



La santé de la population
valaisanne
5ème rapport **2015**

Impressum

© Observatoire valaisan de la santé, octobre 2015

Reproduction partielle autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Rédaction et analyse des données :

Dr Raphaël Wahlen^{1, 2}, Frédéric Favre¹, Valérie Gloor¹, Frédéric Clausen¹, Dr Isabelle Konzelmann¹, Luc Fornerod¹, PD Dr Arnaud Chiolero^{1,2}

1. Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion ; 2. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne

Remerciements :

Ce rapport a été réalisé avec le soutien du canton du Valais. Nous remercions le Docteur Christian Ambord, médecin cantonal du canton du Valais, et le Professeur Nicolas Troillet de l'Institut Central de l'Hôpital du Valais pour leurs commentaires et suggestions sur une version précédente du rapport ou sur certains chapitres.

Citation proposée :

Wahlen R, Favre F, Gloor V, Clausen F, Konzelmann I, Fornerod L, Chiolero A, Observatoire valaisan de la santé (OVS). La santé de la population valaisanne 2015; 5^{ème} rapport. Valais. Octobre 2015.

Disponibilité

Observatoire valaisan de la santé : www.ovs.ch

Langue du texte original : Français

Table des matières

Impressum	2
Table des matières.....	3
Avant-propos de la Cheffe du Département.....	5
Avant-propos du médecin cantonal	6
I. Introduction.....	7
1.1. Objectifs du 5 ^{ème} rapport sur la santé de la population du Valais.....	7
1.2. Déterminants de l'état de santé, prévention et promotion de la santé en Valais.....	8
II. Démographie et indicateurs généraux de l'état de santé.....	10
2.1. Evolution démographique	11
2.2. Espérance de vie et mortalité.....	13
2.3. Etat de santé autoévalué	16
III. Principaux problèmes de santé	17
3.1. Causes de décès, mortalités comparées et années de vie perdues.....	17
3.2. Maladies chroniques	20
3.3. Santé mentale.....	27
3.4. Morts violentes.....	28
3.5. Santé périnatale.....	30
3.6. Santé sexuelle et maladies infectieuses.....	32
IV. Déterminants de la santé.....	35
4.1. Comportements de santé.....	36
4.2. Statut et environnement socio-économique	41
4.3. Environnement professionnel.....	42
4.4. Environnement physique.....	43
V. Etat de santé de populations spécifiques	44
5.1. Personnes de 80 ans et plus.....	44
5.2. Enfants et adolescents.....	45
5.3. Autres populations	48
VI. Résumé et enjeux majeurs de santé publique en Valais.....	51
6.1. Orienter le système de santé pour prendre en charge les maladies chroniques dans le contexte d'une population vieillissante.....	51
6.2. Promouvoir un prolongement de l'espérance de vie en bonne santé	51

6.3. Pour diminuer le fardeau des maladies, promouvoir les dépistages et les vaccinations efficaces	52
6.4. Prévenir les comportements à risques et promouvoir les comportements protecteurs pour la santé.....	53
6.5. Soutenir la promotion de la santé dans les écoles	53
6.6. Diminuer les inégalités en santé et renforcer la prévention dans les groupes aux besoins spécifiques	54
Sources d'informations.....	55
Index des figures et tableaux	56
Références	60

Avant-propos de la Cheffe du Département

La grande majorité de la population valaisanne se sent en bonne, voire en très bonne santé. Cette conclusion est tirée du rapport sur la santé 2015 de l'Observatoire valaisan de la santé. Alors que la 5ème édition est en cours de diffusion, un grand « mais » se pose inévitablement...

« La santé est comme le sel : on remarque seulement quand elle manque. »

(proverbe italien)

Dans son rapport, l'Observatoire valaisan de la santé se base sur de nombreuses et différentes données sanitaires telles que celles de mortalité, du Registre des tumeurs du Valais, de l'Enquête suisse sur la santé ou d'autres enquêtes et études scientifiques. Cela permet une comparaison avec les autres cantons et indique l'évolution des maladies les plus courantes, mais aussi les changements dans les comportements de la population au niveau de la santé.

Les aspects réjouissants du rapport, à savoir que la majorité de la population valaisanne se sent en bonne santé grâce à une espérance de vie croissante et également à une meilleure qualité de vie, doivent être relativisés dans le sens que des maladies chroniques sont en augmentation. Avant tout, ce sont des maladies dites de civilisation, comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, l'obésité et la démence, en partie à cause de notre mode de vie ou de la durée de vie grandissante.

Sur la base du rapport 2015 sur la santé, il s'agit maintenant d'évaluer les besoins de la population et d'optimiser les mesures politiques dans le domaine de la promotion de la santé. Des mesures de prévention sont prévues conformément aux six axes de la stratégie décidée par le Conseil d'Etat pour les quatre années à venir, à savoir Egalité des chances, Alimentation saine et activité physique, Santé mentale, Qualité de vie des 60 ans et plus (60+), Dépendances.

L'Observatoire valaisan de la santé mérite tous nos remerciements pour avoir analysé ces données. Il les a retranscrites pour notre canton sous une forme appropriée et ciblée qui permettra une interprétation différenciée et claire.

La santé est notre plus grand atout et le plus précieux. Faisons attention au sel dans notre élixir de vie et restons en bonne santé.

Esther Waeber-Kalbermatten, Conseillère d'Etat

Cheffe du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture

Avant-propos du médecin cantonal

La santé est une préoccupation majeure de chaque individu et chacun souhaite pouvoir vivre longtemps et en bonne santé. Les pouvoirs publics partagent cette préoccupation et mettent en place des politiques publiques permettant de garantir des conditions de vie favorables à la santé.

Les données présentées dans ce rapport doivent permettre de connaître de manière aussi précise que possible les problèmes de santé auxquels doit faire face la population de notre canton. Ces connaissances orientent les priorités du gouvernement en matière de santé publique et déterminent dans quels domaines des interventions doivent être réalisées.

Le Conseil d'Etat du Canton a adopté fin 2014 ses priorités en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents pour la période 2015-2018. Les thèmes principaux mis en avant dans ce contexte recoupent ceux présentés dans les conclusions du présent rapport à savoir l'égalité des chances, les problèmes liés à l'alimentation et à l'activité physique, la santé mentale, la qualité de vie des personnes âgées, les dépendances et la qualité des prestations de promotion de la santé et de prévention.

Ces thèmes n'ont certes rien de très novateurs, mais comme les comportements en matière de santé évoluent le plus souvent lentement, il importe que les actions dans ce domaine soient durables afin de développer leurs effets.

Le travail réalisé par l'Observatoire valaisan de la santé est très utile au pilotage de la santé publique valaisanne. Le présent rapport en est la preuve tant par sa qualité que par son exhaustivité. Je tiens ici à en remercier les auteurs et incite l'ensemble des partenaires de la santé publique valaisanne à examiner ces données afin d'orienter leur travail en conséquence.

Christian Ambord

Médecin cantonal

I. Introduction

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la santé était appréhendée essentiellement dans ses dimensions biomédicales, une bonne santé se traduisant par l'absence de maladie. Sous l'égide notamment de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le concept de la santé a évolué pour intégrer de nouvelles dimensions dans une **perspective bio-psycho-sociale** qui tient compte non seulement des caractéristiques biologiques mais aussi du contexte psychologique et social dans lequel se développe l'individu. Ainsi, en 1948, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » [OMS 1948].

Depuis lors, la notion de la santé a évolué et une définition plus récente conçoit la santé comme un état permettant à un groupe ou un individu « d'une part, [de] réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, [d'] évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une **ressource de la vie quotidienne** et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » [Ottawa 1986].

Cette définition de la santé tend à se distancer de la dimension biomédicale de la santé, pour intégrer les **déterminants environnementaux, physiques et socio-économiques**. Elle permet aussi d'articuler plus clairement les **liens entre la santé, les maladies et les activités de santé publique** qui s'expriment notamment par les **politiques de prévention et de promotion de la santé**.

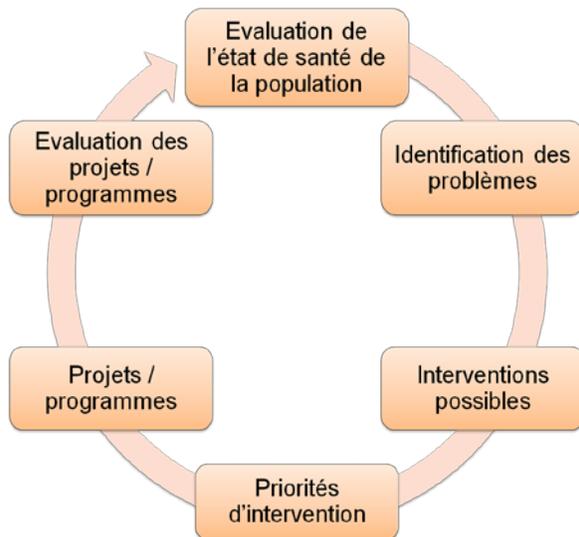
1.1. Objectifs du 5^{ème} rapport sur la santé de la population du Valais 2015

Le Rapport 2015 **décrit l'état de santé de la population valaisanne et son évolution dans le temps**. Il vise à 1) identifier les problèmes de santé prédominants, récurrents et émergents, 2) identifier les nombreux facteurs qui déterminent l'état de santé de la population et 3) sensibiliser la population et les acteurs de la santé publique en Valais aux enjeux contemporains majeurs de santé de la population.

Ce rapport, comme les précédents en 1996, 2000, 2004 et 2010, dresse un portrait général de la population valaisanne et traite des principaux thèmes de santé actuels. Il est conçu de façon synthétique pour être appréhendable par tous et facilement consultable ; ce n'est donc pas un document exhaustif de tous les problèmes de santé.

A la fin du présent rapport sont résumés les **enjeux majeurs de santé publique** auxquels doit faire face le canton du Valais.

F1.1 Principes de la santé publique basée sur les preuves (evidence-based public health)



Ce rapport s'inscrit dans une logique de **santé publique basée sur les preuves**. Cette méthode lie l'évaluation de la santé de la population aux mesures de prévention et promotion de la santé (F1.1). Elle a pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population grâce à la réalisation d'interventions de santé publique ayant fait leurs preuves.

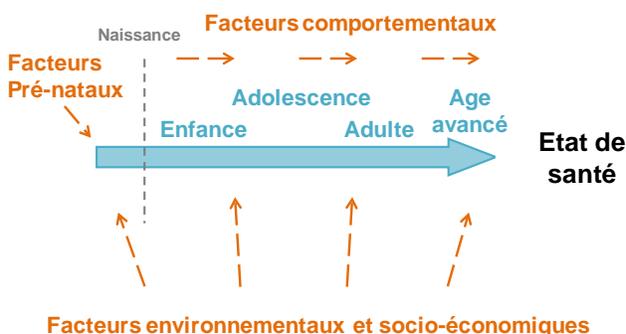
Cette évaluation permet, dans une certaine mesure, d'évaluer les effets des programmes de prévention et de promotion de la santé et de les adapter, en tenant compte notamment des **enjeux contemporains majeurs de santé de la population**.

Ce rapport joue donc un rôle essentiel dans ce processus par l'identification des problèmes de santé de la population du Valais. Il permet de définir des axes pour le développement de la politique de prévention et de promotion de la santé du canton du Valais.

1.2. Déterminants de l'état de santé, prévention et promotion de la santé en Valais

La santé, à l'échelle individuelle ou populationnelle, est **déterminée par un ensemble de facteurs qui interagissent entre eux, de manière très complexe et dynamique**. Ces facteurs peuvent être protecteurs pour la santé ou, au contraire, la mettre en danger. Ce sont ces déterminants de la santé qui agissent soit à un niveau individuel (biologie, comportement), soit à un niveau environnemental (environnement physique et socio-économique).

F1.2 Etat de santé et Parcours de vie (life course)

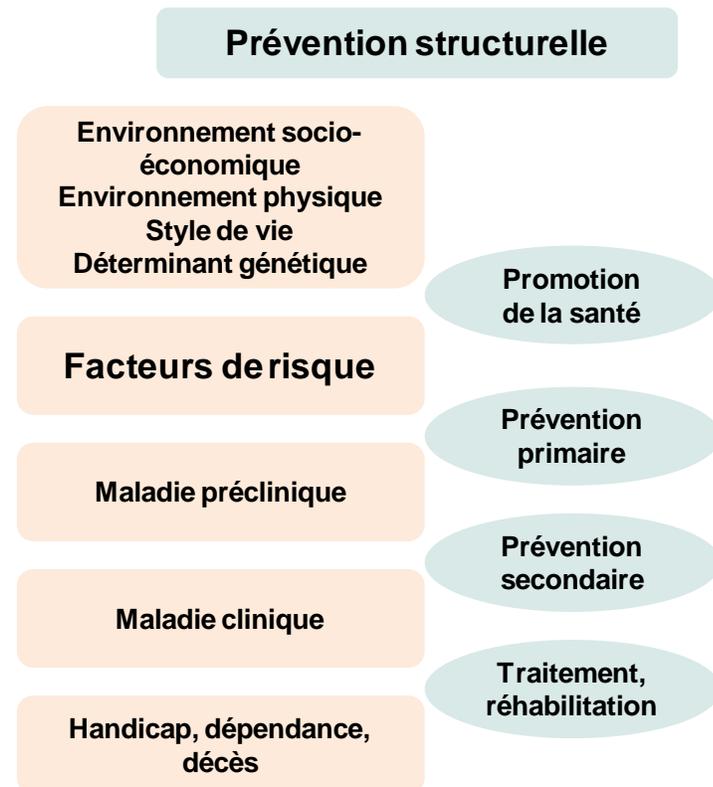


Ces déterminants agissent tout au long de l'existence. Le concept du « parcours de vie » (life course, F1.2) illustre l'interaction et l'influence des différents facteurs biologiques, prénataux, environnementaux et socio-économiques qui agissent sur l'état de santé de l'individu.

Le rôle des politiques de santé publique et de prévention et promotion de la santé est de mettre en place des structures et des mesures permettant de diminuer les facteurs de risques et d'augmenter les facteurs protecteurs, en tenant compte de leurs effets à différents âges.

En effet, « les tâches de la santé publique consistent à créer les conditions sociétales, de l'environnement et des soins de santé dans lesquelles les hommes peuvent mener une vie saine » [Gutzwiller 1999]. Afin d'améliorer la santé de la population, les stratégies de santé publique interviennent à chaque niveau sur les facteurs de risque modifiables par des interventions.

F1.3 Prévention et promotion de la santé



La promotion de la santé (F1.3) désigne les processus visant à donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir favorablement sur les déterminants de la santé et d'adopter des modes de vie propices à une meilleure santé (par ex. promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine). Elle a pour but de renforcer la maîtrise des individus et des communautés sur leur santé [Ottawa 1986].

La prévention primaire vise à empêcher la survenue des maladies et des accidents. Elle consiste à prévenir l'apparition de la maladie (p. ex. arrêt du tabac, utilisation du préservatif, vaccinations).

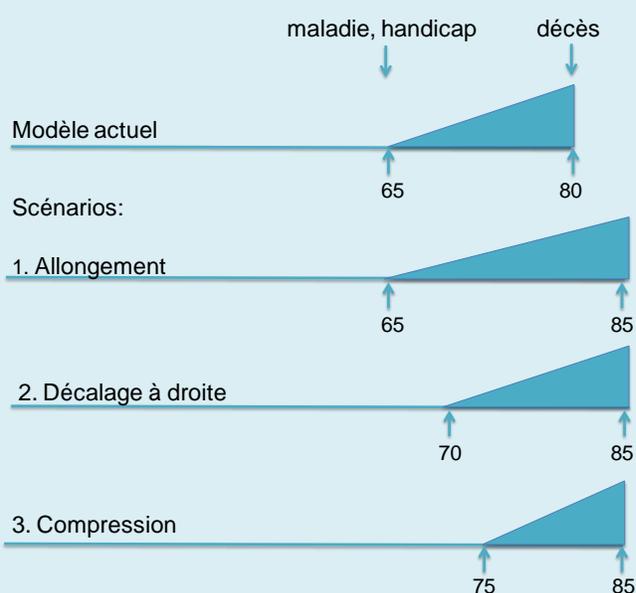
La prévention secondaire consiste à diagnostiquer précocement les maladies avant l'apparition de symptômes, afin de pouvoir les traiter le plus tôt possible (p. ex. dépistage des cancers et du VIH).

Les mesures de **prévention structurelle** (dénommée aussi environnementale) touchent l'environnement (social, économique, physique, législatif) et le plus souvent l'ensemble de la communauté. Ce sont par exemple les lois sur le tabac, l'alcool et leur taxation, la sécurité routière, l'éducation à la santé dans le cadre scolaire ou le contrôle de l'alimentation. Elles sont à la base des stratégies de prévention populationnelle.

II. Démographie et indicateurs généraux de l'état de santé

La population du Valais et de la Suisse dans son ensemble est de plus en plus âgée. L'espérance de vie à la naissance a augmenté régulièrement depuis le milieu du 19^{ème} siècle. De 40 ans, en 1876 en Suisse, elle a augmenté à un rythme de 4-5 mois par an jusqu'en 1950. Depuis cette date elle poursuit son ascension à raison de 3 mois par an en moyenne.

F2.1 Scénarios d'évolution de l'espérance de vie



Schématiquement, l'espérance de vie peut être divisée en deux périodes, avant et après l'apparition de maladies ou de handicaps. Plusieurs scénarios de l'évolution future de l'espérance de vie peuvent être imaginés :

Scénario 1 : les maladies ou handicaps surviennent au même âge alors que la durée de vie s'allonge ; il en résulte une stagnation de la durée de vie en bonne santé et une augmentation de la durée de vie en mauvaise santé ;

Scénario 2 : l'âge de survenue des maladies ou handicaps est retardé autant que l'âge au décès ; la durée de vie en bonne santé est allongée mais le nombre d'années vécues en mauvaise santé reste identique ;

Scénario 3 : l'âge de survenue des maladies ou handicaps est plus retardé que l'âge au décès ; la durée de vie en bonne santé est allongée et la durée de vie en mauvaise santé est réduite ; c'est le scénario idéal de la « compression de la morbidité » (adapté de Fries 2005).

Elle a atteint 79.7 ans chez les hommes et 84.8 ans chez les femmes en 2013 en Valais (CH : hommes : 80.5, femmes 84.8). Il est vraisemblable que l'espérance de vie poursuive sa progression dans les années à venir [Seematter 2009, Oepen 2002].

Historiquement, l'allongement de l'espérance de vie à la naissance a résulté de la réduction de la mortalité chez les enfants, grâce aux progrès sanitaires, par le développement de l'hygiène, des vaccins et des antibiotiques permettant de prévenir et contrôler les maladies infectieuses. Les progrès sociaux et éducationnels y ont également largement contribué.

Dès les années 1960, le moteur de l'augmentation de l'espérance de vie est la diminution de la mortalité chez les personnes âgées, par le recul de la mortalité par maladie cardio-vasculaire et, dans une moindre mesure, par le recul de la mortalité par cancer [Vaupel 2010, Vallin 2010].

L'augmentation de l'espérance de vie est souhaitable à condition que les années de vie gagnées soient de bonne qualité, avec le moins possible de maladie ou de handicap, et de dépendance qui peut en résulter (F2.1). Une crainte est que l'augmentation de l'espérance de vie soit accompagnée d'une plus longue durée de vie avec maladie ou handicap (F2.1, scénario 1).

Idéalement, c'est une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé qui est souhaitée, avec un recul de l'âge de survenue des maladies ou handicaps (**F2.1**, scénario « Déplacement de la morbidité »), voire un recul de cet âge de survenue et une plus courte durée de vie dans cet état (**F2.1**, scénario « Compression de la morbidité »). Selon ce scénario de la **compression de la morbidité**, la durée de vie en bonne santé est augmentée et celle en mauvaise santé diminuée. Ces dernières années en Suisse [Seematter 2009] et dans plusieurs pays développés [Fries 2005, Christensen 2009, Robine 2013], une compression de la morbidité a été constatée avec une diminution des années de vie vécues avec maladies ou handicaps.

Tout le monde n'est cependant pas égal face à l'espérance de vie et aux années de vie vécues en bonne santé. En effet, les catégories de **populations vulnérables**, par exemple avec un niveau de formation bas ou avec de faibles ressources économiques et sociales, ont une morbidité et une mortalité plus élevées [Corsini 2010, Spoerri 2006, Obsan 2014, Blanpain 2011].

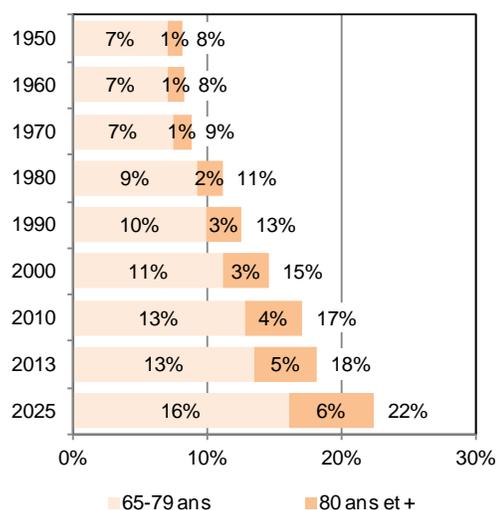
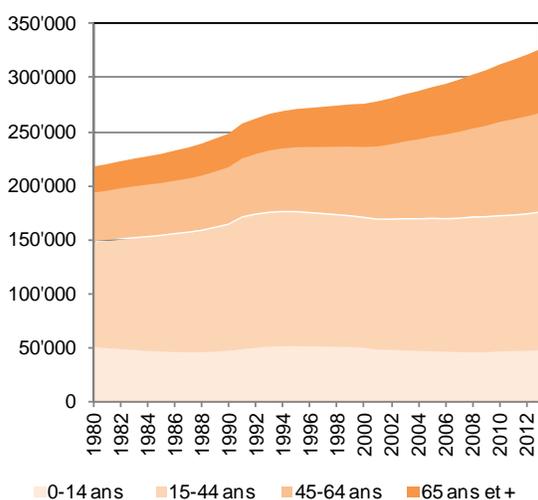
2.1. Evolution démographique

La population valaisanne est de **327'011 résidents permanents** en 2013. De l'an 1900 à l'an 2000, elle est passée de 114'438 à 276'170 résidents et a continué sa progression de 2000 à 2013 avec un gain de 50'841 personnes, équivalant à une augmentation de 18% (Suisse : 13% d'augmentation entre 2000 et 2013). En 2013, le taux de natalité est de 9.6 naissances vivantes pour 1'000 habitants. Il est stable depuis le début des années 2000 et légèrement inférieur au taux national de 10.2/1'000 (OFS).

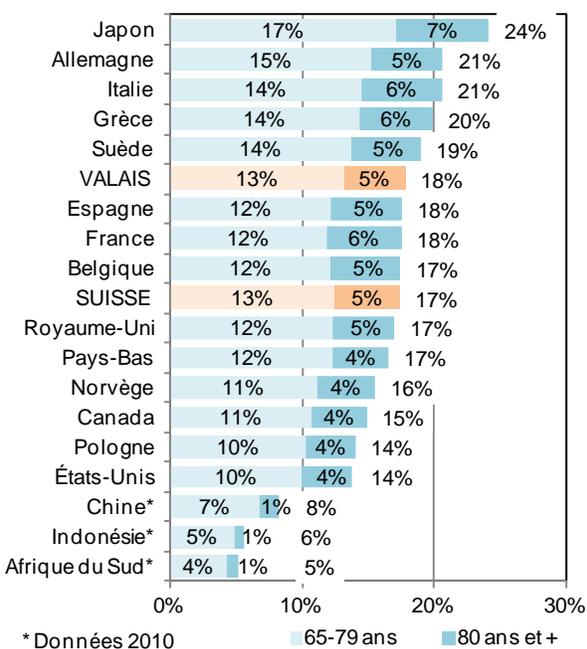
En 2013, le Valais compte 72'738 résidents étrangers, soit 22% de la population totale (CH : 24%). Les 90% de cette population sont d'origine européenne (Portugais ; 38% ; Italiens : 12% ; Français : 12% ; ex-Yougoslaves : 11% ; autre pays européens : 17%), 4% d'Asie, 3% d'Afrique et 3% d'Amérique ou d'Australie.

