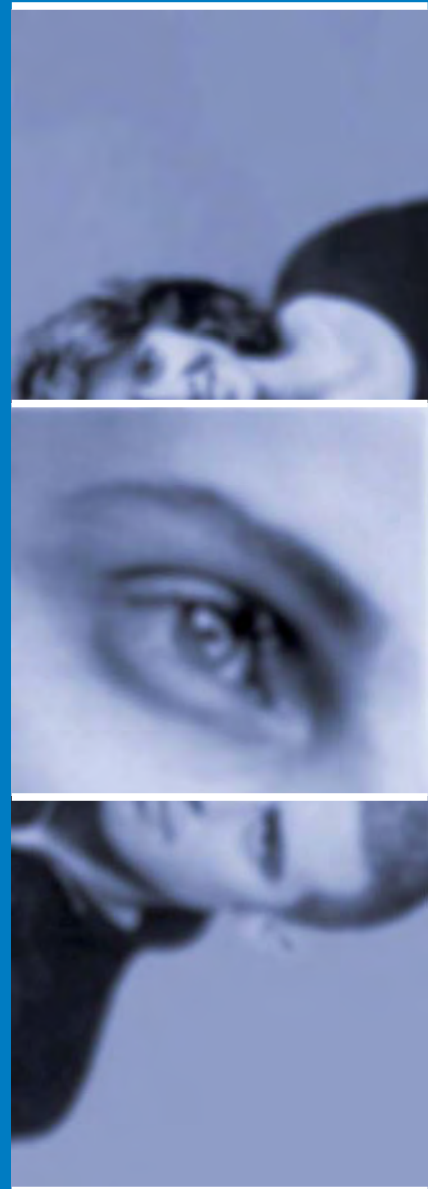


Rapport d'approfondissement Genre et Santé



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Gender equality means equal treatment of women and men in laws and policies, and equal access to resources and services within families, communities and society at large

Gender equity means fairness of treatment for women and men, according to their respective needs.

Table des matières

1	Introduction	8
1.1	Contexte et situation initiale	8
1.2	Choix des thèmes	8
1.3	Procédé et encadrement théorique	9
2	Résultats	11
2.1	Genre et autres déterminants sociaux: parcours de vie et tendance dans le temps	11
2.2	Suicide et violence	16
2.2.1	Suicide – suicidalité	16
2.2.1.1	Suicides au cours du temps	16
2.2.1.2	Suicidalité au cours du temps	17
2.2.1.3	Déterminants des suicides et leur évolution dans le temps	19
2.2.1.4	Spécificité relative au genre en ce qui concerne le recours au soutien et à des aides	21
2.2.1.5	Points principaux	22
2.2.1.6	Recommandations	22
2.2.2	Violence	23
2.2.2.1	Violence et santé, les groupes vulnérables	23
2.2.2.2	Migration et violence: état actuel des informations	24
2.2.2.3	Offres d'aide	25
2.2.2.4	Points principaux	26
2.2.2.5	Recommandations	26
2.2.2.6	Personnes avec handicap: état actuel des informations	26
2.2.2.7	Prévalence des expériences de violence sexuelle des femmes et des hommes avec handicap	28
2.2.2.8	Points principaux	28
2.2.2.9	Recommandations	28
2.3	Santé psychique	29
2.3.1	Stress: Causes et conséquences chez les femmes et les hommes	29
2.3.1.1	Recherche sur le stress	29
2.3.1.2	Le stress dans la population en Suisse	30
2.3.1.3	Rôles multiples, work-life-balance et santé psychique: données suisses	31
2.3.1.4	Points principaux	32
2.3.1.5	Recommandations	32
2.3.2	Santé psychique et besoin d'aide chez les hommes et les femmes: auto-évaluation et interprétation par les professionnels	33
2.3.2.1	Genre et santé psychique: données suisses	33
2.3.2.2	Santé psychique auto-évaluée	33
2.3.2.3	Besoin d'aide et recours aux soins et au soutien	34
2.3.2.4	Soins psychiatriques hospitaliers	35
2.3.2.5	Interprétation de symptômes du côté des professionnels	35
2.3.2.6	Points principaux	36
2.3.2.7	Recommandations	36
2.3.3	Evolution des différences de genre en santé psychique	37
2.3.3.1	Santé psychique auto-évaluée	37
2.3.3.2	Recours aux soins	37
2.3.3.3	Invalidité	37
2.3.3.4	Points principaux	38
2.3.3.5	Recommandations	38
2.3.4	Interaction entre le genre et d'autres déterminants de santé psychique	38
2.3.4.1	Recommandations	39

2.4	Vieillessement en santé/besoin de soins	40
2.4.1	Mortalité et espérance de vie	40
2.4.1.1	Evolution dans le temps	40
2.4.1.2	Différences régionales	40
2.4.1.3	Déterminants sociodémographiques	41
2.4.1.4	Points principaux	42
2.4.1.5	Recommandations	42
2.4.2	Déterminants de la santé des hommes et des femmes selon une perspective portant sur toute la durée de vie	43
2.4.2.1	Comportements de santé	43
2.4.2.2	Comportements vis-à-vis du recours aux prestations médicales	44
2.4.2.3	Masculinité et vieillesse	46
2.4.2.4	Transitions biographiques et événements critiques de la vie	46
2.4.2.5	Relations et soutiens sociaux	47
2.4.2.6	Interaction du genre avec d'autres déterminants de la santé auto-évaluée et des limitations dans la vie quotidienne	48
2.4.2.7	Points principaux	49
2.4.2.8	Recommandations	49
2.4.3	Besoins de soins et soins formels/informels	51
2.4.3.1	Espérance de vie sans handicap et besoins de soins	51
2.4.3.2	Soins informels et formels et aide selon les situations de vie	51
2.4.3.3	Atteintes de santé chez les soignants	53
2.4.3.4	Répercussions de différents modèles financiers de soins sur les hommes et les femmes (question de recherche)	54
2.4.3.5	Points principaux	54
2.4.3.6	Recommandations	55
3	Discussion	56
4	Bibliographie	58

Résumé

Le rapport d'approfondissement *Genre et santé* présente une analyse différenciée selon le genre des trois thèmes suivants : *Suicide et violence*, *Santé psychique* et *Vieillesse en santé/besoin de soins*. Ce rapport doit être utilisable pour la promotion de l'égalité des chances entre les sexes et pour l'amélioration de la qualité du système de santé. Il devrait en plus poser les bases d'une stratégie orientée vers des objectifs, des actions et des solutions dans le domaine Gender Health.

Le rapport se fonde sur le modèle de l'OMS sur l'égalité des chances, qui définit les déterminants sociaux comme «entry points for health investments». Le genre n'est donc pas compris comme une caractéristique isolée et rigide, mais comme le résultat d'une série de processus individuels et structurels. L'analyse selon le genre aborde les changements de santé survenus au cours de ces 10 dernières années et se focalise sur les déterminants pour lesquels des différences de genre sont connues ou qui ont des significations différentes pour les hommes et les femmes. L'attention porte en particulier sur l'interaction du genre avec d'autres déterminants sociaux. Un premier chapitre décrit donc également le développement dans le temps des déterminants sociaux en Suisse dans une perspective de genre et en tenant compte du parcours de vie.

Sous le thème *Suicide et violence*, le développement dans le temps des suicides et de la suicidalité est pris en considération. Les déterminants du suicide et leurs significations pour les hommes et les femmes dans différents groupes d'âge sont présentés en se fondant sur la littérature internationale. Le rapport aborde les données concernant les expériences de violence spécifiques à l'âge et au genre et thématise le besoin de recherche relative aux expériences de violence dans la population migrante et chez les personnes handicapées.

L'analyse selon le genre, sous le thème *Santé psychique*, se penche sur le stress, ses origines et ses conséquences dans la population adulte. Elle indique les liens entre la multiplicité des rôles et le work-life-balance avec le stress et la santé psychique. Aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, les différences de genre concernant la perception de la santé psychique (voir des problèmes psychiques) et la recherche d'aide sont également discutées.

Le chapitre sur le thème *Vieillesse en santé/besoins de soins* analyse l'évolution des différences de genre quant à l'espérance de vie et la mortalité. Il explore dans quelle mesure les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, les transitions de vie, les comportements de santé et les facteurs socioculturels, comme les représentations de la féminité et de la masculinité, influencent la santé des femmes et des hommes âgés. Ensuite, il aborde le besoin de soins ainsi que les soins formels et informels.

Pour ces trois domaines, le rapport propose des recommandations d'action pour la pratique et la recherche. Ces recommandations visent à renforcer davantage une démarche sensible au genre et à l'âge dans les domaines de la Health Literacy, de la promotion de la santé, de la prévention et des soins de santé.

Zusammenfassung

Der Fokusbericht *Gender und Gesundheit* präsentiert für die drei Themenbereiche *Suizide und Gewalt*, *Psychische Gesundheit* und *Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit* eine vertiefte Gender-Analyse. Er soll für die Förderung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen nutzbar sein und Grundlagen für eine ziel-, wirkungs- und problemlösungsorientierte Strategie im Bereich Gender Health liefern.

Der Bericht stützt sich auf das WHO-Modell der Chancengleichheit, welches soziale Determinanten als «entry points for health investments» definiert. Geschlecht wird darin nicht als isoliertes, feststehendes Merkmal verstanden, sondern als Ergebnis einer Vielzahl individueller und struktureller Prozesse. Die Gender-Analyse besteht darin, auf gesundheitliche Veränderungen in den letzten 10 Jahren einzugehen und auf jene Determinanten zu fokussieren, für die Geschlechterunterschiede bekannt sind oder die für Männer und Frauen unterschiedliche Bedeutungen haben. Das Augenmerk liegt insbesondere auf dem Zusammenwirken von Geschlecht mit weiteren sozialen Determinanten. Ein erstes Kapitel beschreibt denn auch die zeitliche Entwicklung sozialer Determinanten in der Schweiz unter Berücksichtigung der Geschlechter- und Lebenszeitperspektive.

Im Themenbereich *Suizide und Gewalt* wird die zeitliche Entwicklung von Suiziden und Suizidalität betrachtet. Suiziddeterminanten und ihre Bedeutung werden anhand internationaler Literatur für Männer und Frauen in verschiedenen Altersgruppen dargestellt. Der Bericht geht auf die Datenlage von geschlechter- und altersspezifischen Gewalterfahrungen ein und thematisiert den Forschungsbedarf bezüglich Gewalterfahrungen in der Migrationsbevölkerung und bei Menschen mit Behinderung.

Die Gender-Analyse im Themenbereich *Psychische Gesundheit* befasst sich mit Stress und Stressursachen beziehungsweise Stressfolgen in der erwachsenen Bevölkerung. Sie weist auf die Zusammenhänge von Mehrfachrollen und work-life-balance mit Stress und mit der psychischen Gesundheit hin. Zudem wird der Geschlechterbezug in der Wahrnehmung psychischer Gesundheit beziehungsweise psychischer Probleme und im Hilfe-sucheverhalten von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen untersucht.

Das Kapitel zum Themenbereich *Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit* analysiert die zeitliche Entwicklung von Geschlechterunterschieden in der Lebenserwartung und bei der Mortalität. Es geht der Frage nach, inwiefern soziodemographische und sozioökonomische Faktoren, biographische Übergänge, das Gesundheitsverhalten und soziokulturelle Faktoren wie Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen die Gesundheit älterer Männer und Frauen beeinflussen. Des weitern geht es auf die Pflegebedürftigkeit und auf formelle und informelle Pflege ein. Der Bericht legt für alle drei Themenbereiche Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung vor. Die Stossrichtung der Empfehlungen geht hin zu einer stärkeren alters- und geschlechterspezifischen Ausdifferenzierung von Ansätzen der Health Literacy, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsbetreuung.

Riassunto

Il rapporto d'approfondimento *Genere e salute* presenta un'analisi di genere per le tre aree tematiche seguenti: *Suicidio e violenza*, *Salute psichica* e *Invecchiare in salute/bisogno di cure*. Il rapporto si propone di sostenere le pari opportunità tra i sessi e il miglioramento della qualità del sistema sanitario. Dovrebbe inoltre fornire le basi per una strategia orientata sugli obiettivi, l'efficacia e la risoluzione di problemi nell'ambito della salute secondo il genere (Gender Health).

Il rapporto si basa sul modello dell'OMS sulle pari opportunità, che definisce i determinanti sociali come «entry points for health investments». Il genere non viene inteso come una caratteristica fissa e isolata, bensì come il risultato di una serie di processi individuali e strutturali. La presente analisi di genere considera i cambiamenti di salute dell'ultimo decennio e si focalizza sui determinanti di cui si sa esistono differenze di genere o che assumono significati diversi per uomini e donne. Particolare attenzione è data all'interazione tra il genere e gli altri determinanti sociali. Il primo capitolo descrive quindi l'evoluzione dei determinanti sociali in Svizzera in un'ottica di genere e di percorso di vita.

Nell'ambito della tematica *Suicidio e violenza* viene trattata l'evoluzione dei suicidi e della suicidalità. Basandosi sulla letteratura internazionale vengono presentati i determinanti del suicidio e il loro significato per uomini e donne in differenti classi di età. Il rapporto esplora inoltre i dati riguardanti l'esperienza di violenza specifica al genere e all'età e tematizza la necessità di ricerca relativa al vissuto di violenza nella popolazione migrante e nei disabili.

L'analisi di genere per la tematica *Salute psichica* tratta lo stress, le sue origini e le sue conseguenze nella popolazione adulta. Indica la relazione tra l'assunzione di ruoli multipli, il work-life-balance e lo stress e la salute psichica. Discusse sono inoltre le differenze di genere, tanto nei giovani quanto negli adulti, nella percezione della salute psichica (rispettivamente dei problemi psichici) e nella conseguente ricerca di un sostegno adatto.

Il capitolo sulla tematica *Invecchiare in salute/bisogno di cure* analizza l'evoluzione delle differenze di genere riguardo alla speranza di vita e alla mortalità. Esplora in che misura fattori sociodemografici e socioeconomici, transizioni biografiche, comportamenti preventivi e fattori socio-

culturali, quali le rappresentazioni della femminilità e della mascolinità, influenzino la salute delle donne e degli uomini anziani. Inoltre tematizza il bisogno di cure, così come il conseguimento di cure professionali e informali.

Per le tre aree tematiche prese in considerazione il rapporto propone delle raccomandazioni d'azione per la pratica e la ricerca. Queste raccomandazioni puntano ad un ulteriore rafforzamento di un approccio specifico al genere e all'età negli ambiti della Health Literacy, della promozione della salute, della prevenzione e delle cure sanitarie.

Summary

The focus report *Gender and Health* presents a deepened gender analysis for the three thematic areas: *Suicide and Violence*; *Mental Health and Healthy Aging/Nursing Care Needs*. It should be useful for promoting equality between the sexes and quality improvements in the health care system, as well as offering a basis for a goal-, effect-, and solution-oriented strategy in the area of gender health.

The report is based on the WHO model of equal opportunity, which defines social determinants as «entry points for health investments». Gender is thereby not understood as an isolated, fixed characteristic, but as the result of a plurality of individual and structural processes. The gender analysis consists in surveying health changes in the last 10 years and focussing on those determinants for which gender differences are known or that have different meanings for men and women. Particular attention is paid to the interaction of gender with additional social determinants. A first chapter hence also describes the time trends of social determinants in Switzerland under consideration of the gender and lifespan perspective.

In the thematic area *Suicide and Violence* the development over time of suicides and suicidality are considered. Suicide determinants and their meaning are represented by means of international literature for men and women across different age groups. The report explores the available information regarding gender- and age-specific experiences of violence and thematizes research needs concerning the experience of violence in the migrant population and amongst people with disability.

The gender analysis in the thematic area *Mental Health* concerns stress as well as causes and effects of stress in the adult population. It points to the interconnections of multiple roles and work-life-balance with stress and mental health. In addition, the relevance of gender to the perception of mental health and psychological problems, as well as the help-seeking behaviour of children/adolescents and adults, is examined.

The chapter on the thematic area *Healthy Aging/Nursing Care Needs* analyses the time trends of gender differences in life expectancy and mortality. It pursues the question, to what extent sociodemographic and socioeconomic factors, biographic transitions, health behaviour and

sociocultural factors – such as conceptions of masculinity and femininity – influence the health of older men and women. Furthermore, it examines the need for nursing care as well as formal and informal care.

The report makes recommendations regarding practice and research for all three thematic areas. The recommendations lean in the direction of a stronger age- and gender-specific differentiation of approaches in health literacy, health promotion, prevention and health care

1 Introduction

1.1 Contexte et situation initiale

La prise en considération du genre comme un déterminant central de santé socioculturel est susceptible de contribuer à améliorer la qualité, et en plus, à supprimer les inégalités entre les sexes, dans le cadre des systèmes de santé (Kolip, Lademann et al. 2006). Dans les années 90, cela s'est traduit surtout par des rapports et par la recherche sur la santé des femmes, ainsi que par la conception d'approches spécifiques aux femmes; et une place de plus en plus importante a été accordée à cette problématique dans les agendas de politique de santé et les documents clés (Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes 1999; WHO Euro, 2001; E. Zemp, Coda 1999);. Entre-temps, la santé des hommes a également été davantage étudiée et de manière plus explicite; une vision relative au genre s'est de plus en plus imposée, laquelle, en outre, essaie de dépasser une représentation des indicateurs de santé qui se contente de comparer les genres (Bird and Rieker, 1993; Doyal, 2000; Hurrelmann and Kolip, 2002; Krieger, 2003). Les analyses relatives aux genres s'occupent des répercussions des conditions sociales ainsi que des processus pour les hommes et les femmes, comme c'est exigé dans le Gender-Mainstreaming. De plus, elles se penchent sur la manière dont de tels développements se répercutent derechef sur la relation au genre. Dans ce contexte, les développements démographiques et sociaux sont d'une grande importance pour les analyses selon le genre. Dans cette perspective, dans les pays industrialisés, les développements mentionnés ci-après sont importants, aussi bien dans le secteur de la santé que celui des genres (Kickbusch, 2006): l'espérance de vie plus élevée, la prépondérance des maladies chroniques en partie évitables, le poids croissant de l'économie de la santé, les nouvelles charges et chances pour la santé, les exigences croissantes, l'augmentation des inégalités sociales devant la santé. En Suisse, durant ces dix dernières années, plusieurs changements et événements pertinents quant au genre ont eu lieu également au niveau légal (entrée en vigueur de la loi sur l'égalité des genres, de la loi sur l'égalité pour les handicapés, de l'assurance maternité, de l'avortement autorisé, révision de la loi sur l'assurance maladie), le développement et la réalisation en augmentation d'activités de prévention spécifiques au sexe (campagnes, projets), d'autres développements sur le style de vie (domaine du tabagisme, activité corporelle, mobilité), changements dans la situation du

marché du travail, dans la population immigrée ou l'établissement à large échelle de nouvelles possibilités de communication. Les conséquences de tels changements pour la santé et leurs effets sur les hommes, les femmes et la relation aux genres sont encore peu examinés. Ce rapport veut apporter sa contribution à une analyse relative au genre.

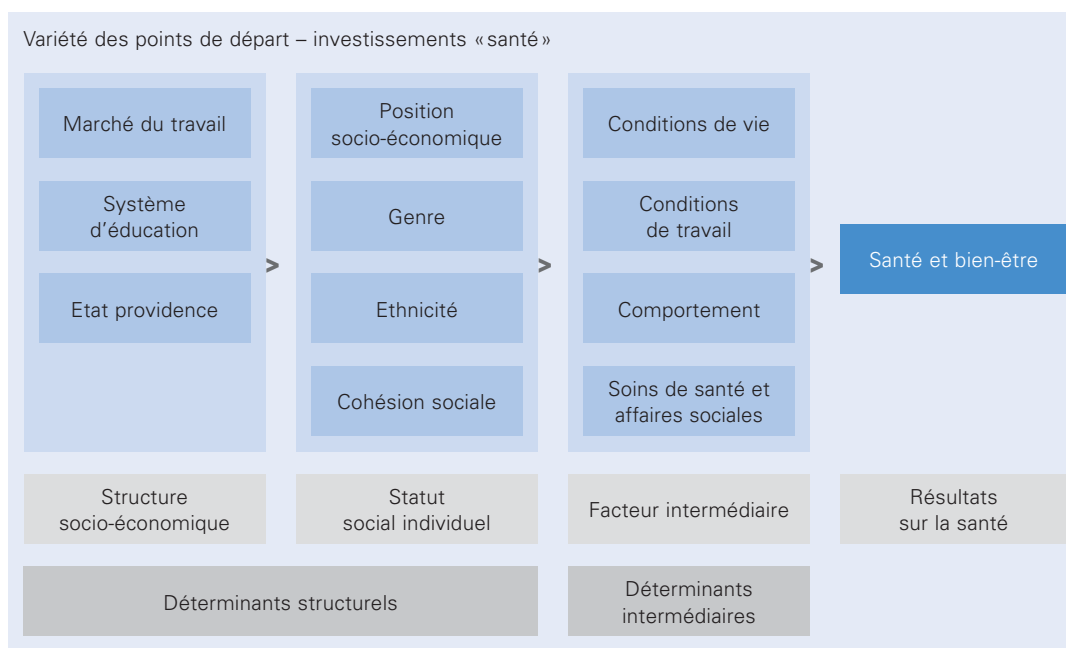
Ce rapport doit pouvoir être utilisé par l'Office fédéral de la santé comme une base pour la planification et la prise de décisions pour l'orientation future dans le domaine Gender Health. Il doit être utilisable au niveau national pour une stratégie orientée vers des objectifs, des actions et des solutions pour le domaine Gender Health. C'est pourquoi, son but est de réaliser une analyse selon le genre approfondie de domaines choisis et pertinents quant au genre et à formuler des recommandations d'action pour la recherche et la pratique.

