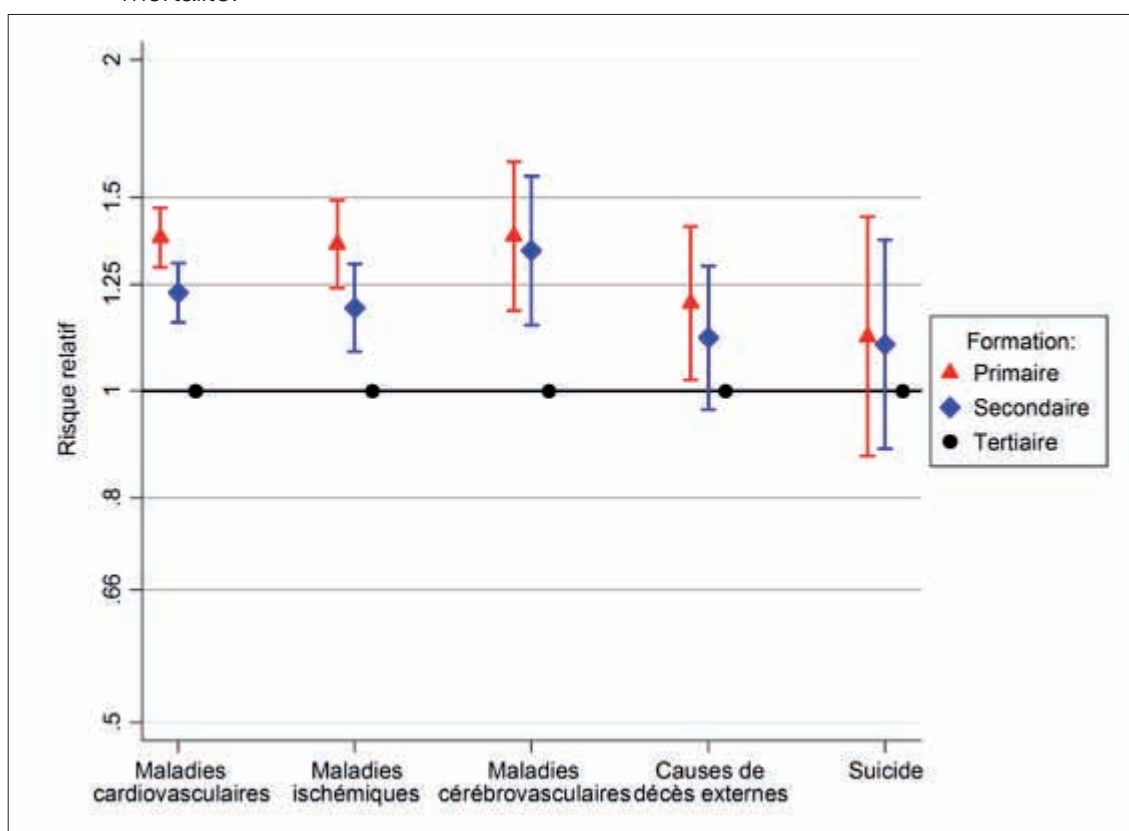
Voici comment interpréter le graphique 4.1: en comparaison avec le groupe de référence (formation tertiaire), la mortalité des Bernois n'ayant suivi que la scolarité primaire est augmentée de 35%. Cette différence est statistiquement significative. De même, le taux de mortalité des personnes ayant suivi l'enseigne-

¹⁰⁰ Hazard ratios calculés sur la base d'un modèle de survie de Weibull et contrôlés pour: le profil socioprofessionnel, l'âge, l'état civil, le sexe, le type de ménage, le degré d'urbanisation, le statut migratoire, et l'interaction état civil*catégorie d'âge.

ment secondaire est supérieur de 18% à celui du groupe de référence. Cet effet évident de la formation est indépendant de la position professionnelle atteinte par les personnes décédées. Le gradient social concernant la formation scolaire est lui aussi statistiquement significatif pour tous les décès dus au cancer pris ensemble.

Le lien entre formation scolaire et risque de décès est plus ou moins marqué voire nul selon le type de cancer:

C'est pour le cancer du poumon que la relation avec la formation est la plus marquée: entre 2001 et 2005, le risque de décéder d'un cancer du poumon était deux fois plus élevé chez les Bernois n'ayant suivi que la scolarité obligatoire que chez ceux qui sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement tertiaire. Ce résultat est donc lui aussi indépendant du statut professionnel. Par contre, en ce qui concerne le cancer du sein et de la prostate, il n'y a aucun lien entre formation et mortalité.



Graphique 4.2: Relation entre le niveau de formation et la mortalité de 2000 à 2005 dans la population bernoise selon la cause de décès¹⁰¹: *maladies cardiovasculaires et causes extérieures de décès (nombre de décès, voir tableau 4.1)*

Le graphique 4.2 montre qu'il existe également une relation évidente entre le risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire et la formation. Chez les femmes et les hommes du canton de Berne qui ont suivi une formation secondaire, le risque de mourir de ce type de maladie est supérieur de 23% à celui du

¹⁰¹ Hazard ratios calculés sur la base d'un modèle de survie de Weibull et contrôlés pour: le profil socioprofessionnel, l'âge, l'état civil, le sexe, le type de ménage, le degré d'urbanisation, le statut migratoire, et l'interaction état civil*catégorie d'âge.

groupe de référence (formation tertiaire). Il est encore plus élevé chez les personnes ayant suivi uniquement l'enseignement primaire (38% supérieur à celui du groupe de référence). Le résultat est à peu près identique lorsqu'on analyse uniquement le risque de décès pour les maladies cardiaques ischémiques. Pour les maladies cérébrovasculaires en revanche (p. ex. hémorragie cérébrale et infarctus cérébral), on ne constate aucune différence significative entre niveaux primaire et secondaire. Parmi les personnes qui ont suivi une formation tertiaire, les décès dus à une hémorragie cérébrale sont par contre significativement plus rares.

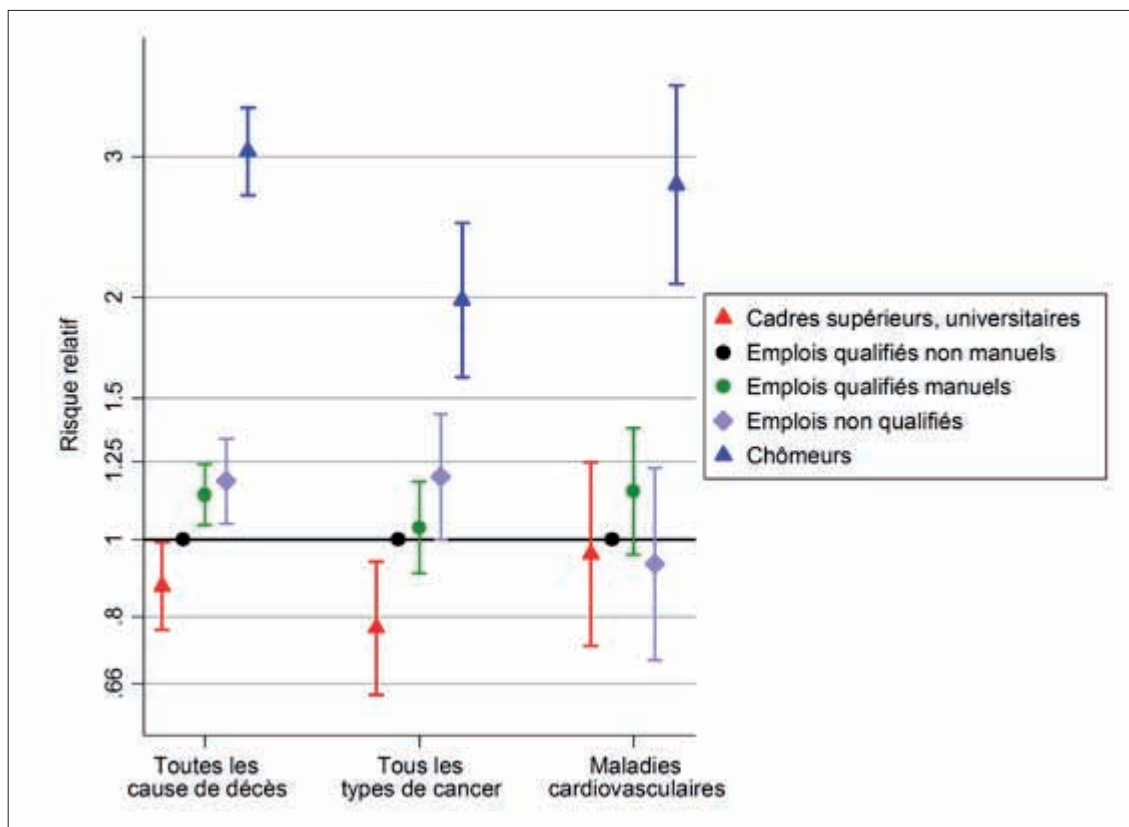
La catégorie des causes extérieures de décès regroupe tous les décès dus à une influence extérieure (accident, intoxication, acte de violence ou suicide). Dans la population bernoise, le risque de décès dû à une cause extérieure est légèrement augmenté chez les personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire.

Le chômage en tant que risque pour la santé

Existe-t-il un lien entre le statut professionnel et la mortalité? Les analyses de catégories professionnelles ci-dessous se limitent aux décès de personnes de moins de 65 ans qui, au moment du recensement, exerçaient une activité rémunérée ou étaient inscrites auprès d'une caisse de chômage (y compris celles intégrées dans un programme ORP). Comme on l'a vu dans la partie méthodologique, le nombre d'enregistrements de données disponibles pour cette analyse est nettement inférieur, car la plupart des personnes décédées étaient à la retraite et n'avaient donc plus de statut professionnel (N = 3 281 décès). Pour obtenir des résultats fiables et significatifs, autrement dit pour que les cellules analysées contiennent un nombre suffisant de cas, il est donc indispensable de se limiter aux catégories générales de causes de décès. Dans cette analyse, le groupe de référence avec le risque relatif égal à 1 est composé des catégories professionnelles qualifiées non manuelles comme p. ex. les professions techniques. Comme pour la formation, une catégorie professionnelle se différencie de manière statistiquement significative du groupe de référence lorsque l'intervalle de confiance de 95% (lignes verticales) n'est pas supérieur à 1 (ligne horizontale).

Par ailleurs, les chômeurs sont deux fois plus nombreux à décéder d'un cancer que le groupe de référence et trois fois plus nombreux à mourir de maladies cardiovasculaires. Ici, l'effet de causalité est certainement bidirectionnel: le chômage est un puissant stresser qui exerce une influence néfaste sur la santé, et les maladies chroniques peuvent se traduire par une perte d'emploi.

De manière générale, on observe un gradient social selon la profession pour la mortalité et pour les décès dus au cancer. Plus la position professionnelle est basse, plus la mortalité est importante.



Graphique 4.3: Relation entre la catégorie socioprofessionnelle et la mortalité de 2000 à 2005 dans la population bernoise selon la cause de décès (nombre de décès, voir tableau 4.1)¹⁰²

Les résultats indiquent également une relation nette entre position professionnelle (indépendamment du niveau de formation) et mortalité. On constate pour toutes les causes de mortalité un gradient social marqué, le risque de décès étant le plus faible chez les cadres supérieurs et les professions universitaires et le plus élevé chez les personnes exerçant des emplois qualifiés manuels. Les chômeurs constituent un autre groupe vulnérable, puisque leur risque de décès est 3,3 fois plus élevé que celui de la catégorie des emplois qualifiés non manuels.

4.4 Espérance de vie en fonction de la formation et du sexe

L'espérance de vie (résiduelle) est un chiffre parlant qui reflète les différences en matière de mortalité. Dans le canton de Berne, les hommes de 30 ans ont encore une espérance de vie moyenne de 49,1 ans (tableau 4.3). Si l'on calcule l'espérance de vie par catégories de formation, des différences étonnamment grandes apparaissent: les hommes de 30 ans ayant suivi uniquement la scolarité obligatoire ont encore une espérance de vie de 46,6 ans, contre 49,5 ans (+2,9 ans) pour ceux ayant suivi l'enseignement secondaire et 52,1 ans (+5,5 ans) pour les diplômés de l'enseignement tertiaire.

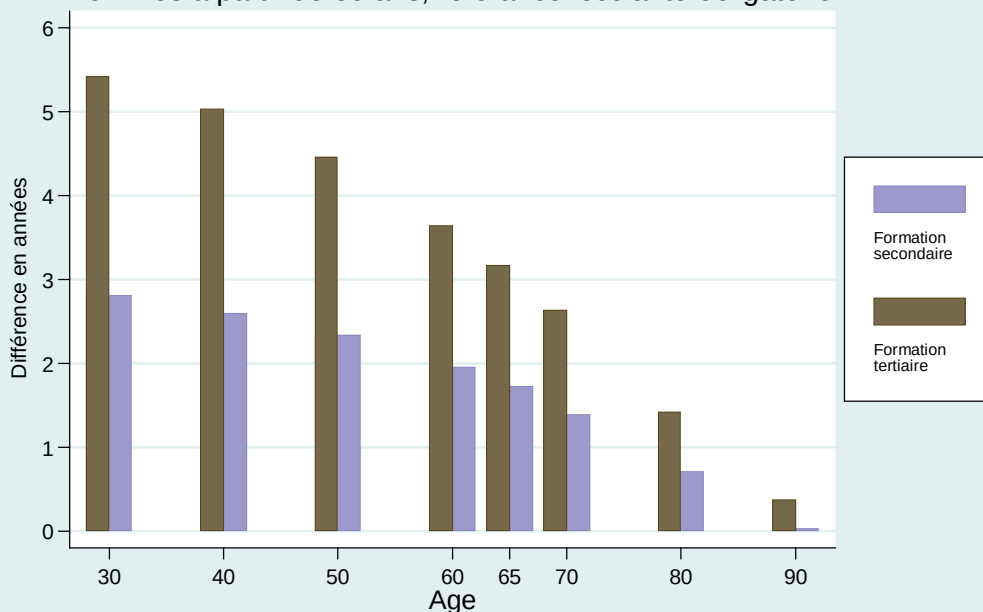
¹⁰² Hazard ratios calculés sur la base d'un modèle de survie de Weibull et contrôlés pour: le profil socioprofessionnel, l'âge, l'état civil, le sexe, le type de ménage, le degré d'urbanisation, le statut migratoire, et l'interaction état civil*catégorie d'âge.

	Age	Hommes				Femmes			
		Tous	Scol. oblig.	Ens. sec.	Ens. tert.	Toutes	Scol. oblig.	Ens. sec.	Ens. tert.
Espérance de vie	30	49,1	46,6	49,5	52,1	54,2	53,2	55,0	55,8
	40	39,6	37,3	39,9	42,4	44,4	43,6	45,3	46,0
	50	30,3	28,4	30,7	32,8	34,9	34,2	35,7	36,4
	60	21,7	20,1	22,1	23,8	25,7	25,2	26,4	27,0
	65	17,6	16,3	18,0	19,5	21,2	20,8	21,9	22,7
	70	13,8	12,9	14,2	15,5	17,0	16,7	17,6	18,5
	80	7,6	7,1	7,8	8,6	9,4	9,3	9,7	10,5
	90	3,5	3,4	3,5	3,8	4,3	4,2	4,2	5,4

Tableau 4.3: Espérance de vie en relation avec la formation et le sexe (SNC, N= 689 515)

Les hommes ayant suivi une formation tertiaire ont, toutes catégories d'âges confondues, une espérance de vie (résiduelle) nettement supérieure à celle des hommes ayant suivi la scolarité obligatoire ou l'enseignement secondaire (voir graphique 4.4). Les différences s'amenuisent dans le grand âge, en raison du fait que l'espérance de vie (résiduelle) diminue elle aussi à mesure que l'on vieillit.