F2.2 Evolution de la population résidente permanente totale, par âge, Valais, 1980-2013 (Sources : OFS, OVS)

F2.3 Evolution de la population âgée de 65-79 ans et de 80 ans et plus, en pourcent du total de la population, Valais, 1950-2013 et projection 2025 (Sources : OFS, OVS)



F2.4 Part de la population âgée de 65-79 ans et de 80 ans et plus, en pourcent du total de la population, 2012 (Sources : OCDE, OFS, OVS)

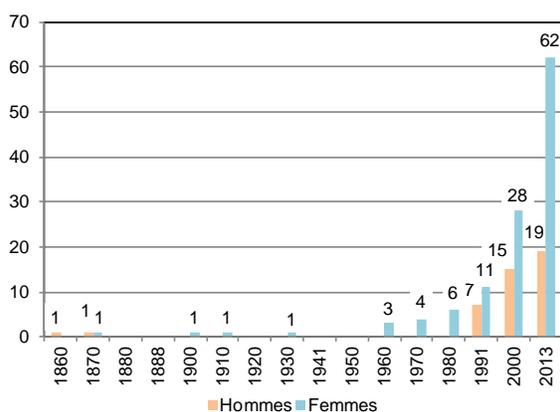


Depuis les années 90, la hausse de la population valaisanne est entièrement répartie sur les catégories d'âges les plus élevées, le nombre de résidents de 0-44 ans étant stable depuis lors (F2.2).

En 1980, les 0-14 ans représentaient 23% de la population, les 45-64 ans 21% et les 65 ans et plus 11%. En 2013, ces proportions étaient respectivement de 15%, 28% et 18%. Le **vieillessement de la population** est un élément essentiel de l'évolution démographique récente du Valais.

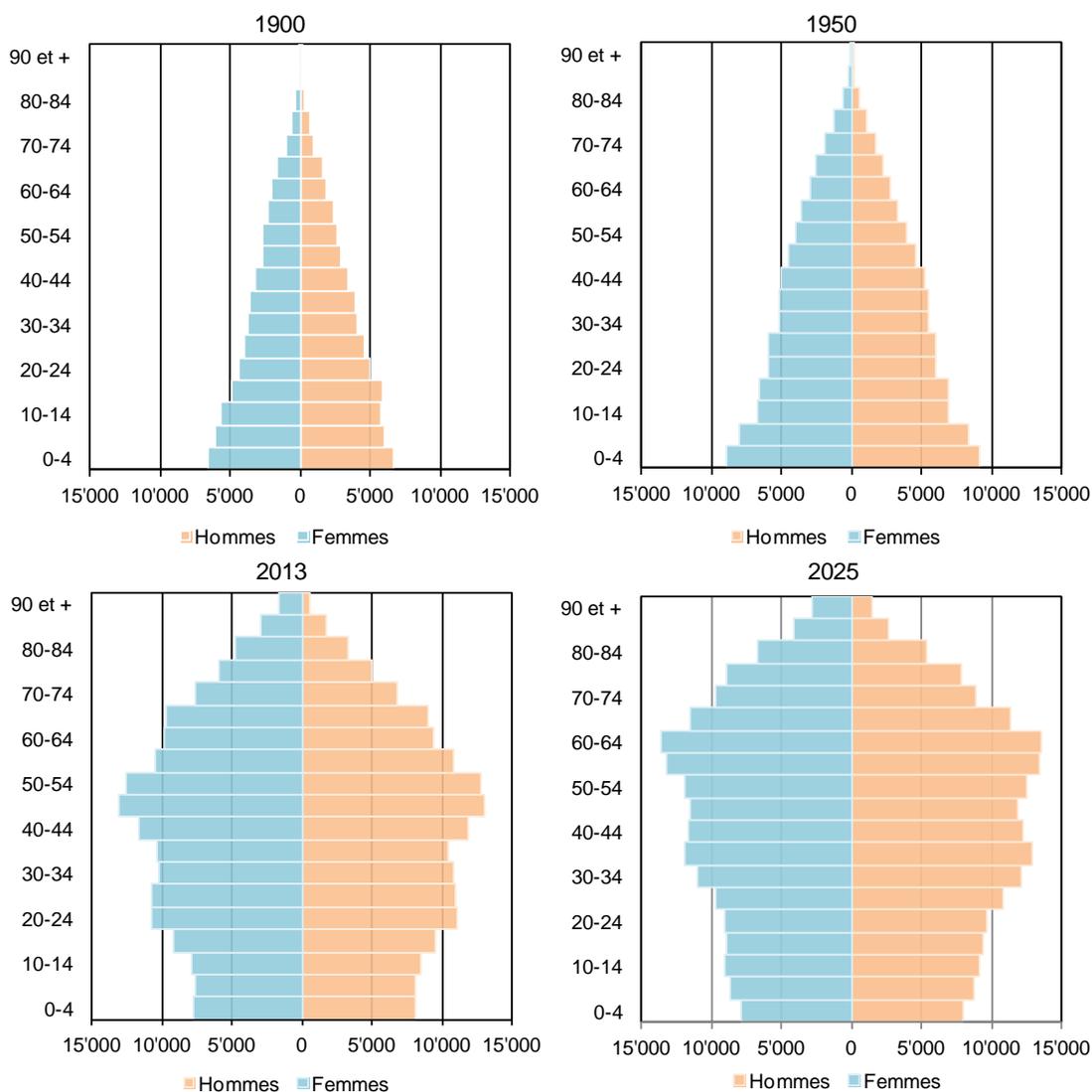
En 1970, 9% de la population avait 65 ans et plus, et 1% 80 ans et plus (F2.3). En 2013, **les 65 ans et plus représentaient 18% de la population, et les 80 et plus 5%**. En 2025, ces proportions devraient être respectivement de 22% et 6%. La Suisse fait partie des pays avec une forte proportion de personnes âgées (F2.4).

F2.5 Nombre de centenaires (99 ans et plus), Valais, 1860-2013 (Sources : OFS, OVS)



Le nombre de centenaires (99 ans et plus) par année dans le canton est également un indicateur du vieillissement de la population (F2.5). Jusqu'à la fin des années 50, les centenaires étaient presque inexistantes. Leur nombre a fortement augmenté depuis lors, en particulier chez les femmes.

Au cours du 20^{ème} siècle, la **structure de la population** selon l'âge a été bouleversée en Valais. En 1900, la répartition par âge se présentait sous forme d'une pyramide régulière, soit avec une large base (personnes jeunes), puis s'amincissant progressivement jusqu'à son sommet (personnes âgées) (F2.6). On assiste actuellement à une rectangularisation de la distribution de la population, avec l'accroissement marquée des strates les plus âgées.

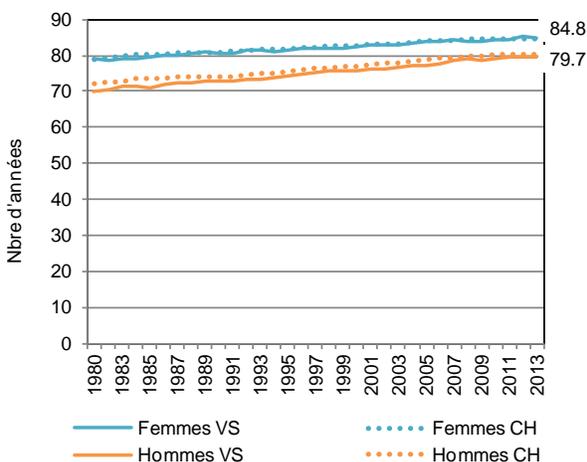
F2.6 Pyramides des âges, 1900, 1950, 2013 et projection 2025, Valais (Sources : OFS, OVS)

2.2. Espérance de vie et mortalité

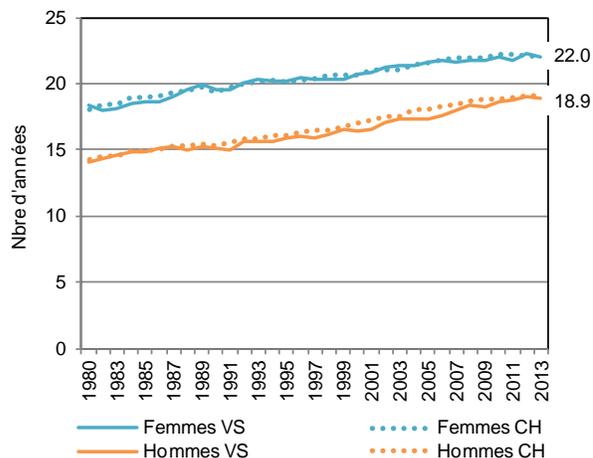
En 2013, en Valais, l'espérance de vie à la naissance est de **79.7 ans pour les hommes et de 84.8 ans pour les femmes**. L'espérance de vie à 65 ans est de 18.9 ans pour les hommes et de 22.0 ans pour les femmes. L'espérance de vie des Valaisans et des Suisses a augmenté régulièrement depuis la fin du 19^{ème} siècle (**F2.7 et F2.8**). Entre 1980 et 2013, le gain d'espérance de vie à la naissance a été de 9.7 ans pour les hommes et 5.9 ans pour les femmes. L'augmentation plus importante chez les hommes que chez les femmes a réduit l'écart entre les sexes, pour atteindre cinq ans en 2013.

A ce jour, il n'y a **pas de signe de plafonnement de l'espérance de vie**, ce qui laisse entrevoir une poursuite de son augmentation. L'écart entre la Suisse et le Valais a diminué au cours de ces 30 dernières années.

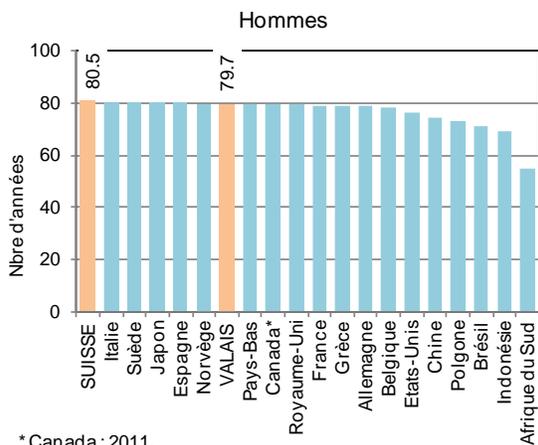
F2.7 Evolution de l'espérance de vie à la naissance, Valais-Suisse, 1981-2013 (Sources : OFS, OVS)



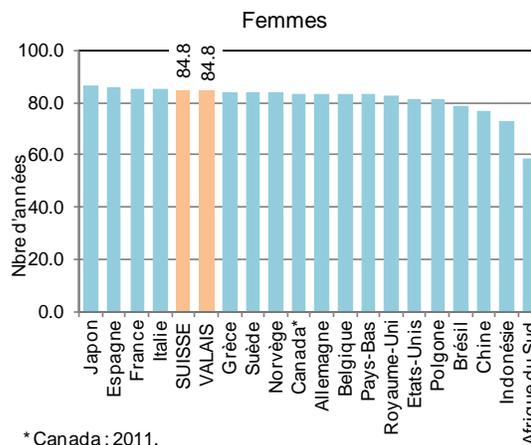
F2.8 Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, Valais-Suisse, 1981-2013 (Sources : OFS, OVS)



F2.9 Espérance de vie à la naissance, Valais-Suisse-Autres pays, 2013 (Sources : OCDE, OFS, OVS)



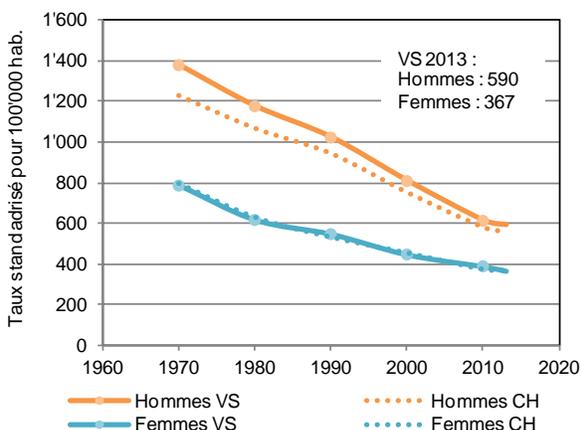
* Canada : 2011.



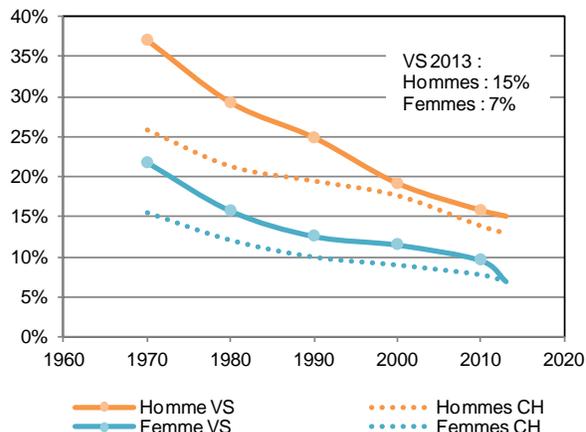
* Canada : 2011.

En comparaison internationale, pour l'année 2013, la Suisse fait partie des pays dans lesquels l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée (F2.9).

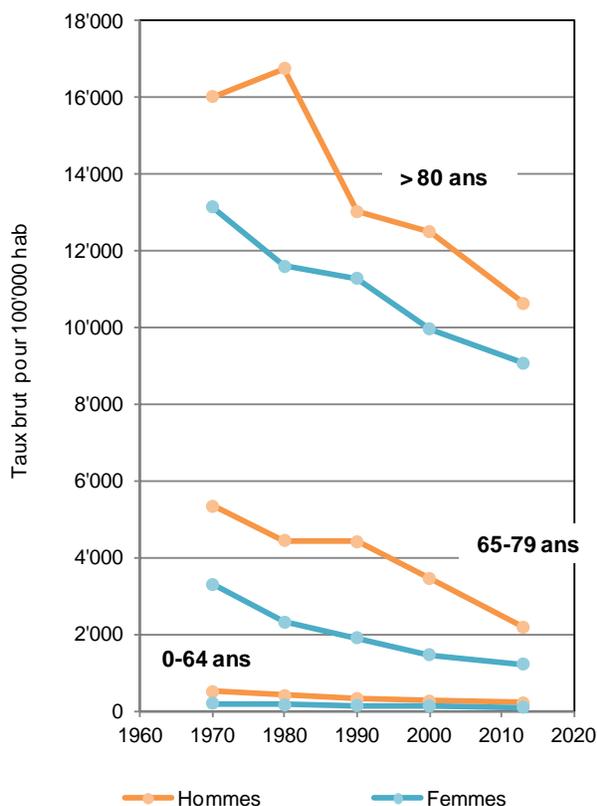
F2.10 Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour 100'000 habitants, Valais-Suisse, 1970-2013 (Source : OFS)



F2.12 Proportion (%) de décès avant l'âge de 60 ans, Valais-Suisse, 1970-2011 (Source : OFS)



F2.11 Evolution du taux brut de mortalité par sexe avant 65 ans, à 65-79 ans et à 80 ans et plus, pour 100'000 habitants, Valais, 1970-2013 (Sources : OFS, OVS)



L'augmentation continue de l'espérance de vie est le reflet d'un recul de la mortalité à des âges plus avancés. Le taux de mortalité global (toutes causes confondues) des hommes a diminué de plus de la moitié depuis 1970, passant de 1'377 décès pour 100'000 habitants en 1970 à 590 décès pour 100'000 habitants en 2013 en Valais (F2.10).

Les femmes, avec des taux de mortalité constamment inférieurs aux hommes, ont également connu une baisse importante de leur mortalité, de 800/100'000 en 1970 à 367/100'000 en 2013.

L'écart entre les hommes et les femmes a fortement diminué pendant cette période. Par ailleurs, la surmortalité des hommes valaisans en comparaison aux hommes suisses constatée en 1970 a presque disparu en 2013.

La diminution de la mortalité depuis 1970 a touché toutes les tranches d'âge de la population valaisanne (F2.11).

En valeur absolue, la baisse est particulièrement importante chez les personnes de 80 ans et plus et celles de 65-79 ans, pour les deux sexes.

Cette baisse s'explique principalement par la diminution de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et, dans une moindre mesure, aux cancers.

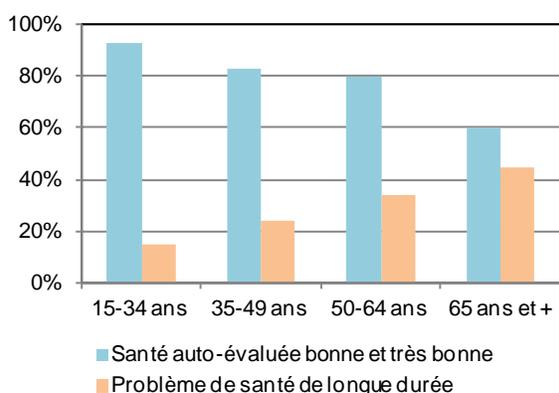
La mortalité à un âge précoce (avant 60 ans) a fortement diminué en Valais : en 1970, plus d'un homme sur trois et plus d'une femme sur cinq mouraient avant l'âge de 60 ans ; en 2013, ces fractions sont passées à moins d'un homme sur six et moins d'une femme sur dix (**F2.12**).

La comparaison entre le Valais et la Suisse est également frappante : alors qu'en 1970 les Valaisans, et dans une moindre mesure les Valaisannes, mouraient beaucoup plus souvent avant 60 ans que les Suisses et les Suissesses, la différence est actuellement minime.

2.3. Etat de santé autoévalué

La perception de l'état de santé personnel est une donnée subjective qui dépend non seulement de la présence de maladies, avec la souffrance et les limitations qu'elles engendrent, mais également de l'état de bien-être mental et social.

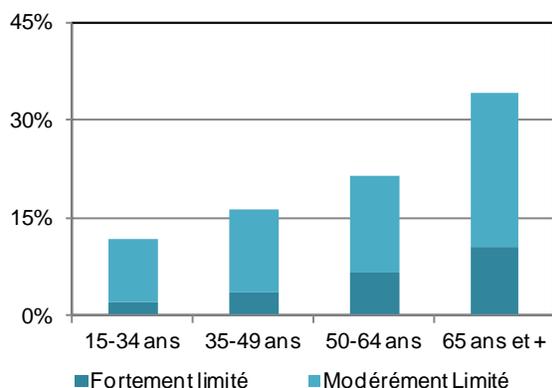
F2.13 Etat de santé autoévalué et problèmes de santé de longue durée, par âge, Valais, 2012 (Sources : OFS, OVS)



Les Valaisans **s'estiment majoritairement en bonne ou très bonne santé**, soit plus de 9 personnes sur 10 chez les 15-34 ans, 8 personnes sur 10 chez les 35 à 64 ans et 6 sur 10 chez les 65 ans et plus (**F2.13**).

Il n'y a pas de différence selon le sexe. La diminution de la proportion des personnes s'évaluant en bonne santé avec l'âge est à mettre en parallèle à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la limitation dans les activités avec l'âge.

F2.14 Limitation d'activité, par âge, Valais, 2012 (Sources : OFS, OVS)



En effet, si moins de 15% des 15-34 ans rapportent des problèmes de santé de longue durée ou des limitations d'activités, les 65 ans et plus sont eux 45% à souffrir de problèmes de longue durée et 35% de limitation d'activité (**F2.13** et **F 2.14**).

Le soutien social est également moins présent avec l'âge puisque 19% des 65 ans et plus disent avoir un faible soutien social. Tous ces facteurs composent la perception de l'état de santé.

III. Principaux problèmes de santé

Les **maladies chroniques** sont le principal fardeau pour la santé de la population, tant en termes de mortalité que de handicap et de coût. Avec le vieillissement de la population en Valais, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, les maladies musculo-squelettiques (arthrose) et les maladies neuropsychiatriques (démence, dépression) sont de plus en plus fréquentes. Les maladies chroniques comprennent également l'obésité et le diabète.

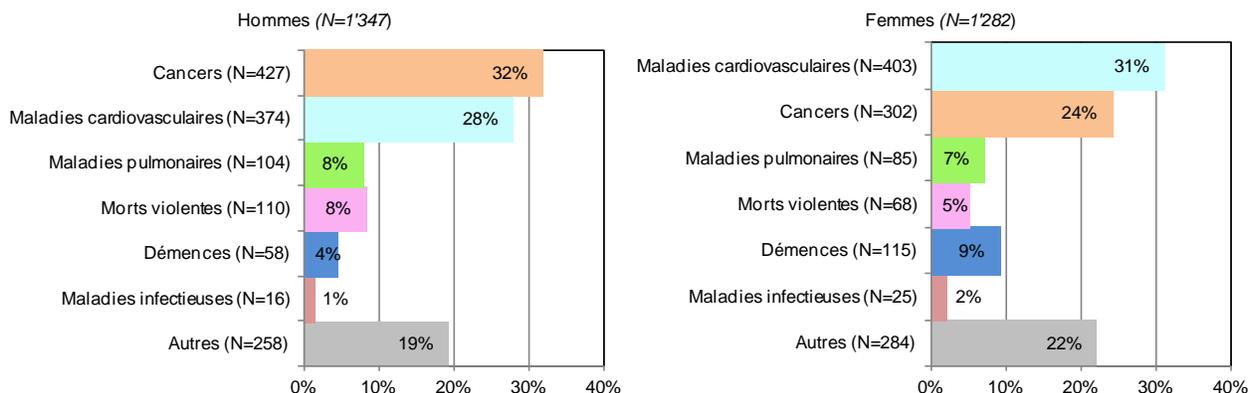
Les maladies chroniques pèsent de façon substantielle sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Le **cumul des maladies chroniques** (multi morbidité) est fréquent chez les personnes très âgées, ce qui contribue fortement à la fragilité de cette population. La prévention et la prise en charge des maladies sont essentielles pour maximiser la qualité de vie et pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

Les problèmes de **santé mentale** touchent l'entier de la population avec une prédominance chez les personnes âgées, en particulier par l'augmentation marquée de la fréquence des **démences** avec l'âge. La **dépression** est aussi relativement fréquente et une des principales causes d'années de vie en bonne santé perdues [Wittchen 2011]. Les autres problèmes de santé comptent notamment les morts violentes et les accidents, la santé périnatale, la santé sexuelle et les maladies infectieuses.

3.1. Causes de décès, mortalités comparées et années de vie perdues

En 2013, le Valais a compté **2'629 décès**, dont les principales causes sont indiquées dans le tableau **F3.1**. Les maladies cardio-vasculaires ont causé la mort de 777 hommes et femmes (30% du total). Les cancers arrivent en 2^{ème} position avec 729 décès (28%). Les maladies pulmonaires (189 décès ; 7%), les morts violentes (178; 7%) et les démences (173 ; 7%) sont d'autres causes fréquentes de décès chez les hommes comme chez les femmes.

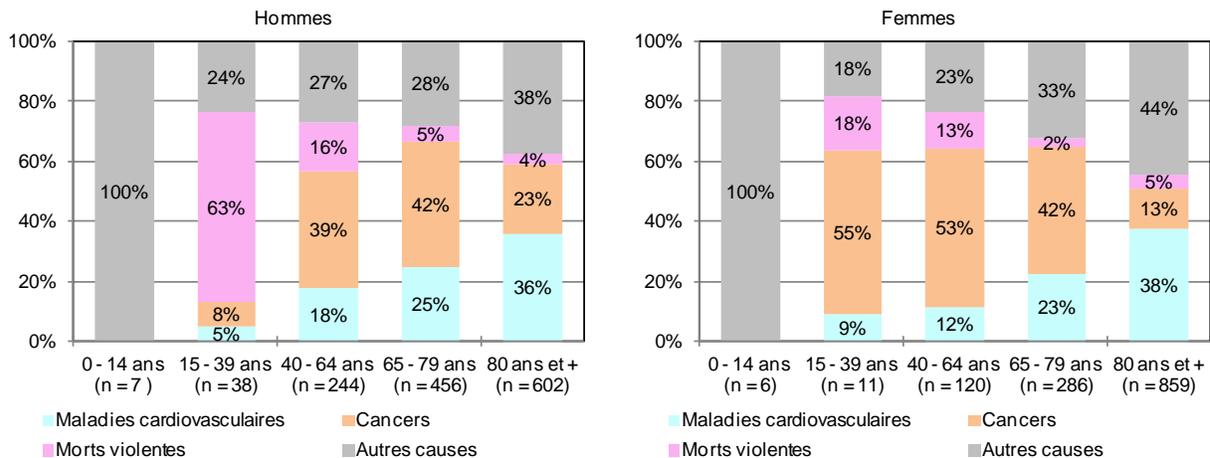
F3.1 Causes de décès en nombre absolu (N) et en pourcentage (%), Valais, 2013 (Source : OFS)



Les causes de décès diffèrent selon l'âge et le sexe (**F3.2**). La proportion de décès par maladies cardio-vasculaires augmente progressivement avec l'âge, pour devenir la première cause de décès chez les 80 ans et plus. Les cancers sont prédominants chez les hommes et femmes âgés

de 40 à 79 ans. Les morts violentes représentent la majorité des décès chez les hommes âgés de 15 à 39 ans. Chez les femmes de 15 à 39 ans, les cancers sont la première cause de décès. Chez les moins de 15 ans, les décès par morts violentes et pour des causes périnatales sont les plus fréquents.