1.2 Choix des thèmes

Un premier choix de thèmes se fondant sur le Rapport 2006 sur la santé liée au genre en Suisse, dont une consultation ainsi qu'une étude de documents ciblés, a été opéré sur l'initiative de l'Office fédéral de la santé publique. Les critères suivants ont été à la base de ce choix: ordre de grandeur de la problématique en Suisse, potentiel pour l'égalité des chances entre les sexes, potentiel pour des améliorations de la qualité dans les services de santé, potentiel pour la promotion de la santé, la prévention/les compétences de santé, changements au cours du temps depuis 1996, urgence des activités et développements actuels, respectivement mesures dans le domaine légal et institutionnel. Ce premier choix de thèmes a été discuté lors d'entretiens avec des experts et des représentants de l'Office fédéral de la santé publique et a été réduit aux trois thèmes suivants, qui font l'objet de ce rapport, à savoir:

- Violence-suicide
- Santé psychique
- Vieillesse en santé/besoin de soins

Illustration 1 Modèle de l'OMS de l'égalité des chances



Source: OMS (WHO 2005)

1.3 Procédé et encadrement théorique

Dans le préambule du rapport, il a été décidé que, pour ce rapport, les aspects suivants devaient servir de fil conducteur à ce travail:

- Utilisation comme « fil conducteur » des deux objectifs *Introduction de l'égalité des chances de santé entre les sexes et Amélioration de la qualité dans le système de santé.*
- Approfondissement de l'analyse relative à la synergie du genre avec d'autres déterminants de santé (couche sociale, âge, migration et handicap)
- Inclusion des évolutions dans les 10 dernières années (Rapport suisse sur la santé des femmes de 1996 comme cadre de références)
- Prise en considération des différences régionales pertinentes
- Renforcer le potentiel de promotion de la santé
- Montrer des perspectives d'actions (sur le plan de la recherche et de la pratique) pour une stratégie orientée sur la résolution de problèmes, sur des effets et des objectifs.
- Elaboration de graphiques significatifs

Encadrement théorique

Comme cadre théorique, nous avons repris le modèle OMS de l'égalité des chances (WHO 2005). Ce modèle met l'accent sur les déterminants sociaux comme « entry points for health investments ». Il prend comme points de départ, les déterminants de santé structurels, individuels et intermédiaires et situe le genre, de même que d'autres indicateurs sociaux (situation socio-économique, ethnicité, cohésion sociale), entre les déterminants structurels et intermédiaires (illustration 1).

Pour augmenter l'égalité des chances, un investissement accru en ce qui concerne la structure sociale est recommandé (pour la référence conceptuelle, voir à l'adresse ci-dessous:

www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/01422/index.html?lang=de).

Le genre n'est pas compris comme une caractéristique isolée et fixe, mais comme le résultat d'un bon nombre de processus: le genre est constitué d'un côté par des processus au niveau de la structure sociale, d'un autre, il est le résultat de processus se déroulant au niveau individuel. Pour le domaine de la santé, il en découle que les rôles du genre et les facteurs socioculturels associés avec le genre :

- sont également associés aux facteurs de protection et de risque de santé,
- influencent l'accès aux ressources pour le maintien et la promotion de la santé (y compris, l'information, la formation, la technologie et les services de santé),
- influencent la prévalence, la manifestation, le degré de sévérité et le cours des maladies,
- modifient les solutions proposées par le système de santé et
- influencent les rôles que prennent les hommes et les femmes en tant que prestataires de services dans le système de santé (Vlassoff and Garcia Moreno, 2000).

Les hommes et les femmes sont à comprendre comme des groupes sociaux, qui présentent ensemble des expériences, des ressources et des facteurs de risque commun(e)s. Dans le sens de la Public Health, ils sont donc des catégories de population pertinentes en vue d'interventions.

Egalité des chances

Pour l'introduction de l'égalité des chances de santé entre les sexes, les concepts d'équité horizontale et verticale sont centraux. L'équité horizontale (Gijsbergs, Van Vliet, & Kolk, 1996; Raine, 2000; van Doorslaer et al., 2000) exige des prestations de santé pareilles pour les mêmes besoins des hommes et des femmes; l'équité verticale (Davidson & Arber, 2003; Mustard, Kaufert, Kozyrskyj, & Mayer, 1998; Sutton, 2002), par contre, réclame des prestations de santé différentes en cas de besoins différents des hommes et des femmes.

Procédé relative aux thèmes

Pour chacun des trois thèmes, un groupe de travail d'experts suisses a été formé en tant que commission d'accompagnement. Ces groupes se sont réunis à deux reprises: une première fois pour discuter et déterminer les questions de recherche, une deuxième fois pour discuter des résultats et participer à la consultation du rapport.

Comme première étape de travail, une situation de départ, qui a consisté en un court résumé des résultats du Rapport 2006 sur la santé liée au genre en Suisse (Kolip, Lademann, Hanselmann, Jurz, & Mäder, 2006) a été décrite, pour chacun des trois thèmes, et a été complétée par d'autres documents actuels. Ces résumés ont été présentés selon une perspective masculine et féminine, dont des «key points» ont été déduits pour l'analyse selon le genre. Ceux-ci ont été discutés lors des réunions des groupes de travail et ont continué à être développés, avec le recours des experts. Finalement, un plan d'analyse et de travail a été élaboré pour chacun des trois thèmes.

La méthode de travail relative à l'analyse selon le genre consistait à considérer les hommes et les femmes, dans le sens des catégories de Public Health, en tant que groupes de population. Il s'agissait donc avant tout, à côté de la description des prévalences différentes pour les (sous-groupes des) femmes ou les hommes, de trouver ce qui explique de telles différences, respectivement de dégager des points de départ pour des interventions et des phénomènes relatifs au genre. Dans le contexte du cadre théorique, on s'est intéressé notamment à la manière dont le genre interagissait avec d'autres déterminants sociaux. D'un côté, de telles relations ont été présentées au niveau descriptif, pour lesquelles des statistiques et des publications déjà à disposition ont été utilisées. D'un autre côté, des analyses propres ont été réalisées pour certaines questions. On y a adjoint encore d'autres analyses issues de la littérature, si possible d'origine suisse, mais aussi partiellement internationale. De plus, par analogie à l'approche d'Arber (Arber and Cooper 1999), on a examiné, avec les données de l'Enquête suisse sur la santé, la manière dont le lien entre le genre et la santé change, lorsque d'autres déterminants sociaux sont introduits dans les modèles de régression. Les indicateurs à disposition dans les statistiques (de routine) comprennent toutefois souvent des catégories sociales trop grossières, pour pouvoir approcher l'importance de la masculinité et de la féminité. Les sources de données utilisées seront indiquées dans les chapitres séparés. Les différences régionales ont été examinées lorsque la situation des données le permettait. Cependant, cela n'a été le cas qu'à des degrés très divers. C'est pourquoi on n'a pas abordé les différences régionales dans tous les chapitres.

2 Résultats

2.1 Genre et autres déterminants sociaux: parcours de vie et tendance dans le temps

L'interaction du genre et d'autres déterminants sociaux est d'une importance centrale, car les déterminants sociaux ont une signification différente pour les hommes et les femmes. Pour quelques-uns de ces déterminants on a observé des changements au cours de la mutation de la société de ces 10 dernières années. C'est particulièrement frappant lorsque l'on considère ces déterminants dans une perspective portant sur toute la durée de la vie. Les déterminants sociaux choisis, dont la signification relative au genre est abordée dans ce rapport, sont présentés dans ce chapitre.

Vie active et vie privée

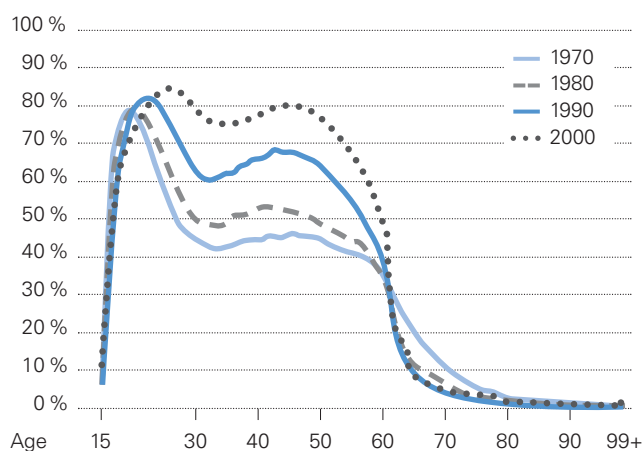
Taux d'activités: Depuis 1990, le taux d'activité chez les hommes de 30 à 65 ans a diminué, contrairement à celui des femmes qui a significativement augmenté, pour un échantillon constant (un tracé en plateau chez les hommes, chez les femmes, il y a deux pics) (illustration 2). Chez les femmes le recul de l'activité professionnelle, qui va de paire avec la fondation d'une famille, respectivement le fait d'être parents, est devenu plus faible et s'est déplacée à un âge plus avancé. De plus, les femmes re-

commencent une activité professionnelle après la pause familiale significativement plus fréquemment. Par contre, chez les hommes, on constate un recul du taux d'activités depuis 1990, plus prononcé chez les jeunes adultes et après 50 ans. Avant 1990, le pourcentage d'hommes restant actifs également après la retraite officielle était bien plus élevé qu'en l'an 2000.

Significativement plus d'hommes que de femmes sont mis à la retraite anticipées (41 % vs 12 %) (Balthasar, Bieri, Grau, Künzi, & Guggisberg, 2003). Alors que chez les hommes, ce sont plutôt des caractéristiques sociales (ménage devenant plus petit, organisation de loisirs actifs), socioprofessionnelles (plus grande entreprise, travail dans certaines branches), et de santé (plus mauvais état de santé) qui expliquent le moment de l'âge de la retraite, chez les femmes, ce sont les motifs socioéconomiques qui prédominent (importance de l'avoir de vieillesse du deuxième pilier). La proportion des personnes forcées de prendre leur retraite anticipée (en tout, environ 30 % de tous ceux à la retraite anticipée) ne présente pas de différences significatives entre les sexes. Chez les femmes, le travail à la maison est la raison la plus importante (53 %) qui les fait renoncer à une activité professionnelle entre 53 et 61 ans.

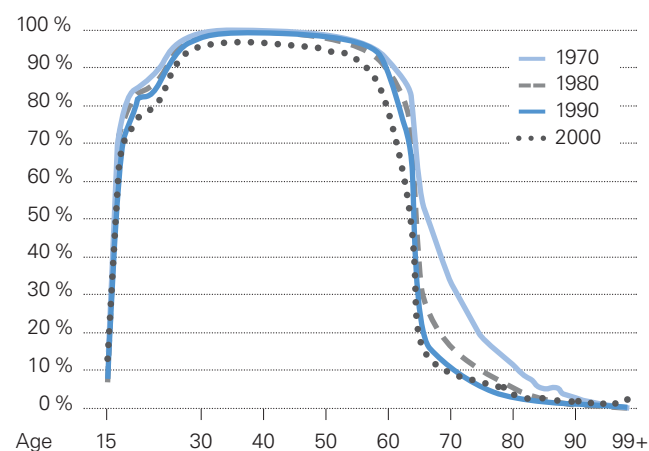
Illustration 2 Evolution dans le temps du taux d'activité par sexe

Femmes



Source: OFS (Office fédéral de la statistique 2004a)

Hommes



Différences entre les sexes dans la vie professionnelle et privée

Le tableau 1 montre un vue d'ensemble des différences entre les sexes d'indicateurs choisis de la vie professionnelle et privée. Ces indicateurs passent pour des déterminants possibles de santé et ont été examinés dans différents travaux suisses (Branger, Gazareth, & Schön-Bühlmann, 2003a; Graf et al., 2007).

Malgré la participation plus importante des femmes sur le marché du travail durant la dernière décennie, les différences entre les femmes et les hommes dans la vie privée et la vie active restent encore considérables. Levy caractérise cette situation de la manière suivante: les hommes ont tendance à participer à la vie familiale dans la mesure où les exigences de leur activité professionnelle le permettent, les femmes participent au monde professionnel dans la mesure où les impératifs de la vie familiale le permettent (Levy 1999).

La structure du travail actif est très fortement marquée par un fossé entre les sexes: les femmes, en particulier les mères, s'orientent de façon prononcée vers du travail à temps partiel, pour concilier la vie familiale et la vie active. Les hommes, en particulier les pères, se sentent contraints de prendre le rôle de celui qui doit nourrir sa famille, de travailler à plein temps et d'acquérir des postes professionnels plus élevés. Par conséquent, concernant les conditions de travail, il existe des inégalités entre les sexes quant au revenu et aux possibilités d'avancement et de carrière.

Les inégalités entre les hommes et les femmes au sein de la famille et du ménage sont aussi prononcées: alors que les hommes assurent le revenu du ménage de manière prépondérante, les femmes assument en grande majorité les tâches ménagères et les soins aux enfants. Les hommes se sentent plus fortement soutenus par leur partenaire que les femmes et sont davantage contents de la répartition des tâches. Ils sont toutefois moins satisfaits que les femmes de la proportion de leur temps libre.

Formation, revenu professionnel, ressources matérielles

Les différences de niveau de formation entre les hommes et les femmes ont diminué au cours du temps (Branger, Gazareth, & Schön-Bühlmann, 2003a). Elles existent avant tout dans les degrés tertiaires, frappent le plus fortement les groupes de population âgée, mais sont aussi présen-

tes chez les jeunes adultes, comme auparavant. Les femmes ne disposent le plus souvent d'aucune formation post obligatoire, alors que les hommes obtiennent plus fréquemment des diplômes de degrés plus élevés. Les différences importantes entre les sexes en ce qui concerne le choix des professions et des disciplines ont à peine changé depuis 1980 (Branger, Gazareth, & Schön-Bühlmann, 2003a): les jeunes hommes se décident plus souvent pour des métiers de la construction, de l'industrie métallurgique et des machines ou des métiers du bois, les jeunes femmes, pour des professions dans les soins du corps ou les traitements curatifs. Dans les professions techniques, les femmes constituent une minorité d'environ un quart, on retrouve cette même proportion pour les hommes dans les domaines de la vente. Dans les professions de bureau, on trouve environ deux tiers de femmes et un tiers d'hommes. Dans les hautes écoles universitaires, les femmes choisissent très rarement les branches techniques, mais beaucoup plus souvent les Sciences sociales ou les Lettres.

Les salaires des femmes sont en moyenne significativement plus bas que ceux des hommes (différence de salaire de 21 % dans l'économie privée, de 10 % dans les administrations fédérales) (Branger, Gazareth, & Schön-Bühlmann, 2003a; Budowski, 2003). Il existe des différences significatives entre les sexes, également lorsqu'hommes et femmes ont une formation similaire, une position professionnelle égale, un même niveau d'exigence du poste de travail. Dans la plupart des branches à bas salaire, 50 % des salariés sont des femmes, voire davantage. Parmi les femmes actives à plein temps, 15 % d'entre elles reçoivent un salaire d'au maximum 3000 francs par mois; parmi les hommes travaillant à plein temps, ils ne sont que 2,7 % dans ce cas. Les femmes matériellement défavorisées sont surtout celles qui luttent seules pour gagner leur vie (surtout des mères élevant seules leur(s) enfant(s) et des retraitées vivant seules). Les femmes sont surtout mal loties en ce qui concerne le troisième pilier. Les femmes reçoivent plus souvent des prestations du système de protection sociale que les hommes. Après conversion en contributions mensuelles, leur revenu provenant de ce système reste pourtant plus bas que celui des hommes. L'une des raisons à cela est leur intégration différente dans le monde du travail, qui est déterminante pour calculer la plupart de ces prestations. L'éloignement du marché du travail semble compter parmi les facteurs culturels les plus importants, accroissant le risque de vivre dans la pau-

Tableau 1 Différences entre les sexes pour des indicateurs choisis de la vie professionnelle et privée en Suisse

	f	m
Vie active		
Travail professionnel	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail professionnel: plein temps	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail professionnel: temps partiel	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail professionnel dans le domaine des prestations de services (santé, éducation, etc.)	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail professionnel dans l'industrie	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Position hiérarchique élevée	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Conditions de travail précaires	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Chômage	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Revenu (à formation et fonction égales)	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Formation continue payée	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Autonomie	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Bas revenus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Satisfaction dans son travail*	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Retraite anticipée	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Retraite anticipée forcée*	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Vie privée: ménage et famille		
Revenu principal	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Famille monoparentale	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Responsabilité des tâches ménagères	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Prise en charge des enfants	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Soins aux enfants malades	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Soutien pratique perçu par le/la partenaire	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Soutien émotionnel perçu par le/la partenaire	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Satisfaction du partage des tâches ménagères/familiales	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Loisirs/travail bénévole		
Proportion auto-estimée du temps libre à disposition	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Participation à des activités d'association	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail bénévole	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Travail bénévole dans un domaine informel	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Insatisfaction concernant le temps libre à disposition	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■

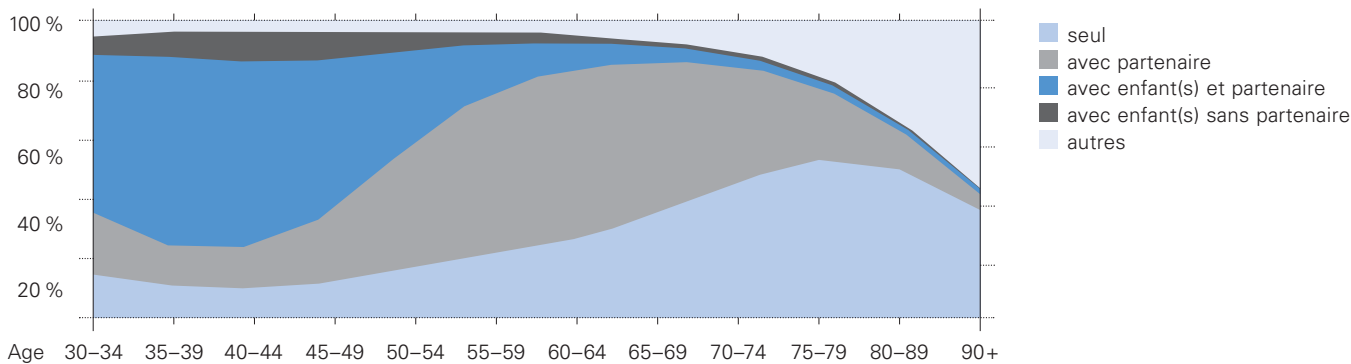
Sources : (Branger, Gazareth, & Schön-Bühlmann, 2003b); (Graf et al., 2007)

- Proportion élevée chez le genre marqué
- ■ Proportion fortement élevée chez le genre marqué
- ■ ■ Proportion très fortement élevée chez le genre marqué

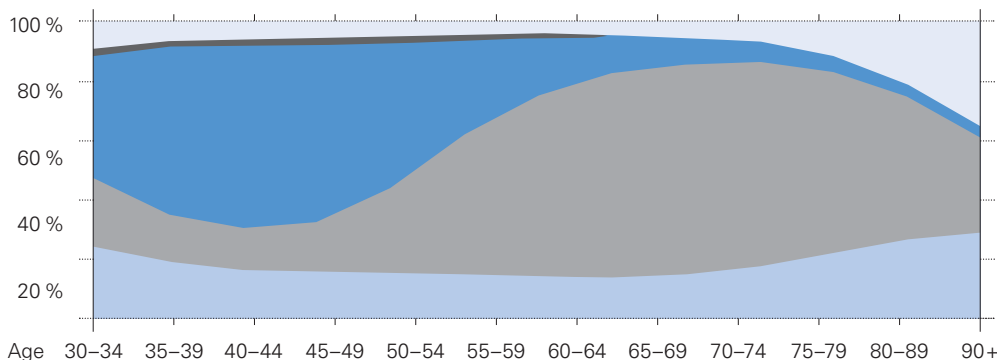
* pas de différence entre les genres

Illustration 3 Population résidante selon le sexe, l'âge et la composition du ménage

Femmes



Hommes



Source: Recensement 2000

veté. Bien que l'indépendance économique des femmes ait tendance à augmenter (Suter 2000), les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre dans la pauvreté, occasionnellement et à long terme, selon des analyses du Panel suisse des ménages (6.3 % vs 2.7 % vivant dans une pauvreté de longue durée, 10.7 % vs 5.3 % dans une situation occasionnelle de pauvreté) (Budowski 2003).

Etat civil/composition du ménage

Chez les plus de 50 ans, la proportion d'hommes mariés est significativement plus grande que celle des femmes, alors qu'elle s'inverse dans le cas du veuvage et du célibat (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). De même, il y a des différences frappantes entre les sexes en ce qui concerne la composition des ménages, en particulier à un âge avancé (illustration 3): la situation qu'un homme vive avec une partenaire se présente plus

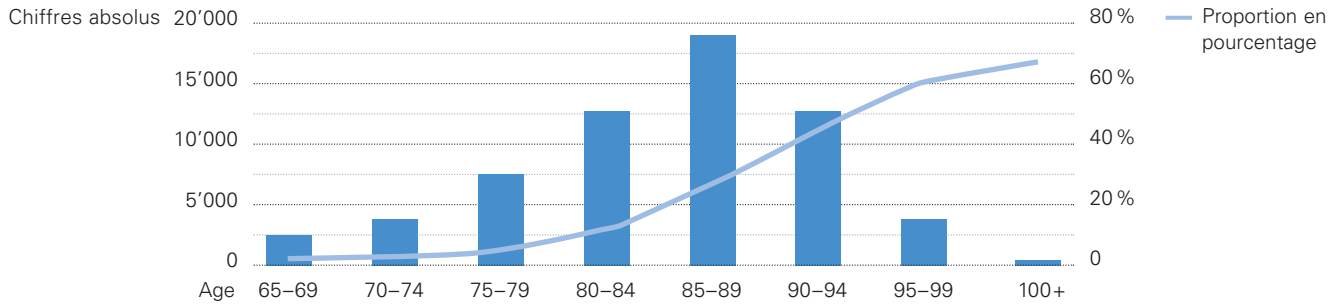
fréquemment que celle d'une femme vivant avec un partenaire. Les femmes âgées surtout vivent beaucoup plus souvent seules que les hommes âgés.