Différence d'espérance de vie selon la formation dans le canton de Berne Hommes à partir de 30 ans, référence: scolarité obligatoire



Source: SNC 2008, info_snc@ispm.unibe.ch

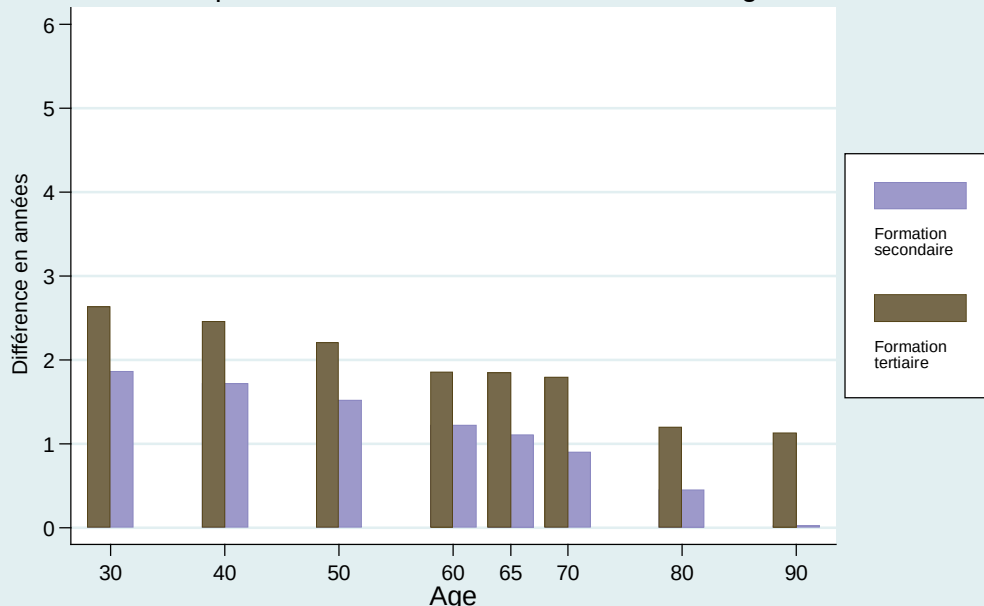
Graphique 4.4: Relation entre le niveau de formation et l'espérance de vie chez les hommes: différence en années (SNC, N = 328 912)

Chez les femmes, les différences d'espérance de vie par catégories de formation sont nettement moins grandes que chez les hommes: les femmes de 30 ans ont une espérance de vie résiduelle de 54,1 ans, soit par niveau de formation: 53,2 ans pour celles ayant suivi uniquement la scolarité obligatoire, 55,0 ans (+1,9 an) pour celles ayant suivi l'enseignement secondaire et 55,8 ans (+2,7 ans) pour les diplômées de l'enseignement

tertiaire. Prise isolément, l'influence de la formation est un peu plus faible chez les femmes que chez les hommes dans le canton de Berne, mais on remarque dans son cas également un gradient social cohérent en matière d'espérance de vie.

Différence d'espérance de vie selon la formation dans le canton de Berne

Femmes à partir de 30 ans, référence: scolarité obligatoire



Source: SNC 2008, info_snc@ispm.unibe.ch

Graphique 4.5: Relation entre le niveau de formation et l'espérance de vie chez les femmes: différence en années (SNC, N = 360 603)

Comment faut-il interpréter ces différences d'espérance de vie? La formation est-elle synonyme de bonne santé? Pour répondre à cette question, il faut se demander ce que la formation pourrait signifier en relation avec la santé ou la mortalité. Comme on l'a vu au chapitre 1 du présent rapport, certains déterminants sociaux comme la formation exercent sur la santé une influence à la fois directe (p. ex. en ce qui concerne les compétences en matière de santé) et indirecte (p. ex. sur les chances sur le marché du travail et, partant, sur la situation financière).

Quiconque fréquente l'école plus longtemps a plus longtemps la chance de se pencher en détail sur les questions de santé. Par ailleurs, les connaissances sur le rapport entre, p. ex., l'alimentation, l'exercice physique, la gestion du stress et la santé augmentent avec la durée de la formation. La formation supérieure est en lien direct avec la profession exercée: les activités qui nécessitent une formation supérieure sont généralement moins pénibles physiquement et moins exposées aux influences (climatiques, mécaniques, chimiques, etc.) nuisibles à la santé que celles qui sont peu exigeantes sur le plan de la formation. Par ailleurs, la formation et la profession conditionnent les ressources financières: plus le niveau de formation est élevé, plus le revenu l'est aussi. De meilleures ressources financières permettent de vivre dans de meilleurs logements et dans de meilleurs environnements (plus de lumière, chauffage et isolation de meilleure qualité, plus de place, moins de bruit, plus d'espaces verts à proximité, etc.). Elles

permettent de prendre plus de vacances ou de consacrer une partie des loisirs à la détente. L'alimentation est généralement meilleure elle aussi. Un autre aspect essentiel subit l'influence de la formation: selon l'endroit où l'on habite et celui où l'on travaille, on vit dans un certain contexte – on pourrait également parler de culture – qui influence la pensée et l'action. Il peut s'agir d'habitudes, comme de boire une bière après le travail, de fumer pendant qu'on travaille ou de fréquenter d'autres amis et collègues de travail qui ont d'autres comportements de loisirs. Le contexte social dans lequel nous vivons influence fortement nos opinions et notre manière de vivre et donc notre santé et notre comportement en matière de santé. La formation en tant que variable d'analyse des différences d'espérance de vie est donc représentative d'une multitude de particularités, d'opinions et d'aptitudes que l'on a, que l'on acquiert avec le temps et que l'on développe.

Chez les hommes, les différences entre catégories de formation sont nettement plus marquées que chez les femmes. L'origine du phénomène est double: premièrement, la profession est probablement plus importante pour le style de vie chez les hommes et exerce plus d'influence sur leur comportement en matière de santé. Ensuite, dans notre société, le style de vie des femmes (notamment des plus âgées) dépend fortement du statut socio-économique de leur conjoint. Une femme assez âgée peut tout à fait n'avoir suivi que l'enseignement obligatoire, s'être mariée relativement tôt et avoir passé toute son existence avec un mari diplômé de l'enseignement tertiaire. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'influence de la formation personnelle sur le comportement de santé et la mortalité soit moins marquée chez les femmes que chez les hommes.

4.5 Résumé et conclusion

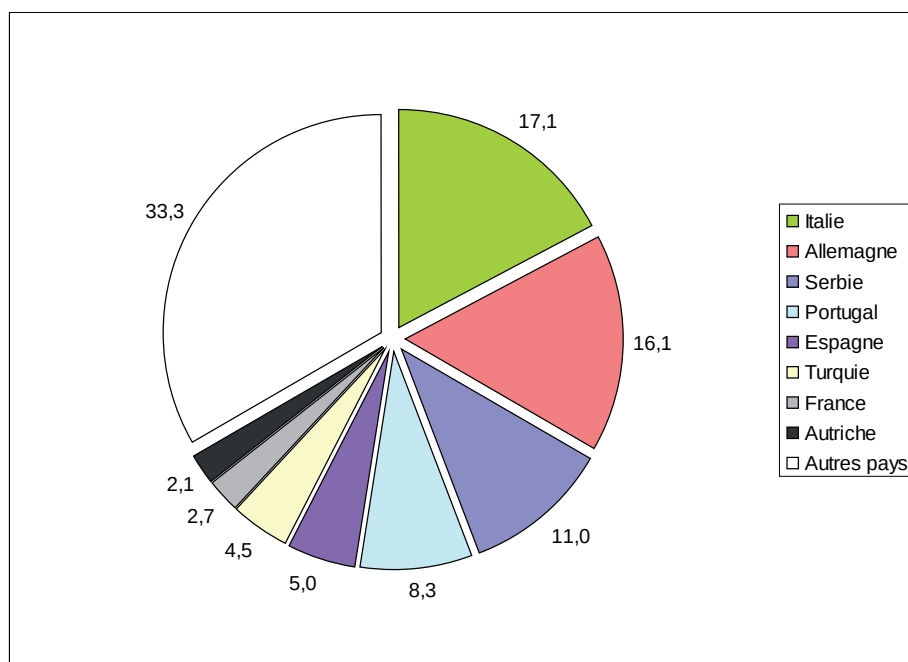
Ce rapport est le premier rapport cantonal à analyser les données de la Swiss National Cohort. Les résultats sont sans équivoque: dans le canton de Berne également, la situation sociale présente un lien évident avec la mortalité, ce qui se répercute sur l'espérance de vie. De manière générale, les personnes ayant un bas niveau de formation et un bas statut socioprofessionnel vivent moins longtemps. On observe un gradient social frappant pour le cancer du poumon. Un résultat est particulièrement préoccupant: le risque de décès est multiplié chez les personnes qui ont perdu leur emploi.

Les analyses de mortalité et d'espérance de vie constituent également un précieux complément méthodologique aux autres sources de données analysées dans le présent rapport. Les données qui comprennent une auto-évaluation des personnes concernées comme les données des registres de mortalité, qui sont indépendantes du ressenti, dépeignent la même situation.

5 La santé de la population migrante

5.1 Introduction

En 2007, le canton de Berne comptait 117 101 résidents permanents de nationalité étrangère. Il s'agit des personnes nées dans leur pays d'origine et qui ont émigré vers la Suisse ainsi que de celles qui sont nées en Suisse. Les pays d'origine sont aussi divers que les raisons de la présence en Suisse. Le graphique ci-dessous présente la population migrante du canton de Berne par pays d'origine:



Graphique 5.1: Population résidente étrangère par pays d'origine (source: Office fédéral des migrations, Registre central de étrangers (état au 31.12.2007); présentation SAP/DES)

Bien que les étrangers constituent plus d'un huitième de la population résidente du canton, il existe extrêmement peu de données fiables concernant leur état de santé. Il y a plusieurs raisons à cela:

- Difficultés linguistiques: les personnes ne maîtrisant aucune des langues officielles de la Suisse sont exclues de la plus grande enquête sur la santé de la population – l'Enquête suisse sur la santé – qui est réalisée uniquement en allemand, en français et en italien.
- Coût d'une augmentation considérable de l'échantillon: pour obtenir des informations significatives, il faudrait augmenter l'échantillon de manière à pouvoir analyser chaque ethnie séparément. Or cela nécessite un échantillonnage complexe et une augmentation importante du nombre de cas.
- Importance du sujet: il est également probable que la question de l'état de santé

de la population migrante n'a pas suscité une attention suffisante à l'échelon cantonal.

Malgré les données lacunaires, le présent rapport ne pouvait ignorer la santé des immigrés pour deux raisons majeures: premièrement, les résidents permanents étrangers représentent un important pourcentage de la population du canton de Berne; deuxièmement, la littérature scientifique montre qu'il existe au sein de la population immigrée certains groupes dont la santé est soumise à des contraintes particulièrement fortes. C'est pourquoi le présent rapport consacre un chapitre à part à la question de la santé de la population migrante. Il s'appuie pour ce faire sur une enquête nationale ainsi que sur des entretiens avec des spécialistes. La principale source de données est le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM), dont voici une brève description.

Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM):

L'Office fédéral de la santé (OFS) a lancé en 2004 un monitoring pour connaître l'état de santé des personnes issues de l'immigration âgées de 15 à 74 ans¹⁰³. Dans le cadre de cette enquête complémentaire à l'Enquête suisse sur la santé, des personnes venant d'Italie, d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de Turquie et du Sri Lanka ont été interrogées dans leur langue maternelle. Une enquête supplémentaire a été réalisée auprès de requérants d'asile kosovars et sri-lankais. Les informations concernant les citoyens allemands, autrichiens et français ont été reprises de l'Enquête suisse sur la santé.

Selon l'OFSP, la démarche qui consiste à interroger des personnes dans leur langue maternelle est exemplaire et unique. En transposant les résultats ainsi obtenus à la population migrante du canton de Berne, on part implicitement du principe selon lequel, p. ex., les femmes tamoules vivant dans le canton de Berne se trouvent dans une situation analogue, éprouvent des sentiments analogues et ont un comportement analogue à ceux de toutes les femmes tamoules habitant en Suisse. Sous réserve de véracité de cette hypothèse, le GMM fournit de précieuses pistes concernant la situation particulière des différents groupes de migration dans le canton de Berne. Les pays d'origine des migrants pris en compte dans le GMM coïncident avec les principaux groupes de migrants du canton de Berne. Malheureusement, les citoyens espagnols, qui représentent 7% de la population étrangère du canton n'y figurent pas. Des détails sur le GMM figurent en annexe du présent rapport.

Entretiens avec des spécialistes en complément des données d'enquête de la Confédération

Deux entretiens semi-structurés ont été menés, l'un avec le service Migration de l'Office fédéral de la santé et l'autre avec des spécialistes de la Croix-Rouge suisse, dans le but d'intégrer leurs connaissances dans le rapport. Les points suivants ont été qualifiés à l'unanimité de particulièrement importants:

- Il n'est ni pertinent ni scientifiquement admis de comparer la population immigrée comme groupe à part avec la population suisse. La situation sociale – en Suisse, les habitants les plus riches et les plus pauvres sont d'origine étrangère – et le motif de migration diffèrent fortement d'une personne à l'autre. Un Allemand ou

¹⁰³ Cet échantillon n'est donc pas comparable aux catégories d'âges des chapitre 2 – enfants et adolescents – et 3 – adultes en âge de travailler.

un Français hautement qualifié vit en Suisse dans un contexte complètement différent, de celui, p. ex., d'une requérante d'asile sri-lankaise.

- Le statut socio-économique des migrants varie donc largement selon le pays d'origine et le statut migratoire. La situation économique d'une grande partie de la population immigrée est défavorable sur le plan du revenu, de la formation, du statut professionnel et du statut de séjour. Or les conditions de vie précaires sur le plan socio-économique influencent de la même manière les immigrés et les non-immigrés. Toutefois, il existe des risques et des chances en santé spécifiques aux immigrés (p. ex. expériences traumatisantes avant et pendant la fuite, torture, violence, guerre, viol; stress dû à l'avenir incertain qui va de pair avec le statut migratoire; perte de capital social, isolement social, solitude; difficulté à passer d'une culture à l'autre et ambivalence permanente entre le souhait de rentrer chez soi et de rester en Suisse).
- Les profils d'état de santé et de comportement en matière de santé sont nettement différents d'un pays d'origine et d'un statut migratoire à l'autre. Cette constatation semble importante également pour la planification de la prévention et de la promotion de la santé.
- Comparée à celle de la population autochtone, la santé des migrants ne doit pas être considérée comme déficitaire à tous les points de vue: le problème de l'alcool, p. ex., est beaucoup plus répandu parmi les Suisses que dans la plupart des groupes de migrants.