F3.2 Causes de décès, par âge, en pourcentage, Homme-Femme, Valais, 2013 (Sources : OFS, OVS)

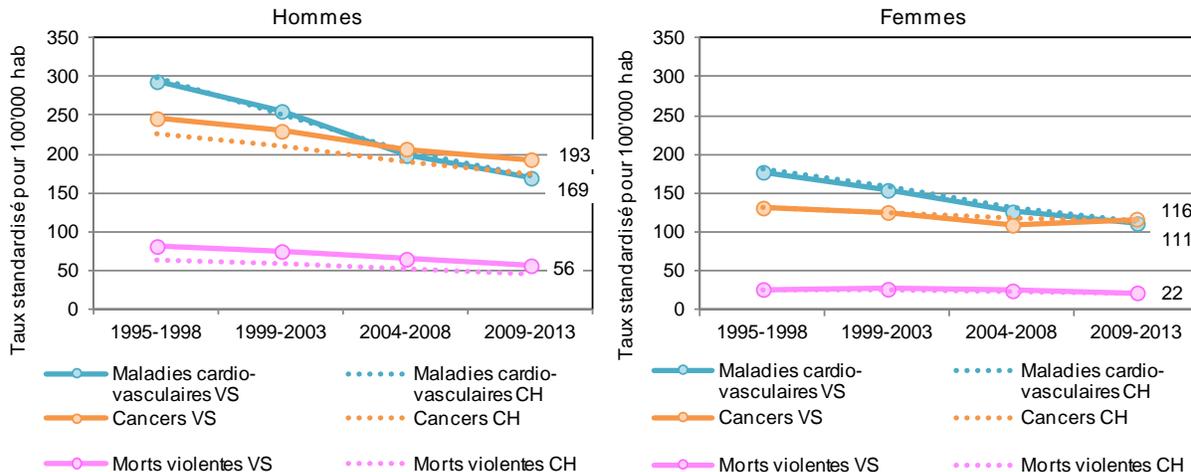


Entre 1995 et 2013, chez les hommes valaisans, les **taux de mortalité pour les principales causes de décès ont tous diminué (F3.3)**. La diminution la plus forte du taux de mortalité est celle par maladies cardio-vasculaires, qui est actuellement inférieure aux taux de mortalité par cancer. Il n'y a que peu de différence avec les taux observés au niveau suisse.

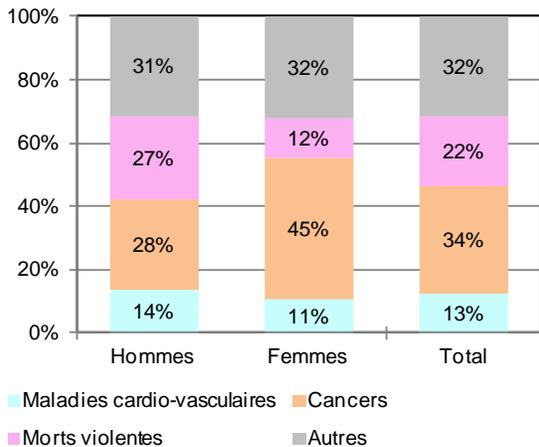
Chez les femmes, le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires a également sensiblement reculé et se trouve actuellement au même niveau que le taux de mortalité par cancer, ce dernier s'étant stabilisé depuis une dizaine d'années. Il n'y a que peu de différence avec les taux observés au niveau suisse. A noter que les taux de mortalité pour toutes les autres causes de décès, non représentées sur ce graphique par souci de clarté, ont diminué chez les hommes et les femmes.

Les causes de la baisse générale de la mortalité sont multifactorielles avec l'augmentation du niveau éducationnel et socio-économique, le développement dans le domaine médical et de la prévention et les changements des comportements individuels.

F3.3 Taux de mortalité standardisé (population européenne), pour 100'000 habitants par maladies cardio-vasculaires, cancers et morts violentes, Valais-Suisse, 1995-2013 (Source OFS)



F3.4 Proportion (%) d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, par cause de décès, Valais, 2013 (Source : OFS)



Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans (**F3.4**) représente la différence, en nombre d'années, entre l'âge de 75 ans et l'âge de décès lorsque celui-ci survient avant 75 ans. Cette mesure met en relief les **causes précoces de mortalité**.

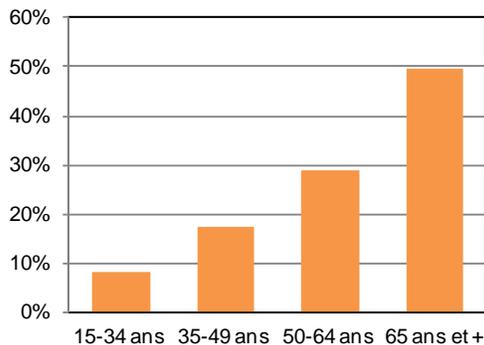
En Valais, en 2013, les hommes comptent 8'448 APVP, contre 4'112 APVP chez les femmes. La principale cause d'APVP avant l'âge de 75 ans est le cancer responsable de près d'un décès sur deux avant cet âge chez les femmes et de près d'un sur trois chez les hommes. Les morts violentes sont également une cause importante d'APVP, en particulier chez les hommes.

3.2. Maladies chroniques

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité en Valais comme en Suisse. En 2013, 777 Valaisans et Valaisannes en sont décédés, principalement de maladies coronariennes (infarctus du myocarde) et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ces maladies sont une source majeure d'invalidité et de handicap. L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, le diabète, l'obésité et la sédentarité sont les facteurs de risque modifiables majeurs de ces maladies [Zellweger 2012].

L'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque le plus important des accidents vasculaires cérébraux et des maladies coronariennes (infarctus du myocarde). Elle est aussi la cause d'insuffisance cardiaque, de maladies vasculaires périphériques (artériopathies) et d'insuffisance rénale [Lawes CM 2008]. Selon l'OMS, l'HTA est responsable de 16.5% de l'ensemble des décès mondiaux, soit plus de 9.4 millions de décès par an [Lim SS 2012, OMS 2013].

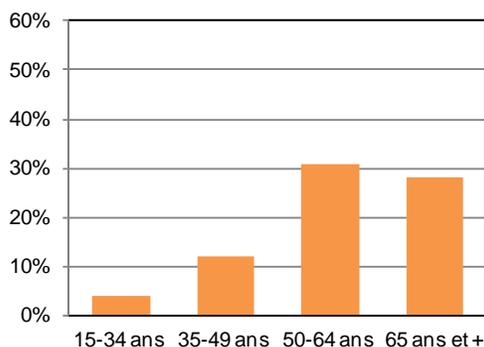
F3.5 Pression artérielle trop élevée, par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)



Un dépistage par la mesure de la pression artérielle est recommandé dès l'âge de 18 ans [Cornuz 2014, USPSTF 2014].

En 2012, selon l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) près d'un Valaisan et d'une Valaisanne sur 4 rapportent avoir une pression artérielle trop élevée (prévalence similaire en Suisse). La prévalence augmente fortement avec l'âge et près de la moitié des Valaisans et Valaisannes de 65 ans et plus disent avoir une pression artérielle trop élevée (F3.5).

F3.6 Taux de cholestérol trop élevé, par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)

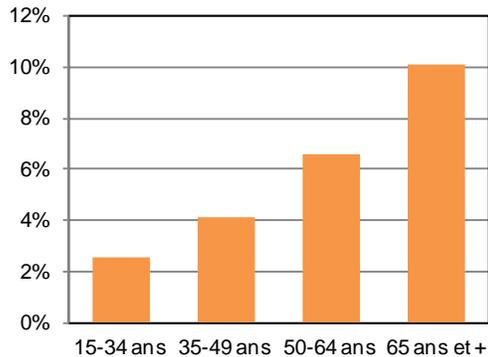


L'hypercholestérolémie est un facteur de risque majeur et modifiable des maladies cardiovasculaires. Selon l'ESS, en 2012, un taux de cholestérol trop élevé est rapporté par 18% des hommes et 16% des femmes en Valais, avec une proportion qui augmente fortement dès l'âge de 50 ans (F3.6) (prévalence similaire en Suisse). La proportion de personnes rapportant une hypercholestérolémie a augmenté ces dernières années, en Valais comme en Suisse.

Cette augmentation peut notamment s'expliquer par le vieillissement de la population et par un dépistage de plus en plus fréquent, dès l'âge de 35 ans chez les hommes et dès 45 ans chez les femmes [Cornuz 2014, USPSTF 2014].

Le diabète (de type II) est une maladie chronique dont **la prévalence a augmenté** ces dernières années. Il est favorisé par l'âge avancé, l'excès de poids et la sédentarité.

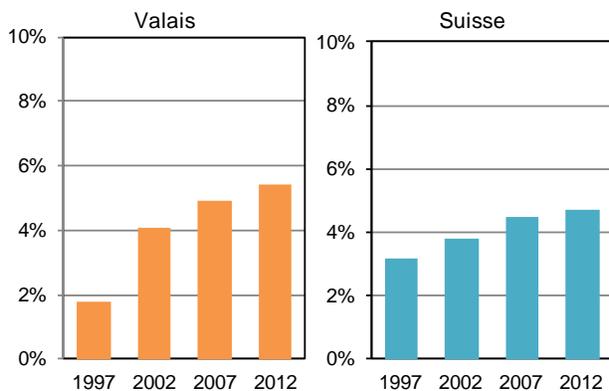
F3.7 Diagnostic de diabète, par âge, Valais, 2012
(Source : ESS)



La maladie peut rester silencieuse pendant de nombreuses années jusqu'à l'apparition de conséquences qui peuvent être sévères. Ainsi, le diabète est une cause de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance rénale, d'atteintes de la rétine (cécité) et d'atteintes neuro-vasculaires au niveau des jambes (cause la plus fréquente d'amputations) [OMS 2013].

Le dépistage du diabète est recommandé chez les personnes dont le risque de diabète est élevé, par exemple chez les personnes obèses, avec une histoire familiale de diabète ou une pression artérielle élevée [Cornuz 2014, USPSTF 2014].

F3.8 Diagnostic de diabète, Valais-Suisse, 1997-2012 (Source : ESS)

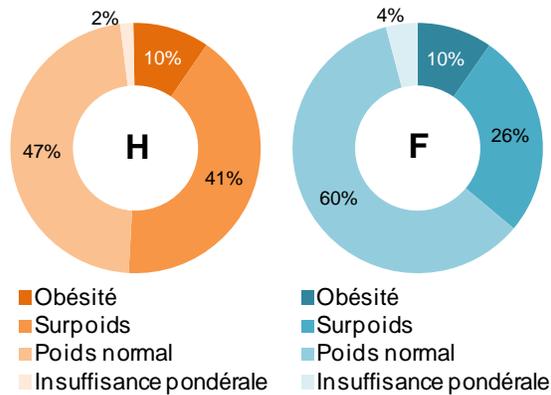


En 2012, selon l'ESS, un diagnostic de diabète est rapporté par 5% des Valaisans et 5% des Valaisannes. La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, plus de 10% des personnes âgées de 65 ans et plus disent en souffrir (F3.7). Entre 1997 et 2012, la prévalence du diabète a augmenté, en Valais comme en Suisse (F3.8). Entre 2007 et 2011, 8.7% de tous les patients hospitalisés à l'Hôpital du Valais avait un diagnostic de diabète [Ambord 2014]. L'augmentation de la prévalence du diabète est causée par l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

L'obésité est de plus en plus fréquente en Suisse comme en Valais. L'obésité et le surpoids sont définis comme une accumulation excessive de graisse corporelle. Ils se rapportent à un Indice de Masse Corporelle (IMC) respectivement supérieurs à 30 kg/m² pour l'obésité et 25 kg/m² pour le surpoids.

L'obésité favorise l'apparition du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. Elle est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, pour certains cancers (sein, colon, endomètre, etc.) et pour l'arthrose.

F3.9 Catégories de poids, Valais, 2012 (Source : ESS)



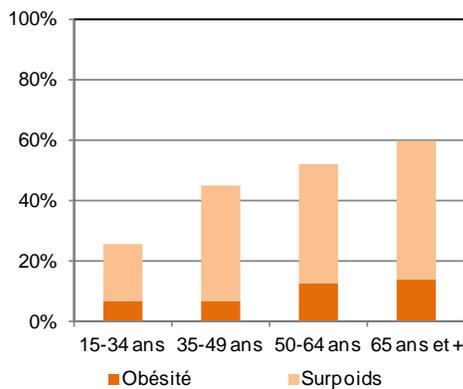
Elle peut également engendrer des troubles psycho-sociaux [OMS 2014, Renehan 2008].

En Valais en 2012, 51% des hommes et 36% des femmes présentent un excès de poids (surpoids ou obésité) (**F3.9**). Ils étaient respectivement 40% et 20% en 1992. La prévalence de l'excès de poids augmente fortement avec l'âge (**F3.10**).

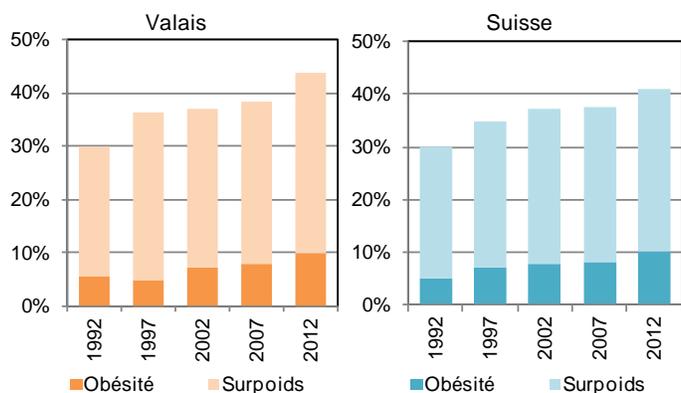
Entre 1992 et 2012, la proportion de personnes obèses en Valais est passée de 6% à 10% (**F3.11**).

En Valais comme en Suisse, pour toutes les catégories d'âge, chez les hommes et les femmes, la **prévalence de l'excès de poids a augmenté** durant ces 20 dernières années.

F3.10 Surpoids et obésité par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)



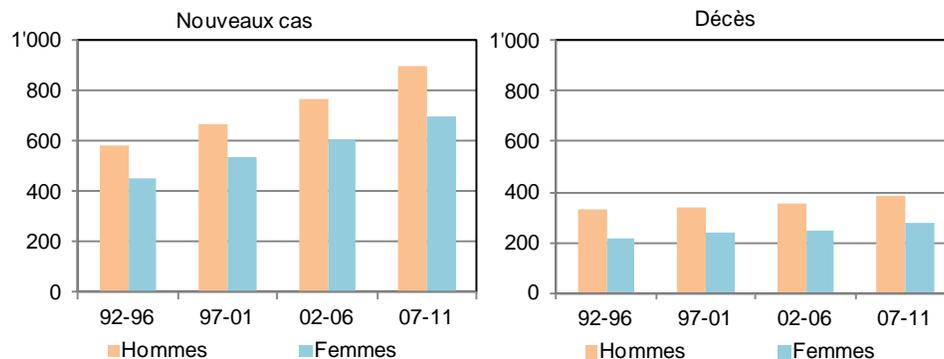
F3.11 Evolution du surpoids et de l'obésité, Valais, 1992-2012 (Source : ESS)



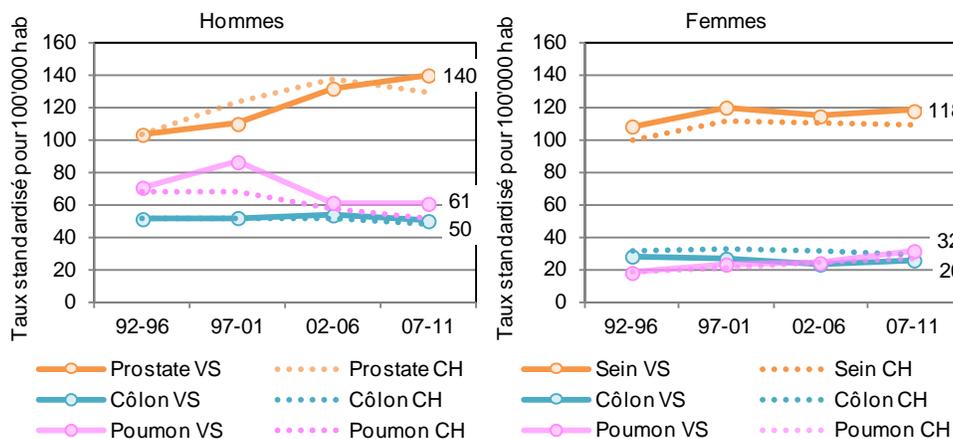
Les cancers sont la première cause de décès chez les hommes et la seconde chez les femmes. Ils sont responsables du plus grand nombre d'années de vie perdues avant l'âge de 75 ans (cf. **F3.1**, **F3.4**). Le nombre de nouveaux cas de cancers a fortement augmenté depuis les années 1990 (**F3.12**), ce qui s'explique par **la croissance et le vieillissement de la population**. En effet, le taux d'incidence (standardisé sur l'âge) est resté relativement stable chez les hommes et chez les femmes.

Depuis 1991, le nombre absolu de décès a peu évolué mais le taux de mortalité par cancer a nettement diminué (cf. **F3.3**). Les hommes sont plus souvent atteints de cancer que les femmes. Les hommes valaisans sont légèrement plus souvent touchés que les hommes suisses ; il n'y a pas de différence entre les femmes suisses et valaisannes.

F3.12 Nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer par an et nombre moyen annuel de décès par cancer par an, toutes localisations confondues, par sexe, Valais, 1992-2011. (Sources : RVsT, OVS)



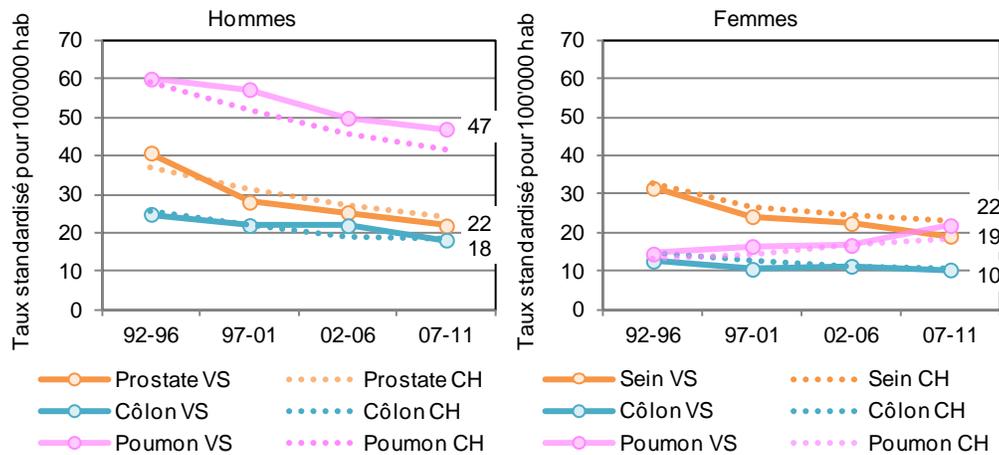
F3.13 Taux standardisés de l'incidence des cancers par localisation, 3 principales localisations, par sexe, Valais, 1992-2011 (Sources : RVsT, OVS)



Chez les hommes, le cancer le plus fréquent est celui de la prostate, en hausse ces dernières années. L'incidence du cancer du poumon a légèrement baissé mais reste la 2^{ème} cause de cancer chez les hommes, suivi du cancer du côlon. Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent, suivi par les cancers du côlon et du poumon (**F3.13**). L'incidence du cancer du poumon a augmenté chez les femmes ces dernières années.

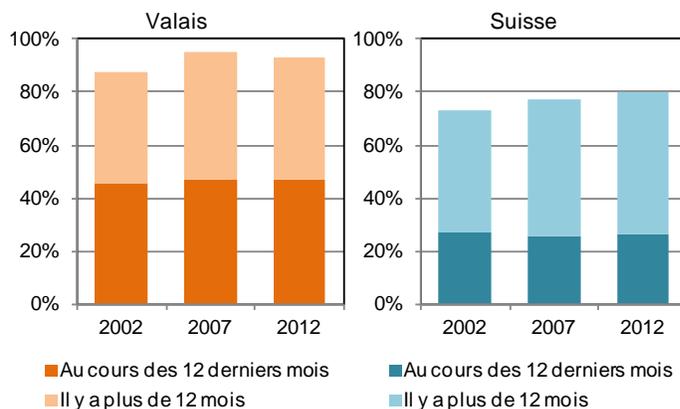
Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de mortalité du cancer (tous cancers confondus) a fortement diminué en Valais ces 20 dernières années (cf. **F3.3**). Chez les hommes, le cancer du poumon est responsable du plus grand nombre de décès par cancer. Sa mortalité a diminué entre 1992 et 2011, de façon cependant moins marquée en Valais qu'en Suisse. La mortalité par cancer de la prostate a également fortement diminué et atteint actuellement des taux similaires à ceux du cancer du côlon. Chez les femmes, la mortalité du cancer du sein a fortement diminué entre 1992 et 2011 alors que la mortalité par cancer du poumon a augmenté, ce dernier étant à présent la première cause de mortalité par cancer chez la femme devant le cancer du sein. Cette augmentation est le reflet de l'évolution de la consommation de tabac chez les femmes. La mortalité par cancer du côlon, en 3^{ème} position, a diminué (**F3.14**).

F3.14 Taux standardisés de la mortalité des cancers par localisation, 3 principales localisations, par sexe, Valais-Suisse, 1992-2011 (Sources : RVsT, OVS)



Le nombre de nouveaux cas de **cancer du sein** a augmenté ces 20 dernières années pour atteindre en moyenne 229 cas par année entre 2007 et 2011 en Valais [RVsT 2015]. Les décès par cancer du sein étaient en moyenne de 44 par an entre 2007 et 2011. La hausse des nouveaux cas est essentiellement à mettre sur le compte de **l'augmentation et du vieillissement de la population**.

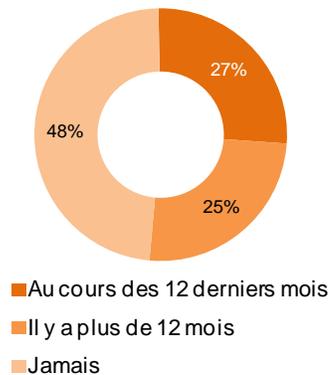
F3.15 Dernière mammographie, chez les femmes de 50 à 70 ans, Valais-Suisse, 2002-2012 (Source : ESS)



Un programme de dépistage par mammographie est soutenu par le canton du Valais depuis 1999. Toutes les femmes âgées de 50 à 70 ans sont invitées chaque 2 ans à y participer [Cornuz 2014 / USPSTF 2014].

En Valais, plus de 9 femmes sur 10 âgées de 50 à 70 ans ont fait au moins une fois une mammographie, et près de la moitié au cours des 12 derniers mois (**F3.15**). Ces proportions sont plus élevées qu'au niveau suisse.

F3.16 Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, Valais 2012 (Source : ESS)

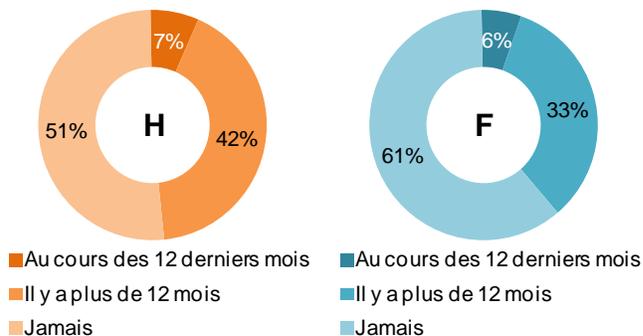


Le nombre moyen de nouveaux cas de **cancer de la prostate** par an s'est élevé à 266 par année, en Valais, entre 2007 et 2011, et celui des décès à 46 par an [RVsT 2015]. L'augmentation du nombre de cas entre 1991 et 2011 est principalement attribuable à la croissance démographique, au vieillissement de la population et au dépistage.