Divorces

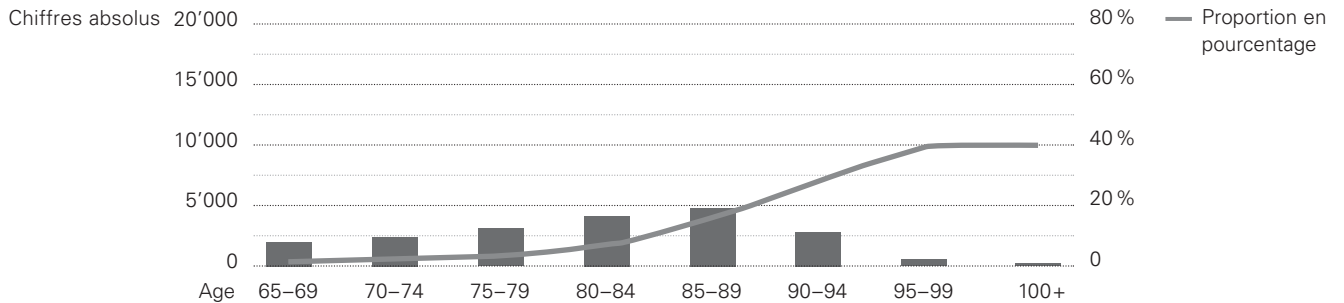
Les chiffres additionnés des divorces s'élevaient à près de 53 % (Office fédéral de la statistique 2007b). La durée moyenne des mariages qui se soldent par un divorce a augmenté, depuis 1970, de 11.6 à 13.8 ans (2004) (Office fédéral de la statistique 2005b). 27 % des hommes et 19 % des femmes ont plus de 49 ans au moment du divorce. Les divorcés se marient souvent dans les premières années qui suivent le divorce (Office fédéral de la statistique 1998). Cela touche en particulier les hommes qui, majoritairement, contractent un nouveau mariage dans les premières années après le divorce. Les femmes divorcées, leur âge augmentant, se remarient plus rarement.

Illustration 4 Nombre absolu et proportion en pourcentage des personnes qui vivent dans des ménages collectifs, selon l'âge et le sexe

Femmes



Hommes



Source: Recensement 2000 (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005)

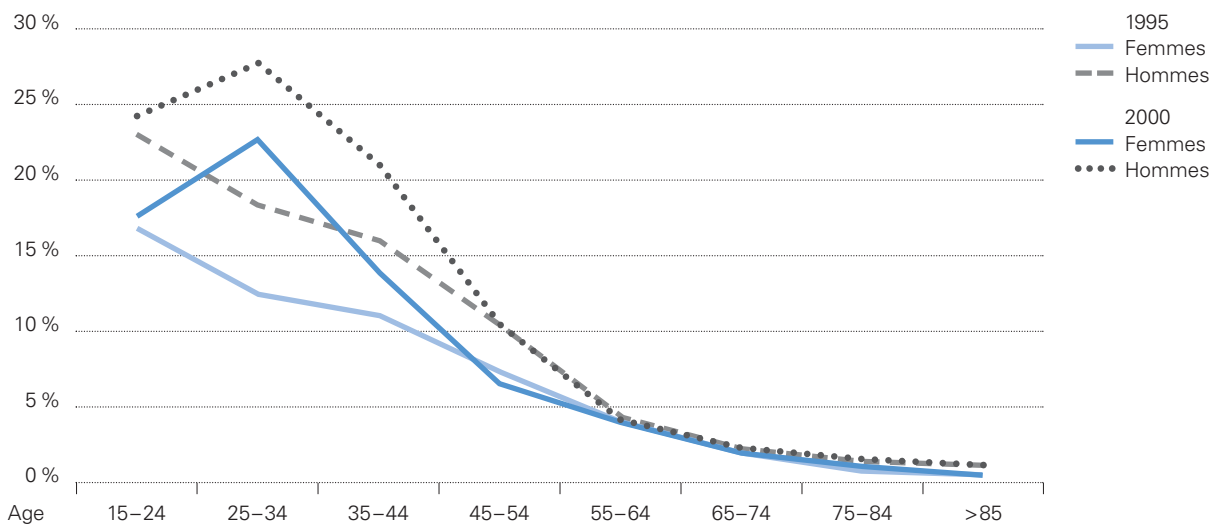
Veuvage

Le risque d'un veuvage est aujourd'hui beaucoup plus important pour les femmes que pour les hommes, vu l'espérance de vie plus longue des femmes et l'âge des époux qui est plus élevé la plupart du temps. Pour 70 % des mariages qui se terminent par la mort, ce sont les femmes qui deviennent veuves (Office fédéral de la statistique 2005b). L'âge moyen au moment du veuvage était, en 2001, de 69.5 ans pour les femmes et 72.6 ans pour les hommes (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). Les hommes âgés ont aussi un taux de remariage plus élevé que les femmes (10 % de tous les veufs contre 2 % de toutes les veuves) (Höpflinger, 2001). Les raisons de ce fait peuvent en être soit le nombre plus restreint d'hommes disponibles, soit des considérations d'ordre financier (perte de la rente de veuve), ou encore motifs psychologiques (aucune motivation à vivre une nouvelle situation de soins) peuvent jouer un rôle (Carr, 2004).

Vivre dans des institutions médico-sociales

Significativement plus de femmes que d'hommes (en nombre absolu et relatif) habitent dans des institutions médico-sociales (home pour personnes âgées, centres de soins, institutions pour personnes handicapées) (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). La proportion des personnes qui vivent dans des institutions médico-sociales augmente davantage avec l'âge chez les femmes que chez les hommes (illustration 4). Après avoir atteint l'âge de 95 ans, plus de femmes, mais pas plus d'hommes, vivent dans les institutions médico-sociales qu'à la maison.

Illustration 5 Proportion du suicide sur le nombre total des cas de décès en 1995 et 2000, selon les groupes d'âge et le sexe



Source: Statistique des causes de décès (Office fédéral de la statistique, 2004b)

2.2 Suicide et violence

Les raisons principales d'une analyse selon le genre approfondie du suicide et de la violence sont d'une part l'ampleur du problème: les suicides et les actes violents comptent, à côté des maladies chroniques, parmi les causes de décès les plus importantes. D'autre part, dans ce domaine, on trouve des différences entre les sexes frappantes typiques, dont il est possible de discerner le potentiel pour l'égalité des chances et la prévention. Une importance particulière, selon une perspective de genre, est à attribuer au phénomène d'actes violents contre soi-même et à l'égard des autres, car il est en lien étroit avec le concept de la masculinité (Courtenay 2000).

Ce chapitre thématise de manière prépondérante le lien qu'il y a entre le genre et les suicides et la suicidalité. En ce qui concerne le thème de la violence, l'expérience de la violence en lien avec la migration et le handicap constituera le point central de notre approche. Sur d'autres aspects de la violence, par exemple violence domestique ou violence chez les jeunes, il existe déjà divers rapports à ce propos (Commission fédérale pour les questions féminines 2005; M Eisner, Ribeaud, & Bittel, 2006; Gillioz, Gramoni, Margairaz, & Fry, 2003; Gloor & Meier, 2004; Godenzi, 1993; Service de lutte contre la violence 2007). En ce qui concerne le domaine de la violence

sexuelle et le handicap, on démontre la nécessité d'entamer des recherches et d'agir, vu le manque actuel de données à cet égard.

2.2.1 Suicide – suicidalité

Les taux de suicides en Suisse sont parmi les plus élevés au niveau international. Vu le nombre total des suicides d'hommes significativement plus important, ce thème est habituellement considéré comme un « problème masculin ». Pourtant, si l'on prend en considération l'évolution temporelle des données de suicides et si l'on inclut la suicidalité ou tendances suicidaires (pensées de suicide, tentative de suicide, comportement agressif contre soi-même), il devient évident que ce thème concerne les deux sexes.

2.2.1.1 Suicides au cours du temps

En l'an 2000, les suicides représentaient un quart des décès chez les hommes de moins de 45 ans et un cinquième chez les femmes du même âge (illustration 5). Les statistiques officielles des suicides pourraient cependant sous-estimer le nombre de suicides effectifs. Des suicides ignorés se cachent en particulier derrière des causes de décès par accident de la circulation, par drogue et celles de mort inexpliquée. Durant la période de 1995-97, 66 % de tous les cas mortels survenus chez les jeunes étaient en rapport avec des actes de violence (y compris les cas de mort par accident), avec un rapport entre les sexes

Tableau 2 Nombre absolu des suicides et des taux de suicides, selon l'âge et le sexe, 1995-99 et 2000-04 (valeurs moyennées)

Chiffres absolus/année	Age	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>85	Total
1995-99	Femmes	23.6	41.0	59.0	71.2	58.2	58.6	45.6	27.6	384.8
	Hommes	96.6	147.4	164.2	183	138.6	111.8	101.0	40.8	983.4
2000-04	Femmes	22.0	35.0	57.8	68.6	79.2	57.2	60.0	39.0	418.8
	Hommes	78.8	111.0	157.8	167.8	140.2	106.8	103.8	52.6	918.8
Taux de mortalité/100'000	Age	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>85	Total
1995-99	Femmes	5.7	7.2	10.9	14.7	15.4	18.3	21.0	29.0	10.6
	Hommes	22.7	26.2	29.5	37.1	38.8	44.6	76.9	111.0	28.5
2000-04	Femmes	5.3	6.7	9.7	13.7	18.9	17.6	25.3	37.8	11.3
	Hommes	18.3	21.9	26.0	33.1	33.9	40.4	70.4	125.2	25.9

Source: Statistique des causes de décès (Office fédéral de la statistique, 2004b)

(hommes : femmes) de 3.5:1 (Schlueter, Narring, Munch, & Michaud, 2004). La proportion relative des suicides dans les causes de décès a augmenté par rapport à 1995, bien que le nombre des suicides en valeur absolue de ce groupe d'âge soit en recul (tableau 2). Il pourrait s'agir d'une augmentation relative, qui serait due au recul des autres causes de décès. Par contre, la proportion des suicides sur le nombre total des causes de décès diminue avec l'âge, car les autres causes de décès passent en avant plan. On trouve le nombre absolu le plus élevé de cas de suicides chez les personnes d'âge moyen (34 à 64 ans) et le taux de suicides le plus élevé, chez les personnes âgées (tableau 2).

Les taux de suicide ont augmenté depuis 1970, ont atteint un point culminant dans les années 1980, puis ont diminué chez les hommes et les femmes. Actuellement, on observe un accroissement des taux de suicide ainsi que du nombre absolu de suicides de femmes, qui touche essentiellement les femmes de 55 à 64 ans et de plus de 75 ans. Chez les hommes, qui enregistrent un taux de suicide significativement plus élevé dans tous les groupes d'âge, la tendance est à la baisse, sauf une augmentation en ce qui concerne les plus de 85 ans. L'augmentation des suicides à un âge avancé peut avoir un rapport avec une augmentation des suicides assistés. De 1999 à 2000, cela représente chez les hommes et les femmes de plus de 65 ans, respectivement un huitième et un tiers des suicides (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). Du fait des taux de suicide élevé à un âge avancé, on s'attend à une augmentation du nombre absolu des cas de suicide dans le développement démographique actuel.

Le rapprochement lent des taux de suicide des hommes et des femmes est à attribuer essentiellement à un recul plus fort des taux chez les hommes. Le rapport actuel entre les hommes et les femmes se monte à 2.5:1, alors qu'il y a 100 ans, il se situait encore à 6:1 (Ajdacic-Gross, 1999). Les causes possibles sont à attribuer à une amélioration du diagnostic et de la thérapie des risques de suicide.

2.2.1.2 Suicidalité au cours du temps

La suicidalité comprend, à côté des suicides, également les tentatives de suicide, les pensées de suicide et, en partie, les comportements agressifs envers soi-même. La prévalence des tendances suicidaires représente une mesure de ceux potentiellement à risque du suicide.

Dans le cadre d'une étude multicentrique de l'OMS/EURO sur le parasuicide, il a été estimé, qu'en Suisse, environ 10'000 tentatives de suicide étaient traitées médicalement chaque année, les femmes significativement plus souvent (environ 6'000 femmes contre environ 4'000 hommes) (D De Leo & Evans, 2004). La prévalence sur la durée d'une vie des tentatives de suicide se monte en conséquence à 10 %. La prévalence des tentatives de suicide, dans la mesure où elle repose sur des données hospitalières, est cependant sous-estimée (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). Le recensement de la Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH) de 1992 et 2002 (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994) donne une prévalence plus élevée des tentatives de suicide et révèle une divergence concernant l'assistance médicale après les tentatives de suicide qui ont eu lieu. Les différences entre les sexes sont prononcées en ce qui

Tableau 3 Tendence suicidaire chez les 15–20 ans en Suisse en 1992 et 2002 (proportion des réponses par oui)

	1992		2002	
	Femmes (%) N=3993	Hommes (%) N=5275	Femmes (%) N=3380	Hommes (%) N=4040
Dans les 12 derniers mois: Avez-vous pensé au suicide ?	37,3	27,3	21,4	15,4
Y a-t-il des moments durant lesquels vous vouliez vous suicider ?	21,9	13,6	16,7	9,8
Vous seriez-vous suicidé si vous en aviez eu l'occasion ?	5,4	4,2	4,9	3,2
Avez-vous songé à une méthode vous suicider ?			22,4	17,9
Avez-vous tenté de de vous suicider ?	3,9	2,3	3,4	1,6
Avez-vous communiqué la tentative de suicide à des amis ou aux parents ?	39	38,3	34	29
Dans votre vie, avez-vous déjà commis une tentative de suicide ?			8,2	3,2

Source: SMASH 1992 et 2002 (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994)

concerne les tendances suicidaires: pensées de suicide, intentions momentanées de suicide, pensées sur une méthode de suicide et tentatives de suicide sont indiquées plus fréquemment par les femmes de 15 à 20 ans que par les hommes du même âge (tableau 3) (Francoise Narring et al., 2004). Les auto-agressions, avec ou sans intention mortelle, sont généralement plus fréquentes chez les jeunes filles (Fortune & Hawton, 2005; Hawton et al., 2003; Portzky & van Heeringen, 2007; Sourander et al., 2006). Entre 1992 et 2002, on distingue différentes fréquences en ce qui concerne les tendances suicidaires: alors que les pensées de suicide ont régressé de presque moitié chez les jeunes en général, la prévalence des tentatives de suicide n'a que peu reculé, de façon un peu plus prononcée chez les jeunes hommes. De plus, en 2002, plus de jeunes femmes que d'hommes ont indiqué qu'elles auraient communiqué la tentative de suicide à des ami(e)s ou aux parents, que ce n'était le cas lors de la précédente recherche (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994).

Pour les différences entre les sexes dans le cas de suicides réussis et de tentatives de suicide, le choix de la méthode est proposé et discuté comme explication. Les femmes choisissent plus souvent que les hommes, également en Suisse, les méthodes dites « douces », qui, pendant un certain laps de temps permettent au personnel médical d'intervenir avec une plus grande chance de succès. C'est

le cas de l'empoisonnement (24.5 %/9.4 % des suicides réussis dont la majorité par ingestion de médicaments). Les autres méthodes fréquentes de suicide chez les femmes sont: la noyade (17.7 % versus 5.6 %) ou se jeter d'une hauteur (17 % versus 7.4 %. Les hommes, par contre, optent plutôt pour des méthodes « dures », qui, de par leur dangerosité immédiate, rendent plus difficile une intervention extérieure efficace susceptible de les sauver. Les armes à feu en est une (32 % des hommes contre 3.9 % des femmes) ou la pendaison (28 %/19 %), mais ils peuvent aussi choisir de se jeter d'une hauteur (Office de la santé publique 2005). Du fait du choix de la méthode lors de tentatives de suicide, l'intention suicidaire des tentatives de suicide des femmes a été occasionnellement remise en question (Beautrais 2002). Souvent cependant, les suicidants ne sont pas à même d'estimer l'effet de la méthode. En Asie et en Amérique du Sud disposant de soins d'urgence en comparaison plus mauvais, les suicides chez les jeunes filles et les jeunes hommes sont de la même fréquence (Beautrais, 2002; Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001). L'étude multicentrique OMS/EURO met en exergue que le choix de la méthode est plutôt une affaire de culture. Une augmentation partielle, à surveiller, des suicides chez les jeunes filles par le biais de méthodes « masculines » signifie que le lien culturel associé au sexe est en mutation (Beautrais 2003). De plus, le choix

des méthodes est dépendant de leur disponibilité et de l'acceptation socioculturelle inégale pour les hommes et les femmes des méthodes de suicide (Ajdacic-Gross, communication personnelle, Olten 2007). Ce phénomène est également en train de subir une mutation.

Des études réalisées aux Etats-Unis ont montré que le comportement suicidaire des femmes et des hommes est jugé différemment (Moller-Leimkuhler, 2003). Les hommes ayant commis une tentative de suicide étaient moins respectés par ceux de la même classe d'âge que les hommes après un suicide réussi, car ces derniers étaient considérés comme davantage en accord avec le rôle masculin traditionnel. Ces jugements socio-moraux, sexospécifiques différents des suicides pourraient aussi expliquer une partie des différences entre les sexes en ce qui concerne les comportements suicidaires et les méthodes de suicide (Beautrais 2002). L'influence des normes sociales se perçoit aussi dans l'influence du chômage. Pour les hommes, celui-ci représente un plus grand risque de suicide que pour les femmes qui peuvent mieux justifier leur chômage par leur rôle traditionnel de femmes, alors que les hommes sont beaucoup plus fortement secoués dans leur image (Hawton 2000). En outre, pour expliquer la différence entre les sexes dans la fréquence du suicide, des différences en psychopathologie¹ sont avancées, de même que la tendance plus grande des femmes à chercher de l'aide (Beautrais 2002) (voir aussi chapitre sur la santé psychique).

Si l'on considère les suicides et les tentatives de suicide séparément, la forte surmortalité par suicide des hommes frappe par rapport à celle des femmes. En ce qui concerne les tentatives et les pensées de suicide, et la morbidité élevée qui en résulte, on remarque que les femmes sont davantage touchées. La prise en considération globale des suicides et de la suicidalité, ne présente que peu de différences entre les sexes.

2.2.1.3 Déterminants des suicides et leur évolution dans le temps

Les suicides sont des événements multifactoriels et reposent sur différents déterminants (tableau 4). Selon la situation actuelle des données, les déterminants pour les suicides et les tentatives de suicide ne se distinguent pas essentiellement les uns des autres. Chez les hommes et

les femmes dans tous les groupes d'âge, ce sont les psychopathologies qui représentent les facteurs de risque les plus fréquents du suicide et de la tentative de suicide (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). Des facteurs psychosociaux ont également été mis en évidence (Hawton 2000). Les facteurs de risque de suicide spécifiques aux femmes ont été rarement examinés en comparaison, car les femmes, vu le petit nombre de suicides réussis, sont sous-représentées dans les études post-mortem. Les quelques rares études indiquent des facteurs de risques spécifiques aux femmes qui sont liés à la reproduction, par exemple événements traumatiques comme l'avortement, la fausse-couche le décès d'un enfant à la naissance ou le syndrome prémenstruel (Appleby, Mortensen, & Faragher, 1998; David M. Fergusson, Horwood, & Ridder, 2006; Saunders & Hawton, 2006). De plus, il y a une série de facteurs de risque psychosociaux, auxquels les femmes sont plus souvent exposées, par exemple, la violence sexuelle ou domestique (Beautrais 2006) ou l'accueil en foyer en période de vieillesse (voir chapitre vieillissement/besoins de soins). Le développement sexuel par définition représente une phase de vie instable. Les écarts dans le temps du développement sexuel « normal » sont associés à des tendances suicidaires pour les deux sexes (Kaltiala-Heino, Kosunen, & Rimpela, 2003; Michaud, Suris, & Deppen, 2006; Wichstrom, 2000). L'homosexualité également, en particulier chez les jeunes hommes, est associée à des tendances suicidaires dans l'adolescence (Silenzio, Pena, Duberstein, Cerel, & Knox, 2007).