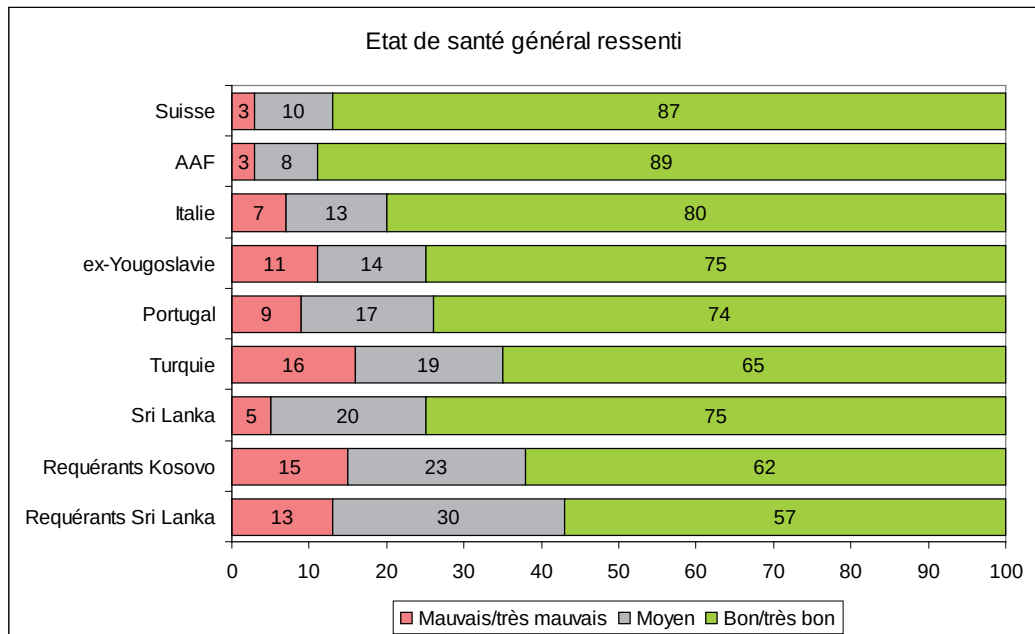
5.2 Les différences de santé sont grandes d'un pays d'origine à l'autre

Le graphique ci-dessous indique que l'état de santé ressenti diffère très fortement d'un pays d'origine à l'autre. Les résultats du GMM ont été ajustés de l'âge et ne sont de ce fait pas distordus par les structures différentes des catégories d'âge.

Etat de santé général ressenti

Comme on le voit, l'état de santé diffère considérablement d'un pays d'origine à l'autre. Les personnes issues des pays voisins (Allemagne, Autriche et France – AAF) ne présentent presque aucune différence avec la population autochtone: de manière générale, cette constatation est transposable au comportement de santé et à la situation en matière de ressources. Si différence il y a, c'est sous la forme d'une position légèrement meilleure des personnes venant de ces pays (p. ex. en ce qui concerne le poids corporel). La situation est toute autre pour les immigrés du sud de l'Europe et d'ex-Yougoslavie, qui se différencient considérablement des Suisses. Parmi la population étrangère résidente, il semble qu'à de nombreux points de vue, la situation la plus défavorable est celle des Turcs. 65% seulement d'entre eux se sentent en «bonne» ou en «très bonne» santé, contre 87% des Suisses.

Il convient de souligner la différence entre les Sri-Lankais résidents (75% d'entre eux se sentent en bonne santé) et leurs compatriotes requérants d'asile (57%).



Graphique 5.2: Etat de santé ressenti par pays d'origine et statut migratoire en % (source: GMM, OFSP, 2007)

Santé psychique

Les différents indicateurs de santé psychique relevés dans le cadre du GMM dépeignent une situation analogue: celle des Allemands, des Autrichiens et des Français est à peu près aussi bonne que celle des Suisses. La santé psychique des Européens du Sud est un peu moins bonne. Celle des immigrés turcs et des requérants d'asile kosovars est particulièrement mauvaise (le nombre d'entre eux qui suivent un traitement médical pour cette raison est plus que proportionnel). La consommation de calmants et de somnifères prescrits par un médecin de ces deux groupes est plus que proportionnelle. Dans ce domaine, ce sont apparemment les femmes turques qui vont le plus mal, car toutes les valeurs les concernant sont de loin les plus mauvaises: 23% d'entre elles se font traiter pour des problèmes psychiques. La disparité qui ressort entre la population résidente et les requérants d'asile dans la communauté tamoule mérite d'être soulignée: la population résidente se sent moins bien que les Suisses, et les requérants tamoules encore plus mal, mais aucun de ces deux groupes ne se fait traiter.

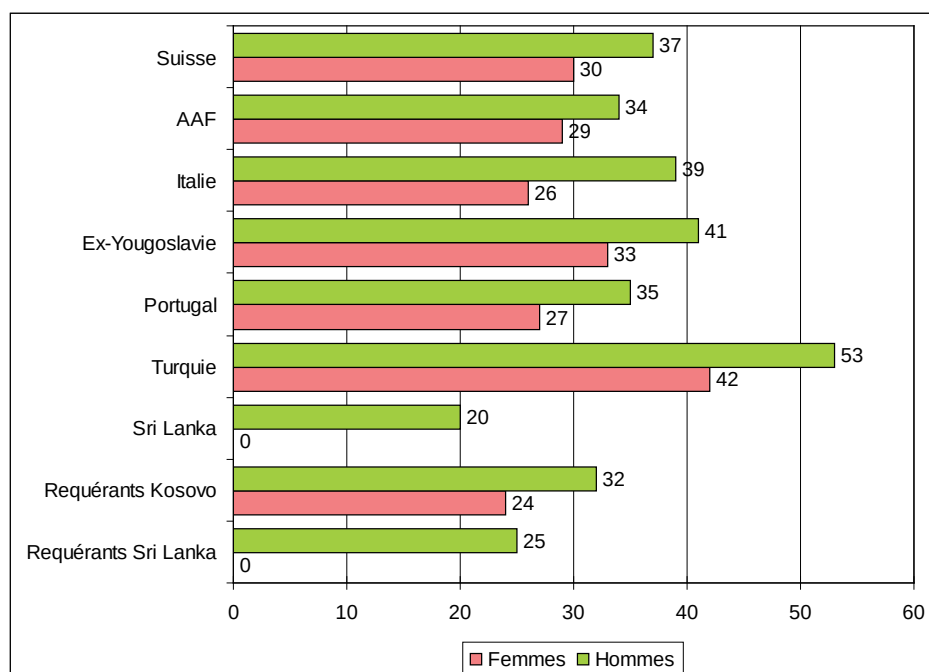
Fossé de l'âge

L'une des principales observations du GMM est le «fossé de l'âge». Les Suisses et les personnes originaires d'Allemagne, d'Autriche et de France se sentent psychologiquement plus équilibrés et mieux avec l'âge, ce qui n'est pas le cas des autres immigrés:

«Dans les autres groupes de migrants, l'équilibre psychique est non seulement moins bon de manière générale mais il se dégrade aussi avec l'âge. Un mieux-être psychique ne se fait sentir qu'à partir de l'âge de la retraite, excepté cependant pour les femmes originaires du

Sri Lanka, chez qui l'on observe une tendance négative persistante à mi-parcours de la vie active.» (OFSP, 2007, p. 16).

On constate le même phénomène en ce qui concerne les troubles physiques (p. ex. maux de dos, maux de tête, troubles du sommeil) et la consommation de médicaments, qui en est le reflet. Chez toutes les personnes interrogées, les troubles augmentent avec l'âge: alors que la pente de la courbe est relativement plate pour les Suisses, elle est beaucoup plus accentuée pour les personnes originaires d'Europe du Sud, d'Ex-Yougoslavie et tout particulièrement de Turquie. Les femmes turques entre 51 et 62 ans consomment une quantité extrêmement importante de calmants, de somnifères, mais aussi d'antidouleurs.



Graphique 5.3: Pourcentage de fumeurs et de fumeuses par pays d'origine, statut migratoire et sexe (source: GMM, OFSP, 2007)

Surpoids: les femmes d'âge moyen originaires d'Europe du Sud et de Turquie sont extrêmement souvent concernées

Tandis que certains groupes d'immigrés ont moins de problèmes de poids que les Suisses, la surcharge pondérale est extrêmement répandue chez d'autres. Les valeurs sont dans ce cas également meilleures chez les Allemands, les Autrichiens et les Français (57% de personnes de poids normal) que chez les Suisses (51% de personnes de poids normal).

Dans les autres groupes d'immigrés, le surpoids est bien plus répandu. Le problème est particulièrement aigu chez les requérants d'asile kosovars, dont 21% sont obèses (IMC>30) et 62% en surpoids. Pour cet autre indicateur de santé important, les femmes turques d'âge moyen présentent un risque élevé: 90% des femmes turques de 51 à 60 ans sont en surcharge pondérale. Cette valeur

est également très élevée (80%) pour les femmes du même âge venant d'ex-Yougoslavie, d'Italie et du Portugal.

Cette situation provient probablement du fait que les groupes où le problème du poids corporel est particulièrement aigu, notamment les femmes venant d'ex-Yougoslavie et de Turquie, ne font pratiquement plus de sport à l'âge adulte.

Comportement à risque

Le tabac montre d'une manière exemplaire qu'une prévention adaptée au besoin doit tenir compte de l'origine de la population. Alors que dans certains groupes (notamment les personnes originaires de Turquie), la situation est nettement plus problématique que chez les Suisses, d'autres sont nettement moins touchés (p. ex. les personnes venant du Sri Lanka).

Le fait que la situation de santé est meilleure chez certains migrants est prouvé par la consommation d'alcool: l'abstinence est nettement plus répandue chez les personnes originaires du Portugal, d'Italie, d'ex-Yougoslavie, de Turquie et du Sri Lanka que chez les Suisses.

Isolement social et absence d'intégration: un important facteur de risque

Sur mandat de l'OFSP, les données du GMM ont également été analysées pour identifier les facteurs explicatifs des différences entre les groupes de migrants¹⁰⁴. Les principales constatations de cette étude sont les suivantes:

- La situation socio-économique des personnes immigrées explique une partie significative des différences d'état de santé et de comportement en matière de santé. En ce qui concerne celles indiquées plus haut, on remarque que la nationalité est également un important facteur d'influence, indépendamment de la position sociale (p. ex. pour ce qui est des influences culturelles et religieuses). Les habitudes alimentaires et la consommation d'alcool ou, plus précisément, l'abstinence font p. ex. partie des traditions culturelles. Le degré d'intégration influence lui aussi considérablement la santé. La santé des personnes qui se sentent discriminées, sans patrie, socialement isolées, qui sont en contact avec des personnes moins bien intégrées (p. ex. avec d'autres requérants d'asile) et qui n'ont pas de partenaires est nettement plus mauvaise.

5.3 Résumé et conclusion

Il résulte du monitoring de la santé de l'ensemble de la population immigrée de la Suisse réalisé en 2004 une image différenciée de la santé des migrants.

La santé des personnes originaires d'Allemagne, d'Autriche et de France est plutôt meilleure que celle des Suisses. Globalement, les personnes venant d'Europe du Sud et du Sri Lanka sont en moins bonne santé générale, ont un moins bon équilibre psychique et souffrent nettement plus souvent de troubles physiques. L'écart entre la population suisse et les immigrés de l'espace méditerranéen et du Sri Lanka augmente avec l'âge.

Les différences de santé selon le statut de séjour sont frappantes: apparemment, les requérants d'asile sont exposés à des contraintes bien plus fortes ou

¹⁰⁴ Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007

plus nombreux à être exclus de ressources de santé importantes que leurs compatriotes résidants.

Cela provient probablement du fait que certains risques de santé tels que le surpoids et le manque d'exercice physique sont extrêmement répandus dans certains groupes de migrants. Selon les origines, la consommation d'alcool et la fumée sont soit plus répandues ou nettement moins répandues que dans la population suisse. Il est donc important de cibler les programmes de prévention.

6 Principaux resultats

Le présent rapport sur la santé tente de mettre en lien deux perspectives: d'une part, celle de la situation sociale, qui exerce une influence sur la santé et, de l'autre, celle du déroulement de l'existence. A cet effet, les auteurs ont exploité, entre autres et pour la première fois, les données de la Swiss National Cohort par canton, qu'ils ont complétées par d'autres sources disponibles ainsi que par des conclusions tirées de la littérature.

Ces analyses ont permis de constater des faits importants, par exemple en ce qui concerne la répartition des chances en santé dans le canton de Berne ou les groupes de personnes défavorisées à plusieurs titres, et de dégager des pistes fondamentales importantes en matière de promotion de la santé, de prévention et de traitement. Les personnes présentant des risques particulièrement importants doivent être non pas ignorées, mais placées au centre des efforts.

En dépit de la diversité et de la complexité des sources, des analyses et des résultats, une image significative apparaît, même toutes classes d'âge confondues: dans le canton de Berne, les personnes socialement défavorisées présentent une probabilité plus élevée de tomber malades et de mourir prématurément. Cette inégalité commence avant la naissance et persiste durant l'enfance, la jeunesse et l'âge adulte jusqu'à la fin de la vie.

Pour promouvoir la santé de la population du canton et éviter l'apparition de maladies et d'affections chroniques, il faut s'attacher en priorité à améliorer les chances en santé de cette catégorie défavorisée de personnes.

Voici les principales constatations faites pour chaque âge de la vie.

Enfants:

1. Les chances de départ des enfants issus de familles socialement défavorisées sont inférieures: la précarisation de la santé commence très tôt. Un exemple: en Allemagne, 31,1% des mères ayant un statut social inférieur fument (régulièrement) durant la grossesse contre 7,8% de celles ayant un statut social élevé.
2. L'état de santé futur n'est pas déterminé à l'avance: l'effet d'une inégalité dans la petite enfance peut, plus tard, être atténué de manière significative par un encouragement (p. ex. une bonne formation scolaire).
3. Conclusion n° 1 tirée de la littérature: les enfants ayant un statut social inférieur présentent un risque plus élevé de souffrir d'au moins un problème psychologique. Par ailleurs, chez eux, la prévalence sur la vie du trouble hyperactif avec déficit d'attention (THADA) médicalement ou psychologiquement diagnostiqué est deux fois supérieure.
4. Conclusion n° 2 tirée de la littérature: les enfants ayant un statut social inférieur ou issus de familles immigrées font moins de sport et sont particulièrement nombreux à être en surcharge pondérale ou obèses. Leur comportement alimentaire est différent lui aussi: ils consomment moins de céréales, de légumes, de fruits, de produits laitiers, de poisson,

de pommes de terre, de riz et de pâtes, et plus de friandises sucrées et salées et de boissons sucrées.