Le dépistage est à présent déconseillé par plusieurs organismes [Cornuz 2014 / USPSTF 2014 / Swiss Medical Board 2011]. Malgré cela, la moitié des Valaisans de 40 ans et plus ont eu recours au dépistage au moins une fois dans leur vie dont 26% au cours des 12 derniers mois (CH : 55% au moins une fois ; 25% au cours des 12 derniers mois) (**F3.16**).

Le nombre moyen de nouveaux cas de **cancer colorectal** s'est élevé à 159 par année en Valais, entre 2007 et 2011, et celui des décès à 64 [RVsT 2015]. L'augmentation des nouveaux cas depuis 1991 est attribuable à la croissance et au vieillissement de la population ainsi qu'au dépistage.

F3.17 Dépistage du cancer colorectal par test hémocult¹ et/ou endoscopie chez les personnes de 50 à 75 ans, par sexe, Valais 2012 (Source : ESS)



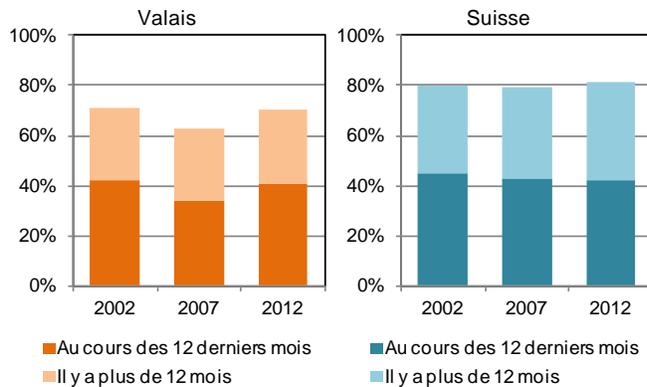
Un **dépistage** est recommandé chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans, soit par une coloscopie une fois tous les dix ans, soit par recherche de sang occulte (sang invisible à l'œil nu) dans les selles chaque année [Cornuz 2014 / USPSTF 2014]. Depuis juillet 2013, le dépistage est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins pour toute personne âgée de 50 à 69 ans.

En Valais, 49% des hommes et 40% des femmes âgés de 50 à 75 ans ont fait un dépistage du cancer colorectal au moins une fois dans leur vie, par recherche de sang occulte ou par endoscopie (CH : 54% des hommes et 51% des femmes) (**F3.17**).

Le cancer du col de l'utérus a touché 8 femmes par an et causé 1 décès par an en moyenne entre 2007 et 2011, en Valais [RVsT 2015]. Le cancer se développe le plus souvent suite à une infection virale (HPV : human papilloma virus) acquise par contact sexuel. Le risque d'infection existe dès le début de l'activité sexuelle. Cette infection est très fréquente, 80% des femmes sexuellement actives étant exposées au moins une fois dans leur vie au virus [Vassilakos 2012]. Les infections persistantes présentent le risque d'évoluer en cancer. Depuis 2007, un vaccin anti-HPV est disponible en Suisse et est recommandé pour les filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 26 ans. Le vaccin n'est, pour l'instant, pas recommandé chez les garçons.

¹ Test hémocult : dépistage par recherche de sang occulte (invisible à l'œil nu) dans les selles.

F3.18 Dernier dépistage du cancer de l'utérus (frottis du col) chez les femmes de 20 ans et plus, Valais-Suisse, 2002-2012 (Source : ESS)



Un **dépistage du cancer du col de l'utérus** par frottis du col (Pap test) est recommandé dès l'âge de 21 ans, quel que soit l'âge de début de l'activité sexuelle, et ce jusqu'à 70 ans, [Cornuz 2014 / USPSTF 2014].

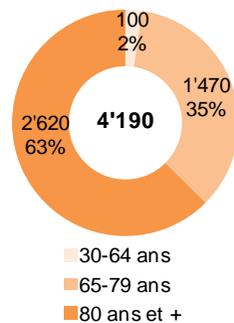
En Valais, 70% de femmes de 20 ans et plus ont fait au moins une fois un dépistage par frottis du col, et 41% au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est restée stable ces dernières années (**F3.18**) ; elle est légèrement inférieure aux valeurs pour la Suisse dans son ensemble.

Le cancer du poumon a été diagnostiqué chez 184 personnes et a causé 137 décès par an en moyenne entre 2007 et 2011 en Valais [RVsT 2015]. L'augmentation du nombre de cas est attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population ainsi qu'à **l'augmentation du tabagisme chez les femmes**, le tabac étant responsable de 80 à 90% des cancers du poumon [Alberg 2013]. Le dépistage du cancer du poumon pourrait être utile chez les grands fumeurs mais sa pertinence est très discutée [USPSTF 2014].

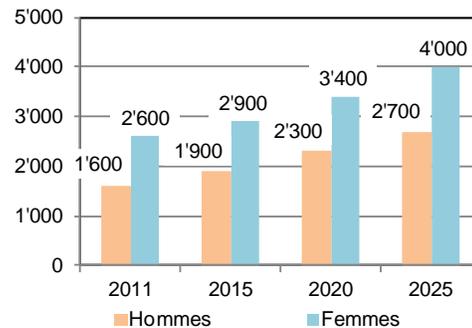
3.3. Santé mentale

Les troubles neuropsychiatriques constituent un enjeu de santé publique majeur. Les troubles les plus fréquents sont les **démences, les dépressions, les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool**.

F3.19 Nombre et proportion estimés de personnes atteintes de démence, par âge, Valais, 2011 (Sources : Kraft 2010, OVS)



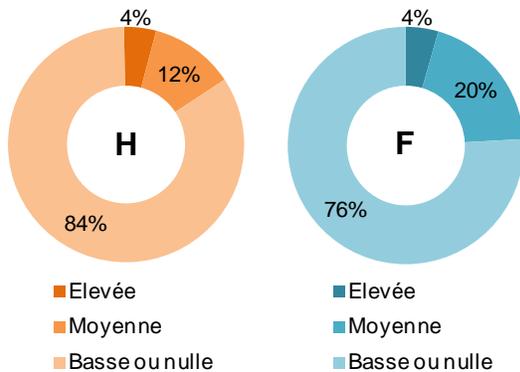
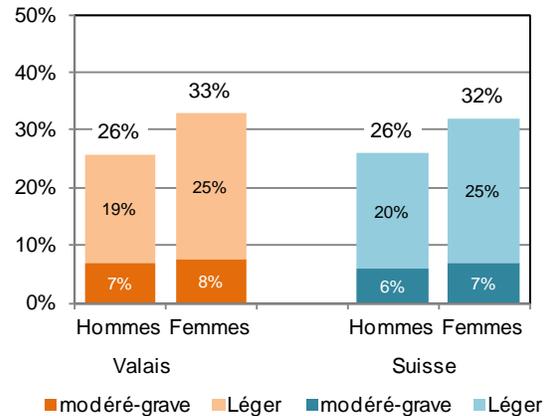
F3.20 Estimations et projections du nombre de personnes atteintes de démence (scénario OVS haut), 2011-2025, Valais (Sources : Kraft 2010, OVS)



Du fait du vieillissement de la population, le fardeau de la démence va fortement augmenter dans les années à venir. Les démences sont des maladies chroniques avec lesquelles les personnes vivent de nombreuses années, souvent dans un état de dépendance important [OMS 2012].

En Valais, en 2011, le nombre de personnes atteintes de **démence** serait de plus de 4'000, la grande majorité étant âgées de plus de 80 ans (**F3.19**). Au vu de leur espérance de vie plus longue, les femmes sont plus touchées que les hommes. Un grand nombre de cas ne sont probablement pas diagnostiqués. Pour 2025, le nombre de personnes concernées pourrait dépasser les 6'000 (**F3.20**). [OVS, Kraft 2010].

Les **dépressions**, de par leur impact tôt dans l'existence, sont une importante cause d'années de vie en bonne santé perdues en Europe [Wittchen 2011]. La prévalence à vie serait de 17% [Baer 2013 / Kessler 2005], respectivement 21% chez les femmes et 13% chez les hommes. Plus le statut socio-économique est bas, plus le risque de dépression est élevé [Fasel 2010].

F3.21 Détresse psychologique, Homme-Femme, Valais, 2012 (Sources : ESS)**F3.22** Symptômes de dépression au cours des deux dernières semaines, Valais-Suisse, 2012 (Sources : ESS)

Selon l'ESS, en 2012, plus de 9 Valaisans et Valaisannes sur 10 considèrent leur qualité de vie comme bonne ou très bonne et près de 8 sur 10 estiment jouir d'une grande vitalité et d'énergie [ESS], des chiffres semblables à la moyenne suisse. Le sentiment de bien-être semble donc élevé et la santé mentale globalement bonne parmi les habitants du canton. Cependant, 24% des femmes et 16% des hommes rapportent un état de détresse psychologique moyen à élevé (F3.21).

De plus, 33% des Valaisannes et 26% des Valaisans ont présenté des symptômes dépressifs (par ex. anxiété, fatigue, humeur dépressive, troubles du sommeil) au cours des deux semaines précédant l'enquête (F3.22). Les résultats sont similaires pour la Suisse dans son ensemble.

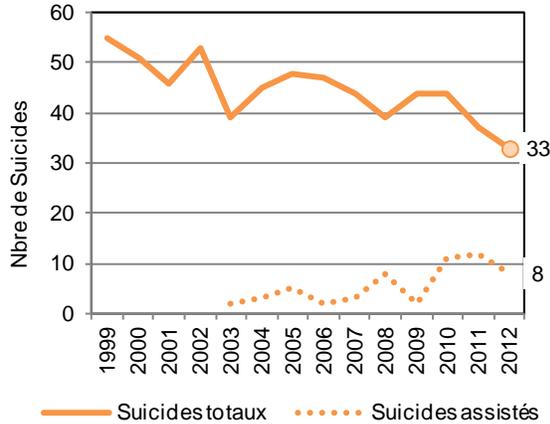
3.4. Morts violentes

En 2011, le nombre des décès dus à **des morts violentes** était de 163, soit 87 hommes et 76 femmes, ce qui correspond à 7% et 6% du total des décès chez les hommes et les femmes. Les causes principales de morts violentes sont les accidents de la circulation, les suicides et les accidents domestiques.

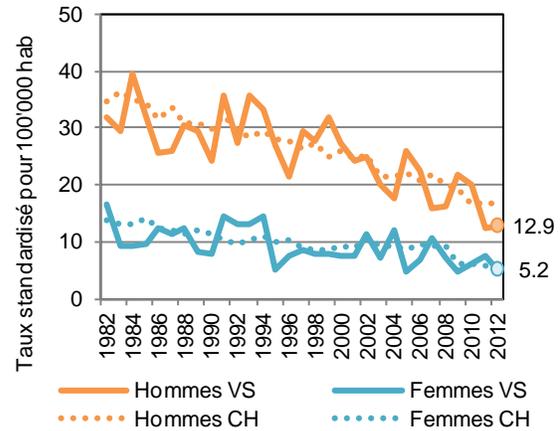
Les morts violentes constituent la première cause de décès **chez les personnes de 15 à 39 ans** en Valais. En 2011, chez les hommes de cette catégorie d'âge, 2 décès sur 3 leur sont attribuables, et plus d'un sur 4 chez les femmes. Les morts violentes sont la deuxième cause d'années de vie perdues avant l'âge de 75 ans (cf. F3.4).

Chez les hommes, le taux de mortalité a baissé légèrement depuis 1996 pour atteindre 56/100'000 par an entre 2009 et 2013. Chez les femmes, le taux est resté stable depuis 1996 ; il était de 22/100'000 entre 2009 et 2013.

F3.23 Nombre de suicides et de suicides assistés, Valais 1999-2012 (Sources : suicides totaux : OFS ; suicides assistés : police cantonale valaisanne)



F3.24 Taux standardisés (population européenne) de suicide, Homme-Femme, Valais-Suisse 1982-2012 (Source : OFS)



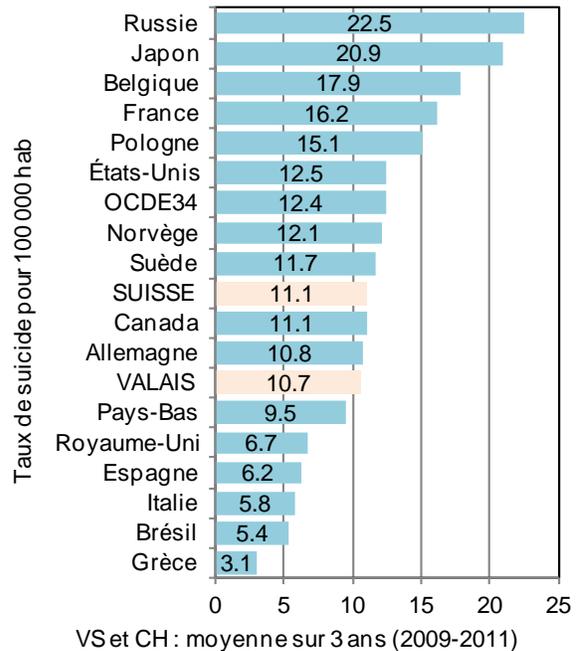
Le **suicide** est la cause de 33 décès en 2012 en Valais. Depuis 2010, le nombre total de suicide a diminué (**F3.23**). Selon les statistiques de la Police cantonale valaisanne, les moyens les plus utilisés pour se suicider sont la pendaison, le suicide assisté, les armes à feu, les chutes, les médicaments, le train et la noyade.

Le nombre de suicides assistés a augmenté depuis 2003 et a atteint 14 cas déclarés en 2014 [Police cantonale valaisanne 2015].

Le taux de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il a **fortement diminué** depuis 1981 (**F3.24**), en Suisse comme en Valais. Le suicide est une des premières causes de mortalité parmi la population jeune avec un taux à 10/100'000 chez les 15-44 ans (moyenne annuelle, 2009-2012).

Néanmoins, le taux de mortalité est plus élevé dans les catégories plus âgées, soit 20/100'000 chez les 45-64 ans et 17/100'000 chez les 65 ans et plus.

F3.25 Taux de suicide standardisé (population européenne), Valais-Suisse-Autres pays, 2011 (Sources : OCDE, OFS)

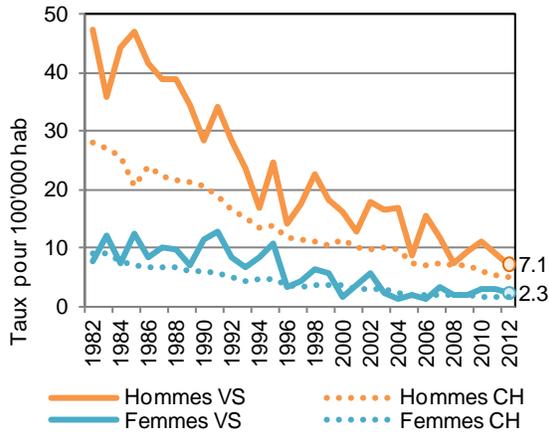


En comparaison internationale, les taux de suicide valaisan et suisse se situent dans la moyenne des pays de l'OCDE (**F3.25**).

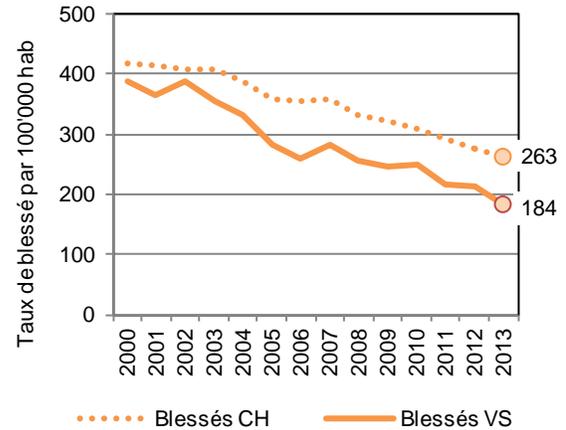
En 2012, 21 Valaisans sont décédés par **accident de la route** et 687 ont été blessés. Sur les 21 victimes, 15 étaient conducteurs, cinq piétons et un passager. Les taux de mortalité par accident de la route ont fortement diminué ces 30 dernières années, malgré un nombre de véhicules en constante augmentation (**F3.26**, **F3.27**). Ils se rapprochent des taux pour la Suisse, qui ont aussi

fortement diminué. Selon les statistiques de la police du canton du Valais, l'alcool et l'excès de vitesse sont le plus souvent en cause dans les accidents de la circulation.

F3.26 Taux standardisés (population européenne) de décès par accidents de la route, Valais-Suisse, 1982-2012 (Source : OFS)

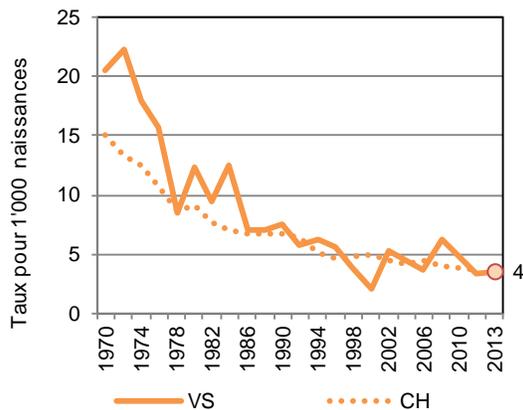


F3.27 Taux de blessés par accidents de la route, Valais-Suisse, 2000-2013 (Source : OFS)



3.5. Santé périnatale

F3.28 Mortalité infantile, Valais-Suisse, 1970-2013 (Sources : OFS)



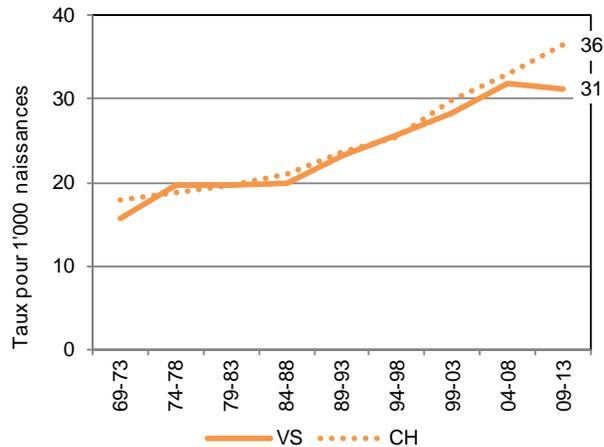
La santé des mères pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement et la santé des enfants durant les premiers mois de vie ont longtemps été un problème majeur de santé publique. La situation est bien meilleure actuellement. Ainsi, selon l'OFS, le Valais a connu un seul décès maternel périnatal entre 2002 et 2013.

La **mortalité infantile (F3.28)**, soit le nombre de décès pendant la première année de vie, a diminué spectaculairement entre 1970 et 2000 en Valais et en Suisse. Elle s'est stabilisée depuis quelques années. Annuellement, 12 enfants sont décédés la première année de vie entre 2003 et 2013 en Valais.

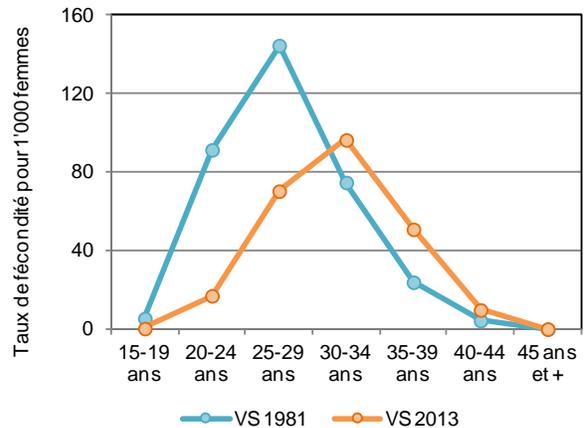
Les taux de mortalité infantile suisse et valaisan sont actuellement identiques. La diminution de la mortalité est attribuable aux améliorations de la situation socio-sanitaire des mères et des soins périnataux.

La **prématurité et le faible poids de naissance** comportent des risques accrus pour la santé de l'enfant à la naissance. En Valais en 2013, 7.7% des naissances étaient prématurées (moins de 37 semaines de gestation) (CH : 7.2%). La proportion d'enfants avec un petit poids de naissance (moins de 2.5 kg) était de 7.8% en 2013 (CH : 6.6%). Cette proportion a augmenté depuis 1990 où elle était de 5.7%.

F3.29 Taux de naissances multiples pour 1'000 naissances vivantes, Valais-Suisse, 1969-2013 (Sources : OFS)



F3.30 Taux de fécondité, par âge, Valais, 1981 et 2012 (Source OFS, OVS)



Les naissances multiples présentent un risque élevé de prématurité et de faible poids de naissance. Leur nombre a augmenté régulièrement au cours du temps, suite notamment à l'élévation de l'âge maternel et un recours plus fréquent à la médecine de la reproduction. En Valais, en moyenne par an entre 2009 et 2013, 31 naissances sur 1'000 étaient multiples (**F3.29**), les jumeaux constituant 98% de ces naissances.

L'indicateur conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants par femme au cours de la période de vie considérée comme féconde. Ce taux était de 1.81 enfant par femme en Valais en 1981 (CH : 1.55). Depuis lors, il a fortement diminué pour atteindre 1.51 en 2013 (CH : 1.52). Le taux de fécondité selon l'âge correspond au nombre annuel de nouveau-nés pour 1000 femmes d'un groupe d'âge donné. En 1981 (**F3.30**, courbe bleue), les femmes de 25 à 29 ans avaient le taux de fécondité le plus haut. Actuellement, les femmes ont des enfants à des âges plus avancés. Ainsi, en 2013, ce sont les femmes âgées de 30 à 34 ans qui ont le taux le plus élevé.

En Suisse, en 2012, 6'321 femmes ont eu recours à la procréation médicalement assistée, chiffre stable depuis 2008 (OFS). Une grossesse est survenue dans 36% des cas, dont un tiers a abouti à des naissances multiples. Il n'existe actuellement pas de statistiques pour le canton du Valais.

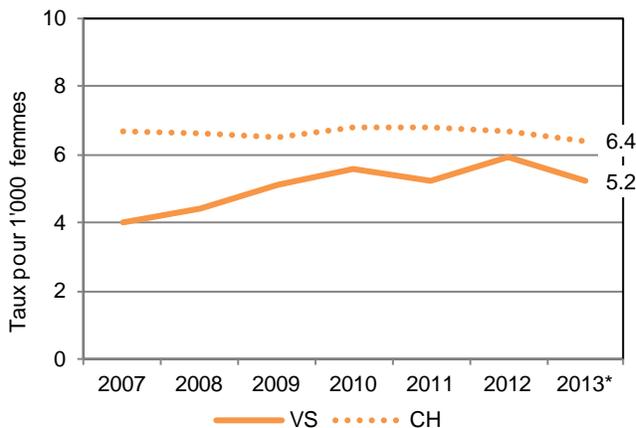
De nombreux paramètres entourant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ont une influence sur la santé maternelle et foeto-infantile. Les adolescentes ou les mères de statut socio-économique bas ont un risque plus important de donner naissance à un enfant prématuré [Epiney 2011, Ancel 2002]. Les comportements maternels pendant la grossesse ont une influence sur la santé du fœtus : la consommation d'alcool peut causer un syndrome d'alcoolisation fœtale (malformation, troubles mentaux) et le tabagisme augmente le risque de prématurité, de faible poids de naissance et de mort subite du nourrisson. Près de 15% des femmes suisses fumeraient pendant la grossesse [Chioloero 2005, Keller 2009]. La prise de certains médicaments ou la consommation d'autres substances psychotropes peuvent causer des malformations ou des syndromes de sevrage chez les nouveau-nés.

3.6. Santé sexuelle et maladies infectieuses

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » [OMS 2002].

La santé sexuelle comprend notamment les problématiques des grossesses non-désirées, des interruptions volontaires de grossesse, des infections sexuellement transmissibles et des cancers associés, de l'infertilité et des dysfonctions sexuelles. L'état de santé général, la présence de maladies et de handicap, des violences subies ou des discriminations influencent la santé sexuelle [Santé sexuelle Suisse 2014].

F3.31 Taux d'interruptions volontaires de grossesse pour 1'000 femmes, 15-44 ans, Valais-Suisse, 2007-2013 (Sources : OFS)



* 2013 : taux provisoire

En 2012, selon l'ESS, 38% des personnes interrogées rapportent utiliser la pilule comme moyen de contraception, 32% le préservatif, 16% la stérilisation et 14% le stérilet. D'autres moyens sont utilisés par 14% des répondants.