Les différences spécifiques au genre et à l'âge des déterminants de suicide reposent avant tout sur des différences dans le degré des associations ou dans les prévalences. Le tableau 4, se fondant sur la littérature internationale, rassemble de manière synoptique les déterminants de suicide établis par sexe pour différentes tranches d'âge. Une grande partie des déterminants sont soumis à une mutation temporelle et sociale. Quelques-unes de ces tendances indiquent un accroissement du risque: ainsi, en comparaison à 1990, la proportion de personnes seules a tendance à être plus importante en 2005 (de par des mariages plus tardifs; plus significativement chez les femmes) ainsi que la part de personnes divorcées et veuves (plus fréquent chez les femmes). Chez les hommes, cette proportion reste stable, du fait de leur taux de remariage plus élevé. Les taux d'activités chez les hommes montrent une tendance au recul depuis 1990, plus prononcée chez les jeunes adultes et après 50 ans. Le taux de

¹ Différences dans la prévalence des troubles affectifs, consommation de produits de dépendance et comportement antisocial (Beautrais 2002)

Tableau 4 Déterminants de suicide selon les groupes d'âge et le sexe

		Femmes	Hommes
15–25 ans Jeunes	Diagnostic psychiatrique	Précédente tentative de suicide (prév. >F) Dépression (prév. >F) Troubles de compulsions/alimentaires	Précédente tentative de suicide Dépression Maladie de dépendance (prév.>M)
	Environnement social	Facteurs de risque: Problèmes relationnels (ass. >F) Problèmes familiaux Mauvaises prestations scolaires Comportement de dépendance/Alcool (ass.>F) Facteurs de protection: Soutien social (prév >F) Utilisation d'aides professionnelles (prév. >F)	Facteurs de risque: Problèmes relationnels Problèmes familiaux Bas revenus (apprentissage) Comportement de dépendance/alcool (prév.>M) Facteurs de protection: Soutien social Utilisation d'aides professionnelles
	Expérience de violence:	Facteurs de risque: Violence sexuelle (ass. >F, prév. >F) Violence physique	Facteurs de risque: Violence sexuelle/Violence physique humiliation (ass. >M, prév. >M)
	Développement de la puberté	Facteurs de risque: Puberté précoce (ass. >F)	Facteurs de risque: Puberté précoce Homosexualité (ass. >M)
26–64 ans Adultes	Diagnostic somatique	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses, caractéristiques reproductives	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses
	Diagnostic psychiatrique	Précédente tentative de suicide Dépression, troubles névrotiques Troubles de la personnalité/de compulsions Comportement de dépendance/ alcool (ass.>F) Troubles alimentaires (prév. >F)	Précédente tentative de suicide Dépression Troubles de la personnalité/ de compulsions Comportement de dépendance (prév. >M) Maladies de dépendance (prév. >M)
	Facteurs sociaux/familiaux	Facteurs de risque: Crises: séparation/divorce Aspects du travail professionnel Haut degré d'urbanisation Facteurs de protection: Parenté (pour F protection plus longue) Soutien social (prév. >F) Utilisation d'aide professionnelle (prév. >F)	Facteurs de risque: Crises: séparation/divorce (ass. >M) Aspects du travail professionnel Chômage (ass. >M) Facteurs de protection: Parenté (pour M protection plus courte) Soutien social (prév. <M!) Haut degré d'urbanisation Utilisation d'aide professionnelle
>64 ans Age de la retraite/ grande vieillesse	Diagnostic somatique	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses
	Facteurs psychiatriques	Dépression, état anxieux Troubles des fonctions cognitives Prise de tranquillisants	Dépression, état anxieux Troubles des fonctions cognitives Prise de tranquillisants
	Facteurs sociaux	Facteurs de risque: Veuvage (prév. >F) Placement dans une institution (prév.>F)	Facteurs de risque: Veuvage Placement dans une institution

Légende:
 ass.= association avec tendance suicidaire; prév.=prévalence dans la population;
 prév.> M: la prévalence chez les hommes est plus grande prév. >F:
 la prévalence est plus grande chez les femmes; <: plus petite

Source: (Beautrais, 2002, 2006; D De Leo & Evans, 2004; D. De Leo et al., 1999; D. M. Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003; D. M. Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Franko & Keel, 2006; Hawton, 2000; Hawton & Van Heeringen, 2002; Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001; Mean, Righini, Narring, Jeannin, & Michaud, 2005; Moller-Leimkuhler, 2003; Pitkala, Isometsa, Henriksson, & Lonqvist, 2000; Qin, Agerbo, Westergaard-Nielsen, Eriksson, & Mortensen, 2000; Ruckebauer, Yazdani, & Ravalgia, 2007; Scocco, Meneghel, Caon, Dello Buono, & De Leo, 2001; Silenzio, Pena, Duberstein, Cerel, & Knox, 2007; Steinhausen & Metzke, 2004; Wichstrom, 2000)

chômage des 14 à 25 ans des deux sexes a augmenté d'un bon 2 % à quelque 5 %. Chez les femmes, par contre, le taux d'activités a augmenté (voir aussi chapitre 2.1), car le recul accompagnant la fondation de la famille respectivement le fait d'être parents, a diminué, et les femmes reprennent significativement plus souvent une activité professionnelle après la pause familiale. Cependant l'activité professionnelle se trouve en pleine mutation, de sorte que, sans de nouvelles analyses, également à propos des aspects liés au risque et à la protection de l'activité professionnelle, il n'est pas possible de juger des effets de cette tendance sur la fréquence du suicide. Depuis 1986, les comportements à risque favorisant le suicide, par exemple la consommation d'alcool, sont en augmentation chez les jeunes de 15 à 16 ans, alors qu'ils sont en régression chez les 11–12 ans. Entre 1986 et 2002, la différence entre les sexes quant à la consommation d'alcool s'est amoindrie: d'environ 2.4 %/1 % (jeunes hommes/jeunes filles), la proportion est passée à 1.5 %/1 % (Francoise Narring et al., 2004). Chez les adultes, il y a un recul général de la consommation d'alcool, mais les changements dans le temps sont hétérogènes dans les groupes de formation et d'âge séparé (Office fédéral de la statistique 2005c).

D'autres déterminants indiquent une amélioration du profil de risque des hommes et des femmes. Alors que les prestations ambulatoires pour le traitement de problèmes psychiques n'ont pas changé essentiellement (pas de changement chez les femmes, augmentation de 1 % chez les hommes), il y a une augmentation des taux d'hospitalisation en 2004 par rapport à 1998. (de 5 à 8/100'000). Dans les groupes d'âge, pour lesquels les taux d'hospitalisation sont les plus élevés nous trouvons une augmentation particulièrement significative (de 8 à 11/100'000 habitants et de 5 à 9/100'000 habitantes) (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). On ne sait pas si et dans quelle mesure ces tendances-ci et d'autres concernant les déterminants psychosociaux contribuent au développement des taux de suicide et spécialement à la dynamique des différences entre les sexes: cet aspect-là n'a en effet pas fait l'objet, jusqu'ici, de recherche en Suisse. De tels liens au niveau individuel devraient être analysés dans des études longitudinales.

2.2.1.4 Spécificité relative au genre en ce qui concerne le recours au soutien et à des aides

Dans tous les groupes d'âge, il existe des différences entre les sexes dans la disposition à demander de l'aide et à l'accepter. Les femmes voient généralement plus souvent des médecins et elles disent recevoir plus de soutien émotionnel (voir aussi chapitre 2.3). Alors que les femmes s'appuient à peu près de la même manière sur différentes personnes de leur entourage (partenaire, enfants, parents et ami(e)s), les hommes trouvent de loin la plus grande source de soutien auprès de leur partenaire (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007).

En Suisse, il existe une vaste palette d'offres pour les personnes risquant de se suicider ou après une tentative de suicide: des aides ambulatoires et hospitalières, médicales ou psychologiques, des communautés d'intérêt, des lieux d'accueil. Ces institutions se concentrent, en fonction de la demande, de manière prépondérante sur le traitement et l'intervention de crise (Stoll & Weil, 2004). Les jeunes gens et les jeunes adultes représentent le groupe cible principal. Le groupe des 34 à 64 ans (le nombre le plus élevé de cas de suicide) et les retraités (taux de suicide le plus élevé) sont rarement cités explicitement comme groupe cible. Les destinataires de la prévention sont aussi bien le personnel médical que les médecins installés et la population, dans le but d'améliorer la détection et le traitement des personnes à risque de suicide (par exemple l'Alliance contre la dépression). Une étude de l'Observatoire suisse de la santé a montré un manque d'informations en ce qui concerne la santé psychique chez les personnes d'âge moyen (Meyer & Ricka, 2005). Bien que la différence entre les sexes dans la prévalence de la suicidalité et les facteurs de risque ait été mis en évidence clairement par des études, dans une étude sur la prévention du suicide en Suisse, il n'a malgré tout pas été demandé s'il y avait des différences de genre et des approches spécifiques au genre (Stoll & Weil, 2004). Cette omission documente l'immense aveuglement en ce qui concerne la différence entre les sexes dans le domaine de la suicidalité, ce, même dans les cercles de spécialistes.

La divergence entre le nombre des tentatives de suicide et la fréquence d'une prise en charge médicale/psychologique ou la communication à des amis et parents dénote une certaine insouciance vis-à-vis des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les jeunes et certes, aussi bien du côté des personnes concernées que des professionnels. L'état actuel de l'information montre pour-

tant la nécessité de prendre au sérieux les tendances suicidaires, également dans leurs conséquences sur la santé apparemment insignifiantes, et de réorienter la prévention sur les particularités spécifiques au sexe et à l'âge.

2.2.1.5 Points principaux

- La suicidalité, y compris les pensées de suicide, les tentatives de suicide et les suicides effectivement commis, est un thème important de santé et de prévention pour les deux sexes à chaque âge. Durant la jeunesse, les suicides constituent entre un cinquième (femmes) et un quart (hommes) de toutes les causes de décès. Dans la tranche d'âge moyen, on trouve le nombre le plus élevé de cas de suicide et à un âge avancé, on constate le taux de suicide le plus important chez les hommes et les femmes.
- La suicidalité entraîne une morbidité élevée (F>H) et une mortalité élevée (H>F).
- Les taux de suicide des hommes et des femmes se rapprochent, bien que ce rapprochement intervienne avant tout par le biais d'un recul plus important des taux de suicide dans la population masculine – qui continuent néanmoins à être élevés.
- La prévalence différente des méthodes de suicide des hommes et des femmes est l'une des explications de la plus grande fréquence des suicides réussis chez les hommes.
- Malgré des taux de suicide globalement en régression, les taux augmentent dans des groupes d'âge séparés: chez les femmes de 55 à 64 ans et de plus de 75 ans et les hommes de plus de 85 ans.
- Les suicides durant la vieillesse, en particulier chez les femmes, sont commis souvent au moyen d'une assistance. Il s'agirait ici de trouver si ces personnes se distinguent d'une façon ou d'une autre des autres suicidés du même âge, dans le but d'élaborer des offres de prévention spécifiques.
- Les déterminants les plus fréquents de la suicidalité sont les maladies psychiatriques de base, qui pourraient être davantage diminués par un meilleur dépistage et une thérapie.
- La spécificité selon le sexe des déterminants de la suicidalité repose essentiellement sur des prévalences différentes et des associations de degrés différentes. Mais il existe aussi quelques déterminants spécifiques au genre.

– Les déterminants psychosociaux sont soumis partiellement à une mutation temporelle et sociale qui a aussi des conséquences sur la dynamique de la différence entre les sexes et le nombre absolu des suicides.

2.2.1.6 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH1 Information et sensibilisation des professionnels en ce qui concerne les déterminants du suicide spécifiques au sexe et à l'âge et les comportements de recours à l'aide.

I: Office fédéral de la santé publique | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Associations médicales | Santé publique Suisse | Départements cantonaux de l'éducation

PH2 Information des personnes touchées et de leurs proches sur les risques et les offres d'aide après des tentatives de suicide, pour renforcer la disposition au dialogue, faciliter l'accès aux offres de soutien et augmenter le taux de traitement.

I: Office fédéral de la santé | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Corps médical/en particulier les prestataires de base | Santé publique Suisse | Services de médecine scolaire | Départements cantonaux de l'éducation | Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse | Groupes d'entraide/association Ypsilon

PH3 Rendre difficile l'accès aux méthodes de suicide. Mettre l'accent sur l'accès aux armes et la protection des ponts et des zones dangereuses utilisés pour le suicide.

I: Législateur | Département fédéral de justice et police | Cantons | Communes

PH4 Amélioration de l'état d'informations sur la prévalence de la suicidalité et les déterminants pour les personnes âgées. Sensibilisation des professionnels pour la suicidalité des personnes âgées en prenant en considération la sexospécificité de la symptomatologie et du comportement dans le recours à l'aide.

I: Observatoire suisse de la santé | Office fédéral de la statistique | Office fédéral de la santé publique | Services de santé cantonaux | Société de gérontologie

PH5 Création, respectivement uniformisation, des directives de l'assistance psychosociale et des soins dans la prise en charge des personnes âgées hospitalières et ambulatoires pour le maintien et l'amélioration de la santé psychique.

I: Office fédéral de la santé publique | Santé publique Suisse | Services de santé cantonaux | Société suisse de gérontologie | Associations, par exemple, Pro Senectute, Curaviva, Senesuisse

PH6 Examiner les offres existantes de prévention sur la sensibilité à l'âge et au genre et implémentation d'offres correspondantes.

I: Office fédéral de la santé publique | Services de santé cantonaux | Associations, par exemple, Pro Senectute, etc.

R1 Complémenter les données existantes sur la suicidalité en Suisse autour des comportements auto-agressifs (se faire du mal à soi-même délibérément) (extension de l'Enquête suisse sur la santé et des enquêtes SMASH)

I: Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Fonds National Suisse | Santé publique Suisse | Recherche

R2 Longitudinalstudien zu Suizidalität, um psychosoziale und geschlechterspezifische Determinanten auf individueller Ebene zu untersuchen.

I: Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Fonds National Suisse | Santé publique Suisse | Recherche

2.2.2 Violence

La violence est l'usage intentionnel de menaces ou de la force physique ou encore d'un pouvoir psychique contre soi-même ou une autre personne, contre un groupe ou une communauté qui engendre, soit concrètement soit avec un fort taux de probabilité, des blessures, la mort, des dommages psychiques, une évolution déficiente ou de la déprivation (OMS international 2002).

Les expériences de violence spécifiques au sexe et à l'âge sont assez bien documentées pour la population suisse. La situation des données en Suisse permet également de différencier les lieux d'utilisation de la violence: violence domestique, violence dans des lieux publics ou violence à l'école et au poste de travail. La violence domestique, dont les femmes et les enfants sont majoritairement victimes, a fait de plus en plus l'objet d'attention ces dernières années (Bitzer, 2005; Gillioz, De Puy, & Ducret, 1997; Gillioz, Gramoni, Margairaz, & Fry, 2003; Gloor & Meier, 2004, 2005; Service de lutte contre la violence 2007; Wyss, 2006). L'ordre de grandeur de la prévalence sur une durée de vie de l'expérience de la violence dans les relations de couple est estimée à 15–20 % pour les femmes (Gillioz, De Puy, & Ducret, 1997) et, pour les hommes, à 5–10 % (Godenzi, 1993). La violence dans les lieux publics, à l'école et au poste de travail est également de plus en plus discutée. Les expériences en dehors de la maison, dès la scolarisation, est indiquée plus fréquemment par les garçons et les hommes que par les filles et

les femmes (Manuel. Eisner, 2007). Ces dernières années, différents programmes de prévention et offres d'intervention ont été lancés, tels que la campagne nationale « Stop! Violence domestique » du Centre suisse de la prévention de la criminalité, le programme de prévention bernois « Be-prox » ou le programme national « supra-f » pour renforcer les compétences sociales des enfants et des jeunes (M Eisner, Ribeaud, & Bittel, 2006).

2.2.2.1 Violence et santé, les groupes vulnérables

La violence a des effets directs et indirects sur la santé. Le secteur de la santé joue un rôle clé non seulement dans le traitement des personnes touchées par la violence, mais aussi dans la prévention de la violence (Gillioz, Gramoni, Margairaz, & Fry, 2003; WHO international, 2002). Les conséquences de la violence sur la santé sont multiples (WHO international 2002). Elles entraînent une morbidité importante des personnes touchées ainsi que des conséquences sociales et économiques. Les hommes comme les femmes souffrent, en raison d'expériences de violence, de blessures, de maladies chroniques et de maladies sexuellement transmissibles. Les femmes rapportent plus souvent des conséquences psychiques d'une expérience de violence, les hommes par contre, rendent compte plus fréquemment de blessures corporelles. La santé psychique des personnes frappées de violence est altérée par des dépressions, des états anxieux, un stress post-traumatique, un manque d'estime de soi, des troubles alimentaires, ainsi que par des abus d'alcool et autres substances. Les femmes et les hommes sont touchés par la violence en particulier dans leur jeunesse jusqu'en milieu de vie (Kolip, Lademann, Hanselmann, Jurz, & Mäder, 2006). Corrélativement, la peur de subir de la violence diminue chez les personnes très âgées (Office fédéral de la statistique 2005c). Les effets de la violence et les accidents font partie, à côté des maladies chroniques, des causes les plus importantes de décès (hommes 7.8 %, femmes 4.5 %) (Kolip, Lademann, Hanselmann, Jurz, & Mäder, 2006). Alors que le lien entre la violence et la santé est bien documenté pour les femmes (Gillioz, De Puy, & Ducret, 1997; Service de lutte contre la violence 2007), il a fait l'objet de moins de recherche pour les hommes. Il existe un tabou social particulièrement important et de l'insouciance vis-à-vis du thème « Violence contre les hommes » (Jungnitz, Lenz, Puchert, Puhe, & Walter, 2007).

Sur la base des risques différents d'être victimes de violence, plusieurs groupes de population ont été qualifiés de groupes vulnérables. Ainsi les femmes et les enfants sont considérés comme particulièrement vulnérables au niveau mondial en ce qui concerne leur risque de subir de la violence et quant aux conséquences de la violence sur leur santé (WHO international 2002). Mais les émigrés, les travailleurs dans le domaine du sexe, les personnes avec des handicaps et les personnes de grand âge sont également des groupes de population qui passent pour vulnérables à cet égard, ce, en raison de leur statut social et de santé. Pour ces groupes, les références au genre sont moins bien prises en compte. Dans ce contexte, il a été décidé de focaliser le présent rapport sur deux de ces groupes, à savoir les émigrés et les personnes souffrant d'un handicap.

2.2.2.2 Migration et violence: état actuel des informations

Il n'existe aucune donnée représentative concernant l'expérience de violence des migrants et migrantes et des conséquences sur leur santé, ce qui, entre autres, est en rapport avec le fait que la population de migration est très hétérogène. La classification officielle en Suisses et étrangères se fonde sur un critère purement légal, à savoir la possession d'un passeport suisse. Elle ne prend pas en considération l'hétérogénéité relative à la nationalité, la situation socio-économique, la raison de la migration, le statut de séjour, l'intégration effective et le statut de santé. Les analyses sur la violence des jeunes montrent qu'il existe des prévalences très différentes selon la nationalité en ce qui concerne les facteurs de risque et de protection de la violence (M Eisner, Ribeaud, & Bittel, 2006). L'état de santé des migrant(e)s se différencie également selon le statut social et le contexte de migration (Office de la santé publique 2006). A côté des déterminants dits classiques de santé, il faut, en plus, prendre en considération des facteurs d'influence relatifs à la migration qui sont spécifiques, ainsi, par exemple, un réfugié reconnu sur quatre subit de la violence systématique avant la migration (CRS, 2008). Les expériences de violence représentent certes un risque pour la santé, mais aussi pour des expériences de violence répétées et pour de la violence à l'égard de soi-même (M Eisner, Ribeaud, & Bittel, 2006). Le genre ne joue pas seulement un rôle plus important quant aux conséquences sur la santé d'une expérience de violence, mais déjà au niveau de la migration. Les raisons de la mi-

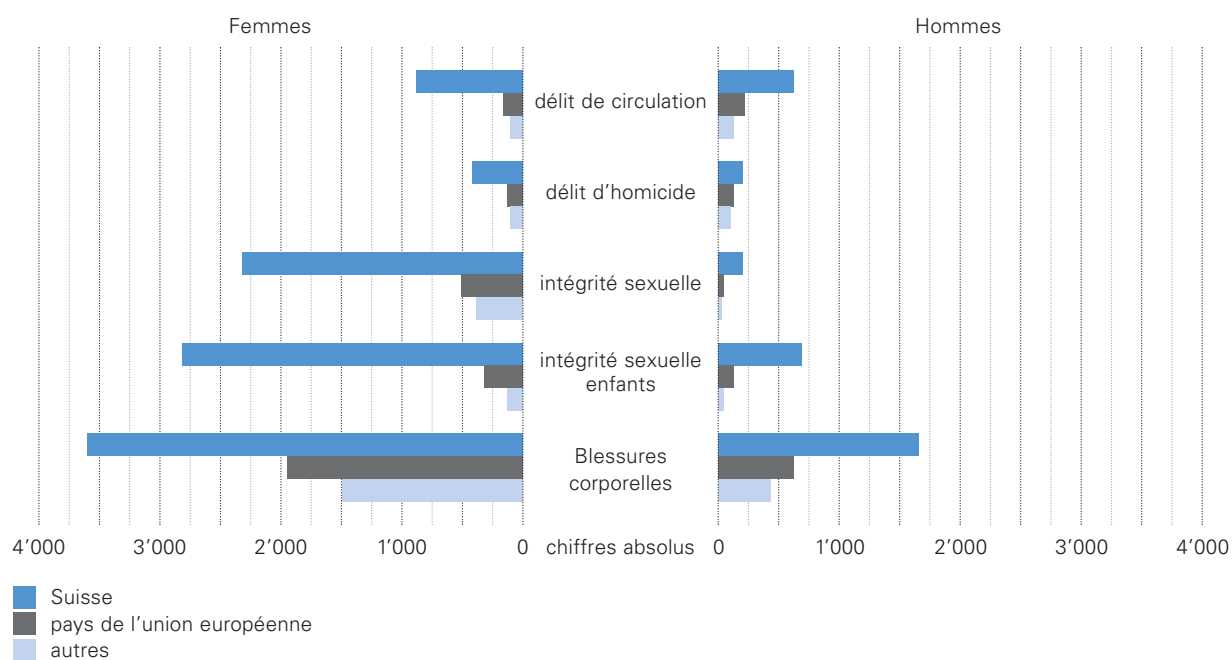
gration, les expériences de migration et le traitement de la migration ainsi que l'intégration sociale après la migration sont en rapport avec le genre de l'individu.