5. En ville de Berne, les enfants et adolescents étrangers sont nettement plus nombreux à être en surpoids.
6. La base de données relative à la situation sanitaire des enfants de moins de onze ans dans le canton de Berne pourrait être considérablement améliorée, soit par l'exploitation des données consignées par les médecins scolaires, soit par une enquête spécifique sur l'état de santé de la population enfantine du canton.

Adolescents:

1. Un pourcentage élevé des adolescents (93%) qualifient leur état de santé ressenti de bon à très bon. Les filles issues de familles financièrement défavorisées portent plus souvent un jugement négatif sur leur état de santé que celles provenant de milieux très aisés.
2. En dépit du recul de la consommation d'alcool, la proportion d'adolescents qui en consomment est élevée en comparaison internationale. Parmi les 11 à 15 ans, un garçon sur quatre et une fille sur cinq a consommé de l'alcool au moins une fois durant les trente jours écoulés, et ce, bien que la loi interdise la vente d'alcool aux moins de 16 ans.
3. Les adolescents issus de familles aisées se sentent plus souvent pleins d'énergie, en forme et bien dans leur peau que ceux venant de familles à revenu bas ou moyen.

Adultes en âge de travailler (25 - 64 ans):

1. La population bernoise adulte ayant un statut social inférieur se sent de manière générale en plus mauvaise santé et souffre plus souvent de maux de dos et de tête. Chez les hommes, les douleurs articulaires sont en relation avec les efforts physiques sur le lieu de travail.
2. Les personnes de statut social inférieur souffrent plus souvent de forts maux de dos et de tête. Parmi les personnes ayant un bas niveau scolaire, un faible revenu et une position professionnelle inférieure, 9,5% souffrent de forts maux de dos, contre 3,8% seulement des personnes ayant un haut niveau scolaire, un revenu important et une position professionnelle supérieure. La probabilité de souffrir de cette affection est 3,7 fois plus grande pour les habitants du canton de Berne ayant un bas niveau scolaire que pour ceux qui ont suivi une formation tertiaire.
3. En outre, les personnes de statut social inférieur manifestent un comportement particulièrement défavorable à la santé: elles sont plus nombreuses à fumer quotidiennement et à présenter une surcharge pondérale, moins nombreuses à être soucieuses de leur alimentation et encore moins nombreuses à pratiquer de l'exercice. En revanche, cette catégorie d'âge ne présente aucun gradient social en ce qui concerne la consommation à risque d'alcool.
4. Dans le canton de Berne, plus de la moitié des hommes âgés de 25 à 64 ans sont en

surpoids ou obèses. Chez les personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire, le risque de surcharge pondérale est trois fois plus élevé que chez les titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire.

5. La situation est semblable en ce qui concerne la santé psychique, les facteurs de risque variant selon le sexe. Le fait d'occuper une position professionnelle élevée protège les hommes contre les dépressions cliniquement significatives ainsi que contre les fortes pressions psychiques, alors que chez les femmes, on ne trouve aucun lien significatif entre la dépression et les indicateurs sociaux retenus. Par contre, les femmes ayant un bas niveau scolaire présentent un risque plus élevé d'être soumises à de fortes pressions psychiques.
6. L'analyse de la statistique médicale des patients hospitalisés pour des problèmes psychiques révèle un risque accru chez les personnes ayant un bas niveau scolaire.

Groupes vulnérables: personnes immigrées originaires d'Europe du Sud, de Turquie et du Sri Lanka

1. Le canton de Berne compte environ 120 000 habitants de nationalité étrangère (OFS, Recensement de la population, 2000). Les données concernant la santé des personnes immigrées du canton de Berne qui ne parlent aucune des langues officielles est insatisfaisante.
2. Il n'est ni pertinent ni scientifiquement admis de considérer la population immigrée comme un groupe à part, car les profils de niveau social, d'état de santé et de comportement en la matière diffèrent fortement d'un pays d'origine et d'un statut migratoire à l'autre.
3. Contrairement à celui des migrants venus d'Allemagne, de France et d'Autriche, l'état de santé psychique et physique des personnes originaires d'Europe du Sud, de Turquie et du Sri Lanka est moins bon que celui de la population suisse.
4. Un phénomène particulièrement frappant est la croissance de l'écart avec l'âge: les différences entre la santé psychique et physique de la population suisse et des groupes de migrants cités au point 3 augmentent fortement à mesure du vieillissement.
5. Le taux de personnes en surcharge pondérale est très élevé parmi les immigrants originaires d'Europe du Sud et de Turquie.
6. On constate une consommation élevée de calmants, de somnifères et d'antidouleurs chez les requérants d'asile kosovars et les immigrants turcs.

1. L'état de santé des femmes turques âgées est particulièrement mauvais.

Espérance de vie et mortalité:

1. Le gradient social de mortalité dépendant de la formation scolaire et de la position professionnelle est important. Les personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire meurent avant les autres. Cela se vérifie tant pour les décès dus au cancer que pour ceux imputables à des maladies cardiovasculaires.

2. L'influence de la situation sociale est différente ou inexistante selon les causes du décès (pour le cancer du poumon, p. ex., la relation est très marquée alors qu'il n'en existe aucune en ce qui concerne le cancer du sein).
3. Les chômeurs présentent un risque nettement plus élevé de mourir prématurément.
4. L'espérance de vie à 65 ans est la suivante:
Hommes ayant terminé l'enseignement obligatoire: 16,3 ans; diplômés du niveau tertiaire: 19,5 ans.
Femmes ayant terminé l'enseignement obligatoire: 20,8 ans; diplômées du niveau tertiaire: 22,7 ans.

En résumé: dans le canton de Berne également, les chances en santé sont réparties très différemment dans la population selon la situation et le statut sociaux. C'est ce qui apparaît très nettement dans les indicateurs de santé comme dans la mortalité.

7 Champs d'action

L'objectif du présent rapport consiste non seulement à dresser un bilan et à l'analyser, mais aussi à en tirer des conclusions et à proposer des pistes pour une amélioration de la situation.

Pour améliorer véritablement l'égalité des chances en santé de la population, il faut du temps et il faut des partenaires prêts à travailler dans la même direction.

Le présent rapport démontre qu'il ne suffit pas de prendre des mesures dans le seul domaine de la politique de la santé. C'est la raison pour laquelle il est impossible de présenter ici des démarches concrètes. Elles seront discutées et élaborées dans une deuxième phase avec les partenaires concernés par chaque champ d'action. Les champs d'action ci-après définissent le cadre dans lequel il faut prendre des mesures et les secteurs politiques qui peuvent contribuer à l'amélioration de l'égalité des chances en santé.

Voici tout d'abord les principales considérations sur lesquelles les auteurs se sont appuyés pour rédiger ce dernier chapitre.

7.1 Prémisses de la définition de champs d'action et de mesures

1. Pour être en bonne santé physique et psychique, un être humain n'a pas besoin que d'eau propre et de nourriture en suffisance. Il a également besoin d'éprouver le sentiment d'appartenir à la société, d'avoir un avenir, d'exercer une activité qui a du sens, d'être rémunéré pour cette activité et de bénéficier de l'estime des autres.
2. Il est politiquement et éthiquement inacceptable que certains enfants, en raison uniquement de leur origine, aient de moins bonnes chances d'être en bonne santé et une plus brève espérance de vie.
3. Pour améliorer la santé de la population, il faut se concentrer en priorité sur les personnes dont les chances en santé sont les moins bonnes.
4. La promotion de la santé ne doit pas approfondir encore le fossé entre «bons risques» et «mauvais risques».
5. Sur le plan de la politique de santé également, il est important que l'écart entre pauvres et riches ne s'agrandisse pas en permanence.
6. A elle seule, la promotion de la santé ne suffit pas à améliorer la santé de la population. L'influence directe de la politique sociale, de la politique de formation et de l'aménagement du marché du travail et de l'environnement est tout aussi importante.

7.2 Objectifs généraux pour une amélioration de l'égalité des chances

Cinq objectifs généraux découlent des résultats du présent rapport sur la santé.

Equité sociale:

L'élargissement du fossé entre riches et pauvres menace non seulement la cohésion de notre société, mais aussi l'état de santé et donc les performances des habitants de notre canton. Les mesures de promotion de l'équité sociale sont plus que jamais décisives.

Politique de santé multisectorielle:

Le présent rapport démontre l'influence des déterminants sociaux sur la santé et l'espérance de vie de la population bernoise. Une prise de conscience accrue que la mission de l'Etat consistant à préserver et à promouvoir la santé publique appartient à tous les secteurs politiques est donc indispensable.

Intégrer au lieu de stigmatiser:

Les offres spécifiques d'amélioration des chances en santé destinées aux personnes défavorisées doivent intégrer et non exclure ou stigmatiser. Celles qui s'adressent à l'ensemble de la population doivent intégrer les groupes défavorisés au lieu de les ignorer.

Autonomisation de groupes défavorisés sur le plan des chances en santé:

L'un des principaux éléments de renforcement de la santé réside dans la conscience du fait qu'il est possible d'influencer de nombreux facteurs qui nuisent à la santé de l'individu ou la protègent. Les personnes ou les groupes qui, de par leur position sociale, ont peu de possibilités dans ce domaine ou ne les exploitent pas, doivent être encouragées structurellement et psychiquement à exercer une influence positive sur leur santé.

Berne, un canton bon pour la santé:

La santé ne s'acquiert pas à l'hôpital ou dans un cours de promotion de la santé, mais dans les sphères de l'existence quotidienne. Les principales d'entre elles, à savoir la famille, l'école, le travail, l'habitat et les loisirs, doivent être aménagées de façon à ne pas nuire à la santé et à permettre à tous d'adopter facilement un comportement sain.

7.3 Champs d'action

Champ d'action n° 1: Affaires sociales et politique sociale

Stratégie visant à réduire la pauvreté de moitié

Le premier rapport social du canton de Berne paru en décembre 2008 révèle que 7% de la population bernoise vit dans la pauvreté et que 5% des habitants du canton en sont menacés. On voit donc que la pauvreté et la garantie de l'existence sont des problèmes transversaux et concernent par conséquent les secteurs politiques les plus divers (formation, économie, marché du travail, fiscalité, etc.). Dans une première étape de lutte contre la pauvreté, le directeur de la santé publique et des affaires sociales a convié les milieux économiques, politiques, scientifiques et sociaux au premier sommet social du canton de Berne pour y débattre de mesures préventives contre la pauvreté dans le domaine du travail rémunéré. La discussion a révélé entre autres l'importance primordiale du marché du travail et, partant, de l'intégration professionnelle.

Renforcement et autonomisation des familles

Le 27 mars 2007, le Grand Conseil du canton de Berne a adopté deux motions de politique familiale¹⁰⁵ et chargé le Conseil-exécutif de préparer une stratégie de politique familiale pour renforcer le système famille sur plusieurs plans. La politique familiale a été approuvée par le Conseil-exécutif le 4 novembre 2009 et sera examinée par le parlement au cours de l'année 2010. Elle définit d'importantes exigences découlant du présent rapport sur la santé (renforcement économique des familles et allègement de la charge qui pèse sur elles, promotion de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle pour décharger les parents, offres d'encadrement des enfants qui améliorent l'égalité des chances, conseils aux parents dans le domaine de la santé également, etc.).

Intégration des migrants

Le Grand Conseil du canton de Berne souhaite que le canton intensifie son engagement en ce qui concerne la politique d'intégration. Durant sa session de novembre 2007, il a adopté une motion de la députée Barbara Mühlheim (M 172/2007), qui demande l'édiction de directives d'intégration contraignantes pour le canton de Berne. Une loi sur l'intégration est actuellement en projet, qui considère l'établissement de l'égalité des chances comme une tâche fondamentale de l'Etat et comme une condition indispensable à l'intégration de la population. Elle exige de la part des migrants des efforts et des initiatives d'intégration, mais aussi de la part des employeurs, de l'administration, de l'Etat et de la population suisse pour offrir à la population immigrée des chances équitables d'accès à la formation et au travail.

Améliorer les conditions de départ des enfants

Les conditions de départ des enfants doivent être améliorées dans le contexte familial comme dans les structures d'accueil extrafamiliales et à l'école. Cet

¹⁰⁵ M 177/2006, M 178/2006; compte rendu du Grand Conseil du canton de Berne 2007

objectif concerne à la fois la politique de santé, la politique sociale et la politique de formation.

La planification des priorités 2010-2013 de promotion de la santé et de prévention prévoit un programme prioritaire «Petite enfance» visant à autonomiser les parents et à renforcer et promouvoir le développement positif des enfants. A travers une offre accessible à tous, il s'adresse également aux parents peu familiarisés avec la formation et aux familles immigrées et touche plusieurs sphères de l'existence: famille, crèches, parents de jour, groupes de jeu et loisirs. Le projet Primano, d'ores et déjà en cours dans les quartiers de Bethlehem, d'Holligen/Brunnmatt, de Kleefeld/Weidmatt et de Wittigkofen/Murifeld de la ville de Berne, vise à ce que les enfants entament leur scolarité en bonne santé, motivés à apprendre et avec de bonnes chances de départ. Il comprend des offres à domicile, dans les structures d'accueil extrafamilial et dans les quartiers.

Déjà vaste, la gamme d'offres de conseil aux familles (p. ex. accueil extrafamilial des enfants, services de puériculture, éducation précoce spécialisée, conseil en éducation, pédiatres, services de neuropsychologie, service de lutte contre la violence domestique, accompagnement sociopédagogique des familles, services de consultation conjugale et familiale) devra former un réseau plus intense, tant de manière générale que sur le plan des échanges entre services et du soutien aux personnes et aux familles (case management).

Dans le domaine de l'encouragement précoce, les milieux spécialisés et les politiques discutent de l'élaboration d'une stratégie cantonale de soutien de l'enfance qui coordonne toutes les offres du domaine, définisse les procédures et les responsabilités et organise de manière contraignante la coopération entre les acteurs¹⁰⁶. Dans la mise en réseau des offres, les services de puériculture pourraient jouer un rôle particulier. Il s'agit en effet d'une offre de base qui atteint environ 90% des parents dans le canton de Berne. Elle recèle donc un potentiel de dépistage précoce des problèmes et pourrait diriger les familles vers les services susceptibles de les aider avant que le problème ait des répercussions négatives sur le quotidien de la famille.

Champ d'action n° 2: Prévention, promotion de la santé et services de santé

Concentration de la prévention et de la promotion de la santé sur les catégories de population socialement défavorisées

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, il s'agit de mieux atteindre les catégories de population socialement défavorisées, objectif qui est déjà défini dans ses grandes lignes dans la planification cantonale des priorités de promotion de la santé et de prévention.

¹⁰⁶ Voir motion (M 068/2009) Messerli, Nidau (PEV) du 28 janvier 2009 «Stratégie cantonale de soutien de l'enfance» adoptée le 10 septembre 2009.

Amélioration des informations sur l'état de santé de la population enfantine du canton de Berne

Il faut envisager une adaptation des bases juridiques des examens de médecine scolaire afin de pouvoir disposer à l'avenir de données permettant d'évaluer et d'analyser l'évolution de l'état de santé des enfants du canton de Berne.

Amélioration de l'accessibilité et de la compréhensibilité du système de santé

Il faut améliorer l'accessibilité et la compréhensibilité du système de santé pour les catégories de population peu familiarisées avec la formation.