Le taux **d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)** a peu évolué ces dernières années en Valais (**F3.31**). En 2013, le taux chez les femmes de 15-44 ans est inférieur à la moyenne suisse. Il est par ailleurs nettement inférieur au taux observés dans les cantons de Vaud (8.8/1'000 femmes de 15-44 ans) et de Genève (12.2/1'000) [OFS].

D'après l'ESS 2012, parmi les 8% des Valaisans de 15 ans et plus qui rapportent avoir eu un partenaire occasionnel lors du dernier rapport sexuel, un sur cinq (20%) n'a pas utilisé de préservatif.

Les maladies infectieuses étaient la principale cause de mortalité jusqu'au début du siècle passé en Valais et en Suisse. Les progrès dans les domaines de la salubrité publique, de l'hygiène, des vaccins et des antibiotiques ont permis une diminution massive de leur mortalité, les reléguant actuellement à une part faible de la mortalité totale en comparaison avec la part due aux maladies chroniques [Omran 1971].

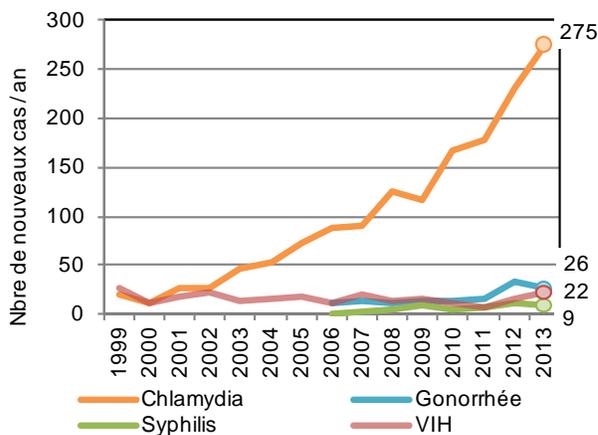
En 2011, selon l'OFS, 30 décès étaient imputables aux maladies infectieuses en Valais, ce qui correspond à 1% du total de la mortalité (**F3.1**). Toutefois, le nombre réel est **beaucoup plus élevé**, les décès par **pneumonie**, par **grippes** et par de nombreuses autres infections étant comptabilisés dans des catégories de maladies d'organes telles que les maladies pulmonaires, cardiaques ou neurologiques. Les maladies infectieuses demeurent une cause importante de morbidité et sont responsables d'un grand nombre d'hospitalisations, notamment suite à des infections respiratoires (pneumonies, viroses chez l'enfant), génito-urinaires et abdominales (gastro-entérite). Certaines maladies sont à déclaration obligatoire et ainsi recensées régulièrement [OFSP 2014]. C'est le cas par exemple de la tuberculose, de la rougeole, des

méningites bactériennes, des hépatites ou des maladies sexuellement transmissibles. Les infections associées aux soins sont aussi une préoccupation majeure de santé publique et ne concernent pas que les hôpitaux [Zanetti 2010, Hübner 2011].

En Valais, **le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH était stable ces 10 dernières années** à raison de 10 à 20 cas par an (22 en 2013) (F3.32). En Suisse, le nombre de nouveaux cas est resté relativement stable entre 2002 et 2008 et connaît une légère baisse depuis 2009 avec 579 nouvelles infections en 2013. En 2013, les rapports hétérosexuels représentent 51% des nouveaux cas, les rapports homosexuels 45%, les injections de drogues 3%, les transfusions et les transmissions mère-enfant <1%. La proportion des femmes atteintes se monte à 27%.

L'OFSP recommande le **dépistage VIH** pour les groupes à risques (HSH, consommateurs de drogues intraveineuses, travailleurs du sexe, comportements sexuels à risques, ressortissants de pays à haute endémie). En Valais, selon l'ESS 2012, 40% des hommes et des femmes ont déjà fait un test de dépistage au moins une fois dans leur vie [ESS 2012]. Bien que l'infection HIV puisse désormais être considérée comme une maladie chronique, elle reste néanmoins pour l'instant incurable. Les personnes infectées sont astreintes à un traitement médicamenteux et à une prise en charge médicale à vie. La consultation des maladies infectieuses de l'Institut Central à l'Hôpital du Valais suit par exemple régulièrement près de 300 personnes infectées par le HIV.

F3.32 Nombre de nouveaux cas des principales maladies sexuellement transmissibles, Valais, 1999-2013 (Sources : OFSP)



En Valais comme en Suisse, les **infections sexuellement transmissibles (IST)**, connaissent une augmentation du nombre de cas depuis plusieurs années, en particulier chez les jeunes (F3.32).

La syphilis touche principalement les hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) et la gonorrhée (blennorragie ou « chaude pisse ») les hétérosexuels autant que les HSH.

La plus forte hausse concerne les infections par **Chlamydia**. Cette infection est diagnostiquée en majorité chez les jeunes femmes de 15 à 34 ans. Cette infection peut causer notamment une stérilité.

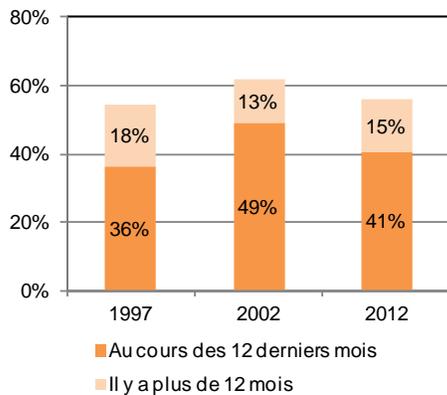
Une étude a été effectuée en 2012 dans les cantons du Valais et de Vaud sur la faisabilité d'un dépistage systématique des jeunes adultes. Elle a montré que 5.5% de la population testée était porteuse de Chlamydia [Bally 2015].

Outre une augmentation de la fréquence du dépistage, ces tendances peuvent refléter une augmentation des comportements à risque dans l'ensemble de la population. Une consultation médicale en cas de symptômes et un dépistage chez les personnes à risques sont recommandés [OFSP 2012 / USPSTF 2014].

La **grippe** est due à un virus (Influenza) et facilement transmise par gouttelettes. Un pic épidémique annuel a lieu chaque hiver et peut être de plus ou moins grande envergure selon l'année. Des complications graves (pneumonie) et le décès peuvent survenir chez les personnes fragiles (essentiellement les personnes âgées).

En Suisse, de 300'000 à 1.6 millions de personnes sont atteintes de la grippe chaque année. De 100'000 à 250'000 personnes consultent un médecin et plusieurs centaines, voire jusqu'à 5'000 selon l'étendue de l'épidémie annuelle, nécessitent une hospitalisation. Entre 400 et 1'000 personnes en décèdent chaque année, dont 92% ont plus de 60 ans [OFSP 2011].

F3.33 Vaccination contre la grippe à partir de 65 ans, Valais, 1997-2012 (Sources : ESS)



La **vaccination annuelle** est recommandée chez plusieurs catégories de personnes : les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes avec des maladies chroniques, les femmes enceintes, les prématurés, les résidents de maisons de soins. Les personnes en contact régulier avec des personnes à risques ou des nourrissons de moins de 6 mois ainsi que celles en contact avec des oiseaux et des cochons devraient également se faire vacciner.

Selon l'ESS 2012, 56% des Valaisiens de 65 ans et plus ont déjà été vaccinés contre la grippe, 41% dans l'année en cours (**F3.33**). Ces proportions ont peu évolué ces dernières années.

Les **maladies infectieuses émergentes** sont des maladies récemment découvertes, ou dont l'incidence ou l'étendue géographique a brusquement augmenté. Il existe aussi des maladies dites ré-émergentes, qui étaient considérées comme éradiquées ou en voie d'éradication et qui réapparaissent, comme la tuberculose ou la syphilis. De nombreuses maladies infectieuses émergentes sont des zoonoses, c'est-à-dire des maladies qui peuvent se transmettre de l'animal à l'homme et inversement. Leur propagation peut résulter d'une modification des caractéristiques de l'agent infectieux, de la population touchée ou de son environnement [Leport 2011].

Si l'homme a de tout temps été confronté à de nouvelles maladies, il semble y avoir une accélération dans le rythme d'apparition de ces nouvelles maladies. Cela peut s'expliquer par la croissance démographique, l'urbanisation et l'augmentation de la mobilité, facilitant la diffusion des agents infectieux. La généralisation des antibiotiques, tant chez l'homme que l'animal, favorise la résistance de certains pathogènes et leur émergence. Ainsi, ces dernières années d'importantes épidémies sont apparues entre autres, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la fièvre du Nil occidental, l'encéphalopathie spongiforme bovine (vache folle), la grippe H5N1 (aviaire), la grippe H1N1 (porcine) et, plus récemment, le virus EBOLA [OMS / Leport 2011]. De nouvelles maladies continueront d'émerger et une vigilance constante est nécessaire.

IV. Déterminants de la santé

A chaque âge de la vie, l'état de santé d'une personne est influencé par des interactions complexes entre plusieurs facteurs. Ces **déterminants de la santé** interagissent les uns avec les autres. On peut mentionner le statut socio-économique, les conditions de vie et de travail, l'environnement naturel, les modes de vie et les habitudes culturelles, ou l'accès aux soins. Ces déterminants de la santé peuvent être schématisés en plusieurs strates, chacune recouvrant la précédente [Dahlgren et Whitehead 1991] (F4.1).

F4.1 Modèle des déterminants de la santé (adapté de : Dahlgren and Whitehead 1991)



Au centre se trouve l'état de santé de l'individu. La première strate est l'individu lui-même, caractérisé par son **âge, son sexe et son hérédité**. La deuxième strate, « **mode de vie individuel** », concerne les comportements de santé (alimentation, tabagisme, consommation d'alcool, pratique de dépistage, etc.) qui influencent directement la santé de l'individu.

La troisième strate, « **réseaux sociaux et communautaires** », comprend les influences sociales et communautaires qui vont elles-mêmes influencer sur les comportements de santé de l'individu. La quatrième strate, « **conditions de vie et de travail** », se rapporte à l'accès au travail et à ses conditions, à l'accès au logement, à la nourriture, aux services de santé et à l'éducation.

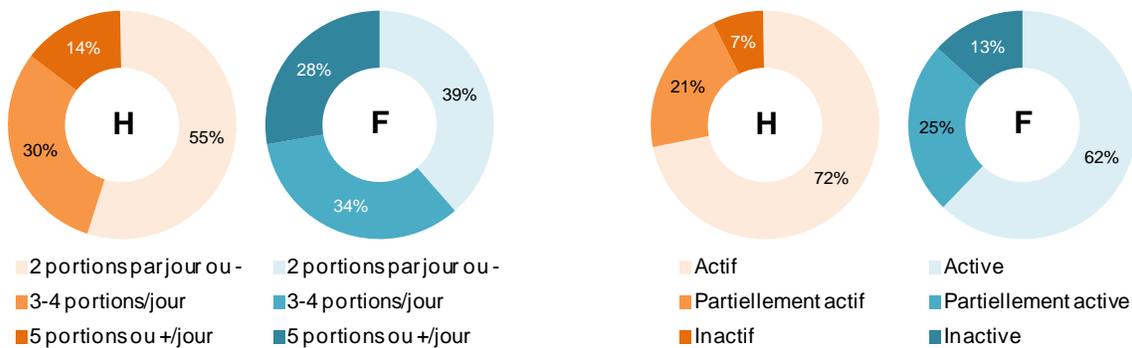
Finalement, la strate la plus externe, « **conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** », englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble, comme la situation économique du pays, les conditions du marché du travail, les croyances culturelles ou encore l'attitude face aux minorités. Ces déterminants s'influencent les uns les autres, ce qui conditionne leurs effets sur l'état de santé [Whitehead 1991, INPES 2012].

4.1. Comportements de santé

Les habitudes alimentaires ont une certaine influence sur la santé et le risque de maladies chroniques. Par exemple, la consommation régulière de fruits et légumes diminuerait le risque cardio-vasculaire par son effet favorable sur la tension artérielle, le cholestérol sanguin et la survenue du diabète [Wang 2014]. La Société Suisse de Nutrition recommande de manger cinq portions de fruits et légumes par jour [SSN 2011]. En Valais, en 2012, seule une personne sur cinq suit ces recommandations, avec une proportion plus élevée de femmes que d'hommes (**F4.2**).

F4.2 Consommation de fruits et légumes, Valais, 2012 (Sources : ESS)

F4.3 Activité physique, Valais, 2012 (Sources : ESS)



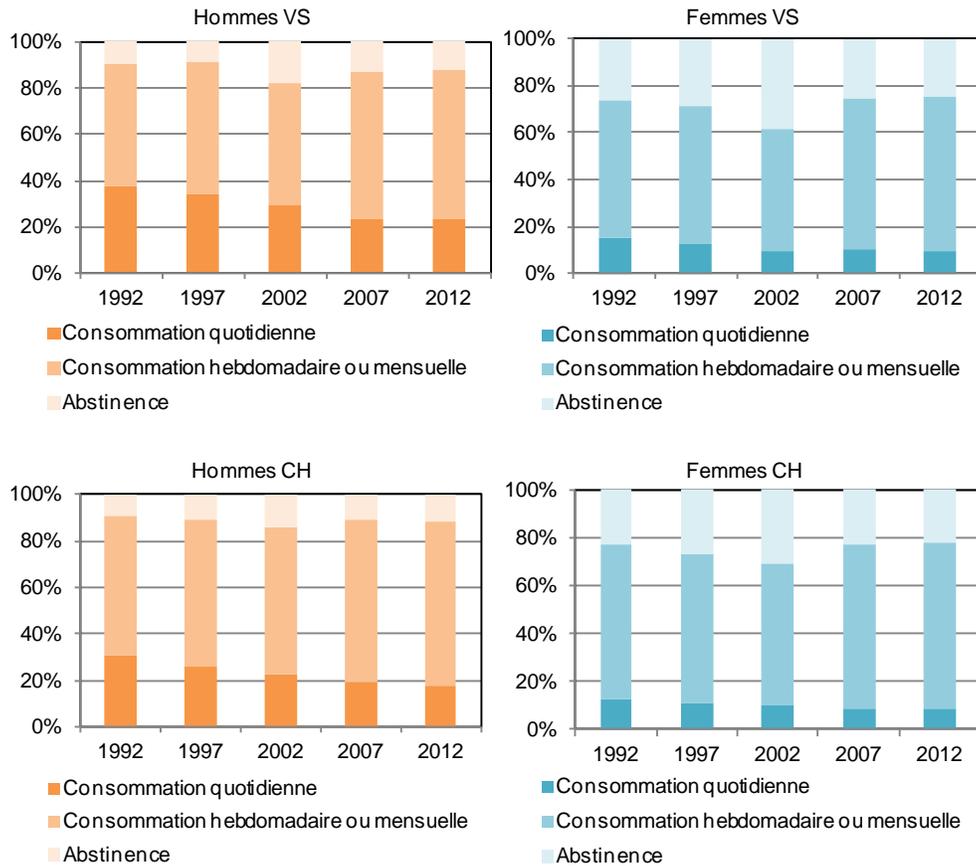
La sédentarité est également un facteur de risque de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de diabète, de certains cancers et d'ostéoporose [Warburton 2006]. Il est recommandé d'avoir au moins 150 minutes d'activités physiques (activités quotidiennes et/ou sport d'intensité moyenne) par semaine. En 2012, 10% des Valaisans sont inactifs² (**F4.3**), les femmes plus fréquemment que les hommes. Cette proportion augmente avec l'âge. Entre 2002 et 2012, la proportion de personnes inactives a diminué de 21% à 10%.

La consommation d'alcool est un des facteurs de risque majeur de mortalité évitable. Il serait responsable, en Suisse pour 2011 de 8.7% du total des décès [Marmot 2014]. La consommation d'alcool est une cause de décès par cancers (gorge, œsophage, colon, foie, sein), par maladies cardio-vasculaires, par maladies digestives (foie, estomac, pancréas) et par morts violentes (accidents, suicides). Elle est également responsable de dépression, de troubles neurologiques et de syndrome de dépendance alcoolique.

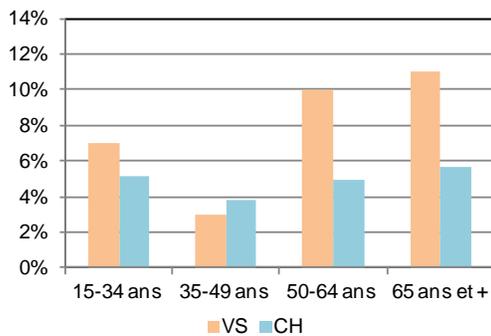
En Suisse, entre 1980 et 2012, la consommation d'alcool annuelle par habitant a diminué, respectivement de 49 à 36 litres de vin, de 70 à 57 litres de bières et de 5.5 à 4.0 litres de spiritueux [Addiction Suisse 2013]. En Valais en 2012, 24% des hommes et 9% des femmes déclarent consommer quotidiennement de l'alcool (**F4.4**). Ces proportions ont fortement diminué entre 1992 et 2012. La prévalence est supérieure chez les hommes en Valais que chez les hommes en Suisse (17%) ; les prévalences sont comparables chez les femmes en Valais et en Suisse.

² Actif : au moins 150 min d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou au moins deux fois par semaine une activité physique d'intensité forte (transpiration) ; Inactif: moins de 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine et moins d'une fois une activité physique d'intensité forte.

F4.4 Consommation d'alcool, Valais-Suisse, 1992-2012 (Sources : ESS)



F4.5 Consommation d'alcool chronique à risque, par âge, Valais-Suisse, 2012 (Sources : ESS)



Une consommation chronique est à risque à partir de quatre verres d'alcool ou plus par jour chez l'homme et de deux verres ou plus chez la femme. Les personnes de plus de 50 ans sont les plus touchées par la consommation chronique à risque (F4.5). La prévalence est plus élevée en Valais qu'en Suisse, particulièrement chez les personnes de 50 ans et plus.

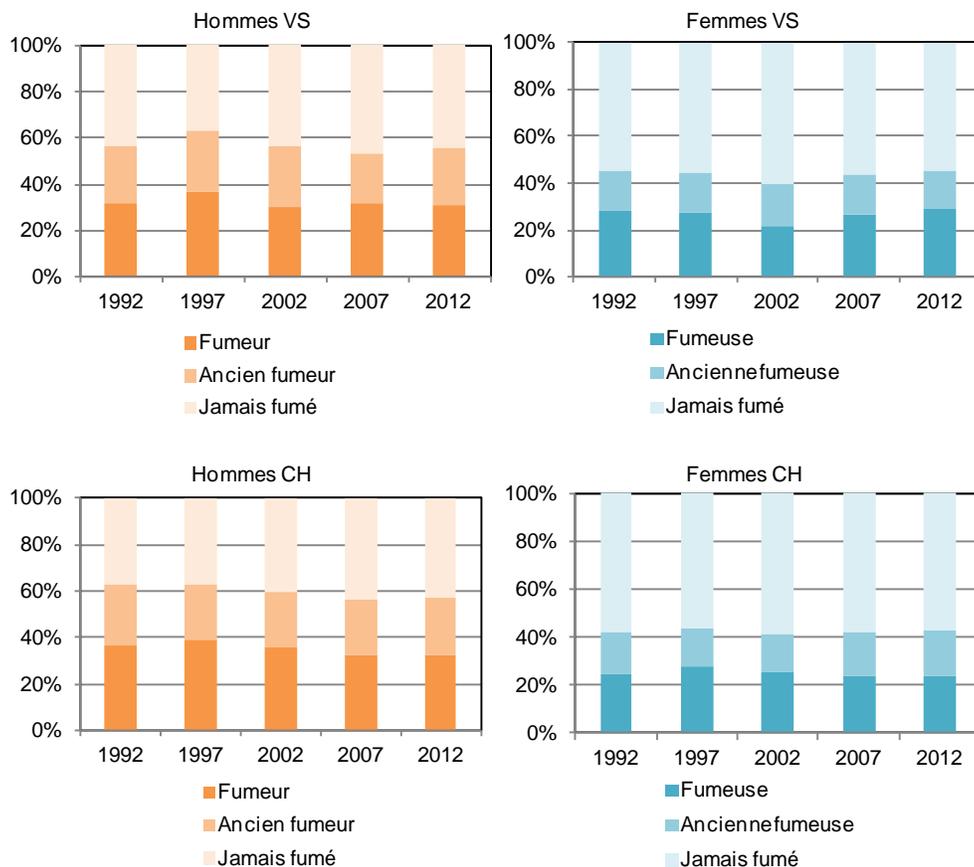
Le tabagisme est une des principales causes évitables de mortalité. Il serait responsable d'environ 15% de la mortalité globale en Suisse, ce qui, rapporté au Valais, correspondrait à environ 350 décès par an [Maag 2013]. Le tabagisme est une cause de décès par maladies cardio-vasculaires, cancer du poumon (près de 90% des cas seraient attribuables au tabac [Alberg 2003]) et maladies pulmonaires (broncho-pneumopathie chronique obstructive) [CDC 2008]. Il est également en cause dans d'autres cancers (colorectal, œsophage, rein, foie, voies urinaires et vessie, leucémies, cavités nasales, pancréas, pénis, estomac, col de l'utérus, etc.

[Vineis 2004]) et augmente le risque d'infection, de diabète, d'ostéoporose, d'ulcères gastriques, et de maladies dentaires, entre autres. Il est une source majeure d'invalidité [Rigotti 2014].

On estime qu'un fumeur sur deux mourra d'une maladie liée au tabac et que la durée de vie des fumeurs est réduite de 10 ans par rapport aux non-fumeurs [Jha 2013]. L'arrêt du tabac est associé à une baisse de mortalité, cela à tous les âges [Jha 2013].

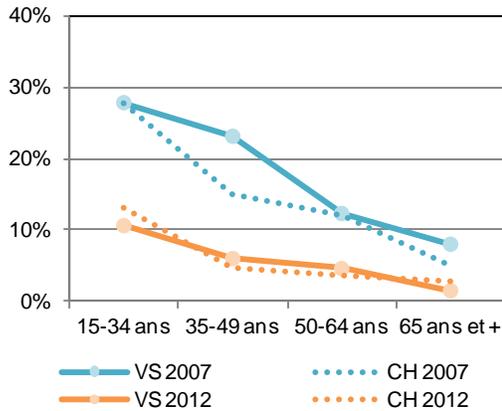
En Valais, une grande proportion d'hommes (31%) et de femmes (29%) fument, la prévalence du tabagisme étant la plus élevée chez les 15-49 ans (**F4.6**). Les habitudes liées au tabac ont peu changé ces dernières années et la proportion de fumeurs a peu évolué entre 1992 et 2012, en Valais comme en Suisse. Le nombre de cigarettes consommées quotidiennement a néanmoins diminué.

F4.6 Part de fumeurs, anciens fumeurs et non-fumeurs, Homme-Femme, Valais-Suisse, 1992-2012 (Sources : ESS 2012)



L'utilisation de la **cigarette électronique** est un nouveau phénomène dont l'impact sur la santé publique est peu clair. Elle provoque le débat dans le milieu de la prévention, certains experts considérant qu'elle doit être promue pour réduire drastiquement la consommation de tabac, et toute la morbidité associée [Flahault 2014], alors que pour d'autres elle favoriserait l'initiation au tabagisme, en particulier chez les jeunes [McKee 2014]. En l'état actuel, il n'existe pas de données scientifiques suffisantes pour affirmer l'innocuité de la cigarette électronique à long terme ou son efficacité pour l'arrêt du tabagisme.

F4.7 Exposition à la fumée passive, Valais-Suisse, 2007-2012 (Sources : ESS)

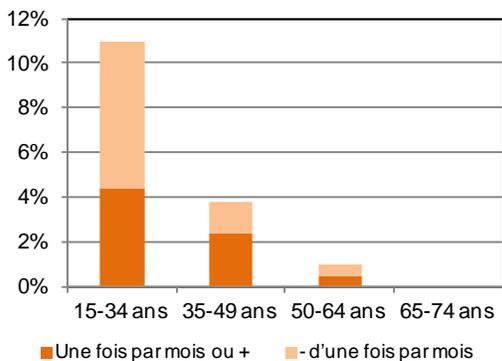


Les lois d'interdiction de fumer dans les lieux publics sont des exemples de mesure de prévention structurelle qui permettent de lutter efficacement contre l'exposition à la fumée passive.