Les statistiques de police et d'aide aux victimes donnent des indications sur les expériences de violence des migrantEs. Elles ne sont pourtant pas représentatives et ne contiennent que des indications insuffisantes sur la nationalité, le statut de séjour ou la situation socio-économique. La proportion des migrantEs dans la statistique d'aide aux victimes est plus grande que dans la population résidente de la Suisse et, depuis 2001, elle a augmenté pour les deux sexes (de 4 %-points chez les hommes respectivement de 5 %-points chez les femmes). Les migrantes représentent un quart de la population totale et constitue en 2005 un tiers des cas de consultation de l'aide aux victimes. Durant 2001, 33 % des cas de consultations masculines et 37 % des cas de consultations féminines étrangères étaient originaires de pays non européens, cette proportion a augmenté entre-temps dans les deux sexes (Office fédéral de la statistique, 2006). Les femmes, aussi bien migrantes que suisses, s'adressent plus souvent à un bureau d'aide aux victimes que les hommes: cette différence entre les sexes est très prononcée en ce qui concerne les délits sexuels et les blessures corporelles, mais beaucoup moins concernant les délits de circulation (illustration 6).

La statistique de la police montre davantage de délits de violence par des hommes que par des femmes. En 2005, les condamnations des Suisses et des étrangères sont globalement aussi fréquents dans la statistique des condamnations pénales, mais leur proportion se différencie selon le délit (Office fédéral de la statistique 2007a). Selon l'évaluation de la statistique criminelle du canton de Zurich, la proportion de personnes suspectes avec une nationalité étrangère se monte à près de 54 % dans le domaine de la violence domestique (Amnesty International, section suisse 2007). Par contre, des études sur la violence domestique montre que le nombre des émigrées touchées par la violence domestique est plus faible que celui des Suisses (Gillioz, De Puy, & Ducret, 1997; Gloor & Meier, 2004; Kiliyas, Simonin, & De Puy, 2005). Cette contradiction s'explique par le manque de représentations des émigrées dans les études de prévalence sur les événements de violence (Belser 2005).

Le fait que les émigrésEs sont représenté(e)s sur-proportionnellement dans la statistique de la police et de l'aide aux victimes n'est pas obligatoirement en rapport avec une expérience de violence plus élevée. On peut prendre comme

Illustration 6 Cas de consultation (chiffres absolus) d'après la nature du délit, la nationalité et le sexe



Source: Statistique de l'aide aux victimes (Office fédéral de la statistique 2006)

point de départ que les émigréEs ont tendance à se rendre plus souvent aux bureaux officiels. Du fait de leur ancrage plus faible dans la société, cercle d'amis et de famille plus restreints, ils ont moins d'alternatives que les SuissEsses (Belser 2005). De plus, dans certains cantons, les émigréEs doivent prouver la maltraitance qu'ils ont subie pour conserver leur autorisation de séjour en tant que cas particulier, et par conséquent porter plainte (Minder 2005). Ainsi, les émigréEs font aussi appel plus souvent aux prestations telles que «protection et gîte» ou «aides financières passagères» ou autres aides, prestations dont les personnes bien intégrées ont moins besoin (Office fédéral de la statistique 2006). Des tentatives d'expliquer la fréquence de la violence domestique par et contre les émigréEs comme étant d'ordre culturel sont trop simplistes. Des composants causaux importants du développement de la violence reposent sur des facteurs socio-économiques, légaux, spécifiques à la migration et à l'intégration (Weiss 2003).

2.2.2.3 Offres d'aide

Les émigréEs recourent à l'offre des bureaux officiels (aide aux victimes, maisons de femmes, police et juridiction). Comme déjà décrit, les émigrées s'adressent plus souvent à des bureaux d'aide aux victimes que les émigrés, et cela, surtout en raison de délits sexuels et de blessures corporelles. La statistique d'aide aux victimes ne permet ni une analyse des facteurs qui déclenchent le besoin d'aide, ni une analyse différenciée de la clientèle. Du fait du manque de données de prévalence représentatives, il n'est également pas évident de savoir si l'offre d'aide générale et spéciale pour les personnes dans un contexte de migration est suffisante. De plus il y a un manque dramatique de foyers d'accueil pour femmes, si l'on s'en réfère aux recommandations en vigueur du Conseil de l'Europe (Egger 2004). Quelques centres d'accueil offrent des prises en charge spécifiques par des émigrées pour les femmes avec arrière-plan de migration, avec le succès qu'elles trouvent un accès plus rapide et plus remplis de confiance envers leurs clientes. La thématique «violence et migration» dans les projets de prévention ou dans les formations est déjà appréhendée ponctuellement dans des projets de prévention (par exemple, VIFA à Lausanne², Tikk³) ou dans le cadre de la formation (par

2 Le bureau de consultation «Violence et Famille» (VIFA) à Lausanne offre aux hommes, qui exercent de la violence dans le couple, un programme d'intervention et de training se basant sur le volontariat.

3 Bureau de consultation de spécialistes pour les conflits et la violence interculturels, <http://www.tikk.ch>

exemple, à l'Hôpital Triemli/ZH, à l'Université de Bâle), ou bien dans le contexte de la prévention suisse de la criminalité. Une intervention efficace ou une prévention de la violence pour les émigrés et les émigrées ne nécessite pas, en principe, d'autres contenus ou d'autres formes. Mais il a été démontré que, sur la base des différences de ressources sociales et financières, et du contexte culturel et de formation, un offre spécifique pour les minorités et une médiation par le biais de personnes avec un arrière-plan de migration facilite l'accès aux offres d'aide et aux mesures de prévention et, à long terme, favorise l'intégration (Office fédéral de la santé, 2006; (M Eisner, Ribeaud, & Bittel, 2006).

2.2.2.4 Points principaux

- Les statistiques officielles, de même que les études scientifiques sur la violence et la migration réalisées jusqu'à présent ne sont pas représentatives et prennent trop peu en considération l'hétérogénéité des migrantEs.
- Des composants causaux importants du développement de la violence et leurs conséquences sur la santé reposent sur des facteurs socio-économiques, légaux, spécifiques à la migration et à l'intégration.
- Dans la prévention de la violence et la prise en charge des personnes touchées par la violence, des suspectEs, ainsi que des victimes, il faut poser des bases qui prennent en considération les particularités des minorités.

2.2.2.5 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH1 Comprendre la prévention de la violence en tant que composant important de la promotion de la santé générale et utiliser les interfaces pour la promotion de la santé psychique et physique.

I: Office fédéral de la santé publique | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Départements cantonaux de justice et police | Services de médecine scolaire | Départements cantonaux de l'éducation | Ecoles

PH2 Clarification soigneuse des besoins particuliers et des ressources des femmes et des hommes avec un arrière-plan de migration. Adaptation des offres de prévention et de consultation, renforcement et mise en réseau de l'offre pour les femmes et les hommes avec un arrière-

plan de migration avec la prise en considération des besoins et ressources spécifiques à l'âge et au sexe.

I: Office fédéral des migrations | Commission féd. des étrangers | Office d'immigration et des étrangers cantonaux | ONG (par ex. Croix Rouge, Caritas) | Départements cantonaux de l'éducation | Ecoles

PH3 Amélioration de l'information des émigrées sur leurs droits en Suisse

- information obligatoire sur le droit avec des interprètes officiels
- développer et continuer à développer des concepts pour s'adresser aux émigrées difficiles à atteindre (par exemple par le biais de médiatrices)

I: Office fédéral des migrations | Commission féd. des étrangers | ONG | Organisations d'immigrés | femmes tisch

PH4 Le manque de foyers d'accueil pour femmes et spécialement le manque d'offres spécifiques pour les minorités dans les foyers d'accueil pour femmes (émigrées, femmes avec handicap) doivent être corrigés à terme.

I: Département fédéral de l'intérieur | Autorités cantonales | Foyer d'accueil pour femmes

R1 Etude des expériences de violence avant et après la migration pour comprendre la problématique et explorer des approches préventives.

I: Fonds National Suisse | Swiss Forum for Migration and Population Studies | Office fédéral des migrations | ONG | Recherche

2.2.2.6 Personnes avec handicap: état actuel des informations

Le handicap ou les maladies chroniques ne touchent pas seulement un groupe de population marginal, pourtant on ne connaît pas le nombre exact de personnes avec handicap en Suisse. Selon l'Enquête suisse sur la santé, environ 15 % des hommes domiciliés en Suisse et 18 % des femmes souffrent de maladie chronique (environ 1.25 millions personnes) (Office fédéral de la statistique 2005c). Ces indications ne sont pourtant pas représentatives, car les personnes en institutions, aussi bien les moins de 15 ans que les plus de 75 ans, ne sont pas comptabilisés. Les statistiques de l'AI compte, en 2006, environ 470'000 bénéficiaires de prestations (Office fédéral des assurances sociales 2006). Dans cette statistique, l'invalidité comprend les infirmités congénitales, les maladies et les accidents qui vont de paire avec une incapacité de travail d'une durée prévisible ou à plus long terme. Cette définition ne comptabilise cependant complètement ni les handicaps de naissance ni ceux acquis (Jeltsch-Schudel,

Tableau 5 Rapport entre les sexes et activités professionnelles des personnes avec des handicaps

	Proportion des femmes (%)	Proportion des hommes (%)	Total (%)
Groupe 1 ^a : Personnes avec handicap	59,2	40,8	100 (n=2'229)
Groupe partiel 2 ^a : Bénéficiaires de l'AI	55,3	44,7	100 (n=197)
Groupe partiel 3 ^a : Activité professionnelle à plein temps avec handicap	32,3	67,7	100 (n=532)
Groupe partiel 4 ^b : Activité professionnelle réduite	53,5	46,5	100 (n=181)
Groupe partiel 5 ^b : Pas actif professionnellement	46,1	53,9	100 (n=207)

Source: Zwicky 2003

a: Enquête suisse sur la santé 1997

b: Enquête suisse sur la population active (ESPA) 2001, données évaluées selon l'OFS

2007). En vertu d'autres estimations, la proportion des personnes avec handicap se monte à 10 %–12 % (650'000–900'000 personnes) (Office fédéral des assurances sociales, 2003; Widmer, 2002).

D'une analyse secondaire des données de l'ESS (Enquête suisse sur la santé) de 1997, il en ressort que la proportion d'hommes et de femmes avec des handicaps augmente avec l'âge. Un cinquième des hommes de plus de 62 ans, respectivement près d'un tiers des femmes du même âge, vivent avec un handicap contre un dixième des 15–39 ans (Zwicky, 2003). Le rapport entre les sexes des personnes avec handicap varie considérablement selon la population étudiée (tableau 5). Dans la population totale, la proportion des femmes avec handicap est plus grande que celle des hommes. Par contre, dans le monde du travail, les hommes avec handicap sont sur-représentés par rapport aux femmes avec handicap (Tableau 5, groupe partiel 3 se basant sur les données ESS). En même temps, un pourcentage plus élevé d'hommes non actifs professionnellement en raison d'un handicap a été relevé dans l'Enquête suisse sur la population active 2001 (ESPA) (groupe partiel 5).

Les chiffres cités ci-dessus montrent, entre autres, l'hétérogénéité du groupe des personnes qui vivent avec un handicap, en ce qui concerne le degré de handicap, le moment du handicap et d'autres caractéristiques sociodémographiques. Ils rendent aussi attentifs aux différentes conceptions de handicap. Pour la recherche, on recommande d'utiliser la définition et la classification de l'OMS, qui a été adoptée en 2001 et qui part d'une tripartition du handicap: lésions, restriction de l'activité, réduction de la participation (en anglais: impairment, limitation, restriction) (WHO International 2001; Widmer 2002).

Durant ces dernières années, la perception des problèmes auxquels sont confrontées les personnes souffrant de handicaps s'est accrue du côté des instances politiques et de la société. Pourtant, il n'existe que très peu de connaissances sûres sur les situations de vie effectives de personnes avec des handicaps (Gredig, Zwicky, Deringer, Hirtz, & Page, 2007). L'analyse secondaire de Zwicky montre une discrimination cumulée pour les personnes avec handicaps dans différentes dimensions de la position sociale, en particulier en ce qui concerne le niveau matériel, de formation, des réseaux sociaux et de la participation à la vie d'associations (Zwicky 2003). La situation sociale et économique des personnes avec handicap a aussi été examinée dans le programme national de recherche «Problème de l'Etat social» (Bachmann, Müller, & Balthasar, 2003; Widmer, 2002). Depuis les années 80, on a mis en exergue l'inconvénient du double handicap des femmes: en effet, dans la plupart des sociétés, elles subissent des «handicaps» non seulement du fait de leur handicap, mais aussi de leur sexe (Ministère pour la famille, les seniors, la femme et la jeunesse 2007a). Des contextes de handicap spécifiques aux hommes ne sont discutés que depuis peu.

L'expérience de la violence, en particulier la violence sexuelle, est soumise généralement à un tabou social, c'est valable spécialement pour les personnes souffrant de handicap et c'est particulièrement prononcé pour les hommes avec handicap. Dans le texte ci-dessous, l'accent est mis sur l'aspect de la violence sexuelle chez les personnes avec handicap, dans le but de documenter la nécessité de réaliser des recherches dans ce domaine pour la Suisse.

2.2.2.7 Prévalence des expériences de violence sexuelle des femmes et des hommes avec handicap

Il n'y a pas de données de prévalence au sujet de la violence sexuelle à l'encontre des personnes avec handicap en Suisse. D'après des indications de l'ONU, les femmes avec handicaps sont deux fois plus touchées par la violence sexuelle et physique que les femmes sans handicap. Les personnes particulièrement menacées sont celles souffrant d'un handicap mental (Ministère pour la famille, les seniors, la femme et la jeunesse 2007b). Les données de prévalence européennes se situent entre 20–64 % pour les femmes et de 4–14 % pour les hommes (A. Zemp & Pircher, 1996; A. Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997). Comme dans la violence sexuelle à l'encontre des personnes sans handicap, les coupables sont, en règle générale, de sexe masculin, la majorité viennent de l'entourage social des personnes touchées (A. Zemp & Pircher 1996; A. Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997). Les femmes qui grandissent dans des institutions vivent plus souvent des expériences de violence que les femmes qui peuvent être prises en charge à la maison. La socialisation dans les structures d'une institution augmente la probabilité de subir des violences sexuelles (Ministère pour la famille, les seniors, la femme et la jeunesse 2007b).

2.2.2.8 Points principaux

Concernant le développement sexuel et la santé reproductive des femmes et des hommes avec handicap, il faut mettre en évidence les points suivants :

- Le développement sexuel des hommes et des femmes avec handicap ne se distingue pas de celui des personnes sans handicap. Ce sont tout au plus les formes d'expressions concernant leurs expériences et leurs sentiments qui sont différentes. Pourtant les personnes avec des handicaps de naissance, en particulier mentaux, sont souvent considérées par elles-mêmes et par les autres comme neutres sexuellement (Jeltsch-Schudel, 2005; A. Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997). Cela rend difficile le développement d'une identité sexuelle et le développement sexuel (Köbsell 2005).
- Pour les personnes qui, en raison de leur handicap, n'ont pas un accès autonome à l'information sur la sexualité, ce manque de savoir est lié à des peurs et un mal-être. Ce manque d'éducation sexuelle augmente aussi le risque d'un côté d'être maltraité, d'un autre côté de commettre ce délit (Jeltsch-Schudel, 2005; A. Zemp & Pircher, 1996; A. Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997).

- Le droit des femmes et des hommes avec des handicaps à avoir leur propre enfant est étroitement lié au développement sexuel et à l'éducation sexuelle, de même qu'à l'existence d'offres qui conseillent et soutiennent les personnes avec handicap concernant leur désir d'enfants. Ces offres ne sont pas institutionnalisées en Suisse, respectivement manquent en grande partie (Hoyningen-Süess & Staudenmaier, 2004; Jeltsch-Schudel, 2003; Lambert, 2005).
- Les mères et les pères avec des handicaps sont désavantagés en tant que parents: les maternités, les jardins d'enfants ou les écoles ne sont que peu conçus pour les parents avec des handicaps. Souvent les compensations des désavantages sont couplés à l'activité professionnelle, ce qui complique le quotidien pour beaucoup de parents handicapés (Arnade 2007). Les femmes, qui assument les devoirs familiaux plus souvent, conformément à leur rôle dans la société, sont particulièrement touchées à cet égard.

2.2.2.9 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH1 Information et sensibilisation des professionnels à propos de la violence sexuelle et du handicap. Intégration dans les curricula des professionnels.

I: Office fédéral de la santé | Départements d'éducation | Hautes écoles spécialisées et professionnelles/écoles supérieures | Associations d'handicapés | Homes et lieux de travail pour handicapés

PH2 Information et sensibilisation des personnes touchées et des proches à propos de la violence sexuelle et du handicap.

I: Office fédéral de la santé | Corps médical, en particulier prestataires de bases et pédiatres | Associations d'handicapés | Hautes écoles spécialisées et professionnelles/écoles supérieures

PH3 Soutien et accompagnement professionnel du développement et de l'éducation sexuelle des enfants et des jeunes avec handicap.

I: Associations professionnelle méd. | Associations de soins | Associations d'handicapés | Hautes écoles spécialisées et professionnelles/écoles supérieures

R1 Correction du manque de données fiables à propos des personnes avec handicap en Suisse avec la prise en considération de leur hétérogénéité.

I: Office fédéral de la santé | Office fédéral de la statistique | Fonds National Suisse | Chercheurs

R2 Recensement des données à propos de la santé reproductive et des expériences de violence sexuelle des femmes et des hommes avec handicap, en Suisse.

I: Office fédéral de la santé | Office fédéral de la statistique | Fonds National Suisse | Chercheurs

R3 Analyse des obstacles que les personnes avec handicap expérimentent dans leur développement sexuel, dans la réalisation d'un couple et l'exercice de leur rôle de mères et de pères, à l'intérieur et de la part des institutions médicales et d'autres établissements sociaux.

I: Office fédéral de la santé | Office fédéral de la statistique | Fonds National Suisse | Chercheurs

2.3 Santé psychique

Si nous avons choisi d'explorer plus à fond le domaine de la santé psychique par le biais d'une analyse de genre, c'est à cause de l'ampleur de ce problème et surtout des possibilités considérables existantes dans ce domaine vis-à-vis de l'égalité des chances entre les sexes, de la promotion de la santé et de l'amélioration de la qualité du système de santé. En Europe, ce thème est inscrit sur l'agenda de la politique de santé. Les centres d'intérêt portent non seulement sur les maladies psychiques, mais également sur le bien-être psychique et le recours aux soins. Ce chapitre met donc l'accent sur le stress et sur l'auto-évaluation de l'état de santé psychique et du besoin d'aide dans ce domaine. L'analyse se base sur les études suisses disponibles et se focalise principalement sur la dimension genre. L'influence de la structure sociale sur le genre (v. Chap. 1.3, illustration 1), ainsi que son interaction avec d'autres déterminants de santé ne sont traitées que d'une manière ponctuelle, à cause de la pénurie de recherches nationales prenant en considération ces aspects.

2.3.1 Stress: Causes et conséquences chez les femmes et les hommes

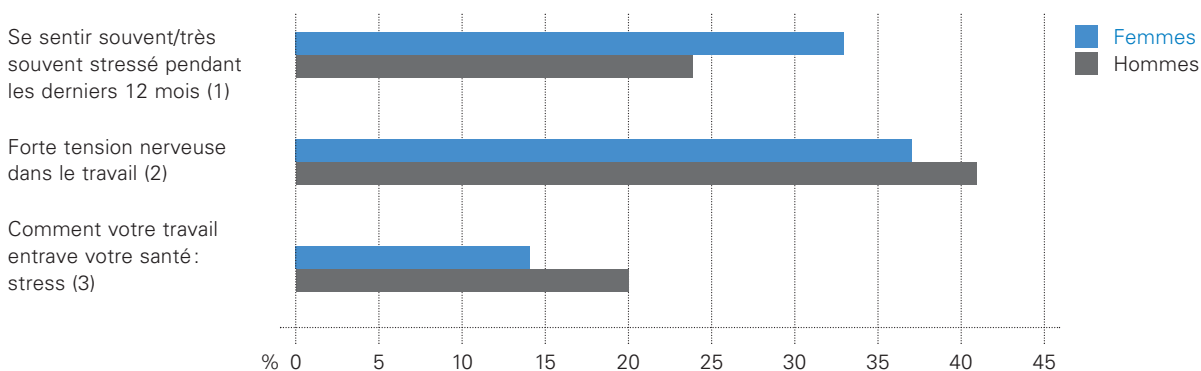
2.3.1.1 Recherche sur le stress

La recherche concernant l'impact du stress sur la santé a été conduite en grande partie dans le domaine du travail rémunéré. En raison d'une présence plus importante sur le marché du travail, les hommes ont été longtemps largement majoritaires dans les échantillons considérés. La spécificité de genre a été très rarement prise en considération (Resch, 2002). Des orientations assez récentes font du

«work-life-balance» un thème central de la recherche dans ce domaine. Bien que le concept puisse impliquer une approche intégrative des différents domaines de la vie, les études sur le work-life-balance analysent essentiellement les conditions de travail. Les conditions de la vie privée ou l'interaction des différentes sphères restent ainsi peu explorées (Griffin, Fuhrer, Stansfeld, & Marmot, 2002; Siegrist et al., 2004). Dans le cadre de la recherche des effets sur la santé de la cumulation des rôles, les scientifiques ont également évalué la composante du stress. Les études dans ce domaine considèrent presque exclusivement des échantillons de femmes et plus précisément de mères actives professionnellement (Barnett & Hyde, 2001; Resch, 2002). Deux théories ont longtemps coexisté: selon la «theory of role-stress», les rôles multiples engendreraient du stress avec des conséquences néfastes sur la santé. Selon la «expansionist theory», l'accomplissement de plusieurs rôles permettrait d'élargir son champ d'action et d'améliorer revenu, connaissances, support social, expérience du succès, auto-estime, tout en améliorant la santé. A partir des années '90 un consensus a émergé chez les experts du domaine (Arber, 1997; Arber & Lahelma, 1993; Lennon, 1994; Siegrist et al., 2004): ce n'est pas la quantité de rôles multiples per se, mais plutôt les conditions dans lesquelles ils sont exercés, qui ont des conséquences sur la santé.