Champ d'action n° 3: Formation et responsabilisation

Les chances de formation et d'intégration dans le monde du travail doivent être améliorées, tant pour les enfants issus de familles pauvres ou défavorisées sur le plan de la formation que pour les adultes en situation sociale précaire. La compétence en matière de santé des habitants du canton de Berne constitue un autre champ d'action. La formation globale et l'acquisition de l'aptitude à agir pour sa propre santé sur la base de bonnes informations – p. ex. à reconnaître les signaux de son organisme ou à communiquer avec le corps médical – ne doivent pas se limiter à la scolarité, mais s'étendre sur l'ensemble de l'existence.

Champ d'action n° 4: Conditions de travail, marché du travail et assurances sociales

La protection au travail, les conditions de travail, la politique salariale et l'intégration des personnes handicapées sont des champs d'action importants pour l'amélioration de l'égalité des chances en santé. De même, l'aménagement des assurances sociales en vue d'atténuer les contraintes sociales inégales résultant des exigences professionnelles peut exercer une influence décisive dans ce domaine (exemple: définition de l'âge de la retraite en fonction des années d'activité rémunérée).

Champ d'action n° 5: Environnement

La santé doit être prise en compte dans la conception d'ensembles résidentiels et de quartiers urbains et dans la construction de routes comme dans celle de bâtiments publics. L'objectif doit consister à favoriser l'exercice physique et les contacts sociaux. La ségrégation sociale dans les communes et les quartiers urbains doit être combattue par la promotion et les investissements ciblés dans les zones financièrement et socialement défavorisées.

Bibliographie

(Les documents en français sont indiqués en italique)

Bachmann N. (1998). Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von Individuum und Kontext: Ergebnisse einer Multilevel-Analyse. Münster; New York; München; Berlin: Waxmann.

Baer N., Frick U. und Fasel T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Berichtsnummer 6/09. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Avec résumé en français.

Bergmann K. E., Bergmann R. L., Ellert U. und Dudenhausen J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6) 2007, 670-676.

Berkman L. et Syme S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology 109, 186-204.

Berkman L. et Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman L. F. & Kawachi I. (eds.). Social epidemiology. Oxford University Press, New York, 137-173.

Berkman L. et Kawachi I. (eds.) (2000). Social epidemiology. New York: Oxford University Press.

Berkman L. und Melchior M. (2008). Ein Modell für zukünftige Entwicklungen – wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 77-98.

Bisig B. und Gutzwiller F. (1999). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich: Zurich.

Bopp M. et Minder C. E. (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. Great Britain International Journal of Epidemiology; 32:346-354.

Borgers D. und Steinkamp G. (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In: Schwenkmezger P. und Schmidt Lothar R. (Hrsg): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke

Bosma H. (2008). Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 195-211.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). Rapport d'approfondissement Genre et Santé. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (éd.). Statistique de l'AI 2008. Berne: OFAS.

- Office fédéral du sport (OFSP), Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Promotion Santé Suisse, Réseau santé et activité physique Suisse (éd.) (2006). Activité physique et santé. Document de base. Macolin: OFSP.*
- Office fédéral de la statistique (éd.). *Annuaire statistique de la Suisse 2006. Zurich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.*
- Carvajal M. I. (2007). Trends beim Gesundheitsverhalten von 8. Klässlern in der Stadt Bern. Master-Thesis zur Erlangung des Masters of Public-Health im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsgangs Public Health der Universitäten Basel, Bern, und Zürich. Bern: Mai 2007.
- Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M. et Dietz W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* May 2000; 320; 1240.
- Currie C. E., Elton R. A., Todd J. et Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research* 12(3), 385-397.
- Currie C. E., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T. et Richter M. (2008). Research health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Short Report. Social Science & Medicine* 66: 1429-1436.
- Dohrenwend B. P. (1987). Social class and mental disorder: The stress/selection issue. In: M. C. Angermeyer (Ed.). *From social class to social stress*, Berlin: Springer. 106-116.
- Dragano Nico (2007). Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung « Das Parlament » « Gesundheit und soziale Ungleichheit » 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.*
- Dratva J., Zemp E. et Weiss C. (2008). *L'entrée dans la vie et l'enfance. In: Meyer K. (éd.): La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.*
- Fleming R., Baum A. und Singer, J. E. (1985). Social support and the physical environment. In: Cohen S., Syme S. L. (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press, 327-346.
- Gabadinho A., Wanner P. et Dahinden J. (2007). La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM. *Etudes du SFM* 49. Neuchâtel : Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (éd.) (2008). *Rapport social 2008. Volume 1 La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.*
- Gmel G., Rehm J., Kuntsche E. N., Wicki M., und Labhart F. (2009). Forschungsbericht Schweiz zur Schülerstudie ESPAD 2007. Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Heindl I. (2007). Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: *Aus Politik*

- und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung « Das Parlament » « Gesundheit und soziale Ungleichheit » 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hofmann C., Nadai E. und Sommerfeld P. (2001). Verstecktes Leiden unter Armut. Wie betroffene Kinder und Eltern die Situation wahrnehmen und bewältigen. Discussion Paper 2001-01-S09. Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.
- Horwath E., Cohen R. und Weismann M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: M. Tsuang & M. Tohen (eds.) Textbook in psychiatric epidemiology. New York, Wiley.
- House J., Robbins C. und Metzner H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. American Journal of Epidemiology 116, 123-140.
- Hradil S. (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich.
- Huwiler K., Bichsel M., Junker C., Minder Ch. E. und Calmonte R. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. *Avec résumé en français.*
- Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha, T., Farrell M., Gill B. et Meltzer H. (1997). National psychiatric morbidity survey of Great Britain – initial findings from the Household Survey. Psychological Medicine, 27, 775-789.
- Johnson J. V. und Hall E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health, 78: 1336-1342.
- Canton de Berne (1994). Ordonnance du 8 juin 1994 concernant le service médical scolaire (OSMS) 430.41.
- Kantonales Sozialamt (2009). Planung der Programmphase Gesundheitsförderung/Prävention 2010-2013 im Kanton Bern. Synthese: Empfehlungen für die kantonalen Schwerpunkte Gesundheitsförderung/Prävention 2010-2013. Bern: Kantonales Sozialamt.
- Kristenson M. (2008). Sozioökonomische Lage und Gesundheit – die Rolle des Bewegungsverhaltens. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 163-194.
- Lampert T., Kroll L. E. und Dunkelberg A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung « Das Parlament » « Gesundheit und soziale Ungleichheit » 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Lampert T., Mensink G. B. M., Romahn N. und Woll A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6) 2007, 634-642.
- Leu R. E., Burri S. und Priester T. (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz.

Bern: Haupt.

- Mackenbach J. P. (2008). Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg.). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 281-315.
- Marmot M. et Brunner E. (2005). Cohort Profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*, 34: 251-256.
- Marmot M. et Wilkinson R. G. (Hrsg.) (2006). *Social determinants of health*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Marti B. und Hättich A. (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Meyer K. (éd.) (2009). *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Mill J. S. (1848). *Principles of political economy with some of their applications to social philosophy*. (Reprint 1962) London: Routledge and Kegan Paul.
- Möller-Leimkühler A. M. (1999). Sozialer Status und Geschlecht. Zur Aktualität sozialer Ungleichheit bei psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 70, 970-980.
- Moos R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-26.
- Richter M. und Hurrelmann K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Beilage zur Wochenzeitung « Das Parlament » « Gesundheit und soziale Ungleichheit »* 42/2007, 15. Oktober 2007, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Richter M. und Hurrelmann K. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Befunde und Erklärungsansätze. In: *Public Health Forum*, 16(59), Juli 2008, 21-23.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rose G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press: New York.
- Rosenbrock, R. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland. In: *Public Health Forum*, 16(59), Juli 2008, 2-4.
- Rosenbrock R. und Gerlinger T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schlack R., Hölling H., Kurth B.-M. und Huss M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). In: *Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5/6) 2007, 827-835.

- Schneider H. und Schmid A. (2004). Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Schlussbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern: BAG. *Avec résumé en français.*
- Schnohr C. W., Kreiner S., Due E. P., Currie C., Boyce W. und Diderichsen F. (2008). Differential Item Functioning of a Family Affluence Scale: Validation Study on Data from HBSC 2001/02. *Soc Indic Res* 89:79-95.
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) (2004). Infodrogue Tabac. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.*
- Observatoire suisse de la santé (OBSAN) (éd.) (2005). Troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Données statistiques et évaluation des résultats. Neuchâtel: Edition Obsan.*
- Observatoire suisse de la santé (OBSAN) (2006). Liste des indicateurs: 2.5.2. Troubles physiques. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. (http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_5_2/2002/g/252.pdf).*
- Siegrist J. und Theorell T. (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist J. & Marmot M. (Hrsg). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, 99-130.
- Smala A. M., Beeler I. und Szucs T. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Spörri-Fahrni A., Minder C., Zwahlen M. et Egger M. (2009). Tax and death: where (not) to live in Switzerland. Symposium on the Occasion of the retirement of Christoph Minder. Berne: Institute of Social and Preventive Medicine University of Bern.
- Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) (2009). Travail et santé – Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Berne: seco.*
- Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) et Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) (2007). Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse. Berne: seco.*
- Stamm H.P., Ackermann U., Frey D., Lamprecht M., Ledergerber M., Steffen T., Stronski Huwiler S. und Studer M. (2008). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Bericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres 2006/2007. Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekt. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz, April 2008.
- Suter C. (2000). Sozialbericht 2000. Zurich: Seismo.
- Ursin H. et Eriksen H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592.
- van Lenthe F. J., Schrijvers C. T. M., Droomers M., Joung I. M. A., Louwman M. I. et Mackenbach J. P. (2004). Investigating explanations for socio-economic inequalities in health. *European Journal of Public Health*, 14, 63-70.
- Vaux A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social

- support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Wheaton B. (1978). The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data. *American Sociological Review*, 43, 383-403.
- Wicki M. und Gmel G. (2008). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizerischer Hospitäler bis 2005 (Forschungsbericht Nr. 46). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). *Avec résumé en français*.
- Wilkinson R. G. (1986). Income and mortality. In: Wilkinson R. G. (éd.). *Class and health: research and longitudinal data*. London: Tavistock, 88-114.
- Wilkinson R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304:165-168.
- Wilkinson R. G. (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London: The New Press.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Glossaire

Expression	Définition
Déterminant social	Facteur de l'environnement social qui influence la santé ou lui porte atteinte de manière causale ou indirecte (par exemple revenus, formation, classe sociale, soutien social). [1]
Responsabilisation (empowerment)	Acquisition de stratégies et d'aptitudes permettant à un individu d'organiser lui-même sa vie sociale et personnelle.
Recherche épidémiologique	(du grec epi «sur», dêmos «peuple», logos «parole, discours») Discipline scientifique se rapportant aux origines, aux conséquences et à la répartition d'états de santé dans une population.
Gradient	Variation d'un critère par échelons, par exemple gradient de formation à cinq échelons en tant que mesure du niveau maximal de formation atteint (contrairement à une opposition entre formation élevée ou basse). [1]
Revenu d'équivalence du ménage	Le revenu d'équivalence disponible est calculé pour faciliter la comparaison des revenus des différents types de ménages en tenant compte de leur taille et de leur composition et en pondérant ces deux critères. Pour ce faire, on divise le revenu (avant impôts) par une «taille d'équivalence» établie selon l'échelle OCDE modifiée: Premier adulte = 1,0 Chaque autre adulte (personne âgée de plus de 14 ans) = 0,5 Chaque enfant = 0,3 [2]
Maladies coronariennes ischémiques	Insuffisance de la circulation du sang dans les artères coronaires; maladies cardiaques dues à la diminution d'apport sanguin et au manque d'oxygène et d'éléments nutritifs qui en découle (p. ex. angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde).
Cohorte	Groupe de population homogène (par exemple années de naissance ou groupe d'années de naissance) qui se caractérise par une expérience ou une exposition commune. [1]
Comorbidité	Un ou plusieurs troubles distincts associés à une maladie primaire (double diagnostic ou diagnostic multiple). → Voir également Morbidité.
Charge de morbidité («burden of disease»)	Indice de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui calcule les années de vie perdues suite aux décès prématurés et celles vécues avec une incapacité. Il permet de comparer l'état de santé des populations.

Etude longitudinale	Etude empirique. On fait une distinction entre l'étude de tendance (qui consiste à répéter la même étude à des moments différents sur des échantillons différents) et l'étude de panel (enquête effectuée à des moments différents sur le même échantillon). Les études longitudinales présentent sur les → études transversales l'avantage de permettre d'identifier les changements à l'échelon individuel.
Morbidité	Fréquence de maladie dans un collectif de population sans distinction de prévalence et d'incidence. Toute forme d'écart subjectif ou objectif par rapport à l'état de bien-être physique ou psychique. → Voir également Comorbidité. [1]
Mortalité	Nombre de décès dans une population durant une période donnée (exprimé sous forme d'un taux de mortalité brut ou de taux de mortalité liés par exemple à une maladie, à l'âge ou au sexe). [1]
Prédicteurs	Terme désignant une ou plusieurs variables (p. ex. l'état de santé ressenti) utilisées pour prévoir un critère (p. ex. l'espérance de vie).
Etude transversale	Etude empirique dans le cadre de laquelle un échantillon (généralement représentatif) de la population est questionné une fois. → Voir également Etude longitudinale.
Ressource	Potentiels d'un individu tels que formation, capacités, aptitudes, connaissances et forces, mais aussi statut social et ressources de l'environnement (par exemple soutien social). Les ressources ont un effet de promotion de la santé. [1]
Réciprocité	En sociologie: principe fondamental de l'action humaine à l'origine des relations et de la confiance mutuelle (relations sociales).
Working poor	Personnes vivant en dessous d'un seuil défini de pauvreté. Ces personnes travaillent au moins une heure par semaine contre rémunération et vivent dans un ménage comprenant au moins une personne employée à temps plein. [1]
Cérébro-vasculaire	Qui concerne les vaisseaux du cerveau et, au sens large, l'irrigation du cerveau.

[1]: Repris de: Meyer K. (Ed.) (2009). La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008. Chêne-Bourg/Genève: Editions Médecine & Hygiène, Département livre.