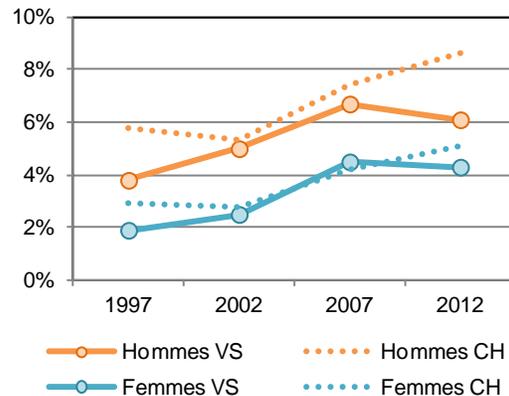
En Valais, en 2007, 19% des non-fumeurs étaient exposés au moins une heure par jour à la fumée (F4.7). En 2012, ils ne sont plus que 6%. Les 15-34 ans restent les plus exposés (11% en Valais).

Le cannabis est la substance psychotrope illégale la plus consommée en Suisse. Un tiers des Suisses de 15 ans et plus en aurait consommé au moins une fois dans leur vie [Suchtmonitoring 2014]. Des seuils de consommation problématique sont difficiles à définir. Les risques d'une consommation occasionnelle sont surtout associés aux accidents, en particulier à ceux de la circulation. Une consommation régulière entraîne un risque de dépendance, ce d'autant plus si la consommation débute à l'adolescence. Par ailleurs, elle augmente le risque de développer des symptômes psychotiques et des troubles cognitifs [Hall 2014]. Le cannabis étant souvent mélangé à du tabac, les risques liés à la consommation de ce dernier sont donc également présents lors d'une consommation régulière de cannabis [Suris 2011].

F4.8 Consommation de cannabis durant les 12 derniers mois, par âge, chez les 15-74 ans, Valais, 2012 (Sources : ESS)



F4.9 Consommation de substances psychotropes illégales autres que le cannabis au moins une fois, prévalence sur la vie, chez les 15-49 ans, Valais-Suisse, 1997-2012 (Sources : ESS)



En Valais en 2012, 5% de la population des 15-74 ans rapporte avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année (7% des hommes et 3% des femmes) (F4.8). La prévalence de la consommation du cannabis est la plus importante chez les 15-34 ans (VS : 11%, CH : 12%). Ces valeurs sont similaires pour la Suisse.

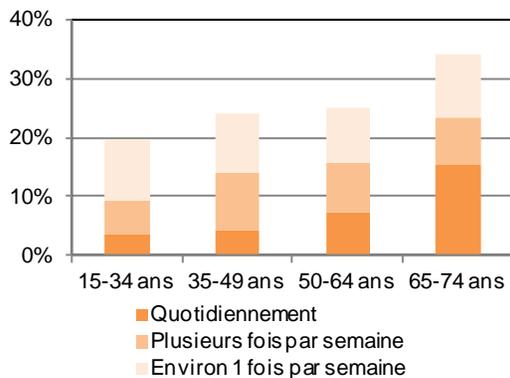
Selon le Monitoring suisse des addictions, la prévalence de la consommation de cannabis en Suisse a connu une hausse entre 1990 et 2002, elle est stable depuis lors [Suchtmonitoring 2014].

En Valais, chez les 15-74 ans, la prévalence de la consommation au moins une fois dans la vie d'une **substance psychotrope illégale** autre que le cannabis (héroïne, cocaïne, ecstasy, speed, LSD ou champignons hallucinogènes) est de 5% (**F4.9**). La prévalence diminue fortement avec l'âge. En Valais, la proportion de personnes de 15 à 49 ans qui en a consommé au cours de la vie a légèrement augmenté passant de 3% (CH : 4%) en 1997 à 5% (CH : 7%) en 2012.

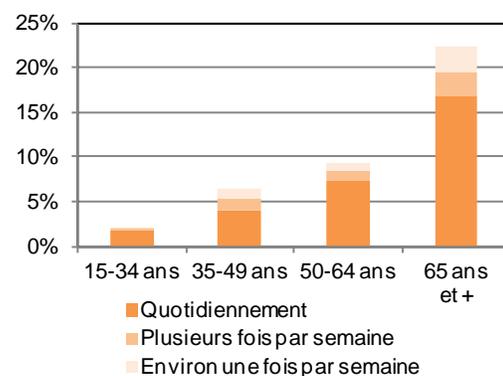
Avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, le développement des médicaments pour le traitement des maladies et leur prévention, la **consommation médicamenteuse** connaît un accroissement considérable. De plus en plus de patients, en particulier les patients âgés, prennent quotidiennement plusieurs médicaments. Cela s'accompagne d'un risque augmenté d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires, d'erreurs de prise ou de non-adhésion au traitement [Neuner 2013]. D'un autre côté, le patient doit être traité de façon optimale selon ses besoins et il n'est pas raisonnable de limiter le nombre de médicaments de façon arbitraire [Mazzocato 2013].

Les médicaments contre la douleur et les somnifères (calmants) font partie des médicaments les plus fréquemment utilisés. Les antidouleurs sont utilisés à tous les âges, certains sont disponibles sans ordonnance (automédication). Les somnifères augmentent le risque de dépendance et d'accidents (chute, accident de la route) [Suchtmonitoring 2014].

F4.10 Proportion de personnes ayant pris des antidouleurs, par âge, Valais, 2012 (Sources : ESS)



F4.11 Proportion de personnes ayant pris des somnifères/calmant, par âge, Valais, 2012 (Sources : ESS)

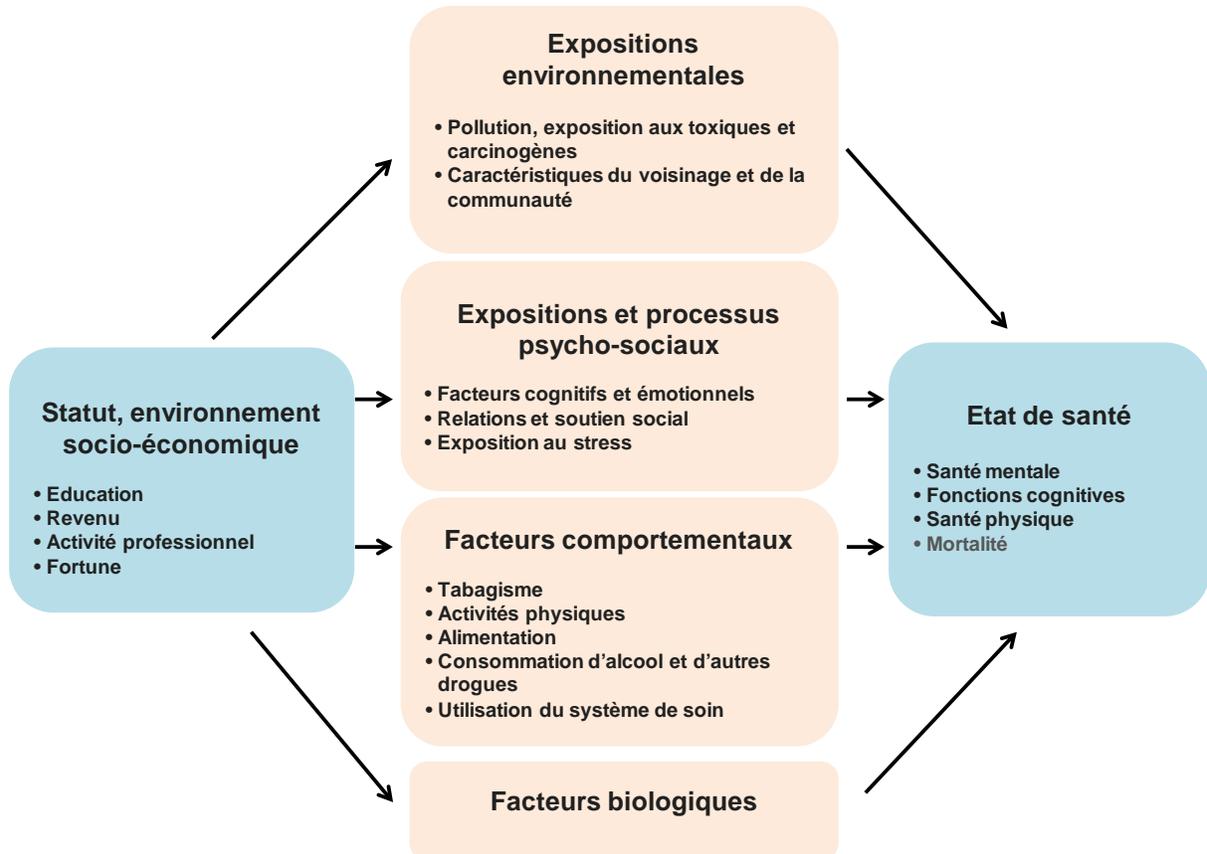


En Valais en 2012, 7% des hommes et 7% des femmes rapportent prendre quotidiennement un médicament antidouleur ; près d'un homme sur cinq et une femme sur trois en consomment au moins une fois par semaine (**F4.10**). Les personnes âgées sont les plus grands consommateurs. Entre 1992 et 2012, la proportion de la population prenant régulièrement ces médicaments a augmenté en Valais comme en Suisse.

Les somnifères ou calmants sont consommés principalement par les patients de 65 ans et plus. Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes qui en prend régulièrement est restée relativement stable en Valais comme en Suisse (**F4.11**).

4.2. Statut et environnement socio-économique

F4.12 Influences du statut et de l'environnement socio-économique sur la santé (Adapté de : Wolfe 2012)



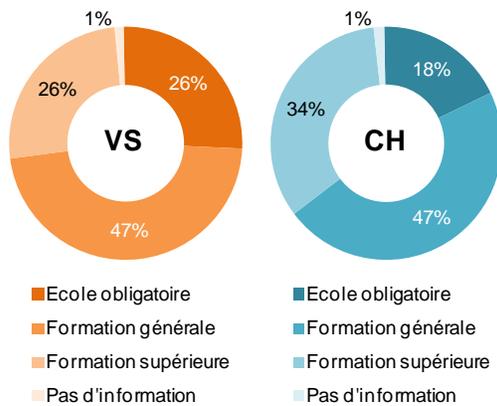
Le niveau de formation, le niveau socio-économique et les ressources sociales sont des éléments déterminants de l'état de la santé [Wolfe 2012]. Un niveau de formation bas ou un niveau socio-économique bas sont associés à une mortalité précoce et à un mauvais état de santé en Suisse comme ailleurs dans le monde. Le statut socio-économique agit sur de multiples déterminants qui influencent directement l'état de santé (F4.12).

Certains groupes sont particulièrement à risque : les familles monoparentales, les adultes vivant seuls, les personnes avec un niveau de formation bas ou sans occupation ou les personnes de nationalité étrangère.

La Suisse compte parmi les nations avec un niveau de richesses le plus élevé au monde. Néanmoins, il y a d'importantes différences d'état de santé en fonction du statut socio-économique [Toch-Marquardt 2014, Peters 2011]. De fait, les personnes à faible niveau d'éducation présentent une mortalité nettement plus élevée par maladies cardio-vasculaires, cancers et par accidents [Toch-Marquardt 2014, Andreani 2014].

En Suisse, à tout âge, la mortalité est plus élevée chez les personnes avec un niveau d'éducation bas que chez les personnes avec un niveau d'éducation élevée [Bopp 2003, Spoerri 2006].

F4.13 Niveau de formation, Valais-Suisse, 2012 (Source: OFS)



Le statut socio-économique est associé à certains comportements de santé favorisant l'obésité. Chez les adultes, il y a ainsi une forte association entre obésité et faible statut socio-économique en Suisse [Faeh 2011]. L'excès de poids (surpoids et obésité) chez les enfants est également associé au niveau d'éducation des parents [Rapport PSS].

L'accès aux soins est influencé par le statut socio-économique. Une étude réalisée en Suisse romande montre qu'une personne sur cinq renoncerait à recourir à des soins médicaux dans l'année pour des raisons économiques et que ce renoncement aux soins était dépendant du revenu [Wolff 2011].

Selon l'ESS, en 2012, 26% des Valaisans ont une formation obligatoire, 47% une formation générale (apprentissage, école professionnelle, école normale, maturité) et 26% une formation supérieure (F4.13). En Suisse, la proportion de la population qui a une formation supérieure est plus élevée (34%).

4.3. Environnement professionnel

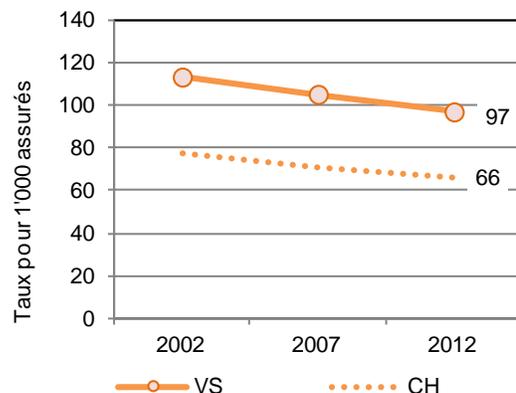
Le fait d'être sans emploi a un impact négatif sur l'état de santé, tant sur le plan physique que psychique, et augmente la mortalité [Kasl 2000, Browning 2009].

Les Valaisans ont pour la plupart une vision positive de leur travail. L'ESS 2012 révèle que 73% des personnes interrogées se disent satisfaites ou très satisfaites de leur travail (CH : 79%); 10% en sont insatisfaits (CH : 7%).

F4.14 Troubles psychiques et physiques au travail (en pourcent), par sexe, Valais, 2012 (Sources : ESS)

	Femmes	Hommes
Stress de façon permanente ou presque	18%	19%
Signes de burn-out	24%	19%
Violences physiques ou verbales	10%	9%
Discriminations	8%	7%
Harcèlement ou mobbing	9%	6%
Nuisances sonores	18%	43%
Charges lourdes	32%	50%
Position douloureuse ou fatigante	59%	50%

F4.15 Taux d'accidents professionnels pour 1'000 assurés par an, Valais-Suisse, 2002-2012 (Sources : Statistique de l'assurance-accidents LAA, SSAA)



De mauvaises conditions de travail peuvent générer des troubles psychiques ou physiques. Selon l'ESS 2012, une certaine proportion de travailleurs déclarent subir du stress de façon

permanente ou presque, présentent des signes de burnout et sont confrontés à différentes sortes de violences physiques ou verbales, à des discriminations et à du harcèlement ou du mobbing (**F4.14**). Les contraintes physiques sont également importantes, notamment les nuisances sonores, le port de charges lourdes ou des positions douloureuses ou fatigantes.

Sur 1'000 travailleurs assurés en Valais, 97 ont eu un accident professionnel en 2012 (**F4.15**). Le taux a diminué depuis 2002 mais reste supérieur au niveau suisse.

En comparaison avec les accidents, les maladies professionnelles (lésions de l'ouïe, maladies cutanées, maladies respiratoires et de l'appareil locomoteur) sont moins fréquentes. En 2012, en Valais, le taux était de 57 pour 100'000 personnes (CH : 64/100'000) [SUVA]. Ce taux s'élevait à 122/100'000 (CH : 91/100'000) en 2002 et à 123/100'000 (CH : 86/100'000) en 2007.

Le travail de nuit, qui concernerait environ 20% des travailleurs en Suisse [Graf 2005], est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires et certains cancers [Haupt 2007, Schernhammer 2006, CIRC 2011, Ntawuruhunga 2008]. Il favoriserait l'apparition d'hypertension artérielle, de troubles digestifs, de troubles du sommeil et de fatigue chronique avec un risque augmenté d'accident du travail et de la route. Il est associé à une plus grande prévalence de tabagisme et d'obésité. Les capacités cognitives seraient également abaissées sur le long terme [Marquié 2014].

4.4. Environnement physique

La **pollution** de l'air, de l'eau, des sols, les radiations, le climat ou encore le bruit représentent des sources potentielles de nuisance pour la santé.

La pollution de l'air est une cause de maladies et de décès prématurés. C'est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, certains cancers et des affections respiratoires comme les bronchites ou l'asthme (comme l'a montré l'étude SAPALDIA en Valais [Schindler 2009]). Les principaux polluants retrouvés dans l'air extérieur sont l'ozone, les matières particulaires, le dioxyde d'azote et le dioxyde de soufre. Parmi ces polluants, les particules fines (diamètre <10 microns) sont les polluants qui occasionnent le plus d'effets nuisibles pour la santé. Les sources principales en sont le trafic routier, les chauffages, l'industrie, l'artisanat et l'agriculture. Une augmentation des concentrations sur quelques jours entraîne déjà une augmentation des hospitalisations pour troubles cardio-vasculaires et affections pulmonaires [OMS 2014]. Les valeurs journalières limites pour les particules fines ont été dépassées 12 jours à Sion et 16 jours à Massongex pendant l'année 2013 [DTEE 2013]. Depuis 2006, on observe une légère baisse des immissions d'ozone et de particules fines en Valais [DTEE 2013].

Le radon est un gaz incolore et inodore libéré lors de la désintégration de l'uranium dans le sol. C'est une source naturelle de radioactivité. Les concentrations de ce gaz à l'air libre sont minimales mais il peut s'accumuler dans les espaces clos et ainsi pénétrer dans les habitations par les fondations. Il est une cause, très loin derrière le tabagisme, de cancer du poumon [OMS 2014, OFSP].

De multiples nuisances liées à l'environnement peuvent exister. Selon l'ESS 2012, quatre Valaisans sur dix se plaignent de nuisances régulières à leur domicile, un chiffre en légère baisse depuis 2007. Les nuisances sonores prédominent, avec le trafic routier comme première cause (15% des personnes interrogées), suivi de près par le bruit des personnes avoisinantes (13%), le bruit des avions (10%) et le bruit des trains (4%). La pollution par les gaz d'échappement est également une cause de nuisance pour 3% des personnes.

V. Etat de santé de populations spécifiques

La population valaisanne est hétérogène dans sa composition : certains groupes de population, en plus des besoins en santé communs à tous, ont des **vulnérabilités** qui leur sont propres. Ce chapitre met en avant la problématique de ces populations, certaines vulnérables, d'autres étant simplement spécifiques par certaines caractéristiques de leur état de santé.

La vulnérabilité peut se définir comme une probabilité accrue de subir un tort, quel qu'il soit. Ce n'est pas un attribut définitif d'une personne ou d'une population, mais un état à multiples dimensions, qui évolue au cours du temps et qui est influencé par l'environnement et le contexte socio-économique [Hurst 2013].

Ce chapitre, sans pouvoir être exhaustif, évoque l'état de santé des populations spécifiques suivantes : les personnes âgées de 80 ans et plus, les enfants et les adolescents, les migrants, les personnes ayant une orientation sexuelle ou une identité de genre différente de la norme (LGBT), les handicapés et les toxicomanes.

5.1. Personnes de 80 ans et plus

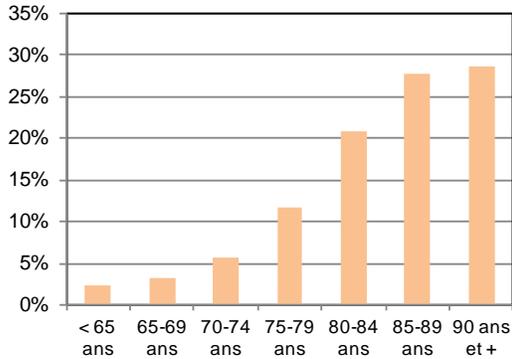
Tout au long de ce rapport, le **vieillissement de la population** valaisanne a été mis en exergue, révélée notamment par la croissance démographique importante et rapide des personnes âgées de 80 ans et plus.

Cette population est **hétérogène**, tant du point de vue de son état de santé que de ses attentes face aux soins. Ainsi, une part des personnes âgées sont « robustes », soit en relative bonne santé et indépendantes. Une autre part sont dépendantes, souffrent de plusieurs maladies (polymorbidité) et ont des besoins complexes en santé.

Entre deux se trouve la catégorie des personnes âgées dites « fragiles » [Santos-Eggiman 2008]. Ces personnes paraissent en bonne santé mais n'ont que peu de réserves biologiques et fonctionnelles. Elles sont ainsi particulièrement vulnérables à tout stress. Lors d'un événement aigu, le risque de rapide péjoration de l'état de santé et de basculement dans la dépendance fonctionnelle est élevé. Certains facteurs de risque, lorsqu'ils sont associés, sont les indicateurs de cette fragilité : un âge supérieur à 85 ans, une dépendance dans les activités quotidiennes, des troubles cognitifs ou encore une polymédication (consommation de cinq médicaments ou plus par jour).

Des mesures de prévention et de promotion de la santé visent à éviter ou retarder le déclin fonctionnel des personnes âgées fragiles, pour repousser le plus possible la période de vie en dépendance [Fries 2005, Smith 2014, Rodriguez-Artalejo 2014]. En effet, un recul de l'âge de survenue des maladies ou handicaps est espéré (compression de la morbidité) (cf. **F2.1 plus haut**).

F5.1 Proportion de pensionnaires en EMS (long séjour) par rapport à la population résidente, selon la classe d'âges, Valais, 2013 (Sources : OVS)



La proportion de pensionnaires en EMS (F5.1) est un indicateur de l'état de santé de la population âgée et de son degré de dépendance. Le placement en EMS est souvent déterminé par le cumul de plusieurs facteurs : des besoins en soins, des facteurs sociaux et économiques, l'accès à des aides informelles (proches aidants) et à des soins à domicile.

En Valais, le nombre de pensionnaires a augmenté fortement de 2000 (2'148) à 2013 (2'859, +33%), en particulier chez les 80 ans et plus, du fait du vieillissement de la population.

Passé 90 ans, plus d'un tiers des personnes séjourne dans un EMS en Valais. En revanche, en proportion du nombre d'habitants, les placements en EMS sont en léger recul pour toutes les tranches d'âges, excepté les 90 ans et plus qui restent stables.

5.2. Enfants et adolescents

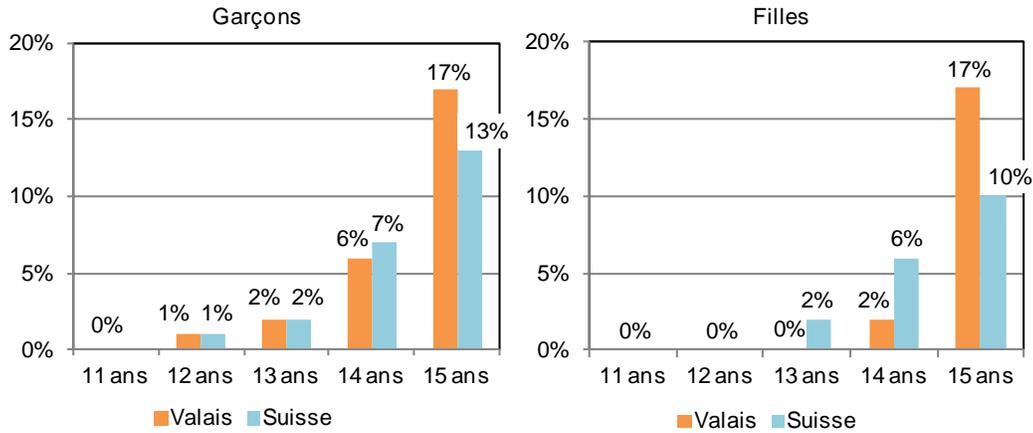
Les enfants et les adolescents ont des besoins en santé spécifiques à leur âge. Actuellement, dans les pays industrialisés, les maladies chroniques telles que les **affections respiratoires, les allergies ou l'obésité** ont gagné en importance par rapport aux maladies infectieuses qui, dans une grande mesure, ont pu être maîtrisées. Les vaccins contribuent de façon essentielle à cette maîtrise et une couverture maximale est nécessaire afin de garantir une sécurité sanitaire face aux maladies infectieuses potentiellement graves.

D'autres problèmes de santé importants dès l'adolescence sont la **consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives**. Les troubles d'apprentissage et de comportement, et l'impact sur la santé de la maltraitance et du harcèlement (bullying) doivent aussi être considérés.