Les différents rôles semblent s'influencer et se compenser soit chez les hommes que chez les femmes (Barnett & Hyde, 2001). Le partage du travail dans le couple, et encore plus le jugement que les partenaires portent sur lui, semble avoir une grande importance: une division des tâches domestiques et familiales perçue comme injuste est positivement corrélée au stress chez les femmes (Goldberg & Perry-Jenkins, 2004; Lennon & Rosenfield, 1992). De même, un partage du travail rémunéré perçu comme équitable est relié à moins de symptômes de dépression chez les hommes (Lennon & Rosenfield, 1992). Un élément clé ressortant des études est le «sense of control» dans l'exercice des rôles: mais si le «sense of control» au travail a été opérationnalisé et largement étudié (Karasek, 1996, 2006; Karasek et al., 1998), les études qui considèrent le «sense of control» au foyer sont au contraire très rares (Griffin, Fuhrer, Stansfeld, & Marmot, 2002; Siegrist et al., 2004). Selon quelques recherches sur ce sujet, le travail familial est caractérisé par un ensemble de tâches difficilement quantifiables et contrôlables et par une activité de soins psychologiques et matériels à autrui souvent illimitée et en opposition avec les soins à soi-même (Reale & Vinay, 2001).

Illustration 7 Pourcentage d'hommes et de femmes se déclarant stressés



Sources: 1. Les coûts du stress en Suisse (Ramaciotti & Perriard, 2003)⁴
 2. Enquête suisse sur la santé 2002–03 (Office fédéral de la statistique, 2005c)⁵
 3. Etude sur les conditions de travail en Europe (Graf et al., 2007)⁶

2.3.1.2 Le stress dans la population en Suisse

En Suisse les données sur le stress chez les adultes sont disponibles exclusivement pour la population professionnellement active et ressortent d'études transversales. Malgré l'actualité du thème « burnout », il n'y a guère de données scientifiques à ce sujet.

Dans la illustration suivante sont mis en parallèle les résultats sur le stress de trois études suisses récentes.

Les différences de niveaux de stress entre les études sont remarquables. Etant donné que les échantillons ont été décrits comme représentatifs de la population avec une activité professionnelle, la différence entre les résultats est probablement à attribuer au fait que les questions sur le stress diffèrent passablement en ce qui concerne leur formulation et leur place dans le questionnaire.

La question sur la « forte tension nerveuse dans le travail » posée dans le volet « profession » (étude 2) est celle qui fait ressortir le niveau de stress le plus élevé. Celui-ci est plus modéré dans les deux sexes quand la question concerne le stress en général⁷ (étude 1) et encore inférieur quand la question se réfère aux nuisances du stress sur la santé (étude 3).

On constate également des différences de genre. Quand le stress est mis en relation avec le travail rémunéré, ce sont les hommes qui en souffrent le plus (41 % versus

37 % étude 2, resp. 20 % versus 14 % étude 3). Ces différences sont plus élevées pour les classes d'âge au dessus de 34 ans: pratiquement la moitié des hommes est concernée par une « forte tension nerveuse dans le travail », tandis que chez les femmes ce pourcentage dépasse à peine le tiers (37 %) (Office fédéral de la statistique, 2005c). Le risque de se sentir sous forte pression au travail augmente en outre avec le niveau de formation et le statut socioprofessionnel (Office fédéral de la statistique, 2005c).

En contrepartie, les femmes perçoivent plus de stress dans la vie en général (33 % versus 24 % chez les hommes, étude 1). Elles sont surreprésentées dans le groupe de sujets très stressés maîtrisant mal leur stress, avec des problèmes à gérer l'interface entre vie privée et professionnelle et sont en plus mauvaise santé (Ramaciotti & Perriard, 2003).

Les études actuellement disponibles en Suisse sur le stress chez les adultes montrent que parmi les personnes actives professionnellement, les hommes ressentent plus de stress en relation à leur profession, tandis que les femmes se sentent davantage stressées dans leur vie en général. Ces résultats ne sont pas surprenants, car ils reflètent la division sexuelle du travail, rémunéré et non rémunéré, toujours prépondérante en Suisse (v. Chap. 2.1) et son impact sur la santé. Du fait que la responsabilité des enfants et du foyer incombe en général aux femmes, celles-ci sont davantage touchées par la problématique du stress résultant de la conciliation entre vie privée et professionnelle. En revanche, les hommes, considérés très souvent comme les principaux pourvoyeurs de revenus au sein de la famille, sont plus concernés par le stress lié

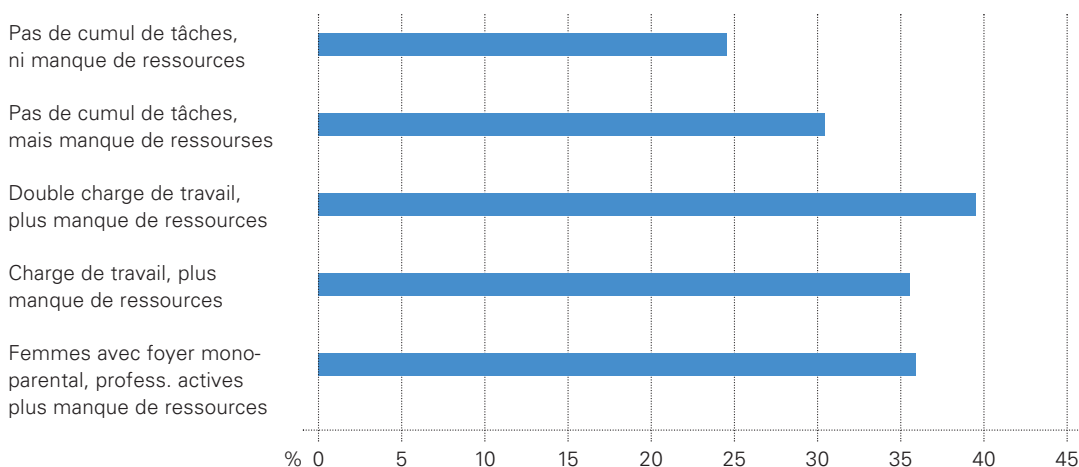
4 Echantillon représentatif de l'ensemble de la population active en Suisse: 637 hommes et 269 femmes.

5 Echantillon représentatif des ménages privés de toute la Suisse: 8'909 hommes et 10'797 femmes.

6 Echantillon représentatif de l'ensemble de la population active en Suisse: 469 femmes et 571 hommes.

7 La question sur le stress est placée dans l'étude sur les coûts du stress dans un volet général après des questions sur les événements de vie traumatisants et non pas dans le volet travail.

Illustration 8 Pourcentage de femmes avec mauvais état de santé psychique, selon cumul de charges et manque de ressources (1997)



Source: Enquête suisse sur la santé, 1997 (Zemp Stutz, Coda, Kessler, & Ackermann-Lieblich, 2001)

au travail rémunéré. Le fait que la relation entre chômage et traitement pour un problème psychique soit plus importante chez les hommes que chez les femmes (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007) confirme l'impact plus élevé du travail rémunéré sur la santé psychique des hommes.

2.3.1.3 Rôles multiples, work-life-balance et santé psychique: données suisses

Une des premières analyses épidémiologiques sur les associations entre le cumul des charges familiales, ménagères et professionnelles et la santé psychique a été réalisée en Suisse sur la base des données de l'Étude suisse sur la santé de 1997 (Zemp Stutz, Coda, Kessler, & Ackermann-Lieblich, 2001). Les femmes sans cumul de charges⁸ ni manque de ressources⁹ sont celles ayant le meilleur état de santé psychique, suivies par celles qui ne cumulent pas les charges mais manquent de ressources (illustration 8). Des analyses plus récentes dans le cadre du Panel suisse des ménages¹⁰ montrent qu'un work-life-balance¹¹ (WLB) médiocre est lié à une mauvaise santé psychique chez les personnes avec une activité professionnelle (Hämmig & Bauer, 2007a). Des différences de genre sont observables autant pour les causes que pour les conséquences du WLB: les enfants mineurs représentent un risque de manque de WLB exclusivement chez les femmes, tandis que le fait d'avoir une partenaire est un risque seulement chez les hommes (Hämmig & Bauer, 2007b). De plus, le manque de work-life-balance semble entraîner des conséquences plus graves sur la santé psychique des femmes: en effet, il pèse

sur leur équilibre psychique même à un niveau modéré, tandis qu'il faut un niveau moyen ou élevé pour influencer le bien-être des hommes (Hämmig & Bauer, 2007b).

Selon une étude tessinoise conduite sur le personnel soignant¹² (Testa-Mader, 2004), les personnes qui cumulent un haut degré de stress professionnel et une charge familiale/ménagère élevée sont plus à risque d'un bas niveau de bien-être émotionnel. Dans cet échantillon à grande majorité féminine (82 % de l'échantillon), la charge ménagère semble avoir, sur l'état de santé, une influence plus importante que le stress professionnel. Le fait d'avoir des enfants en âge scolaire, qui augmente la charge ménagère exclusivement chez les femmes, est toutefois associé à un meilleur bien-être émotionnel et à un stress professionnel plus bas chez les deux sexes.

Selon d'autres résultats issus du Panel suisse des ménages, femmes et hommes qui combinent profession et famille sont moins sujets à la dépression que les autres, tout en tenant compte du niveau de formation, du revenu et de l'âge (Burton-Jeangros & Camenisch, 2006).

8 Double charge de travail: au moins 20 heures d'activité professionnelle et 5 h de travaux ménagers hebdomadaires, durée totale du travail >59 h hebdomadaires. Charge de travail multiple: double charge de travail + s'occupe des enfants de moins de 15 ans.

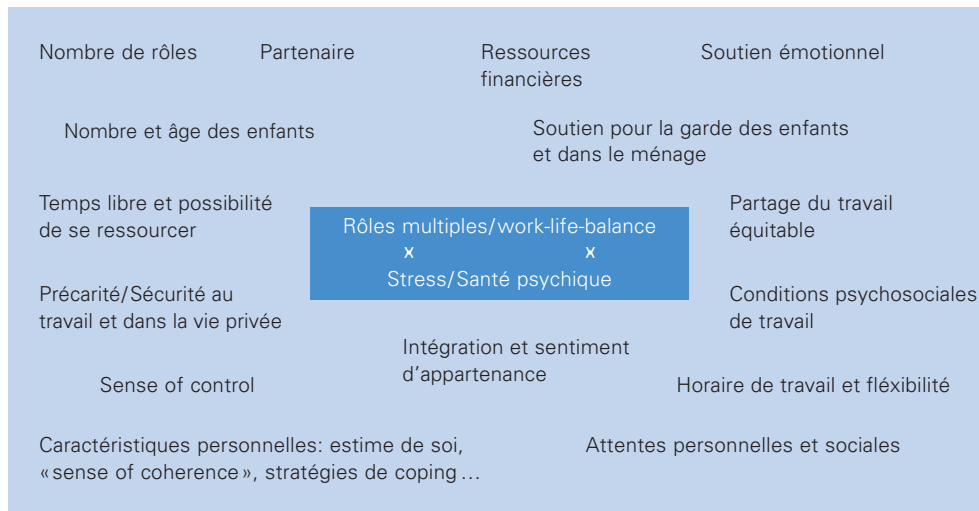
9 Manque de ressources: revenu ménage < 2500 Fr/mois ou niveau de formation: école obligatoire ou absence de soutien social ou logement trop petit ou trop cher.

10 Il s'agit d'analyses transversales des données du Panel de l'année 2000, sur l'échantillon de 4'766 personnes actives professionnellement.

11 Index composé par trois indicateurs: une grande difficulté dans la conciliation de la vie professionnelle et privée, insatisfaction par rapport à la quantité de temps libre, souhait implicite de réduire l'horaire de travail

12 L'échantillon de 516 personnes comprend la moitié du personnel soignant des hôpitaux publics du canton du Tessin.

Illustration 9 Facteurs qui influencent la relation entre les rôles multiples/le work-life-balance et le stress/la santé psychique



2.3.1.4 Points principaux

- Les données suisses sur le stress et le work-life-balance chez les adultes concernent exclusivement la population active professionnellement. De plus, toutes les analyses disponibles sont transversales et ne permettent pas d'établir le sens des associations: il est par exemple possible qu'un déficit en work-life-balance entraîne une mauvaise santé psychique, mais il est également envisageable que c'est cette dernière qui détermine un mauvais work-life-balance.
- Parmi les personnes actives professionnellement, les hommes ressentent plus de stress en relation à leur profession, tandis que les femmes en subissent davantage quand il s'agit de concilier profession et vie privée. Ces résultats reflètent l'impact sur la santé de la division sexuelle du travail, rémunéré et non rémunéré, toujours prépondérante en Suisse.
- Une relation complexe existe entre la multiplicité des rôles/le work-life-balance et le stress/la santé psychique. La santé psychique est davantage influencée par les conditions de travail et de vie privée – de même que par leur perception et leur appréciation – plutôt que par le nombre de tâches assumées.
- Avoir un/une partenaire et/ou des enfants peut être à la fois un facteur de protection ou de risque. Cela dépend des caractéristiques et attentes individuelles, des conditions dans le travail et la vie privée, ainsi que des normes sociales en vigueur dans ces domaines (illustration 9). Le genre étant associé à l'ensemble de

ces facteurs, il influence d'une manière importante la dynamique entre multiplicité des rôles/WLB et stress/santé psychique.

- La mesure de l'investissement public et privé dans des conditions favorables à une dynamique positive entre vie professionnelle et privée va déterminer d'une manière importante la santé psychique des hommes, des femmes et des enfants, voire le nombre de malades engendrés ou évités.

2.3.1.5 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH1 Informer et sensibiliser les employeurs sur les effets de santé et productivité du work-life balance en tenant compte des différences de genre.

I: Promotion Santé Suisse | Institutions/Liges nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Secrétariat d'Etat à l'économie | Economiesuisse

PH2 Promouvoir un environnement professionnel favorable à la conciliation de la vie privée et professionnelle à travers la mise en place et l'évaluation de mesures à long terme spécifiques au genre dans le domaine du travail (p.ex. droit au travail à temps partiel, conseils adaptés aux parents).

I: Promotion Santé Suisse | Secrétariat d'Etat à l'économie | Economiesuisse

PH3 Soutenir des mesures de politique familiale favorables à la conciliation de la vie professionnelle et familiale (p.ex. services de garde d'enfants et d'accueil parascolaire, écoles à plein temps, formation des parents).

I: Confédération | Cantons | Economiesuisse

PH4 Conduire des campagnes de sensibilisation grand public sur l'influence que les conditions de vie et de travail (p.ex. partage équitable du travail dans le couple, conditions de travail/système scolaire favorables à la conciliation de plusieurs domaines de vie, ...) ont sur la santé psychique des hommes et des femmes.

I: Promotion Santé Suisse | Office fédéral de la santé publique | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Secrétariat d'Etat à l'économie

PH5 Promouvoir la reconnaissance des troubles psychiques liés au travail en tant que « maladies professionnelles » (selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents) et leur prise en charge par l'assurance-accidents.

I: Société suisse de médecine du travail | Santé publique Suisse Autres sociétés de médecine | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé | Secrétariat d'Etat à l'économie | Suva

R1 Conduire des études longitudinales et de parcours de vie sur l'association entre les conditions de travail/de vie (y compris le domaine « ménage/famille ») et la santé psychique des hommes et des femmes.

I: Scientifiques | Fonds National de la Recherche

2.3.2 Santé psychique et besoin d'aide chez les hommes et les femmes: auto-évaluation et interprétation par les professionnels

2.3.2.1 Genre et santé psychique: données suisses

Une grande partie des données sur la santé psychique de la population générale vivant en Suisse provient de déclarations sur le bien-être et les troubles faites par les personnes elles-mêmes dans le cadre de grandes enquêtes nationales¹³. L'état de santé psychique auto-évalué dépend donc d'une manière importante de la perception et la signification que les personnes donnent à leur bien-être, voire à leurs symptômes, et est influencé par les normes et les attentes liées, entre autres, au genre. A ces éléments auto-évalués de santé psychique s'ajoutent des mesures indirectes, telles que, par exemple, des données sur la consommation de prestations psychiatriques et de substances à visée psychologique (alcool, médicaments).

Les données sur les soins ambulatoires ne sont pas représentatives et sont en général assez lacunaires, celles du domaine hospitalier sont plus complètes, représentatives et comprennent entre autres le diagnostic (Schuler, Ruesch, & Weiss, 2007). D'autres indicateurs indirects de santé psychique, tels que la consommation de drogue, la violence et la déviance, ne sont souvent pas pris en considération et échappent ainsi aux statistiques sur les troubles psychiques et les soins psychiatriques ambulatoires. Ce panorama de la santé psychique en Suisse est complété par des études cliniques plus ponctuelles (Meyer & Ricka, 2005), par les données sur le nombre d'invalides dus aux maladies psychiques (Office fédéral des assurances sociales, 2006) et sur le taux de suicides (Office fédéral de la statistique, 2004b). Du fait que ces données existent depuis les années '90, on peut en étudier l'évolution sur cette période.

2.3.2.2 Santé psychique auto-évaluée

Les femmes déclarent une santé psychique moins bonne que les hommes pour la majorité des indicateurs considérées. Fait exception la consommation excessive d'alcool, indicateur indirect de santé psychique souvent négligé, qui reste plutôt l'apanage des hommes (tableau 6). Plusieurs hypothèses ont été formulées au niveau international pour expliquer ce fait: alors que les uns le mettent en relation avec les situations et les conditions de vie féminines plus défavorables (formation, revenu, position sociale), les autres avancent des explications d'ordre biologique (génétiques et hormonales). Encore, en conformité avec les rôles que la société attribue aux femmes et aux attentes qui en découlent, elles seraient plus performantes dans la perception de leur santé psychique et plus enclines à se déclarer en mauvaise santé que les hommes. Selon cette interprétation, la proportion plus élevée de femmes attestant un déficit de santé psychique serait donc à attribuer à une plus grande capacité à identifier, accepter et déclarer des difficultés psychiques, plutôt qu'à une différence réelle de l'état de santé. Sur l'ensemble des indicateurs, les différences de genre sont plus marquées à l'adolescence et relativement faibles si on considère toutes les classes d'âge confondues.

¹³ Principalement l'Enquête suisse sur la santé (ESS), le Panel suisse de ménages (PSM), le Swiss multicenter adolescent survey on health (SMASH).

Tableau 6 Prévalence d'indicateurs choisis de santé psychique selon le sexe, 2002

Jeunes (11–20 ans)	Filles (%)	Garçons (%)
Souvent nerveux/nerveuse (1)	17	12
Souvent triste (1)	18	7
Etat dépressif (2)	10	6
Consommation d'alcool: au moins 10 fois ivre le dernier mois (2)	0,4	3,5
Jeunes et adultes (15–74 ans)	Femmes (%)	Hommes (%)
Faible sentiment de maîtrise de la vie (3)	22	20
Mauvais équilibre psychique (3)	22	20
Troubles psychiques légers (3)	33	28
Dépression clinique: symptômes moyens et majeurs (3)	4	2
Consommation d'alcool à risque (H = >60 gr/jour, F = >40 gr/jour) (3)	1,1	2,9

Sources: 1. Health Behaviour in School-Aged Children (2002), 11–16 ans (SFA, 2002)
 2. Swiss multicenter adolescent survey on health (2002), 16–20 ans (Narring et al., 2004)
 3. Enquête suisse sur la santé (2002), 15–74 ans (Office fédéral de la statistique, 2005c)

2.3.2.3 Besoin d'aide et recours aux soins et au soutien

Les différences entre hommes et femmes sont remarquables en ce qui concerne la recherche d'aide et de soutien, aussi bien chez les proches que chez les professionnels et les groupes d'entraide.

Chez les jeunes, les filles sont systématiquement plus nombreuses à ressentir un besoin d'aide personnelle: cela est vrai aussi bien pour la déprime (34 % versus 19 %) que pour toute une série de problèmes de nature psychosociale et relationnelle. Il n'y a guère que dans le domaine de l'abus de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illégales) que les pourcentages de jeunes souhaitant une aide sont plus importants chez les garçons. Les jeunes filles semblent être plus capables de prendre conscience et d'exprimer leurs besoins de santé et leurs questionnements dans le domaine psychologique (Narring et al., 2004).

Les différences de genre sont également particulièrement importantes quant à la recherche de soutien chez les proches: la proportion de filles qui demandent de l'aide pour des problèmes psychologiques aux ami(e)s et au partenaire est beaucoup plus élevée que celle des garçons; les différences sont moins marquées pour la recherche de soutien auprès de la famille (Tabl. 7). Le pourcentage de jeunes qui ne parlent à personne de leurs problèmes psychologiques est plus important chez les garçons (26 % des garçons versus 19 % des filles) (Narring et al., 2004). De même, trois fois plus de filles que de garçons recou-

rent aux soins professionnels en raison de nervosité et de déprime (tableau 7), ce qui corrobore ainsi les résultats présentés ci-dessus. Les différences entre filles et garçons sont aussi nettes pour les autres causes de consultation liées indirectement à la santé psychique, telles que la fatigue (6 % versus 2 %), les problèmes de sommeil (3 % versus 1 %) et les problèmes alimentaires (3 % versus 1 %). La demande d'aide et plus particulièrement de soins n'est pas superposable aux besoins mesurés par la sévérité des troubles déclarés, parce qu'elle dépend également de normes et des attentes culturelles qui en construisent la signification (M Gognalons-Nicolet, Bardet Blochet, Zbinden, Blanchard-Queloz, & Bétrisey, 2007). Et cette signification est associée, entre autres, au genre, comme le confirme le fait qu'à gravité de troubles psychiques équivalente (jeunes identifiés comme dépressifs), la proportion des filles qui recourent à des soins professionnels ambulatoires est plus que le double de celle des garçons. En outre, les garçons perpétrant une tentative de suicide n'accèdent pas au système de soins dans la même proportion que les filles: 4 % versus 27 % sont pris en charge par un psychologue/psychiatre, 3 % versus 8 % par un médecin et 6 % versus 16 % ont été hospitalisés suite à cette tentative (Francoise Narring et al., 2004).