[2]: Repris de: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008). Rapport social 2008. Volume 1. La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses. Berne : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Annexe

Description succincte / Fiche signalétique des sources de données utilisées

Source de données	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
Thématiques:	<i>Etat de santé:</i> état de santé ressenti, troubles physiques et psychiques, bien-être psychique <i>Comportement de santé:</i> fumée, consommation d'alcool et de drogues, alimentation, hygiène buccale, activités physiques, reproduction sexuelle, consommation de médicaments <i>Style de vie:</i> loisirs, musiques préférées <i>Conditions d'existence:</i> violence, réseau social, famille <i>Caractéristiques sociodémographiques:</i> aisance financière familiale (Family affluence scale)
Univers de base:	Elèves de 11 à 15 ans (de la 5 ^e à la 9 ^e année)
Réalisation de l'enquête:	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS – Bureau régional pour l'Europe)
Participation:	Volontaire, 41 pays (2005/06)
Périodicité:	tous les 4 ans, pour la première fois en 1986
Durée de l'enquête:	de janvier à avril
Méthodologie:	Questionnaires écrits
	Enquêtes dans les classes
	Méthodologie uniforme, comparaisons internationales possibles
	Enquête complémentaire auprès du corps enseignant
	Echantillonnage en grappes (élèves regroupés en degrés scolaires)
	Langues de l'enquête: allemand, français et italien
Taille de l'échantillon au niveau suisse:	590 classes (2006); env. 17 000 élèves âgés de 11 à 15 ans (y compris compléments cantonaux)
Enregistrements de données disponibles pour le canton de Berne:	Le canton de Berne ayant complété ses échantillons, des résultats représentatifs à l'échelon du canton sont disponibles pour: - 1998 - 2002 - 2006 (N = 1 279)
Informations complémentaires:	www.hbsc.org www.sfa-ispa.ch

Source de données

Enquête suisse sur la santé (ESS)

Thématiques:

Etat de santé: Bien-être corporel, psychique et social, troubles physiques et maladies, accidents, incapacités

Comportement en matière de santé: activité physique, alimentation, fumée, consommation d'alcool et de drogues, reproduction sexuelle

Conditions de vie déterminantes pour la santé: relations sociales, conditions de logement, ressources financières

Recours aux prestations du système de santé: consultations médicales, consultations hospitalières, opérations

Caractéristiques sociodémographiques: âge, formation, nationalité, etc.

Univers de base:

Population résidante permanente âgée de 15 ans et plus

Restrictions:

uniquement les personnes vivant dans un ménage privé disposant d'un raccordement au réseau fixe de téléphonie qui parlent allemand, français ou italien

Réalisation de l'enquête:

Office fédéral de la statistique

Participation:

volontaire

Périodicité:

tous les 5 ans, pour la première fois en 1992

Durée de l'enquête:

de janvier à décembre

Méthodologie:

Entretien téléphonique (env. 40 min.) suivi d'un questionnaire (écrit ou électronique)

Sélection aléatoire des ménages et des personnes

Entretien téléphonique avec une personne de substitution (proxy) en cas d'absence prolongée ou de problèmes linguistiques

Entretien en face-à-face sur demande pour les personnes de 75 ans et plus

Langues de l'enquête: allemand, français et italien

Taille de l'échantillon au niveau suisse:

Env. 20 000 interviews téléphoniques; env. 14 000 questionnaires complémentaires.

Enregistrements de données disponibles pour le canton de Berne:

Le canton de Berne ayant complété ses échantillons, des résultats représentatifs à l'échelon du canton sont disponibles pour:

1992, 1997, 2002, 2007

- 2007 (complément régional supplémentaire pour l'Oberland bernois, le Jura bernois, le reste du territoire cantonal):

N = 2 369 (Oberland bernois: n = 624 interviews, Jura bernois : n = 623 interviews, reste du territoire cantonal: n = 1 122 Interviews)

Informations complémentaires:

www.sgb.bfs.admin.ch

Source de données	Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM)
Thématiques:	Enquête auprès de migrants (principaux groupes en Suisse) sur le même modèle que l'ESS. Questions plus approfondies en relation avec la migration et la situation sociale
	Etat de santé Comportement de santé Questions spécifiques à la migration (origine, situation sociale) Problèmes quotidiens (barrière des langues, etc.).
Univers:	Population résidente suisse et non suisse de 15 à 74 ans
	Restrictions: uniquement les personnes vivant dans un ménage privé disposant d'un raccordement au réseau fixe de téléphonie qui parlent allemand, français ou italien
Réalisation de l'enquête:	Office fédéral de la santé (mandat: WIAD Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.)
Participation:	volontaire
Périodicité:	2004, unique
Méthodologie:	Entretiens téléphoniques
	Module I: informations recueillies par l'ESS (pour les migrants de nationalité italienne, allemande, autrichienne et française) Module II: données de migrants d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de Turquie et du Sri Lanka Module II : requérants d'asile kosovars et tamouls
Taille de l'échantillon au niveau suisse:	3 024 entretiens (en français, en serbe/croate, en albanais, en portugais, en turc et en tamoul)
Enregistrements de données disponibles pour le canton de Berne:	Pas de complément pour le canton de Berne
Informations complémentaires / Bibliographie:	Rapport technique (en allemand): http://www.wiad.de/projekte/mig/swissmig/Schlussbericht%20GMM_def_190606_d.pdf OFSP
	Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Brochure disponible sur le site de l'OFSP.

Source de données

Swiss National Cohort (SNC)

Thématiques:	Mises en relation du nombre de décès de l'Office fédéral de la statistique avec les données du recensement de la population
Univers:	Population résidante suisse
Réalisation de l'enquête:	Office fédéral de la statistique
Participation:	Recensement de la population (RP): obligatoire Statistique des causes de décès: données des registres
Périodicité:	Recensement de la population: 10 ans (jusqu'en 2000); à partir de 2010 données des registres Statistique des causes de décès: permanente
Durée de l'enquête:	Données: RP 1990, RP 2000, base de données des étrangers Registres des décès: 1991 à 2005
Méthodologie:	Technique d'appariement des enregistrements
Taille de l'échantillon au niveau suisse:	Env. 6,8 millions de personnes et 875 000 décès avec env. 96,7 millions de personnes-années
Enregistrements de données disponibles pour le canton de Berne:	Identique au niveau suisse
Analyse des données / Publications	Divers instituts de médecine sociale et préventive (Zurich, Bâle, Berne, Lausanne, Genève)
Informations complémentaires:	http://www.ispm.ch/snc.html

Indicateurs de situation sociale utilisés dans le présent rapport

Structure de la family affluence scale (FAS) basée sur les données de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (chapitre 2)

Mesure de l'inégalité sociale au moyen de la «family affluence scale» (FAS)

Habituellement, les études économiques mesurent le statut social à la formation, au revenu et à la position professionnelle. Or les personnes interrogées refusent souvent de fournir des indications concernant leur revenu (provenant d'une activité lucrative), ce qui empêche de connaître le statut social. 20% des 11 à 15 ans ne connaissent pas la position professionnelle de leurs parents (Currie, Elton, Todd & Platt, 1997, 385). Par conséquent, pour pouvoir mettre les réponses de cette catégorie d'âge en relation avec le statut social parental, on a tenté de créer une échelle simple (reposant sur 4 questions). D'une part, les enfants et les adolescents sont capables d'y répondre et, de l'autre, cette family affluence scale (FAS) présente une forte corrélation avec le statut socio-économique des parents, puisqu'elle permet de l'identifier valablement dans 98% des cas (subdivision ; famille peu aisée – moyennement aisée – très aisée) lorsqu'on ne dispose d'aucune autre donnée concernant les parents. Dans la base de données HBSC pour le canton de Berne, la family affluence scale a permis de reproduire le statut socioéconomique des parents dans 98% des cas.

Structure de la FAS en 4 questions (valable pour les enquêtes des études HBSC à partir de 2001/2002)

1. «Est-ce que ta famille a une voiture, un minibus ou une camionnette?»

Réponses possibles: Non (=0); Oui, une (un) (=1); Oui, deux ou plus (=2)

2. «Est-ce que tu as une chambre pour toi tout-e seul-e?»

Réponses possibles: Non (=0); Oui (=1)

3. «Durant les douze derniers mois, combien de fois as-tu voyagé avec ta famille pour partir en vacances?»

Réponses possibles: Jamais (=0); Une fois (=1); Deux fois (=2); Plus de deux fois (=2)

4. «Combien d'ordinateurs ta famille possède-t-elle?»

Réponses possibles: Aucun (=0); Un (=1); Deux (=2); Plus de deux (=2)

Les deux catégories de réponse les plus élevées aux deux dernières questions (question 3 = vacances et question 4 = ordinateur) ont été regroupées.

FAS 1 (total des réponses 1-4: 0-3 points): «low affluence / famille peu aisée»

FAS 2 (total des réponses 1-4: 4-5 points): «middle affluence / famille moyennement aisée»

FAS 3 (total des réponses 1-4: 6-7 points): «high affluence / famille très aisée»

Analyses

Les réponses ont été analysées séparément pour les garçons et les filles; toutes

les catégories d'âge ont été regroupées.

+ = Relation positive = prévalence plus élevée pour valeur FAS plus élevée

- = Relation négative = prévalence plus élevée pour valeur FAS moins élevée

Opérationnalisation de la situation sociale (niveau de formation, groupes socioprofessionnels, revenu d'équivalence du ménage (chapitre 3)

Niveau de formation (niveau de formation achevée le plus élevé):	
Degré primaire:	Personnes n'ayant suivi que l'enseignement obligatoire, celles n'ayant pas achevé l'école obligatoire et celles pour lesquelles aucune information n'est disponible
Degré secondaire:	Personnes ayant effectué un apprentissage, suivi une école préparant à la maturité, l'école normale ou d'autres formations complémentaires générales
Degré tertiaire	Personnes ayant suivi une formation supérieure dispensée par une école supérieure, une formation professionnelle ou professionnelle supérieure ou encore l'enseignement d'une haute école ou d'une université. (Groupe de référence avec un risque relatif de 1)

Revenu (revenu d'équivalence du ménage à définition voir glossaire):	
Revenu très bas	1 ^{er} quartile: 0 à 2 250 fr.
Revenu plutôt bas	2 ^e quartile: 2 251 à 3 333 fr.
Revenu plutôt élevé	3 ^e quartile: 3 334 à 4 667 fr.
Revenu très élevé	4 ^e quartile: plus de 4 667 fr. (Groupe de référence avec un risque relatif de 1)

Catégories socioprofessionnelles / Statut professionnel:	
Ouvriers	Métiers manuels non qualifiés, semi-qualifiés et qualifiés, chefs d'équipe, ouvriers de campagne (y compris personnes sans activité lucrative, ménage, famille)
Petits entrepreneurs	Petits entrepreneurs, artisans indépendants avec ou sans employés, agriculteurs, pêcheurs
Employés de bureau	Employés de bureau et autres métiers non manuels
Cadres supérieurs	Cadres supérieurs, professions libérales, industriels, grands commerçants, métiers non manuels très qualifiés, cadres moyens (Groupe de référence avec un risque relatif de 1)

L'indicateur «Statut professionnel ou catégories socioprofessionnelles» (également appelé indice EGP) a été constitué selon le schéma de conversion de Erikson, Goldthorpe et Portocarero (1980). L'indice EGP tient compte du statut d'activité, de la position et de la responsabilité professionnelles ainsi que du dernier métier exercé ou de la dernière formation terminée. Pour reproduire correctement la situation suisse, on a également utilisé la classification des professions de l'Office fédéral de la statistique.

Opérationnalisation des catégories socioprofessionnelles (chapitre 4)

Les catégories socioprofessionnelles ont été constituées comme suit pour calculer l'influence de la situation sociale sur la mortalité:

Catégories socioprofessionnelles / Statut professionnel:	
Dirigeants, professions libérales et universitaires	Dirigeants, professions libérales, professions universitaires et cadres supérieurs
Professions techniques et employés	Professions intermédiaires, métiers non manuels avec certificat d'apprentissage
Métiers manuels qualifiés	Métiers manuels avec certificat d'apprentissage; autres indépendants (y compris agriculteurs)
Travailleurs non qualifiés	Ouvriers et employés non qualifiés
Chômeurs	Chômeurs (y compris personnes participant à un programme ORP)
Personnes non attribuables et personnes sans activité rémunérée	Toutes les personnes sans activité rémunérée (famille / ménage); personnes à l'âge de la retraite et personnes dont l'indication de profession manque ou est peu claire En raison de son hétérogénéité, cette catégorie a été ignorée dans la présentation des résultats.

Tableaux de résultat des régressions logistiques (chapitre 3)

Méthode

Les régressions logistiques présentées au chapitre 3 (La santé des adultes) ont été effectuées avec les données pondérées de l'Enquête suisse sur la santé pour la population du canton de Berne. C'est le module complex samples du logiciel statistique SPSS 15.0 qui a été utilisé, la valeur significative étant fixée à 5%.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1473.000	4.113	.000
(Konstanter Term)	1.000	1482.000	60.917	.000
ausbild3	2.000	1481.000	1.886	.152
INCOME_Q	3.000	1480.000	2.076	.101
egp4_r	3.000	1480.000	1.249	.290
SEX	1.000	1482.000	.430	.512
ALTER	1.000	1482.000	14.982	.000

Abhängige Variable: Selbstwahrg Gesundheit dichotom

(Referenzkategorie = gut)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 1: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 485)

Variable dépendante: état de santé ressenti

Variante explicative: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Selbstwahrg Gesundheit dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
nicht gut	(Konstanter Term)	-4.580	.517	-5.594	-3.566	-8.862	1482.000	.000	.010	.004	.028
	[ausbild3=1]	.898	.487	-.057	1.852	1.845	1482.000	.050	2.454	.945	6.373
	[ausbild3=2]	.466	.303	-.128	1.061	1.538	1482.000	.124	1.594	.879	2.888
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.623	.334	-.032	1.277	1.865	1482.000	.042	1.864	.968	3.586
	[INCOME_Q=2.00]	.474	.313	-.140	1.087	1.513	1482.000	.130	1.606	.869	2.967
	[INCOME_Q=3.00]	-.022	.321	-.652	.608	-.069	1482.000	.945	.978	.521	1.837
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.394	.312	-.218	1.006	1.264	1482.000	.207	1.483	.804	2.736
	[egp4_r=2.00]	-.216	.342	-.887	.454	-.633	1482.000	.527	.806	.412	1.575
	[egp4_r=3.00]	.112	.322	-.521	.744	.347	1482.000	.729	1.118	.594	2.104
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.145	.222	-.581	.290	-.655	1482.000	.512	.865	.559	1.336
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.038	.010	.019	.057	3.871	1482.000	.000	1.039	1.019	1.059

Abhängige Variable: Selbstwahrg Gesundheit dichotom (Referenzkategorie = gut)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1472.000	1.810	.054
(Konstanter Term)	1.000	1481.000	38.560	.000
ausbild3	2.000	1480.000	3.376	.034
INCOME_Q	3.000	1479.000	1.145	.330
egp4_r	3.000	1479.000	.053	.984
SEX	1.000	1481.000	.236	.627
ALTER	1.000	1481.000	4.408	.036

Abhängige Variable: Rückenschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 2: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 484)

Variable dépendante: maux de dos

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Rückenschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-4.181	.638	-5.433	-2.929	-6.549	1481.000	.000	.015	.004	.053
	[ausbild3=1]	1.313	.506	.321	2.305	2.597	1481.000	.009	3.718	1.379	10.025
	[ausbild3=2]	.557	.341	-.112	1.225	1.634	1481.000	.103	1.745	.894	3.405
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.665	.361	-.043	1.373	1.842	1481.000	.066	1.944	.958	3.948
	[INCOME_Q=2.00]	.313	.364	-.402	1.027	.858	1481.000	.391	1.367	.669	2.793
	[INCOME_Q=3.00]	.321	.342	-.351	.993	.937	1481.000	.349	1.378	.704	2.698
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.072	.336	-.588	.731	.213	1481.000	.831	1.074	.556	2.077
	[egp4_r=2.00]	-.069	.413	-.878	.741	-.166	1481.000	.868	.934	.416	2.098
	[egp4_r=3.00]	.059	.336	-.599	.718	.177	1481.000	.860	1.061	.549	2.049
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.123	.253	-.619	.373	-.485	1481.000	.627	.884	.538	1.453
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.021	.010	.001	.041	2.099	1481.000	.036	1.022	1.001	1.042