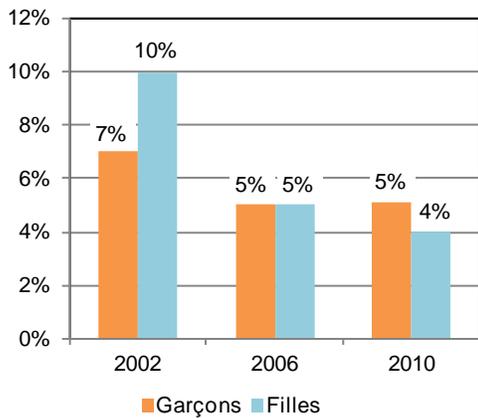
Les **déterminants sociaux** de la santé tels que le contexte familial, psychosocial, la situation scolaire et le niveau socio-économique de la famille constituent des facteurs de protection ou de risque pour la santé des jeunes. Ces facteurs influencent le développement physique, psychosocial et cognitif de l'enfant ainsi que les comportements de santé et les habitudes de vie. L'adolescence est une période charnière, marquée par l'acquisition de nouveaux comportements et compétences qui peuvent perdurer la vie entière [Torriani 2013].

L'étude internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) permet d'évaluer les comportements à risque et de santé des écoliers, en Valais et en Suisse [Clerc-Berod 2012].

F5.2 Proportion des écoliers de 11 à 15 ans qui affirment fumer quotidiennement, Valais-Suisse, 2010 (Sources : HBSC, OVS)

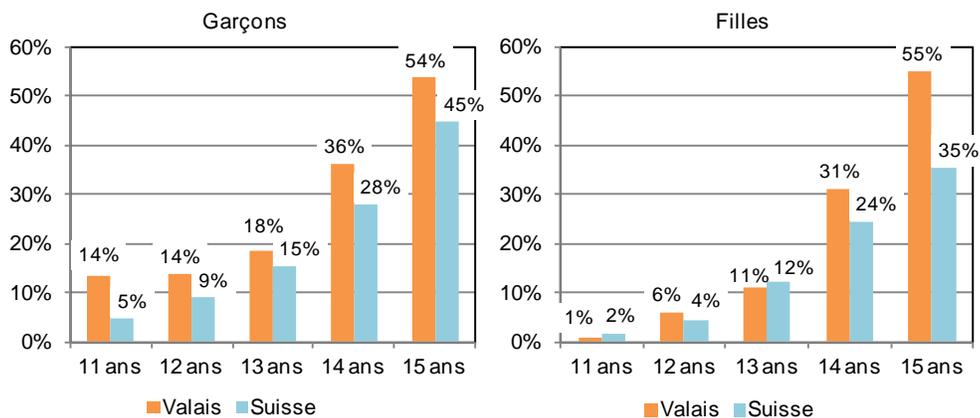


F5.3 Proportion des écoliers de 11 à 15 ans qui affirment fumer quotidiennement, Valais, 2002- 2010 (Sources : HBSC, OVS)



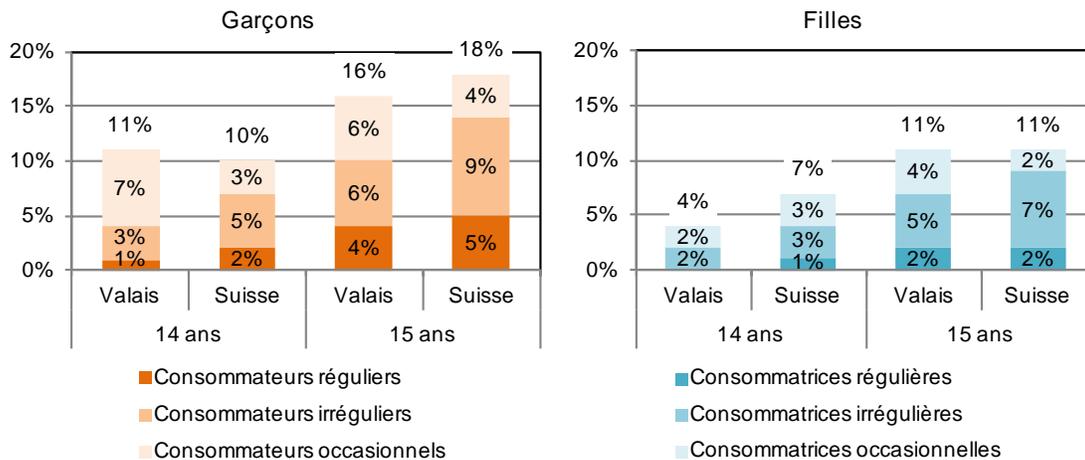
Les jeunes **commencent à fumer** entre 13 et 15 ans. A l'âge de 15 ans, 17% des garçons et des filles fument déjà quotidiennement (F5.2). En Valais, la proportion de jeunes fumeurs est supérieure à la moyenne suisse. Entre 2002 et 2010, la proportion de jeunes fumeurs (11-15 ans) a légèrement diminué (F5.3).

F5.4 Proportion (%) des écoliers rapportant avoir déjà été ivre, Valais-Suisse, 2010 (Sources: HBSC, OVS)



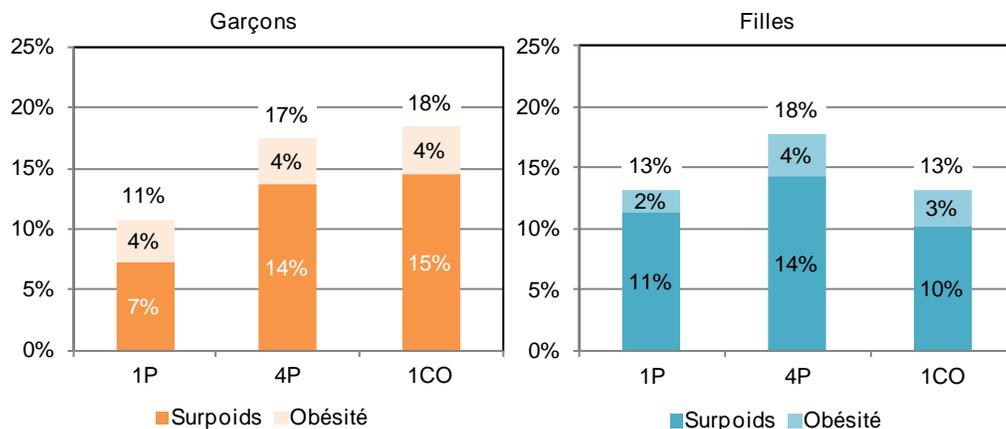
La proportion d'écoliers valaisans rapportant **avoir déjà été ivre** augmente avec l'âge (F5.4). A 15 ans plus de la moitié des garçons et des filles rapportent l'avoir été au moins une fois. Cette proportion est plus importante chez les Valaisans que chez les Suisses, en particulier chez les filles. De 2002 à 2012, ces proportions n'ont que peu évolué.

F5.5 Proportion des écoliers de 14-15 ans consommateurs réguliers de cannabis (40 fois et plus au cours des 12 derniers mois), irréguliers (entre 6 et 39 fois au cours des 12 derniers mois) ou occasionnels (entre 3 et 5 fois), Valais-Suisse, 2010 (Sources : HBSC, OVS)



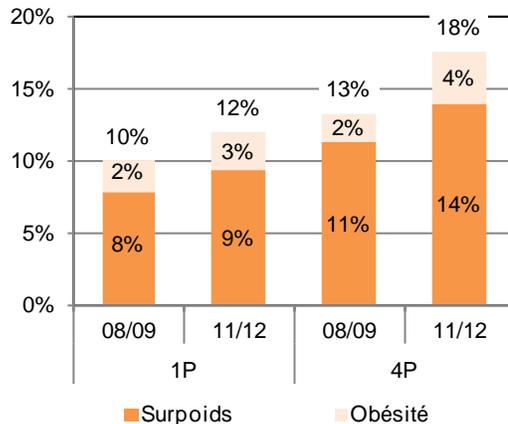
En 2010, à l'âge de 15 ans, 39% des garçons et 30% des filles ont déjà fumé du **cannabis** au moins une fois (CH : 35% des garçons et 25% des filles). Cette proportion a diminué de 2002 à 2006 et s'est stabilisée de 2006 à 2010.

F5.6 Prévalence (%) de l'excès de poids (surpoids ou obésité) chez les écoliers de 1ère primaire (1P), 4e primaire (4P) et 1ère du cycle d'orientation (CO), Valais, 2011/201 (Sources : OVS, Addiction Suisse)



L'obésité et le surpoids sont de plus en plus fréquents chez les enfants et les adolescents. Les conséquences sont notamment un risque accru d'hypertension et de diabète. Un enfant en excès de poids est plus à risque d'être obèse à l'âge adulte. Les souffrances psychologiques et sociales sont fréquentes.

F5.7 Prévalence (%) de l'excès de poids (surpoids ou obésité) chez les écoliers de 1^{ère} primaire (1P) et 4^e primaire (4P), Valais, 2008/2009-2011/2012 (Sources : OVS, Addiction Valais)



En Valais, en 2011/2012, 11% des garçons et 13% des filles de première primaire étaient en excès de poids (surpoids ou obésité), 17% des garçons et 18% des filles de quatrième primaire et 18% des garçons et 13% des filles de cycle d'orientation (**F5.6, F5.7**).

En comparaison avec la Suisse, la prévalence de l'excès de poids est relativement basse en Valais. Cette prévalence a cependant augmenté pour l'ensemble des enfants de première et quatrième primaire entre 2008 et 2012 [OVS 2014].

Le « **bullying** » se définit comme un comportement agressif, intentionnellement blessant pour la victime, à caractère répétitif, qui s'inscrit dans la durée et impliquant un déséquilibre de force entre l'agresseur et la victime. Les termes de « harcèlement » ou « intimidation » s'en rapprochent le plus. Le bullying s'observe typiquement en milieu scolaire, entre écoliers. Il peut être physique (coups) ou verbal (moqueries), indirect (propagation de rumeurs) ou relationnel (exclusion sociale). Selon une étude menée en 2012 en Valais, 5% à 10% des écoliers de 5^{ème} et 6^{ème} primaire auraient été victimes de harcèlement [Jaffé 2013]. Le bullying a des effets néfastes sur la santé physique et mentale de l'enfant, sur son adaptation sociale et peut mener à un décrochage scolaire, à l'isolement, à des comportements agressifs envers les autres ou soi-même, parfois jusqu'au suicide. Un effort de prévention en milieu scolaire est donc essentiel [Pittet 2009].

5.3. Autres populations

Population étrangère

La population issue de la migration est hétérogène, en termes d'âge, de conditions de vie dans le pays d'origine, de statut social, de niveau de formation ou encore de culture. Une partie des résidents étrangers est bien intégrée et connaît bien le fonctionnement du système sanitaire ; l'autre partie ne maîtrise pas forcément la langue française ou allemande et rencontre plus de difficultés. En Suisse, les migrants issus des couches sociales les plus défavorisées, au niveau de formation modeste, sont en moins bonne santé physique et psychique que la moyenne. Il leur est moins facile d'adopter un comportement favorable à la santé et d'accéder de façon adéquate à notre système de santé, par les difficultés de compréhension et les barrières socioculturelles [OFSP 2007, Althaus 2010].

Ainsi, certains migrants ont des comportements de santé à risques accrus (tel que le tabagisme), une plus forte incidence de maladies sexuellement transmissibles et autres maladies infectieuses et souffrent d'une moins bonne santé bucco-dentaire. Une étude en Suisse romande a montré que les enfants de parents étrangers souffraient de façon disproportionnée de surpoids (22%) par rapport aux enfants de résidents suisses (10%) [Lasserre 2006].

Le recours au système de santé, notamment des services préventifs, est souvent non optimal au vu des difficultés d'expression et de compréhension. Certains migrants présentent des besoins spécifiques en santé physique et psychique, selon leur pays d'origine (maladies infectieuses : VIH, tuberculose), leur traditions (relation au corps, à la santé générale et sexuelle) et leur parcours personnel [OFSP 2014].

LGBT (lesbienne, gay, bisexuel/le, transsexuel/le)

Les personnes ayant une orientation sexuelle ou une identité de genre différente de la norme, que l'on peut regrouper sous l'acronyme LGBT pour lesbienne, gay, bisexuel/le, transsexuel/le, représenteraient entre 2% et 10% de la population [Bize 2011, Makadon 2011]. La population LGBT est diverse et hétérogène, chaque sous-groupe ayant ses caractéristiques propres et des besoins en santé spécifiques.

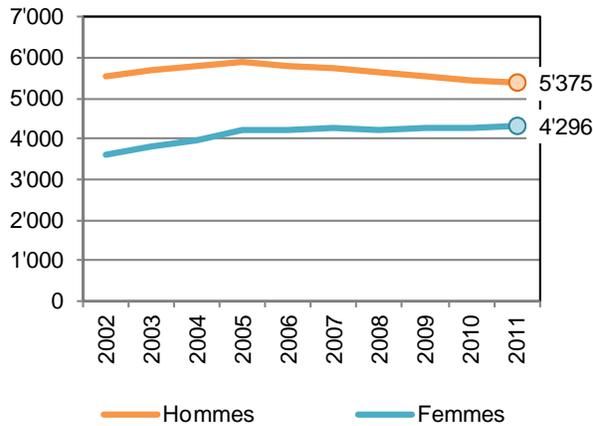
Bien que la société ait évolué vers une meilleure intégration des personnes LGBT, celles-ci font toujours l'objet de discriminations et de préjugés. La pression normative et le rejet basé sur l'orientation sexuelle empêchent les jeunes LGBT de vivre leur identité de manière ouverte et portent préjudice à leur santé physique et psychique. Dans une société majoritairement hétérosexuelle, les personnes LGBT peuvent être stigmatisées, particulièrement les jeunes, ce qui peut engendrer de la détresse psychologique, certains comportements à risques (rapports sexuels non protégés, addiction à l'alcool, au tabac, à d'autres substances) et des tentatives de suicide [Astori 2012, Bize 2011, PREOS 2012]. Plusieurs enquêtes, notamment en Suisse, ont montré une prévalence importante d'anxiété, de dépressions et de comportements suicidaires chez les personnes LGBT. Ainsi, les tentatives de suicide sont 2 à 7 fois plus fréquentes dans cette population que chez les hétérosexuels [PREOS 2012, Haas 2011, Häusermann 2014].

Contrairement aux minorités culturelles, ethniques ou religieuses, les jeunes LGBT ne peuvent souvent pas compter sur le soutien de leurs proches, qui ne partagent pas leur statut minoritaire, et peuvent se retrouver isolés et vulnérables [Frankowski 2004]. En milieu scolaire, un climat ouvert et protecteur envers les minorités diminue les pensées suicidaires et les tentatives de suicide chez les jeunes homosexuels [Hatzenbuehler 2014]. La difficulté des professionnels de la santé à aborder ce thème et leur méconnaissance envers les spécificités et besoins en santé des différents groupes LGBT sont également des obstacles à une prise en charge optimale [Bize 2011].

Handicapés

Selon l'OMS, le terme de handicap désigne un problème de santé qui affecte les fonctions et les structures anatomiques de la personne (déficience), sa capacité à réaliser certaines activités (limitation d'activité) ou ses performances dans son environnement social (restriction de participation) [OMS 2014]. Le handicap est aussi un problème social car l'individu ne peut pas participer pleinement à la société pour des raisons de santé. Le terme de handicap renvoie aux difficultés de la personne handicapée face à son environnement en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il y a de nombreux types de handicap que l'on peut regrouper en plusieurs grandes catégories : les incapacités motrices, visuelles, auditives, psychiques, intellectuelles et les maladies invalidantes.

F5.8 Invalides bénéficiaires d'une rente AI, Valais, 2002-2011



Selon l'OFS, en 2011, le nombre de personnes fortement handicapées en Suisse s'élevait à environ 450'000, ce qui à l'échelle du Valais correspondrait à environ 18'000 personnes. En Suisse, la part des personnes handicapées augmente avec l'âge. Le niveau de formation joue également un rôle important : les personnes avec un niveau de formation supérieur sont en moyenne près de 2 fois moins touchées par le handicap que les personnes avec un niveau de formation bas [OFS 2011].

Certaines personnes handicapées sont au bénéfice de l'assurance invalidité (AI). En Valais en 2011, près de 10'000 personnes étaient au bénéfice de l'assurance invalidité, avec une prédominance d'hommes (F5.8).

Toxicomanes

Les addictions et l'abus de substances psychotropes engendrent de multiples conséquences négatives, en premier lieu pour la personne elle-même (péjoration de la santé physique et psychique, difficultés professionnelles, familiales et financières) mais également pour les proches et pour la société en générale.

En Valais, la Fondation Addiction Valais (anciennement Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies) est l'organisme responsable de la prise en charge de ces problèmes. Elle dispose de secteurs ambulatoires et résidentiels. En 2011, Addiction Valais a enregistré 952 admissions pour un total de 1'958 prises en charge (initiations de traitement et traitement en cours), répartis à raison de 10% pour le résidentiel et 90% en ambulatoire. A l'admission, le problème de consommation le plus souvent rapporté est l'alcool pour 56% des patients, 22% une drogue autre que l'alcool ou le cannabis et 8% le cannabis. La polyconsommation de substances est fréquente. Parmi les patients, un sur quatre souffre d'un trouble psychiatrique (troubles de l'humeur, anxiété, ou autres) et un sur cinq a déjà tenté de se suicider [Clerc-Bérod 2012].

VI. Résumé et enjeux majeurs de santé publique en Valais

6.1. Orienter le système de santé pour prendre en charge les maladies chroniques dans le contexte d'une population vieillissante.

Le bilan de l'état de santé des Valaisans est **globalement positif**. Ces dernières années, la mortalité générale a fortement diminué. La baisse a été la plus forte dans les couches âgées de la population. Cette baisse de la mortalité a permis l'allongement de l'espérance de vie. Avec une moyenne de 82 ans en 2013, l'espérance de vie des Valaisans est parmi les plus élevées au monde et poursuit sa progression. Une conséquence est que la population connaît une croissance démographique importante du nombre de personnes atteignant un âge avancé.

Avec le **vieillissement marqué de sa population**, l'état de santé des personnes âgées détermine la grande part du fardeau global des maladies dans le canton. Les **maladies chroniques**, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer ou les **démences** qui sont le plus souvent liées à l'âge avancé, détermineront les besoins de soins de la population dans les années à venir.

Le vieillissement de la population nécessite non seulement une **orientation de la prévention et de la promotion de la santé vers les maladies chroniques**, mais aussi une **restructuration de tout le système de soins**. Ainsi, les hôpitaux habitués à traiter prioritairement les troubles aigus doivent prendre en charge ces malades chroniques. Lorsque les patients retournent à domicile, il est nécessaire de prévoir la prise en charge de leurs maladies chroniques, avec le suivi ambulatoire et à domicile que cela implique. Les mesures de prévention structurelle améliorant l'environnement social, professionnel ou physique et n'impliquant pas directement des professionnels de soins doivent également s'adapter à cette évolution.

Par ailleurs, il faut anticiper une augmentation des besoins de professionnels de soins. Ceux-ci, particulièrement dans le domaine ambulatoire et des soins à domicile, devront adapter leurs activités, notamment par la collaboration interprofessionnelle (médecins, pharmaciens, soignants et personnels du domaine social) et avec les proches aidants pour assurer la meilleure coordination dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de (multiples et complexes) maladies chroniques.

6.2. Promouvoir un prolongement de l'espérance de vie en bonne santé

Le vieillissement de la population est le reflet d'une vie prolongée, idéalement en bonne santé. Si l'espérance de vie continue de croître au rythme actuel, la moitié des enfants nés dans les années 2000 deviendront centenaires. Il faut assurer les conditions pour que l'augmentation de l'espérance de vie continue à augmenter sans péjoration de la qualité de vie.

Les conditions médico-sanitaires à la poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé se feront probablement par le développement de la technologie médicale et par la prévention et la promotion de la santé, dès le plus jeune âge. Diminuer les inégalités sociales et

assurer l'accès aux soins et à l'information dans le domaine de la santé, quel que soit le statut socio-économique et le niveau d'éducation, seront certainement des éléments essentiels.

Cette évolution nécessite par ailleurs une réflexion sur l'organisation de la société, sur les liens intergénérationnels, avec notamment les questions de la participation et de l'intégration des aînés ou encore de la redistribution de la charge de travail entre personnes jeunes et âgées.

6.3. Pour diminuer le fardeau des maladies, promouvoir les dépistages et les vaccinations efficaces

La mortalité par **maladies cardiovasculaires** a fortement diminué ces dernières années en Valais. Toutefois, avec le vieillissement de la population, la fréquence des maladies cardiovasculaires reste élevée. Par ailleurs, du fait de l'augmentation de l'obésité, la **fréquence du diabète** a augmenté et touche une part importante des personnes âgées en Valais. Ces maladies représentent un fardeau important en termes de mortalité, de morbidité et de coûts.

La mortalité par **cancer** a aussi fortement diminué ces dernières années en Valais. Toutefois, les cancers sont maintenant responsables du plus grand nombre d'années de vie perdues avant l'âge de 75 ans et leur incidence reste élevée. En Valais, les cancers les plus fréquents sont ceux du poumon, de la prostate et du côlon chez les hommes et ceux du sein, du poumon et du côlon chez les femmes. Chez les femmes, le cancer du poumon a fortement augmenté et il est maintenant la première cause de décès par cancer, devant le cancer du sein et du côlon.

Dans la lutte contre ces maladies chroniques, les **dépistages** ont un rôle important, leur objectif étant de détecter une maladie suffisamment précocement pour la traiter de façon efficace ou de détecter des facteurs de risque et prévenir leur apparition. Pour qu'un dépistage soit recommandé, la balance entre les bénéfices potentiellement atteignables doit surpasser les risques liés au dépistage. Les dépistages de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie sont recommandés pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. Le dépistage du cancer du sein par mammographie est recommandé pour les femmes de 50 à 70 ans et celui du cancer colorectal pour les hommes et les femmes de 50 à 75 ans, soit par coloscopie une fois tous les dix ans, soit par recherche de sang dans les selles chaque année. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis du col est recommandé chez les jeunes femmes à partir de 21 ans.

Les **démences** sont un fardeau majeur de santé publique pour le Valais. Le nombre de Valaisans et Valaisannes souffrant de démences **va fortement augmenter** dans les années à venir. Une adaptation des structures de soins résidentiels et ambulatoires sera nécessaire pour faire face à la demande que cette augmentation va générer. A ce jour, le dépistage des démences n'est pas utile.

La **grippe** est une infection saisonnière fréquente qui peut être meurtrière chez les personnes les plus fragiles. La **vaccination** annuelle est recommandée à partir de 65 ans et pour les groupes à risques. Les vaccinations infantiles restent essentielles. Elles ont permis la disparition ou quasi-disparition de maladies graves ou mortelles autrefois fréquentes. Pour éviter la réémergence de ces maladies, un taux de couverture optimale de la population est nécessaire.

6.4. Prévenir les comportements à risques et promouvoir les comportements protecteurs pour la santé

L'alimentation et la **pratique d'une activité physique** sont des facteurs essentiels pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre l'**obésité**. La prévalence de l'obésité, similaire en Valais et en Suisse, a augmenté chez les adultes comme chez les enfants. Si les Valaisans sont plus actifs que par le passé, une part reste toujours inactive. Les recommandations alimentaires sont encore peu suivies. Une réflexion sur les moyens pour améliorer cette situation et sur le développement de mesures structurelles permettant le renforcement des comportements favorables à la santé, notamment parmi les personnes étrangères ou de faible statut socio-économique, est nécessaire.

La consommation d'alcool est une source majeure de mortalité, de maladie et de souffrances sociales. En Valais, la consommation d'alcool a diminué au cours des dernières années mais reste toutefois supérieure à la moyenne suisse. Les jeunes sont les plus touchés par les épisodes d'ivresse ponctuelle alors que la consommation chronique à risque est plus élevée à partir de 50 ans. La prévention de la consommation excessive d'alcool doit rester prioritaire.

Le **tabagisme** est responsable de nombreux décès et de multiples maladies. Un fumeur sur deux mourra d'une maladie liée à sa consommation. En Valais, la proportion de fumeurs actifs n'a pas diminué ces dernières années et se situe à 30% de la population. La **fumée passive** a en revanche fortement diminué. La prévalence de **la consommation de cannabis** est stable depuis 2002. La lutte contre le tabac et les autres substances addictives doit continuer. La prévention devrait cibler particulièrement les jeunes et débiter avant l'âge du début de la consommation. Une prévention précoce en milieu scolaire est indispensable, associée à des mesures fortes, notamment l'interdiction de la publicité et la poursuite de la hausse des prix. Le rôle de l'e-cigarette dans la lutte contre le tabagisme reste à définir.