Les données sur le besoin d'aide et le recours aux soins de la population adulte en matière de santé psychique sont plus limitées. Les femmes représentent deux tiers des participants aux groupes d'entraide de la Suisse alémanique, dont une grande partie touche des problèmes

Tableau 7 Proportion des garçons et des filles dans la population générale recourant à l'aide des proches et des professionnels pour des problèmes psychologiques, 2002

	Filles (%)	Garçons (%)
Besoin d'aide pour faire face à la nervosité et à la déprime	34	19
Recours au partenaire pour des problèmes psychologiques	34	20
Recours à un/une ami(e) pour des problèmes psychologiques	57	37
Recours à la famille pour des problèmes psychologiques	40	37
Aide de professionnels à cause de la nervosité et la déprime	7,4	2,5
<i>Chez les personnes à classifier dépressives (selon l'index calculé de cet échantillon)</i>		
Aide des professionnels à cause de la nervosité et la déprime	25	10

Source: SMASH, 2002 (Narring et al., 2004)

de santé psychique (StremLOW, Gysel, Mey, & Voll, 2004). Au niveau des soins, autant sur l'ensemble de la population que pour les personnes déclarant un mauvais équilibre psychique, deux fois plus de femmes ont suivi un traitement à cause d'un problème psychique. Les différences de genre en ce qui concerne les traitements s'atténuent, mais ne disparaissent pas chez les personnes affectées par un problème psychique chronique (tableau 8). Les dépenses prises en charge par les assureurs-maladie confirment ces différences de genre: en 2001, les femmes entre 16 et 85 ans ont occasionné des coûts de psychiatrie ambulatoire nettement supérieurs à ceux engendrés par les hommes. Sur tout le cours de la vie adulte, le ratio femmes/hommes des dépenses pro-capita se situe entre 1.5 et 2.0 (Camenzind & Meier, 2004).

2.3.2.4 Soins psychiatriques hospitaliers

Alors que le recours aux soins ambulatoires est plus important chez les femmes, le recours aux soins hospitaliers pour des maladies psychiques dans la population vivant en Suisse ne diffère guère selon le genre. En effet, le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les hommes (8/1000 versus 7/1000 chez les femmes en 2004) tandis que la durée médiane du séjour est plus élevée chez les femmes (25 jours versus 21 chez les hommes en 2004) (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). Par contre, les diagnostics diffèrent considérablement: les hommes sont beaucoup plus souvent hospitalisés à cause de la schizophrénie et de l'abus d'alcool et de drogue que les femmes. En contrepartie, ces dernières nécessitent beaucoup plus souvent un séjour en clinique pour cause de dépression (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007).

Les données des assureurs-maladie montrent en outre que les hommes occasionnent plus de dépenses psychiatriques intra-muros qu'ambulatoires, alors que les femmes sollicitent davantage de prestations psychiatriques ambulatoires (Camenzind & Meier, 2004). Il semblerait donc que les hommes sollicitent – voire obtiennent – un traitement psychiatrique à un stade plus avancé de la maladie, c'est-à-dire lorsqu'une hospitalisation est devenue inéluctable. Leur taux de suicide plus élevé (v. Chap. 2.1.) pourrait ainsi être en partie expliqué par un retard dans la demande et/ou l'obtention de soins appropriés. En effet, les personnes qui, malgré leur maladie, se considèrent en bonne santé et ne signalent pas leurs symptômes ou comportements à risque, ont moins tendance à demander des soins ou, quand elles les demandent, à recevoir des conseils et des diagnostics appropriés (Courtenay, 2003). Le fait que la majorité de ces personnes à risque soient des hommes pourrait être attribué aux attentes et normes liées à la masculinité, qui mettent au premier plan performance, force, contrôle et maîtrise (Courtenay, 2003; Maihofer, 1995; The Men's Health Forum, 2006). L'évidence scientifique dans ce domaine est pourtant encore très limitée.

2.3.2.5 Interprétation de symptômes du côté des professionnels

La réceptivité des médecins et d'autres professionnels à détecter des troubles psychiques, parallèlement à d'autres troubles, dépend de leur formation, de ce que leur en disent les patients/patientes et de leurs propres réticences à aborder les problèmes de santé psychique (M Gognalons-Nicolet, Bardet Blochet, Zbinden, Blanchard-Queloz, & Bétrisey, 2007). De plus, leurs propres représentations

Tableau 8 Proportion des hommes et des femmes en traitement à cause d'un problème psychique

En traitement à cause d'un problème psychique	Femmes %	Hommes %
Ensemble de l'échantillon	6	2,9
Personnes avec un mauvais équilibre psychique	14	7,8
Personnes avec un problème psychique chronique (plus que 12 mois)	51	42

Source: Enquête suisse sur la santé, 2002 (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007)

de genre peuvent intervenir dans la pratique diagnostique et thérapeutique. De tels phénomènes sont documentés dans le domaine des maladies cardiovasculaires mais restent par contre moins investigués dans le cas de la santé psychique. A l'heure actuelle, des données sur ce sujet n'existent pas en Suisse.

2.3.2.6 Points principaux

- En accord avec la littérature internationale, les femmes déclarent une santé psychique moins bonne que celle des hommes, exception faite de l'abus d'alcool. Ces constats ont été attribués aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, ainsi qu'à la diversité de leurs conditions de vie. Il convient de souligner par ailleurs que les différences entre hommes et femmes quant à leur santé psychique pourraient être biaisées par l'interprétation et la signification, spécifiques au genre, que le grand public et les professionnels donnent à des comportements et des symptômes particuliers.
- Les différences de genre à propos de la santé psychique sont actuellement encore plus marquées chez les jeunes: non seulement les filles ont plus conscience de leurs besoins de santé que les garçons, mais elles les expriment davantage en cherchant de l'aide auprès de leurs proches et des professionnels.
- A gravité de troubles psychiques équivalente, la proportion des filles/femmes qui recourent à des soins professionnels ambulatoires est nettement supérieure à celle des garçons/hommes. Le taux, la durée et les coûts pro capita des hospitalisations en psychiatrie sont au contraire très similaires pour les hommes et les femmes.
- En ce qui concerne la psychiatrie, les coûts hospitaliers dépassent ceux du secteur ambulatoire chez les hommes, mais pas chez les femmes. Les hommes sollicitent - voire obtiennent - un traitement psychiatrique à un stade plus avancé de la maladie, c'est-à-dire

lorsqu'une hospitalisation est devenue inéluctable.

Ce phénomène pourrait en partie être expliqué par la socialisation des hommes, ainsi que par les stéréotypes liés au genre entretenus par les médecins.

- En conclusion, le parcours à travers la perception, l'acceptation, la demande et l'obtention de soins pour des difficultés psychologiques diffère de manière générale entre les hommes et les femmes. Une approche différenciée selon le genre s'impose aussi bien dans les programmes de prévention que dans le système de soins de santé psychique.

2.3.2.7 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH1 Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur les différences de genre en ce qui concerne la santé psychique et leurs conséquences sur l'accès aux soins, afin de baisser les stéréotypes liés au genre et permettre un dépistage plus précoce des troubles psychiques surtout chez les hommes.

I: FMH | Santé publique Suisse Autres sociétés de médecine

PH2 Promouvoir les compétences dans le domaine de la santé psychique dès l'enfance, à travers des mesures de formation dans différents contextes (famille, école, loisirs, système de soins). La spécificité de genre en santé psychique (perception, déclaration, demande de soins, différents diagnostics, suicide) doit être explicitement prise en compte (v. Chap. 2.2.1.6).

I: Départements de l'éducation | Responsables de la formation des instituteurs, des assistants sociaux et des parents | Pro Juventute | Institutions/Ligues cantonales de prévention et promotion de la santé

PH3 Promouvoir, en particulier chez les hommes, une meilleure connaissance de la santé et des troubles psychiques et déstigmatiser le recours aux soins dans ce domaine à travers des campagnes de sensibilisation grand public (v. Chap. 2.2.1.6 et 2.4.2.8).

I: Office fédéral de la santé publique | Santé publique Suisse | Alliance santé psychique suisse | Institutions/Ligues nationales et cantonales de prévention et promotion de la santé

Tableau 9 Evolution de la santé psychique reportée

Jeunes et adultes (15–74 ans)	1992		1997		2002	
	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
Mauvais équilibre psychique	32	28	26	25	22	20
Troubles psychiques légers	44	38	37	33	34	29
Consommation d'alcool à risque (H = > 60 gr/jour, F = > 40 gr/jour)	1,9	5,9	0,9	3,4	1,1	2,9

Source: Enquête suisse sur la santé (1992, 1997, 2002)

R1 Etudier les associations entre la socialisation spécifique au genre et la santé psychique, en particulier:

- la signification/l'interprétation que les hommes et les femmes donnent à la santé voir à la maladie psychique
- si et comment les représentations de genre des professionnels interviennent dans la pratique diagnostique et thérapeutique en santé psychique
- le lien et l'interaction entre la santé psychique des hommes et des femmes, en particulier à l'intérieur du couple et de la famille.

I: Recherche | Fonds National Suisse

2.3.3 Evolution des différences de genre en santé psychique

2.3.3.1 Santé psychique auto-évaluée

On observe, sur la période de dix ans prise en considération, une amélioration des indicateurs de santé psychique auto-reportée chez les hommes et les femmes adultes vivant en Suisse et une légère diminution des différences entre les sexes (tableau 9).

En ce qui concerne la proportion de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre divers problèmes de santé, les différences entre les résultats de l'étude SMASH des années 1993 et 2002 sont étonnamment faibles pour les filles comme pour les garçons (Françoise Narring et al., 2004).

2.3.3.2 Recours aux soins

La proportion des personnes traitées pour une dépression a augmenté entre 1992 (2.6 % hommes, 5.4 % femmes) et 2002 (4.4 % hommes et 5.9 % femmes) (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). Du fait que ce changement est plus marqué chez les hommes, les écarts entre les sexes concernant les traitements pour dépression se sont réduits au cours de la période considérée.

Le taux d'hospitalisation a également augmenté entre 1998 et 2004 chez les deux sexes et dans toutes les classes d'âge. Si le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les hommes, la durée médiane du séjour reste à peine plus élevée chez les femmes (près de 25 jours chez les femmes, 21 jours chez les hommes), et ce, d'une manière constante dans le temps (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007).

2.3.3.3 Invalidité

Le nombre de personnes ayant droit à une rente AI suite à une maladie psychique a presque doublé chez les hommes et a plus que doublé chez les femmes entre 1997 et 2006, de sorte qu'il y a à peine plus d'hommes que de femmes qui en bénéficiaient en 2006. Par conséquent, l'écart entre le nombre d'hommes et de femmes qui deviennent invalides suite à une maladie psychique diminue au cours des années considérées.

Le pourcentage d'invalidité à attribuer à la maladie psychique, parmi le nombre total d'invalides, reste plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Cela est dû au fait que le nombre total d'invalides est plus élevé chez les hommes (en 2006 138'879 versus 117'421).

Dans l'ensemble, l'évolution des causes de maladie psychique donnant droit à une rente AI ne diffère guère entre hommes et femmes: le pourcentage des psychopathies (maladies psychiques graves telles que la schizophrénie) et des dépendances diminue chez les deux sexes, celui des troubles psychogènes (troubles névrotiques et autres

Tableau 10 Nombre et pourcentage d'invalides pour des maladies psychiques selon le sexe 1997/2002/2006

	Nombre d'invalides pour des maladies psychiques		Pourcentage d'invalides pour des maladies psychiques parmi les invalides (%)		Pourcentage d'invalides pour des maladies psychiques parmi les assuré(e)s (%)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1997	22'520	25'959	31	26	1,04	1,14
2002	34'788	38'136	36	31	1,55	1,65
2006	47'350	48'858	40	35	2,02	2,05

Source: Office fédéral des assurances sociales, Statistique AI (Office fédéral des assurances sociales, 2006)

troubles de nature psychogène ou réactive) augmente. Pour les années considérées, les femmes ont reçu plus souvent des rentes AI à cause de troubles psychogènes, les hommes à cause des dépendances.

2.3.3.4 Points principaux

- Il est difficile de déterminer si la santé psychique de la population vivant en Suisse s'est améliorée ou non au cours de la décennie passée. Les données sont contradictoires: si on constate une légère amélioration de la santé psychique auto-reportée, l'augmentation du taux d'hospitalisation et du nombre d'invalides va dans la direction opposée. De plus, la proportion de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre différents problèmes de santé psychique est restée constante sur la même période. Il est probable que ces données concernent différents groupes d'individus, dont la gravité des troubles psychiques diffère, ce qui pourrait expliquer l'évolution opposée des données sur la santé psychique.
- Les écarts entre hommes et femmes ont diminué, bien que d'une façon très modérée, pour une grande partie des indicateurs de santé psychique pris en compte. Vu le manque d'études suisses qui considèrent l'influence du changement de l'environnement social et du système de soins sur la santé psychique des hommes et des femmes, une interprétation de ce constat serait prématurée.

2.3.3.5 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

R1 Investiguer l'influence des changements dans la structure sociale et du système de soins sur la santé psychique des hommes et des femmes.

I: Recherche | Fonds National Suisse

R2 Considérer la perspective de genre dans l'étude «l'invalidité pour des raisons psychiques» qui va être conduite dans le cadre du programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap de l'Office fédéral des assurances sociales.

I: Office fédéral des assurances sociales

2.3.4 Interaction entre le genre et d'autres déterminants de santé psychique

Pour examiner comment la différence de santé psychique entre hommes et femmes évolue quand les caractéristiques socio-démographiques, socio-économiques et de santé physique sont prises en compte, les données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 ont été analysées à travers des modèles multivariés. L'idée sous-jacente est de tester si la différence de genre au niveau de la santé psychique peut être expliquée par des différences entre hommes et femmes dans le statut social ou la santé physique. Les résultats de l'analyse multivariée¹⁴, dans laquelle des facteurs socio-démographiques, socio-économiques et de

¹⁴ Une régression logistique pour le résultat de santé «mauvais équilibre psychique» a été calculée en introduisant successivement dans le modèle le sexe, l'âge, la formation, le revenu ménage, la nationalité, l'état civil, la région linguistique, les symptômes de problème physique (indice construit à partir des variables mal au dos, faiblesse, mal au ventre, diarrhée/constipation, problèmes de sommeil, mal à la tête, palpitation, douleur dans la poitrine), les problèmes de santé physiques chroniques et le travail rémunéré.

Tableau 11 Association entre le sexe féminin et un mauvais équilibre psychique: changement du rapport entre les sexes (OR) lors de la prise en considération, pas à pas, de facteurs socio-économiques et des santé physique

Modèles	Variables considérées	Odds Ratio pour le sexe féminin*
Modèle 1	Sexe	1.15
Modèle 2	Sexe + Age	1.20
Modèle 3	Sexe + Age + Formation	1.17
Modèle 4	Sexe + Age + Formation + Revenu ménage	1.15
Modèle 5	Modèle 5 + Nationalité	1.16
Modèle 6	Modèle 6 + Etat civil	1.14
Modèle 7	Modèle 7 + Région linguistique	1.15
Modèle 8	Modèle 8 + Symptômes de problèmes physiques	0.84
Modèle 9	Modèle 9 + Problèmes de santé chroniques	0.87
Modèle 10	Modèle 10 + Travail rémunéré	0.87

* tous les OR dans le tableau sont statistiquement significatifs

Source: Analyses personnelles des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002

santé physique ont été introduits l'un après l'autre, sont présentés dans le tableau suivant. Dans le modèle 1, qui tient compte exclusivement du « sexe », les femmes ont une probabilité de 15 % plus élevée (Odds Ratio=1.15) que les hommes d'avoir un mauvais équilibre psychique. Le sexe féminin reste significativement associé à une probabilité plus importante d'avoir un mauvais équilibre psychique même après considération des variables socio-démographiques et socio-économiques (Odds Ratios entre 1.15 et 1.20 dans les modèles 2 à 7). Le fait que les femmes reportent un équilibre psychique moins bon que celui des hommes ne semble donc pas dépendre d'un statut social différent entre les sexes.

Par contre, après l'introduction de la variable « symptômes de problème physique » dans le modèle (modèle 8), les femmes ont une probabilité moins élevée d'avoir un mauvais équilibre psychique (Odds Ratio=0.84). Cette probabilité reste significativement moins élevée chez les femmes, même après l'introduction des variables « problèmes de santé chroniques » et « travail rémunéré » dans le modèle (modèles 9 et 10). Le fait que les femmes reportent un équilibre psychique moins bon que celui des hommes semble donc dépendre d'une différente santé physique entre les sexes.

En explication on ne peut, dans l'état des connaissances actuelles, que formuler des hypothèses: l'équilibre psychique plus mauvais observé chez les femmes pourrait

être associé à un moins bon état de santé physique; ou alors, chez les femmes la santé psychique pourrait être davantage corrélée à la santé physique que chez les hommes. Un approfondissement de la question et des analyses plus poussées pourraient donner des pistes d'interprétation plus fondées.

2.3.4.1 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

R1 Etudier l'impact spécifique au genre des symptômes de santé physique sur la santé psychique des hommes et des femmes.

I: Recherche | Fonds National Suisse

2.4 Vieillesse en santé/besoin de soins

Une analyse selon le genre approfondie du thème « Vieillesse en santé/besoin de soins » permet une focalisation sur une phase de vie durant laquelle surgissent les maladies principales dans les pays de l'ouest; il s'agit d'évaluer ce thème selon les contextes biographiques différents des hommes et des femmes et, en particulier, de thématiser le vieillissement chez les hommes. Il n'existe encore que peu de compréhension en ce qui concerne l'espérance de vie plus élevée des femmes, alors que « men have all the social determinants on their side » (Meryn, 2004). Vu le développement démographique et les discussions actuelles relatives à la prise en charge des personnes de grand âge, c'est un grand sujet d'actualité. Ce chapitre se focalise sur le développement actuel des différences entre les sexes en ce qui concerne la mortalité et l'espérance de vie, des différences entre les sexes à propos des déterminants de la mortalité et de la santé et thématise l'influence des déterminants sociodémographiques, le comportement de santé, les événements critiques de la vie chez les hommes et les femmes selon une perspective englobant toute la durée de la vie. De plus, il aborde le besoin de soins et les soins formels, respectivement informels.

2.4.1 Mortalité et espérance de vie

2.4.1.1 Evolution dans le temps

L'espérance de vie à la naissance a fortement augmenté le siècle dernier, aussi bien pour les hommes que les femmes. Depuis environ 50 ans, cette augmentation est à attribuer surtout à une diminution de la mortalité des plus de 65 ans (Office fédéral de la statistique 2005a). La différence d'espérance de vie des hommes et des femmes est passée de juste 4 ans (1929/1932) à 7 ans globalement (1988/1993) (illustration 10). Pourtant, depuis les années 90, la différence entre les sexes diminue. Durant la période 1998/2003, elle était encore de 5.6 ans. La proportion, dont les groupes d'âge respectifs contribuent à la différence dans l'espérance de vie à la naissance, a également changé. Alors que, durant les 80 dernières années, la signification des décès des 0–19 ans pour la différence entre les sexes a diminué (illustration 10), elle a significativement augmenté pour les plus de 65 ans et représente durant les années 1998/2003 3.3 de la différence totale des 5.6 ans dans l'espérance de vie (ce qui repré-

sente 60 % de la différence totale). Les changements relatifs au sexe ne se sont pas seulement produits à période de fin de vie, mais aussi chez les personnes d'âge moyen. Depuis 1988/1993, la contribution des 20 à 64 ans à la différence totale dans l'espérance de vie a fortement diminué (de 3 à 2 ans 1998/2003). La différence dans la mortalité des hommes et des femmes dans ce groupe d'âge s'est aussi amoindrie depuis le début des années 90.

Traduction de la légende: Nombre d'années en ce qui concerne la différence entre les sexes de l'espérance de vie à la naissance 65 ans et plus; 20–64 ans; 0–19 ans.

Une des raisons de cette espérance de vie qui tend à s'équilibrer entre les hommes et les femmes tient au fait que la mortalité due au cancer du poumon a diminué chez les hommes alors qu'elle a augmenté chez les femmes et que les chances d'une thérapie réussie des maladies coronaires ont augmenté (Höpflinger, 2002a). Vraisemblablement des changements dans les contextes de vie et les situations sociales des hommes et des femmes contribuent également à cette harmonisation (voir chapitre 2.1). Des recherches à ce propos n'ont pourtant pas été présentées en Suisse jusqu'à maintenant.