Abhängige Variable: Rückenschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a- Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.022	.035
(Konstanter Term)	1.000	695.000	31.281	.000
ausbild3	2.000	694.000	.098	.907
INCOME_Q	3.000	693.000	.045	.987
egp4_r	3.000	693.000	3.498	.015
ALTER	1.000	695.000	3.843	.050

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 3a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=698)

Variable dépendante: douleurs articulaires

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Gelenkschmerzen dichotom		Parameter	B	Standardf ehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
					Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen		(Konstanter Term)	-4.685	.797	-6.251	-3.120	-5.877	695.000	.000	.009	.002	.044
		[ausbild3=1]	.185	.783	-1.353	1.724	.237	695.000	.813	1.204	.258	5.605
		[ausbild3=2]	-.078	.477	-1.014	.858	-.164	695.000	.870	.925	.363	2.358
		[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		[INCOME_Q=1.00]	.014	.537	-1.041	1.068	.026	695.000	.979	1.014	.353	2.911
		[INCOME_Q=2.00]	.068	.481	-.876	1.011	.141	695.000	.888	1.070	.416	2.749
		[INCOME_Q=3.00]	-.107	.497	-1.083	.870	-.214	695.000	.830	.899	.338	2.387
		[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		[egp4_r=1.00]	1.597	.494	.627	2.568	3.231	695.000	.001	4.941	1.872	13.041
		[egp4_r=2.00]	.794	.548	-.281	1.870	1.450	695.000	.148	2.213	.755	6.486
		[egp4_r=3.00]	.767	.703	-.612	2.146	1.092	695.000	.275	2.153	.542	8.555
		[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
		ALTER	.028	.014	-4.4E-005	.056	1.960	695.000	.050	1.029	1.000	1.058

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	776.000	1.381	.192
(Konstanter Term)	1.000	784.000	29.904	.000
ausbild3	2.000	783.000	1.044	.353
INCOME_Q	3.000	782.000	.685	.561
egp4_r	3.000	782.000	.117	.950
ALTER	1.000	784.000	4.536	.033

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 3b: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=787)

Variable dépendante: douleurs articulaires

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

				95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen				95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
Gelenkschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.	Exp(B)	Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-4.836	.858	-6.520	-3.151	-5.635	784.000	.000	.008	.001	.043
	[ausbild3=1]	.742	.683	-.598	2.082	1.087	784.000	.278	2.100	.550	8.021
	[ausbild3=2]	.712	.503	-.275	1.700	1.416	784.000	.157	2.039	.759	5.474
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.203	.574	-1.330	.924	-.354	784.000	.724	.816	.265	2.519
	[INCOME_Q=2.00]	.405	.485	-.546	1.357	.836	784.000	.403	1.500	.579	3.886
	[INCOME_Q=3.00]	-.089	.493	-1.057	.879	-.181	784.000	.856	.915	.347	2.408
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.105	.492	-1.072	.861	-.214	784.000	.831	.900	.342	2.366
	[egp4_r=2.00]	.265	.569	-.853	1.382	.465	784.000	.642	1.303	.426	3.982
	[egp4_r=3.00]	.066	.411	-.741	.873	.161	784.000	.872	1.068	.477	2.394
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.034	.016	.003	.065	2.130	784.000	.033	1.034	1.003	1.067

Abhängige Variable: Gelenkschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1473.000	3.284	.000
(Konstanter Term)	1.000	1482.000	9.486	.002
ausbild3	2.000	1481.000	.800	.450
INCOME_Q	3.000	1480.000	5.174	.001
egp4_r	3.000	1480.000	1.544	.201
SEX	1.000	1482.000	.929	.335
ALTER	1.000	1482.000	3.861	.050

Abhängige Variable: Kopfschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 4: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 485)

Variable dépendante: maux de tête

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Kopfschmerzen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schmerzen	(Konstanter Term)	-1.595	.580	-2.732	-.457	-2.750	1482.000	.006	.203	.065	.633
	[ausbild3=1]	.431	.576	-.698	1.560	.749	1482.000	.454	1.539	.497	4.761
	[ausbild3=2]	.378	.305	-.220	.977	1.239	1482.000	.216	1.459	.802	2.655
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.519	.333	-.133	1.171	1.561	1482.000	.119	1.680	.875	3.226
	[INCOME_Q=2.00]	.723	.324	.087	1.359	2.229	1482.000	.026	2.060	1.091	3.892
	[INCOME_Q=3.00]	-.585	.365	-1.300	.131	-1.603	1482.000	.109	.557	.272	1.140
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.111	.293	-.685	.463	-.379	1482.000	.705	.895	.504	1.589
	[egp4_r=2.00]	-.515	.478	-1.452	.423	-1.077	1482.000	.282	.598	.234	1.526
	[egp4_r=3.00]	-.653	.328	-1.297	-.009	-1.990	1482.000	.047	.520	.273	.991
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.239	.248	-.727	.248	-.964	1482.000	.335	.787	.484	1.281
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.021	.011	-.042	-3.62E-005	-1.965	1482.000	.050	.979	.959	1.000

Abhängige Variable: Kopfschmerzen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1464.000	10.698	.000
(Konstanter Term)	1.000	1473.000	20.608	.000
ausbild3	2.000	1472.000	4.849	.008
INCOME_Q	3.000	1471.000	.821	.482
egp4_r	3.000	1471.000	2.947	.032
SEX	1.000	1473.000	63.422	.000
ALTER	1.000	1473.000	21.593	.000

Abhängige Variable: Uebergewicht (Referenzkategorie = 0)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 5: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 476)

Variable dépendante: surcharge pondérale

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Uebergewicht	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
1	(Konstanter Term)	-3.036	.377	-3.775	-2.297	-8.061	1473.000	.000	.048	.023	.101
	[ausbild3=1]	1.087	.380	.341	1.832	2.859	1473.000	.004	2.965	1.407	6.249
	[ausbild3=2]	.402	.176	.056	.748	2.282	1473.000	.023	1.495	1.058	2.113
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.275	.218	-.153	.703	1.260	1473.000	.208	1.317	.858	2.020
	[INCOME_Q=2.00]	.287	.207	-.118	.692	1.391	1473.000	.165	1.333	.889	1.998
	[INCOME_Q=3.00]	.152	.191	-.222	.526	.798	1473.000	.425	1.164	.801	1.692
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.483	.203	.085	.880	2.381	1473.000	.017	1.620	1.089	2.411
	[egp4_r=2.00]	-.092	.237	-.557	.374	-.386	1473.000	.700	.913	.573	1.454
	[egp4_r=3.00]	.366	.204	-.034	.766	1.793	1473.000	.073	1.442	.966	2.152
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	1.244	.156	.937	1.550	7.964	1473.000	.000	3.468	2.553	4.711
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.033	.007	.019	.046	4.647	1473.000	.000	1.033	1.019	1.048

Abhängige Variable: Uebergewicht (Referenzkategorie = 0)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1471.000	6.343	.000
(Konstanter Term)	1.000	1480.000	1.009	.315
ausbild3	2.000	1479.000	4.959	.007
INCOME_Q	3.000	1478.000	.460	.710
egp4_r	3.000	1478.000	1.485	.217
SEX	1.000	1480.000	42.758	.000
ALTER	1.000	1480.000	3.959	.047

Abhängige Variable: terna01dichotomisiert (Referenzkategorie = achtet auf Ernährung)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 6: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 483)

Variable dépendante: attitude envers l'alimentation

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu

d'équivalence du ménage (INCOME) et position

professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

terna01dichotomisiert	Parameter	B	Standardf ehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
achtet nicht auf Ernährung	(Konstanter Term)	-1.843	.393	-2.614	-1.073	-4.692	1480.000	.000	.158	.073	.342
	[ausbild3=1]	1.080	.413	.269	1.891	2.613	1480.000	.009	2.944	1.309	6.623
	[ausbild3=2]	.562	.206	.159	.966	2.732	1480.000	.006	1.755	1.172	2.628
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.199	.241	-.274	.672	.826	1480.000	.409	1.220	.761	1.958
	[INCOME_Q=2.00]	.100	.239	-.370	.569	.417	1480.000	.677	1.105	.691	1.766
	[INCOME_Q=3.00]	-.061	.223	-.498	.376	-.275	1480.000	.784	.941	.608	1.456
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.313	.215	-.108	.733	1.458	1480.000	.145	1.367	.898	2.082
	[egp4_r=2.00]	.534	.268	.008	1.059	1.991	1480.000	.047	1.705	1.008	2.885
	[egp4_r=3.00]	.229	.235	-.231	.690	.977	1480.000	.329	1.258	.793	1.994
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	1.138	.174	.797	1.480	6.539	1480.000	.000	3.122	2.219	4.392
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.016	.008	-.032	.000	-1.990	1480.000	.047	.984	.969	1.000

Abhängige Variable: terna01dichotomisiert (Referenzkategorie = achtet auf Ernährung)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	658.000	2.119	.026
(Konstanter Term)	1.000	666.000	18.068	.000
ausbild3	2.000	665.000	2.933	.054
INCOME_Q	3.000	664.000	1.475	.220
egp4_r	3.000	664.000	2.077	.102
ALTER	1.000	666.000	1.356	.245

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frücht oder Gemüse pro Tag)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 7a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=669)
Variable dépendante: moins de 5 portions de fruits ou de légumes par jour
Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)
Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

five a day dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
0-4 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag	(Konstanter Term)	2.110	.587	.958	3.263	3.595	666.000	.000	8.252	2.606	26.131
	[ausbild3=1]	2.105	.914	.310	3.900	2.303	666.000	.022	8.205	1.363	49.383
	[ausbild3=2]	.383	.294	-.195	.960	1.301	666.000	.194	1.466	.823	2.611
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.483	.431	-.364	1.330	1.120	666.000	.263	1.621	.695	3.783
	[INCOME_Q=2.00]	.562	.378	-.179	1.304	1.489	666.000	.137	1.755	.836	3.686
	[INCOME_Q=3.00]	-.097	.315	-.716	.522	-.309	666.000	.758	.907	.489	1.685
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.547	.349	-1.232	.137	-1.570	666.000	.117	.579	.292	1.147
	[egp4_r=2.00]	-.882	.385	-1.637	-.127	-2.293	666.000	.022	.414	.194	.881
	[egp4_r=3.00]	-.635	.435	-1.489	.219	-1.461	666.000	.145	.530	.226	1.244
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.014	.012	-.038	.010	-1.165	666.000	.245	.986	.962	1.010

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frücht oder Gemüse pro Tag)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	755.000	1.231	.272
(Konstanter Term)	1.000	763.000	.784	.376
ausbild3	2.000	762.000	2.668	.070
INCOME_Q	3.000	761.000	.312	.817
egp4_r	3.000	761.000	.887	.448
ALTER	1.000	763.000	.012	.914

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frücht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 7b: Régression logistique

Femmes en âge de travailler (N=766)

Variable dépendante: moins de 5 portions de fruits ou de légumes par jour

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

five a day dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
0-4 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag	(Konstanter Term)	.057	.456	-.839	.952	.124	763.000	.901	1.058	.432	2.591
	[ausbild3=1]	.459	.464	-.451	1.369	.989	763.000	.323	1.582	.637	3.930
	[ausbild3=2]	.559	.242	.084	1.034	2.311	763.000	.021	1.749	1.088	2.811
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.224	.308	-.829	.381	-.727	763.000	.467	.799	.437	1.463
	[INCOME_Q=2.00]	-.101	.282	-.655	.453	-.358	763.000	.720	.904	.519	1.573
	[INCOME_Q=3.00]	-.228	.257	-.733	.277	-.887	763.000	.375	.796	.480	1.319
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.447	.291	-.124	1.017	1.536	763.000	.125	1.563	.883	2.765
	[egp4_r=2.00]	-.057	.385	-.813	.699	-.148	763.000	.882	.945	.443	2.012
	[egp4_r=3.00]	.161	.240	-.309	.631	.672	763.000	.502	1.175	.734	1.880
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.001	.009	-.017	.019	.108	763.000	.914	1.001	.983	1.019

Abhängige Variable: five a day dichotomisiert (Referenzkategorie = 5 oder mehr Portionen Frücht oder Gemüse pro Tag)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1425.000	2.694	.003
(Konstanter Term)	1.000	1434.000	37.053	.000
ausbild3	2.000	1433.000	.473	.623
INCOME_Q	3.000	1432.000	4.413	.004
egp4_r	3.000	1432.000	.584	.626
SEX	1.000	1434.000	.021	.886
ALTER	1.000	1434.000	8.499	.004

Abhängige Variable: Mouvphy3 dichotomisiert (Referenzkategorie = körperlich teilaktiv/aktiv)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 8: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 437)
Variable dépendante: exercice physique
Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)
Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Mouvphy3 dichotomisiert	Parameter	B	Standardf ehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
körperlich inaktiv	(Konstanter Term)	-4.647	.670	-5.960	-3.333	-6.940	1434.000	.000	.010	.003	.036
	[ausbild3=1]	.391	.511	-.612	1.394	.764	1434.000	.445	1.478	.542	4.032
	[ausbild3=2]	.267	.295	-.312	.846	.904	1434.000	.366	1.306	.732	2.331
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	1.029	.354	.335	1.722	2.908	1434.000	.004	2.797	1.398	5.598
	[INCOME_Q=2.00]	1.078	.344	.403	1.752	3.134	1434.000	.002	2.937	1.496	5.766
	[INCOME_Q=3.00]	.427	.330	-.221	1.074	1.293	1434.000	.196	1.532	.802	2.928
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.267	.318	-.358	.891	.838	1434.000	.402	1.305	.699	2.437
	[egp4_r=2.00]	.468	.370	-.258	1.195	1.264	1434.000	.206	1.597	.772	3.303
	[egp4_r=3.00]	.304	.329	-.342	.949	.923	1434.000	.356	1.355	.711	2.584
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	-.035	.242	-.510	.440	-.143	1434.000	.886	.966	.601	1.553
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.033	.011	.011	.055	2.915	1434.000	.004	1.033	1.011	1.056

Abhängige Variable: Mouvphy3 dichotomisiert (Referenzkategorie = körperlich teilaktiv/aktiv)
Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.462	.009
(Konstanter Term)	1.000	695.000	.559	.455
ausbild3	2.000	694.000	3.373	.035
INCOME_Q	3.000	693.000	1.682	.169
egp4_r	3.000	693.000	2.547	.055
ALTER	1.000	695.000	5.176	.023

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 9a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=698)