Le taux de **mortalité par accident de la circulation** a fortement diminué depuis les années 80. Les mesures de prévention des accidents de la circulation mises en place ces dernières années ont été efficaces. Les **infections sexuellement transmissibles** ont augmenté ces dernières années nécessitant un maintien des activités de prévention dans ce domaine auprès de la population générale et des groupes de population spécifiques (population jeune, LGBT, travailleurs du sexe, etc.).

6.5. Soutenir la promotion de la santé dans les écoles

Les **habitudes de vie et de consommation de substances psychotropes** (alcool, tabac, autres) se prennent pendant l'enfance et l'adolescence. Les écoliers valaisans commencent à fumer entre 13 et 15 ans et sont plus souvent ivres que les écoliers en Suisse. Les enfants ont de plus en plus souvent un **excès de poids**.

La promotion de la santé et la prévention des comportements à risque pour la santé est donc nécessaire dès le plus jeune âge. L'école est un lieu privilégié qui permet de transmettre à chaque enfant les informations nécessaires relatives à la santé, de façon égale quel que soit le statut socio-économique des parents. La prévention doit informer sur les dangers de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances. La promotion de la santé doit promouvoir une alimentation saine, une activité physique régulière et informer quant à la santé sexuelle.

Par ailleurs, l'école est souvent le lieu de moqueries et de harcèlement (bullying) ou de discriminations qui peuvent nuire à la santé mentale des jeunes. Des campagnes de prévention ainsi qu'une sensibilisation des enseignants à ces comportements sont utiles pour créer un climat scolaire bénéfique pour la santé.

6.6. Diminuer les inégalités en santé et renforcer la prévention dans les groupes aux besoins spécifiques

Le niveau de formation, le niveau socio-économique et les ressources sociales sont des déterminants importants de l'état de santé d'un individu et de son accès aux soins.

Des mesures de prévention et de promotion de la santé doivent tenir compte de ses disparités socio-économiques. Selon l'OMS, «Les politiques de santé construites sur un souci de justice assureront que les soins de santé sont équitablement distribués dans la population. Cela signifie qu'une priorité est accordée aux pauvres et à d'autres groupes vulnérables et socialement marginalisés ». Pour cela, les mesures de prévention et de promotion de la santé doivent être adaptées et accessibles à toutes les couches de la population, en étant particulièrement attentif aux groupes les plus défavorisés. De même, les populations d'origine étrangère doivent faire l'objet de mesures adaptées à leur contexte linguistique et culturel.

D'autres groupes de personnes ont des besoins spécifiques en santé. Sans être exhaustif, c'est le cas notamment des personnes très âgées, des migrants, des personnes LGBT, des handicapés ou des toxicomanes. Des campagnes de prévention ciblées doivent aller à la rencontre de ces populations. Il est également important que des structures de soins facilement accessibles aux différents groupes soient mises en place.

Sources d'informations

Les informations contenues dans ce rapport proviennent de sources diverses. Sans être exhaustives, les informations présentées ont fait l'objet d'un choix, pour donner une vision synthétique de l'état de santé des Valaisans et mettre en exergue les enjeux contemporains majeurs de santé de la population.

Les résultats de grandes enquêtes par questionnaire, telles que L'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) et l'enquête sur la santé des écoliers (HBSC), ont été notamment utilisés.

L'ESS a été réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Cette enquête se fait par sondages téléphoniques auprès d'un échantillon représentatif de la population âgé de 15 ans et plus résidant en Suisse. Les principaux objectifs de cette enquête sont de rendre compte de la situation et de l'évolution de différents aspects de la santé et de la qualité de la vie de la population, d'identifier les principaux facteurs qui influencent positivement ou négativement la santé. En 2012, 21'597 personnes y ont participé. A chaque enquête, le Valais a financé l'élargissement de son échantillon (1'065 participants en 2012) afin de permettre des analyses cantonales fiables.

Sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), divers pays, la plupart européens, réalisent tous les 4 ans l'Enquête sur la santé des écoliers (Health Behaviour in School-Aged Children ; HBSC) auprès d'écoliers âgés de 11 à 15 ans. Addiction Suisse est responsable de sa réalisation en Suisse depuis 1986. Cette enquête évalue la santé et les comportements de santé des adolescents. En 2010, 6'611 écoliers ont participé à cette étude en Suisse et le canton du Valais a financé l'élargissement de son échantillon (n=1'198).

Des données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ont été utilisées, notamment sur la structure de la population suisse, les causes de décès, l'espérance de vie, les naissances multiples, les IVG, les procréations assistées ou les niveaux de formation professionnels. Des données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont été utilisées, notamment sur les infections sexuellement transmissibles et la grippe. Des données de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), de l'Office cantonal de la statistique du Valais et du Bureau suisse pour la prévention des accidents (BPA) ont également été utilisées. Des données du registre valaisan des tumeurs sur la fréquence des cancers ont aussi été utilisées.

Enfin, des publications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), des publications scientifiques originales ainsi que différents rapports sur la santé en Suisse et en Valais ont été mis à profit comme sources d'information.

Index des figures et tableaux

- F1.1 Principes de la santé publique basée sur les preuves (evidence-based public health)
- F1.2 Etat de santé et Parcours de vie (life course)
- F1.3 Prévention et promotion de la santé
- F2.1 Scénarios d'évolution de l'espérance de vie
- F2.2 Evolution de la population résidante permanente totale, par âge, Valais, 1980-2013 (Sources : OFS, OVS)
- F2.3 Evolution de la population âgée de 65-79 ans et de 80 ans et plus, en pourcent du total de la population, Valais, 1950-2013 et projection 2025 (Sources : OFS, OVS)
- F2.4 Part de la population âgée de 65-79 ans et de 80 ans et plus, en pourcent du total de la population, 2010 (Sources : OCDE, OFS, OVS)
- F2.5 Nombre de centenaires (99 ans et plus), Valais, 1860-2013 (Sources : OFS, OVS)
- F2.6 Pyramides des âges, 1900, 1950, 2013 et projection 2025, Valais (Sources : OFS, OVS)
- F2.7 Evolution de l'espérance de vie à la naissance, Valais-Suisse, 1981-2011 (Sources : OFS, OVS)
- F2.8 Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, Valais-Suisse, 1981-2011 (Sources : OFS, OVS)
- F2.9 Espérance de vie à la naissance, Valais-Suisse-Autres pays, 2011 (Sources : OCDE, OFS, OVS)
- F2.10 Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour 100'000 habitants, Valais-Suisse, 1970-2011 (Source : OFS)
- F2.11 Evolution du taux brut de mortalité par sexe avant 65 ans, à 65-79 ans et à 80 ans et plus, pour 100'000 habitants, Valais, 1970-2010 (Sources : OFS, OVS)
- F2.12 Proportion (%) de décès avant l'âge de 60 ans, Valais-Suisse, 1970-2011 (Source : OFS)
- F2.13 Etat de santé autoévalué et problèmes de santé de longue durée, par âge, Valais, 2012 (Sources : OFS, OVS)
- F2.14 Limitation d'activité, par âge, Valais, 2012 (Sources : OFS, OVS)
- F3.1 Causes de décès en nombre absolu (N) et en pourcentage (%), Valais, 2011 (Source : OFS)
- F3.2 Causes de décès, par âge, en pourcentage, Homme-Femme, Valais, 2011 (Sources : OFS, OVS)
- F3.3 Taux de mortalité standardisé (population européenne), pour 100'000 habitants par maladies cardio-vasculaires, cancers et morts violentes, Valais-Suisse, 1996-2011 (Source OFS)

- F3.4 Proportion (%) d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, par cause de décès, Valais, 2011 (Source : OFS)
- F3.5 Pression artérielle trop élevée, par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)
- F3.6 Taux de cholestérol trop élevé, par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)
- F3.7 Diagnostic de diabète, par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)
- F3.8 Diagnostic de diabète, Valais-Suisse, 1997-2012 (Source : ESS)
- F3.9 Catégories de poids, Valais, 2012 (Source : ESS)
- F3.10 Surpoids et obésité par âge, Valais, 2012 (Source : ESS)
- F3.11 Evolution du surpoids et de l'obésité, Valais, 1992-2012 (Source : ESS)
- F3.12 Nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer par an et nombre moyen annuel de décès par cancer par an, toutes localisations confondues, par sexe, Valais, 1992-2011. (Sources : RVsT, OVS)
- F3.13 Taux standardisés de l'incidence des cancers par localisation, 3 principales localisations, par sexe, Valais, 1992-2011 (Sources : RVsT, OVS)
- F3.14 Taux standardisés de la mortalité des cancers par localisation, 3 principales localisations, par sexe, Valais-Suisse, 1992-2011 (Sources : RVsT, OVS)
- F3.15 Dernière mammographie, chez les femmes de 50 à 70 ans, Valais-Suisse, 2002-2012 (Source : ESS)
- F3.16 Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, Valais 2012 (Source : ESS)
- F3.17 Dépistage du cancer colorectal par test hémocult et/ou endoscopie chez les personnes de 50 à 75 ans, par sexe, Valais 2012 (Source : ESS)
- F3.18 Dernier dépistage du cancer de l'utérus (frottis du col) chez les femmes de 20 ans et plus, Valais-Suisse, 2002-2012 (Source : ESS)
- F3.19 Nombre et proportion estimés de personnes atteintes de démence, par âge, Valais, 2011 (Sources : Kraft 2010, OVS)
- F3.20 Estimations et projections du nombre de personnes atteintes de démence (scénario OVS haut), 2011-2025, Valais (Sources : Kraft 2010, OVS)
- F3.21 Détresse psychologique, Homme-Femme, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F3.22 Symptômes de dépression au cours des deux dernières semaines, Valais-Suisse, 2012 (Sources : ESS)
- F3.23 Nombre de suicides et de suicides assistés, Valais 1999-2012 (Sources : Suicides totaux : OFS ; Suicides assistés : Police cantonale valaisanne)
- F3.24 Taux standardisés (population européenne) de suicide, Homme-Femme, Valais-Suisse 1982-2012 (Source : OFS)
- F3.25 Taux de suicide standardisé (population européenne), Valais-Suisse-Autres pays, 2011 (Sources : OCDE, OFS)
- F3.26 Taux standardisés (population européenne) de décès par accidents de la route, Valais-Suisse, 1982-2012 (Source : OFS)

- F3.27 Taux de blessés par accidents de la route, Valais-Suisse, 2000-2013 (Source : OFS)
- F3.28 Mortalité infantile, Valais-Suisse, 1970-2012 (Sources : OFS)
- F3.29 Taux de naissances multiples pour 1'000 naissances vivantes, Valais-Suisse, 1969-2013 (Sources : OFS)
- F3.30 Taux de fécondité, par âge, Valais, 1981 et 2013 (Source OFS, OVS)
- F3.31 Taux d'interruptions volontaires de grossesse pour 1'000 femmes, 15-44 ans, Valais-Suisse, 2007-2013 (Sources : OFS)
- F3.32 Nombre de nouveaux cas des principales maladies sexuellement transmissibles, Valais, 1999-2013 (Sources : OFSP)
- F3.33 Vaccination contre la grippe à partir de 65 ans, Valais, 1997-2012 (Sources : ESS)
- F4.1 Modèle des déterminants de la santé (adapté de : Dahlgren and Whitehead 1991)
- F4.2 Consommation de fruits et légumes, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.3 Activité physique, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.4 Consommation d'alcool, Valais-Suisse, 1992-2012 (Sources : ESS)
- F4.5 Consommation d'alcool chronique à risque, par âge, Valais-Suisse, 2012 (Sources : ESS)
- F4.6 Part de fumeurs, anciens fumeurs et non-fumeurs, Homme-Femme, Valais-Suisse, 1992-2012 (Sources : ESS 2012)
- F4.7 Exposition à la fumée passive, Valais-Suisse, 2007-2012 (Sources : ESS)
- F4.8 Consommation de cannabis durant les 12 derniers mois, par âge, chez les 15-74 ans, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.9 Consommation de substances psychotropes illégales autres que le cannabis au moins une fois, prévalence sur la vie, chez les 15-49 ans, Valais-Suisse, 1997-2012 (Sources : ESS)
- F4.10 Proportion de personnes ayant pris des antidouleurs, par âge, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.11 Proportion de personnes ayant pris des somnifères/calmand, par âge, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.12 Influences du statut et de l'environnement socio-économique sur la santé (Adapté de : Wolfe 2012)
- F4.13 Niveau de formation, Valais-Suisse, 2012 (Source: OFS)
- F4.14 Troubles psychiques et physiques au travail (%), Homme Femme, Valais, 2012 (Sources : ESS)
- F4.15 Taux d'accidents professionnels pour 1000 assurés par an, Valais-Suisse (Sources : Statistique de l'assurance-accidents LAA, SSAA)
- F5.1 Proportion de pensionnaires en EMS (long séjour) par rapport à la population résidente, selon la classe d'âges, Valais, 2013 (Sources : OVS)
- F5.2 Proportion des écoliers de 11 à 15 ans qui affirment fumer quotidiennement, Valais-Suisse, 2010 (Sources : HBSC, OVS)
- F5.3 Proportion des écoliers de 11 à 15 ans qui affirment fumer quotidiennement, Valais, 2002- 2010 (Sources : HBSC, OVS)

- F5.4 Proportion (%) des écoliers rapportant avoir déjà été ivre, Valais-Suisse, 2010 (Sources: HBSC, OVS)
- F5.5 Proportion des écoliers de 14-15 ans consommateurs réguliers de cannabis (40 fois et plus au cours des 12 derniers mois), irréguliers (entre 6 et 39 fois au cours des 12 derniers mois) ou occasionnels (entre 3 et 5 fois) , Valais-Suisse, 2010 (Sources : HBSC, OVS)
- F5.6 Prévalence (%) de l'excès de poids (surpoids ou obésité) chez les écoliers de 1ère primaire (1P), 4e primaire (4P) et 1ère du cycle d'orientation (CO), Valais, 2011/2012 (Sources : OVS, Addiction Suisse)
- F5.7 Prévalence (%) de l'excès de poids (surpoids ou obésité) chez les écoliers de 1ère primaire (1P) et 4e primaire (4P), Valais, 2008/2009-2011/2012 (Sources : OVS, Addiction Valais)
- F5.8 Invalides bénéficiaires d'une rente AI, Valais, 2002-2011

Références

- Alberg A et al. Epidemiology of lung cancer. Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013; 145:5.
- Althaus F et al. La santé des étrangers en Suisse. Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent ils mieux faire ? Forum Med Suisse 2010; 10:59.
- Ancel P-Y. Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes: physiopathologie, facteurs de risqué et conséquences. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(suppl 7):5S10-5S21.
- Astori S. Prévention de la détresse existentielle des jeunes valaisans-n-e-s en orientation sexuelle : état de la situation en Valais. Hôpital du Valais, Sion, 2012.
- Bachmann N. Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé. Obsan bulletin 1/2014. Observatoire valaisan de la santé, Neuchâtel, 2014.
- Baer N et al. La dépression dans la population Suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle. Obsan Rapport 56. Observatoire Suisse de la santé, Neuchâtel, 2013.
- Bally F et al. Opportunistic testing for urogenital infection with Chlamydia trachomatis in south-western Switzerland, 2012: a feasibility study. Euro Surveill 2015; 20:pii: 21051.
- Bize R et al. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé. PREOS, Lausanne, 2012.
- Bize R et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays bisexuelles et transgenres. Rev Med Suisse 2011; 7:1712-17.
- Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee, Paris, 2011.
- Bopp M et al. Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. Int J of Epidemio 2003; 32:346-54.
- Browning M et al. Effect of job loss to plant closure on mortality and hospitalization. Healeco 2012; 31:599-616.
- Centre international de recherches sur le cancer (CICR). Bulletin 2010-2011. www.iarc.fr/fr/publications/pdfs-online/breport/breport1011/8SectionOfIARCMonographs.pdf, consulté le 3 décembre 2014.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, 1986.
- Chiolero A et al. Lien entre tabagisme maternel et faible poids de naissance : l'étude suisse EDEN. Swiss Medical Weekly 2005; 135:525-30.
- Christensen K et al. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 374:1196-208.
- Clerc Bérode A. Evaluation de la clientèle et des approches thérapeutiques au sein de la Fondation Addiction Valais. Addiction Valais, Sion, 2012.

- Clerc Bérood A. La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les écoliers valaisans en 2010. Addiction Valais, Sion, 2012.
- Cornuz J et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte : mise à jour 2014. Rev Med Suisse 2014; 10:177-85.
- Corsini V. Highly educated men and women likely to live longer. Life expectancy by educational attainment. Statistics in focus, Eurostat, Bruxelles, 2010.
- Département des transports, de l'équipement et de l'environnement (DTEE). Protection de l'air en Valais, Sion, 2013.
- Epiney M et al. Facteurs de risqué psychosociaux et accouchement avant terme. Rev Med Suisse 2011; 7:2066-9.
- Excès de poids chez les écoliers. Observatoire Valaisan de la Santé. www.ovs.ch/sante/exces-poids-chez-ecoliers.html, consulté le 3 décembre 2014.
- Faeh D et al. Prevalence of obesity in Switzerland 1992-2007: the impact of education, income and occupational class. Obesity Reviews 2011 ; 12(3):151-66.
- Fasel T et al. Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. BFS, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Berne et Neuchâtel, 2010.
- Flahault A et al. Electronic cigarettes: it is urgent to promote them to save lives. Int J Pub Health 2014; 59:681-2.
- Frankowski B. Sexual orientation and adolescents. Pediatrics 2004; 113:1827-32.
- Fries J. Frailty, heart disease, and stroke. The compression of morbidity paradigm. Am J Prev Med 2005; 29(5 Suppl 1):164-8.
- Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Ann Inter Med 2003; 139:455-9.
- Graf M et al. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse. Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO). www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00008/00022/02035/?lang=fr, consulté le 30 septembre 2015.
- Gutzwiller F et al. Médecine sociale et préventive, santé publique. 2^e édition, Bern, 1999.
- Haas A et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: Review and recommendations. Journal of Homosexuality 2011; 58:10-51.
- Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction 2015; doi:10.1111/add.12703.
- Hatzenbuehler et al. Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. Am J Pub Health 2014; 104(2):279-87.
- Haupt CH et al. The relation of exposure to shift work with arteriosclerosis and myocardial infarction in general population. Atherosclerosis 2008; 201:205-11.
- Häusermann M. L'impact de l'hétérosexisme et de l'homophobie sur la santé et la qualité de vie des jeunes LGBT en Suisse. IUKB, Bramois, 2014.

- Hübner M et al. Surgical site infections in colon surgery: the patient, the procedure, the hospital, and the surgeon. *Arch Surg* 2011; 146:1240-5.
- Hurst S. Protéger les personnes vulnérables : une exigence éthique à clarifier. *Rev Med Suisse* 2013; 9:1054-7.
- Institute of medicine. The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: building a foundation for better understanding. The National Academies Press, Washington DC, 2011.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Qu'est ce qui détermine notre santé. www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp, consulté le 16 février 2014.
- Jaffé Ph et al. Harcèlement entre pairs: Agir dans les tranchées de l'école. Actes du Colloque. IUKB, Bramois, 2013.
- Keller R et al. Tabagisme et grossesse. Monitorage sur le tabac-Enquête suisse sur le tabagisme. OFSP, Berne, 2009.
- Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:768.
- Kühner C et al. Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven. Springer, Heidelberg, 2006.
- Lasserre A et al. Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity* 2007; 15:2912-9.
- Lawes CM et al. Global burden of blood pressure related disease, 2001. *The Lancet* 2008; 371:1513-8.
- Leport C et al. Les maladies infectieuses émergentes: état de la situation et perspectives. Haut conseil de la santé publique, Paris, 2011.
- Lim SS and all. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 280:2224-60.
- Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med* 2011; 78:220-4.
- Marquié JC et al. Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *Occup Environ Med* 2014; doi:10.1136/oemed-2013-101993.
- Mazzocato C et al. Polymédication et personne âgée : ni trop, ni trop peu ! *Rev Med Suisse* 2013; 9:1026-31.
- McKee M. Electronic cigarettes: proceed with great caution. *Int J Public Health* 2014; 59:683-5.
- Monitorage Suisse des addictions, Cannabis. www.suchtmonitoring.ch/fr/6.html, consulté le 30 mars 2015.
- Monitorage Suisse des addictions, Médicaments. www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html, consulté le 30 mars 2015.

- Neuner S. Weniger ist mehr-wie Polypharmazie vermeiden? Praxis 2013; 102:21-7.
- Ntawuruhunga E et al. Effets du travail de nuit sur la santé. Rev Med Suisse 2008; 4:2581-5.
- OCDE. Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr, consulté le 10 septembre 2015.
- Oeppen J et al. Broken Limits to life expectancy. Science 2002; 296(5570):1029-31.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Radon. <http://www.bag.admin.ch/themen/strahlung/00046/?lang=fr>, consulté le 10 septembre 2015.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante ». Berne, 2007.
- Office fédéral du sport OFSPO, Office fédéral de la santé publique OFSP, Promotion Santé Suisse, Bureau de prévention des accidents (BPA), Suva, Réseau suisse Santé et Activité physique. Document: Activité physique et santé. OFSPO, Macolin, 2013.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311, 2014.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Handicap et santé. Aide-mémoire N°352, 2014.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). La démence. Aide mémoire N°362, 2012.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Panorama mondial de l'hypertension, 2013.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Qualité de l'air ambiant et santé. Aide mémoire N°313, 2014.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Radon and health. Aide mémoire 291, 2014.
- Peters R. La répartition régionale de la richesse en Suisse. Une analyse de la statistique 2008 de la fortune des personnes physiques. Département fédéral des finances DFF, Administration fédérale des contributions AFDC, division études et supports, Berne, 2011.
- Pittet I et al. Pédiatrie: Bullying-de quoi s'agit-il. Rev Med Suisse 2009; 5:53-58.
- Statistique policière de la criminalité 2014. Police cantonale valaisanne, Sion, 2015.
- Rehman AG et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Lancet 2008; 371:569-78.
- Robine JM et al. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. Population et sociétés. N 499, Ined, Paris, 2013.
- Rodriguez-Artalejo F et al. The frailty syndrome in the public health agenda. J Epidemiol Community Health 2014; 68:703-4.
- Santos-Eggimann B. Vieillesse et fragilité – comprendre pour prévenir. In : Au fil du temps. Le jeu de l'âge, R. Currat et al. Gollion in folio éd, Lausanne, 2008.
- Schernhammer ES et al. Night work and risk of breast cancer. Epidemiology 2006; 17:108-11.
- Schindler C et al. Improvements in PM10 exposure and reduced rates of respiratory symptoms in a cohort of Swiss adults (SAPALDIA). Am J Respir Crit Care Med 2009; 179:579-87.
- Schuler D et al. La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012 (Obsan Rapport 52). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2012.

Seematter-Bagnoud L et al. Le futur de la longévité en Suisse. Office fédéral de la statistique, Berne, 2009

Smith C et al. Patients âgés vulnérables au cabinet: comment les identifier et quelles ressources mobiliser. Rev Med Suisse 2014; 10:2077-80.

Société Suisse de Nutrition (SSN), La pyramide alimentaire suisse. Recommandations alimentaires pour adultes, alliant plaisir et équilibre. Berne, 2011.

Spoerri A et al. Educational inequalities in life expectancy in the german speaking part of switzerland between 1990 and 1997: Swiss national cohort. Swiss med wkly 2006; 136:145-8.

Toch-Marquardt M et al. Occupational class inequalities in all-cause and cause-specific mortality among middle-aged men in 14 European populations during the early 2000s. PLoSOne 2014 ; 9:e108072.

Torriani Hammon C et al. Etude HBSC 2010 sur les comportements des jeunes adolescents : quelques données pour les praticiens. Rev Med Suisse 2013; 9:52-6.

Vallin J et al. Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Population et sociétés. N473, Ined, Paris, 2010.

Vassilakos P et al. Prévention du cancer du col utérin en Suisse: les défis de l'ère vaccinale. Rev Med Suisse 2012; 8:2015-20.

Vaupel J. Biodemography of human ageing. Nature 2010; 464:536-42.

Wang X et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ 2014; 349:g4490.

Warburton DE et al. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006; 174(6):801-9.

Whitehead M et al. What can we do about inequalities in health. The Lancet 1991 ; 338 :1059-63.

Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. ECNP/EBC Report 2011; 21:655-679.

Wolff H et al. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2011; 141:w13165.

Zanetti G et al. Infections nosocomiales en médecine ambulatoire : importance et prévention. Rev Med Suisse 2010; 708-13.

Zellweger U, Bopp M. Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse. Fondation suisse de cardiologie, Berne, 2012.



Vous trouverez ce rapport sur
www.ovs.ch