Variable dépendante: fumée

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

daysmoke dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
tägliche Raucher	(Konstanter Term)	-.269	.544	-1.337	.798	-.495	695.000	.621	.764	.263	2.222
	[ausbild3=1]	-.623	.810	-2.214	.968	-.768	695.000	.443	.537	.109	2.633
	[ausbild3=2]	.626	.302	.033	1.219	2.071	695.000	.039	1.869	1.033	3.383
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.532	.372	-1.262	.198	-1.431	695.000	.153	.587	.283	1.219
	[INCOME_Q=2.00]	-.823	.386	-1.581	-.064	-2.130	695.000	.034	.439	.206	.938
	[INCOME_Q=3.00]	-.566	.336	-1.226	.093	-1.687	695.000	.092	.568	.294	1.097
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.782	.309	.175	1.389	2.529	695.000	.012	2.186	1.191	4.011
	[egp4_r=2.00]	.485	.360	-.221	1.191	1.349	695.000	.178	1.624	.802	3.290
	[egp4_r=3.00]	.012	.451	-.874	.897	.026	695.000	.979	1.012	.417	2.453
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.026	.011	-.048	-.004	-2.275	695.000	.023	.974	.953	.996

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	775.000	2.674	.005
(Konstanter Term)	1.000	783.000	1.241	.266
ausbild3	2.000	782.000	4.459	.012
INCOME_Q	3.000	781.000	1.015	.385
egp4_r	3.000	781.000	2.495	.059
ALTER	1.000	783.000	5.522	.019

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 9b: Régression logistique

Femmes en âge de travailler (N=786)

Variable dépendante: fumée

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

daysmoke dichotomisiert	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
tägliche Raucher	(Konstanter Term)	-1.504	.559	-2.602	-.406	-2.688	783.000	.007	.222	.074	.667
	[ausbild3=1]	1.174	.546	.102	2.246	2.150	783.000	.032	3.235	1.108	9.448
	[ausbild3=2]	1.016	.348	.333	1.699	2.920	783.000	.004	2.763	1.395	5.471
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.196	.353	-.889	.496	-.557	783.000	.578	.822	.411	1.643
	[INCOME_Q=2.00]	.051	.349	-.634	.736	.146	783.000	.884	1.052	.530	2.087
	[INCOME_Q=3.00]	.356	.298	-.229	.941	1.194	783.000	.233	1.428	.795	2.563
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.032	.341	-.636	.701	.095	783.000	.925	1.033	.529	2.015
	[egp4_r=2.00]	-.169	.519	-1.187	.849	-.326	783.000	.745	.845	.305	2.337
	[egp4_r=3.00]	.649	.301	.058	1.239	2.157	783.000	.031	1.913	1.060	3.452
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.026	.011	-.048	-.004	-2.350	783.000	.019	.974	.953	.996

Abhängige Variable: daysmoke dichotomisiert (Referenzkategorie = Nichtraucher/Gelegenheitsraucher)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	10.000	1423.000	1.037	.410
(Konstanter Term)	1.000	1432.000	27.683	.000
ausbild3	2.000	1431.000	1.975	.139
INCOME_Q	3.000	1430.000	.559	.642
egp4_r	3.000	1430.000	.350	.789
SEX	1.000	1432.000	.496	.481
ALTER	1.000	1432.000	2.305	.129

Abhängige Variable: Dichotomisierung nach Median (Referenzkategorie = .00)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

Tableau 10: Régression logistique

Hommes et femmes en âge de travailler (N=1 435)

Variable dépendante: alcool

Variante explicative: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Dichotomisierung nach Median	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
1.00	(Konstanter Term)	-1.879	.417	-2.697	-1.062	-4.510	1432.000	.000	.153	.067	.346
	[ausbild3=1]	-.682	.455	-1.574	.210	-1.500	1432.000	.134	.506	.207	1.234
	[ausbild3=2]	.137	.207	-.269	.542	.661	1432.000	.509	1.146	.764	1.720
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.245	.278	-.790	.300	-.881	1432.000	.379	.783	.454	1.351
	[INCOME_Q=2.00]	-.178	.247	-.663	.306	-.721	1432.000	.471	.837	.515	1.359
	[INCOME_Q=3.00]	-.263	.216	-.688	.161	-1.217	1432.000	.224	.768	.503	1.175
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	-.127	.230	-.577	.323	-.554	1432.000	.580	.881	.561	1.382
	[egp4_r=2.00]	.156	.287	-.408	.719	.543	1432.000	.587	1.169	.665	2.053
	[egp4_r=3.00]	-.078	.248	-.564	.407	-.317	1432.000	.752	.925	.569	1.503
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[SEX=1]	.125	.177	-.222	.472	.705	1432.000	.481	1.133	.801	1.603
	[SEX=2]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.013	.008	-.004	.029	1.518	1432.000	.129	1.013	.996	1.030

Abhängige Variable: Dichotomisierung nach Median (Referenzkategorie = .00)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, SEX, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	656.000	1.177	.307
(Konstanter Term)	1.000	664.000	18.461	.000
ausbild3	2.000	663.000	.257	.773
INCOME_Q	3.000	662.000	1.612	.185
egp4_r	3.000	662.000	2.312	.075
ALTER	1.000	664.000	.022	.882

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 11a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=667)

Variable dépendante: contrainte psychique

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu

d'équivalence du ménage (INCOME) et position

professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Psychische Belastung dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
mittel bis hoch	(Konstanter Term)	-2.113	.593	-3.278	-.948	-3.562	664.000	.000	.121	.038	.388
	[ausbild3=1]	-.553	.786	-2.097	.991	-.703	664.000	.482	.575	.123	2.695
	[ausbild3=2]	-.016	.303	-.611	.578	-.054	664.000	.957	.984	.543	1.782
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.285	.433	-.566	1.136	.657	664.000	.512	1.329	.568	3.114
	[INCOME_Q=2.00]	-.463	.397	-1.242	.316	-1.167	664.000	.244	.629	.289	1.372
	[INCOME_Q=3.00]	-.532	.428	-1.373	.309	-1.242	664.000	.214	.587	.253	1.362
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.573	.383	-.179	1.324	1.497	664.000	.135	1.773	.836	3.759
	[egp4_r=2.00]	-.239	.495	-1.211	.733	-.483	664.000	.630	.788	.298	2.082
	[egp4_r=3.00]	1.000	.497	.024	1.976	2.011	664.000	.045	2.718	1.024	7.215
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.002	.011	-.019	.023	.149	664.000	.882	1.002	.981	1.023

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

^a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	747.000	2.826	.003
(Konstanter Term)	1.000	755.000	9.217	.002
ausbild3	2.000	754.000	3.650	.026
INCOME_Q	3.000	753.000	4.449	.004
egp4_r	3.000	753.000	.605	.612
ALTER	1.000	755.000	.129	.719

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 11b: Régression logistique

Femmes en âge de travailler (N=758)

Variable dépendante: contrainte psychique

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Psychische Belastung dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
mittel bis hoch	(Konstanter Term)	-2.154	.606	-3.344	-.964	-3.553	755.000	.000	.116	.035	.381
	[ausbild3=1]	1.512	.577	.380	2.644	2.622	755.000	.009	4.536	1.462	14.074
	[ausbild3=2]	.307	.357	-.394	1.009	.860	755.000	.390	1.360	.674	2.743
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.505	.398	-.276	1.286	1.269	755.000	.205	1.657	.759	3.617
	[INCOME_Q=2.00]	-.083	.364	-.798	.631	-.229	755.000	.819	.920	.450	1.880
	[INCOME_Q=3.00]	-.856	.370	-1.582	-.130	-2.316	755.000	.021	.425	.205	.878
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.160	.339	-.505	.825	.473	755.000	.637	1.174	.604	2.281
	[egp4_r=2.00]	-.508	.512	-1.513	.496	-.994	755.000	.321	.602	.220	1.642
	[egp4_r=3.00]	-.119	.313	-.734	.496	-.380	755.000	.704	.888	.480	1.643
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.004	.012	-.019	.028	.359	755.000	.719	1.004	.981	1.029

Abhängige Variable: Psychische Belastung dichotom (Referenzkategorie = tief)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	659.000	2.605	.006
(Konstanter Term)	1.000	667.000	14.185	.000
ausbild3	2.000	666.000	2.230	.108
INCOME_Q	3.000	665.000	1.187	.314
egp4_r	3.000	665.000	2.665	.047
ALTER	1.000	667.000	.498	.481

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 12a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=670)

Variable dépendante: dépressions

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Major Depression dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
ja	(Konstanter Term)	-2.649	1.033	-4.677	-.620	-2.564	667.000	.011	.071	.009	.538
	[ausbild3=1]	-2.145	1.198	-4.497	.206	-1.791	667.000	.074	.117	.011	1.229
	[ausbild3=2]	-.710	.433	-1.560	.139	-1.642	667.000	.101	.492	.210	1.149
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.165	.598	-1.339	1.010	-.275	667.000	.783	.848	.262	2.746
	[INCOME_Q=2.00]	-.371	.544	-1.438	.696	-.683	667.000	.495	.690	.237	2.006
	[INCOME_Q=3.00]	-1.335	.711	-2.732	.062	-1.876	667.000	.061	.263	.065	1.064
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	1.564	.585	.416	2.712	2.674	667.000	.008	4.776	1.515	15.053
	[egp4_r=2.00]	1.137	.580	-.002	2.277	1.960	667.000	.050	3.118	.998	9.743
	[egp4_r=3.00]	1.762	.816	.159	3.364	2.159	667.000	.031	5.822	1.173	28.906
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.011	.016	-.042	.020	-.706	667.000	.481	.989	.959	1.020

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	751.000	.510	.868
(Konstanter Term)	1.000	759.000	11.513	.001
ausbild3	2.000	758.000	.348	.706
INCOME_Q	3.000	757.000	.151	.929
egp4_r	3.000	757.000	.964	.409
ALTER	1.000	759.000	.183	.669

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 12b: Régression logistique

Femmes en âge de travailler (N=762)

Variable dépendante: dépressions

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Major Depression dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
ja	(Konstanter Term)	-2.685	.758	-4.172	-1.198	-3.544	759.000	.000	.068	.015	.302
	[ausbild3=1]	-.209	.710	-1.603	1.185	-.294	759.000	.769	.812	.201	3.271
	[ausbild3=2]	-.361	.435	-1.215	.493	-.830	759.000	.407	.697	.297	1.637
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	.285	.512	-.721	1.291	.556	759.000	.578	1.330	.486	3.636
	[INCOME_Q=2.00]	.261	.502	-.724	1.247	.521	759.000	.603	1.299	.485	3.479
	[INCOME_Q=3.00]	.273	.519	-.746	1.292	.526	759.000	.599	1.314	.474	3.639
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.712	.504	-.277	1.702	1.413	759.000	.158	2.039	.758	5.483
	[egp4_r=2.00]	.034	.894	-1.721	1.788	.038	759.000	.970	1.034	.179	5.976
	[egp4_r=3.00]	.550	.438	-.311	1.410	1.255	759.000	.210	1.733	.733	4.096
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	-.006	.014	-.033	.021	-.428	759.000	.669	.994	.967	1.021

Abhängige Variable: Major Depression dichotom (Referenzkategorie = nein)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsgrade 1	Freiheitsgrade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	687.000	2.409	.011
(Konstanter Term)	1.000	695.000	15.277	.000
ausbild3	2.000	694.000	.822	.440
INCOME_Q	3.000	693.000	3.924	.009
egp4_r	3.000	693.000	.680	.564
ALTER	1.000	695.000	.184	.668

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 13a: Régression logistique

Hommes en âge de travailler (N=670)

Variable dépendante: troubles du sommeil

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

Schlafstörungen dichotom	Parameter	B	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen			Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsgrade	Sig.		Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schlafstörung	(Konstanter Term)	-5.061	.982	-6.988	-3.134	-5.156	695.000	.000	.006	.001	.044
	[ausbild3=1]	1.161	.940	-.686	3.007	1.234	695.000	.218	3.192	.504	20.218
	[ausbild3=2]	.155	.551	-.927	1.236	.281	695.000	.779	1.167	.396	3.442
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	2.045	.732	.609	3.482	2.795	695.000	.005	7.731	1.838	32.518
	[INCOME_Q=2.00]	1.071	.698	-.299	2.440	1.535	695.000	.125	2.917	.742	11.477
	[INCOME_Q=3.00]	.613	.790	-.937	2.164	.777	695.000	.438	1.847	.392	8.708
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.404	.575	-.725	1.533	.703	695.000	.483	1.498	.484	4.634
	[egp4_r=2.00]	.308	.618	-.906	1.522	.499	695.000	.618	1.361	.404	4.583
	[egp4_r=3.00]	1.000	.702	-.378	2.378	1.425	695.000	.155	2.717	.685	10.778
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.007	.017	-.026	.041	.429	695.000	.668	1.007	.974	1.041

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.

Tests der Modelleffekte

Quelle	Freiheitsg rade 1	Freiheitsg rade 2	Wald-F	Sig.
(Korrigiertes Modell)	9.000	776.000	1.276	.246
(Konstanter Term)	1.000	784.000	16.906	.000
ausbild3	2.000	783.000	.267	.766
INCOME_Q	3.000	782.000	1.863	.134
egp4_r	3.000	782.000	.230	.876
ALTER	1.000	784.000	.015	.904

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

Tableau 13b: Régression logistique

Femmes en âge de travailler (N=787)

Variable dépendante: troubles du sommeil

Variantes explicatives: formation (ausbild), revenu d'équivalence du ménage (INCOME) et position professionnelle (egp4_r)

Variables de contrôle: sexe (SEX) et âge

Parameterschätzer

				95%-Konfidenzintervall		Testen von Hypothesen				95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
Schlafstörungen dichotom	Parameter	B	Standardf ehler	Untere Grenze	Obere Grenze	t	Freiheitsg rade	Sig.	Exp(B)	Untere Grenze	Obere Grenze
starke Schlafstörung	(Konstanter Term)	-2.587	.657	-3.876	-1.298	-3.939	784.000	.000	.075	.021	.273
	[ausbild3=1]	-.039	.714	-1.441	1.364	-.054	784.000	.957	.962	.237	3.910
	[ausbild3=2]	.264	.429	-.579	1.107	.615	784.000	.538	1.302	.561	3.026
	[ausbild3=3]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[INCOME_Q=1.00]	-.830	.531	-1.873	.213	-1.563	784.000	.119	.436	.154	1.237
	[INCOME_Q=2.00]	.155	.421	-.672	.983	.369	784.000	.712	1.168	.511	2.671
	[INCOME_Q=3.00]	-.531	.463	-1.440	.379	-1.145	784.000	.252	.588	.237	1.460
	[INCOME_Q=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	[egp4_r=1.00]	.115	.442	-.753	.984	.260	784.000	.795	1.122	.471	2.674
	[egp4_r=2.00]	.467	.615	-.740	1.674	.759	784.000	.448	1.595	.477	5.332
	[egp4_r=3.00]	-.009	.409	-.812	.794	-.021	784.000	.983	.991	.444	2.213
	[egp4_r=4.00]	.000 ^a	.	.	.	.	.	.	1.000	.	.
	ALTER	.002	.013	-.024	.027	.121	784.000	.904	1.002	.976	1.027

Abhängige Variable: Schlafstörungen dichotom (Referenzkategorie = übrige)

Modell: (Konstanter Term), ausbild3, INCOME_Q, egp4_r, ALTER

a. Auf 0 gesetzt, da dieser Parameter redundant ist.