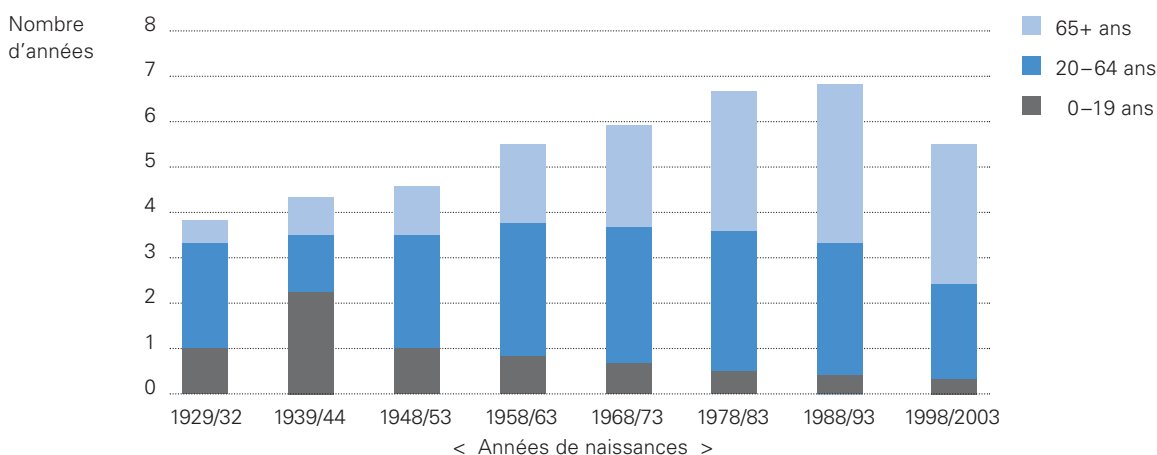
2.4.1.2 Différences régionales

En Suisse, il existe des différences cantonales aussi bien dans l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes que dans l'espérance de vie des femmes et des hommes entre eux. Ces différences régionales indiquent un potentiel d'amélioration.

La différence entre les sexes est comparativement plus grande dans les cantons du Jura, Tessin, Appenzell Rhodes-Intérieures, Valais, Fribourg, Grisons et Glaris que dans d'autres cantons (Office fédéral de la statistique 2005a). Dans le canton du Tessin la grande différence s'explique, entre autres, par la mortalité au-dessus de la moyenne des hommes suite à des maladies coronaires, dans les cantons de montagne, par une mortalité plus élevée des hommes suite à des accidents (Wanner, Fei, & Cotter, 1997).

Les différences dans l'espérance de vie entre les cantons avec l'espérance de vie la plus élevée et la plus basse sont pour les hommes (3.1 ans) un peu plus prononcées que pour les femmes (2.6 ans) (Office fédéral de la statistique 2005a). L'espérance de vie des hommes et des femmes dans les cantons de Vaud et Genève est élevée, ce qui est dû en partie à une mortalité en dessous de la moyenne en ce qui concerne les maladies coronaires

Illustration 10 Différence entre les sexes de l'espérance de vie à la naissance depuis 1929/32: nombre d'années, dont les différents groupes d'âge contribuent à l'espérance de vie plus longue des femmes



Source: Tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003 (Office fédéral de la statistique)

(Wanner, Fei, & Cotter, 1997). Chez les femmes de ces cantons, on signale également, depuis 1980, un recul de la mortalité par cancer du sein; le programme de mammographie systématique existant dans ces cantons joue vraisemblablement un rôle à cet égard (Bulliard, La Vecchia, & Levi, 2006).

2.4.1.3 Déterminants sociodémographiques

Dans ce qui suit sont rassemblées les informations à disposition en Suisse sur la question de savoir si des déterminants sociodémographiques jouent un rôle différent dans l'espérance de vie et la mortalité des femmes et des hommes.

Nationalité

Les personnes de nationalité étrangère ont une mortalité plus basse que les SuissEsses, bien que la plupart soient originaires de régions ayant une mortalité plus élevée qu'en Suisse (Office fédéral de la statistique 2005a). Pourtant, ces résultats sont fortement faussés en raison des naturalisations et des retours au pays d'origine (renouvellement continu de la population étrangère (jeune), manque de données) (Bopp & Gutzwiller, 1999). Ils concernent aussi un groupe de population très hétérogène. Avec les données présentées actuellement, on remarque la même différence entre les sexes chez les SuissEsses et les étrangÈres.

Etat civil

La mortalité plus basse des femmes en comparaison aux hommes existe aussi à l'intérieur des différentes formes d'état civil. Être marié est lié, pour les deux sexes, au risque de décès le plus bas (Office fédéral de la statistique 2005a). Le taux de mortalité le plus élevé concerne les femmes divorcées plus âgées (65–80 ans) et les hommes célibataires (45–80 ans), lequel(le)s sont ainsi à considérer comme des groupes à risque particuliers. Chez les femmes, la pauvreté, deux fois plus fréquente après un divorce (10 % vs 5 %) que chez les hommes, pourrait avoir une influence sur la mortalité (Freivogel 2007). La pauvreté survenant plus souvent chez les femmes est conditionnée par la pratique du droit courant, où la personne tenue de verser une pension alimentaire – à savoir la plupart du temps l'homme en raison du partage traditionnel des rôles – ne peut pas se voir enlever le minimum vital (Commission fédérale pour les questions féminines 2007). Le risque de mortalité plus élevé bien établi des hommes vivant seuls est, entre autres, expliqué par ses modes de vie comparativement plus malsains, à savoir davantage de consommation d'alcool et de nicotine, de même qu'une intégration sociale plus restreinte (Kuhlmey, 2003). Les différences relatives à l'état civil dans la mortalité peuvent aussi être dues à des effets de sélection, car des personnes en moins bonne santé ont moins de chance de se marier et ont plus tendance à rester célibataires. De plus, l'état civil est un indicateur de plus en plus mauvais pour la situation sociale de vie effective, qui est plus décisive pour

une vie réglée, des soins de santé, le statut socioéconomique et les événements critiques de la vie. Des effets possibles de ces situations sociales de vie effectives en mutation (voir aussi chap. 2.1) sur la mortalité devraient être donc corroborés dans des études longitudinales.

Formation

Un niveau de formation plus élevé est lié à une mortalité plus basse chez les hommes et les femmes dans tous les groupes d'âge (Bopp and Minder 2003). L'influence de la formation est plus forte chez les hommes adultes en milieu de vie et légèrement plus forte chez les femmes très âgées¹⁵. Chez les hommes, la hausse du risque de décès, qui va de paire avec une formation plus basse, diminue avec l'âge, alors que chez les femmes, elle augmente légèrement et qu'elle est la plus élevée chez les 80–89 ans (Huisman, Kunst, Andersen, & et al, 2004). Il est possible que cette influence plus prononcée de la formation chez les femmes âgées soit faussée par leur situation de vie effective, à savoir la vie de célibataire, ou le veuvage. Dans l'analyse de l'importance de la formation sur la mortalité des femmes, l'état civil devrait donc aussi être pris en considération.

Autres déterminants sociaux et professionnels

Une étude prospective chez les 40 à 65 ans du canton de Genève montre que les facteurs professionnels et sociaux jouent aussi un rôle dans la mortalité (M. Gognalons-Nicolet, Derriennic, Monfort, & Cassou, 1999). Elle montrait une mortalité significativement plus élevée (dans l'analyse bivariée) chez les femmes ne possédant aucun diplôme professionnel ou diplôme universitaire et chez les hommes qui, pendant leur activité professionnelle, ne suivaient aucune formation continue ou n'indiquaient aucune participation à des associations. Dans l'analyse multivariée, qui, en raison du petit nombre de décès chez les femmes n'a été menée que pour les hommes, il y a quatre facteurs allant de paire avec une mortalité augmentée: l'existence d'une phase de chômage pendant la vie active, l'absence d'initiative durant la carrière professionnelle, le manque de participation sociale et un statut professionnel bas¹⁶.

¹⁵ Le risque relatif de la mortalité entre une formation basse et moyenne/ élevée chez les 50–59 ans est chez les hommes de 1.62 et chez les femmes de 1.29, chez les 80–89 ans, de 1.17 chez les hommes et de 1.33 chez les femmes.

¹⁶ Risque relatif selon le modèle (RR): existence d'une phase de chômage pendant la vie active RR 3.0-4.0, absence d'initiative durant la carrière professionnelle RR 3.0, manque de participation sociale RR 2.9-3.6 et bas statut professionnel RR 1.7-1.9 (significatif uniquement dans un modèle).

2.4.1.4 Points principaux

- Dans une analyse selon le genre de l'espérance de vie, il ne faut pas seulement se focaliser sur les groupes d'âge élevé. Des changements importants selon le sexe se sont produits en particulier également chez les adultes d'âge moyen.
- Les différences régionales dans l'espérance de vie – d'un côté entre hommes et femmes, d'un autre côté à l'intérieur des genres – indiquent un potentiel d'amélioration qui devrait être davantage examiné en vue de mesures cantonales.
- Le résultat de l'espérance de vie plus élevée de la population étrangère en Suisse est considéré comme faussé et ne tient également pas compte de l'hétérogénéité de la population étrangère.
- Les hommes célibataires et les femmes âgées divorcées sont à considérer comme des groupes à risque particuliers. Alors que le comportement de santé, comparativement moins favorable, et une moins bonne intégration sociale chez les hommes célibataires ont de l'importance, ce sont les pertes financières qui en ont une pour les femmes divorcées et âgées. Ces résultats relatifs à l'état civil devraient être corroborés par des études longitudinales.
- L'influence de la formation sur la mortalité est, jusqu'à un âge élevé, plus grande chez les hommes que chez les femmes. L'importance de la formation diminue chez les hommes avec l'âge, alors qu'elle augmente légèrement chez les femmes. Chez les femmes, l'état civil pourrait fausser ce lien, ce dont il faudrait tenir compte dans des analyses.
- Chez les hommes, il y a des indications de l'influence des facteurs professionnels et sociaux sur la mortalité, chez les femmes, ces rapports ont moins fait l'objet de recherche.

2.4.1.5 Recommandations

Comme les recommandations dans le chapitre « Mortalité et espérance de vie » et « Déterminants de la santé » vont dans la même direction, elles sont résumées et présentées à la fin du chapitre suivant (2.4.2.8).

Tableau 12 Signification du genre féminin en comparaison au genre masculin dans différents domaines du comportement de santé chez les personnes vivant seules à la maison de plus de 65 ans en Suisse*

	Odds Ratio (95% d'intervalle de confiance) pour le genre féminin en comparaison au genre masculin**
Score pour une nourriture riche en graisse dans le quartile le plus élevé	0,7 (0,5–0,8)
Score pour une nourriture riche en fibres dans le quartile le plus inférieur	0,5 (0,4–0,6)
Consommation de tabac	0,4 (0,2–0,5)
Deux boissons d'alcool par jour ou plus	0,2 (0,2–0,3)
Activité physique dans le quartile le plus inférieur	1,5 (1,1–1,2)
Score pour activité physique dans le ménage dans le quartile de plus inférieur	0,6 (0,4–0,8)
Score pour activité physique sport/loisirs dans le quartile le plus inférieur	1,8 (1,4–2,4)

* Analyse de régression corrigée pour l'âge, la formation, la situation de vie (vivre seul), l'isolation sociale, différents facteurs de santé et fonctionnels

** tous les OR dans le tableau sont statistiquement significatifs

Source: Profil de santé – données, n=3271 (Blozik et al., 2007)

2.4.2 Déterminants de la santé des hommes et des femmes selon une perspective portant sur toute la durée de vie

La façon dont la santé se développe à un âge avancé est le résultat de nombreux facteurs. Sont *importants*: Le mode de vie antérieur, la biographie de santé, les stratégies vécues avec des problèmes de santé à surmonter, le recours aux prestations médicales, les facteurs socio-démographiques (âge, sexe, formation, réseau social) et économiques (revenu), l'appartenance de génération, les transitions biographiques et également les facteurs socio-culturels comme les représentations masculines et féminines. Le comportement de santé actuel dans la vieillesse agit aussi sur la santé, indépendamment des facteurs biographiques (Wyss 2005).

Dans ce chapitre, de tels facteurs sont considérés comme des déterminants de la santé des femmes et des hommes âgés selon une perspective portant sur toute la durée de la vie.

2.4.2.1 Comportements de santé

Globalement, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, les comportements favorables à la santé diminuent avec l'âge (Wyss 2005). Les différences entre les sexes bien documentées en début et milieu de vie existent jusqu'à un âge avancé – les femmes se comportent globalement plus sainement que les hommes, mais après 70 ans, cette différence n'est plus significative¹⁷ (Wyss 2005). Que les femmes présentent une plus faible probabilité d'adopter un comportement mauvais pour la santé se re-

trouve aussi lorsque les différents domaines du comportement vis-à-vis de la santé sont considérés séparément (tableau 12) (Blozik et al., 2007). Exception faite de l'activité physique (en général, et en particulier celles pratiquées durant les loisirs). Par ailleurs, le stress est indiqué plus souvent par les hommes comme une raison les empêchant d'arrêter de fumer, alors que davantage de femmes indiquent qu'elles ne veulent pas arrêter ou qu'elles ont peur de prendre du poids. L'isolation sociale va de paire avec un comportement de santé défavorable.

Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2002) dans le canton de Zurich montre aussi que plus de femmes que d'hommes suivent bien les recommandations de santé dans les domaines alimentation, mouvement, fumée, consommation d'alcool et poids corporel, et que la proportion d'hommes qui suivent correctement ces recommandations diminue significativement plus fort avec l'âge que la proportion correspondante chez les femmes (Bopp and Ceesay 2007).

On retrouve aussi ce comportement de santé différent dans le profil de risques concernant certaines maladies. Les hommes, qui ont été hospitalisés en raison d'un infarctus du myocarde aigu (registre AMIS Plus), avaient plus souvent un profil des lipides du sang défavorable, un excès pondéral et étaient plus souvent fumeurs; par contre, les femmes souffraient plus souvent d'hyperten-

¹⁷ Un index sur le comportement de santé avec l'intégration de l'exercice physique, le mouvement, l'alimentation, le BMI, la fumée, l'alcool et les ressources sociales est à l'origine de l'analyse.

sion et de diabète (Radovanovic et al., 2006). De plus, les facteurs de risque isolés pour les maladies cardiovasculaires ont, pour les femmes et les hommes, une importance différente. Les femmes ont, lorsqu'il existe un diabète ou une valeur de triglycéride élevée, un risque plus élevé d'avoir une crise cardiaque que les hommes avec des facteurs de risque correspondants (Darioli 1998). Cette connaissance devrait être prise en considération dans la prise en charge médicale.

2.4.2.2 Comportements vis-à-vis du recours aux prestations médicales

De façon générale, les femmes recourent plus souvent à des prestations médicales que les hommes. Cela se justifie par leurs besoins spécifiques dans le domaine de la santé reproductive, une attention plus marquée aux symptômes et par un comportement de demande plus actif (Bisig & Gutzwiller, 2004; Camenzind & Meier, 2004). Les calculs de probabilité du recours aux prestations en fonction de l'état de santé appuient cette hypothèse (calculs pour toute la population suisse au-dessus de 15 ans) (Bisig & Gutzwiller, 2004): la probabilité de consultations ambulatoires (illustration 11a), de consultations chez des spécialistes (illustration 11b) et de consultations en urgence (illustration 11c) est plus grande chez les femmes (colonnes bleu clair) que chez les hommes (colonnes bleu foncé), quand les atteintes¹⁸ à la santé sont peu marquées. Par contre, lors d'atteintes¹⁹ à la santé plus importantes, les hommes sont plus susceptibles de se rendre à une consultation que les femmes. Si ce recours aux prestations médicales plus précoces des femmes a des effets positifs sur leur santé et leur mortalité, ou bien si le fait de rechercher de l'aide plus tardivement pour les hommes se traduit négativement, n'ont que peu fait l'objet de recherche. On ne trouve aucune étude à ce propos pour la Suisse.

On ne sait pas exactement si le recours plus précoce des femmes aux prestations médicales se retrouve également dans la population âgée. Les différences entre les

sexes dans le comportement concernant le recours aux soins – sans prise en considération de l'état de santé – sont dans tous les cas moins importantes en fin de vie que dans la jeunesse, disparaissent partiellement ou s'inversent même. La proportion des femmes de plus de 80 ans qui n'ont pas consulté un médecin ou un hôpital durant l'année précédente est plus grande que celle des hommes du même âge (Wyss 2005). En 2002, les hommes de plus de 65 ans allaient (Enquête suisse sur la santé 2002) plus souvent chez les spécialistes que les femmes du même âge et les hospitalisations chez les hommes de 65–74 ans étaient un peu plus fréquentes que chez les femmes du même âge. Pourtant les femmes âgées restaient plus longtemps à l'hôpital (Office fédéral de la statistique 2005c).

Dans une étude auprès des personnes vivant seules à la maison de plus de 65 ans en Suisse, il apparaissait que les femmes âgées, en comparaison aux hommes âgés, étaient plutôt sous-traitées concernant les examens de dépistage (mesure du cholestérol, taux de glycémie, contrôle de l'ouïe, vaccin contre les inflammations des poumons, sang dans les selles)²⁰ (Blozik et al., 2007).

Des barrières d'accès pour les examens de dépistage peuvent être démontrées pour les femmes en ce qui concerne le dépistage du cancer respectivement, la détection précoce: être âgée de plus de 65 ans, avoir un bas niveau scolaire et être de nationalité étrangère sont associés avec une probabilité significativement plus basse à un examen des seins par le médecin, à une mammographie ou un frottis du col de l'utérus (prévalence sur la durée d'une vie, Enquête suisse sur la santé 1992 et 1997) (Bisig & Gutzwiller, 2004). En ce qui concerne le frottis du col de l'utérus, ce sont en particulier les femmes originaires du Portugal, de l'ex-Yougoslavie, de France, d'Espagne et d'Italie qui n'en ont jamais profité²¹ (Greuter 2006). Les femmes âgées vivant seules à la maison avec plus de deux maladies chroniques et les femmes vivant seules se sont également rarement fait faire une mammographie, respectivement un frottis du col de l'utérus, dans les deux ou trois dernières années (Blozik et al., 2007). C'est aux médecins de famille, en tant que partenaires de dialogue dans les soins de base que revient, en particulier auprès des femmes âgées, le rôle important d'amener la discussion sur ces sujets et de mener des examens de dépistage (Bisig & Gutzwiller, 2004).

18 Auto-évaluation de l'état de santé bonne, mais présence de symptômes.

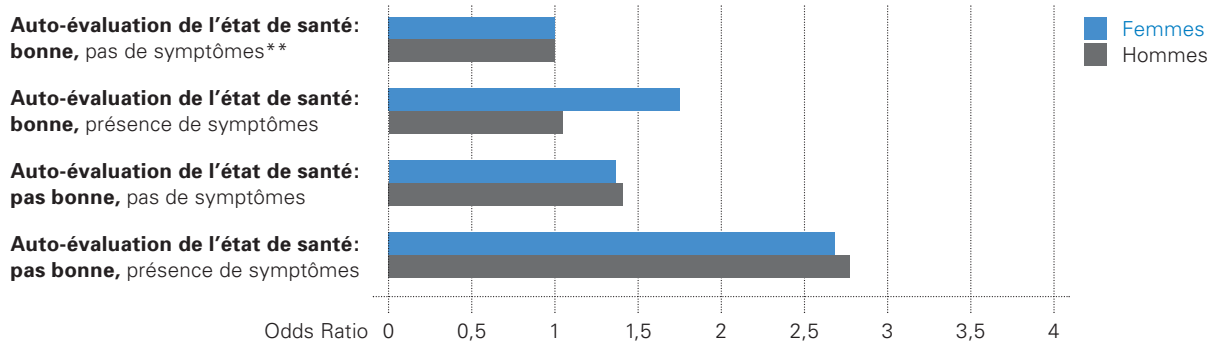
19 Auto-évaluation de l'état de santé pas bonne, présence de symptômes.

20 Les femmes avaient une probabilité significativement plus élevée de n'avoir obtenu, dans l'intervalle de temps considéré, aucune mesure du cholestérol (Odds Ratio pour le sexe féminin=1.7), aucune mesure de la glycémie (OR=1.3), aucun contrôle de l'ouïe (OR=1.4), aucune vaccination contre les inflammations des poumons (OR=1.9) et aucun examen sur le sang dans les selles (OR=1.5). Qu'elles n'aient subi aucun contrôle dentaire était moins probable (OR=0.7).

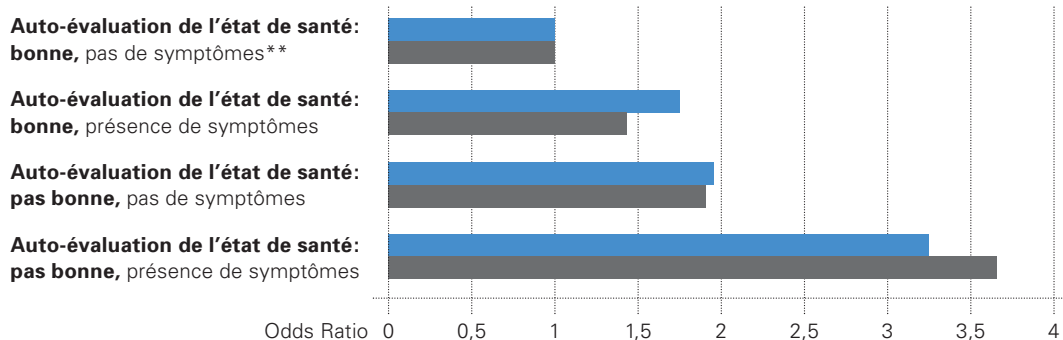
21 Analyses corrigées selon l'âge, la formation, la catégorie professionnelle, le revenu, la région de domicile.

Illustration 11 Probabilité (Odds Ratio) des demandes de consultations ambulatoires (a), consultations chez des spécialistes (b) et consultations en urgence (c), en fonction de l'état de santé et de l'existence de symptômes, selon le genre*

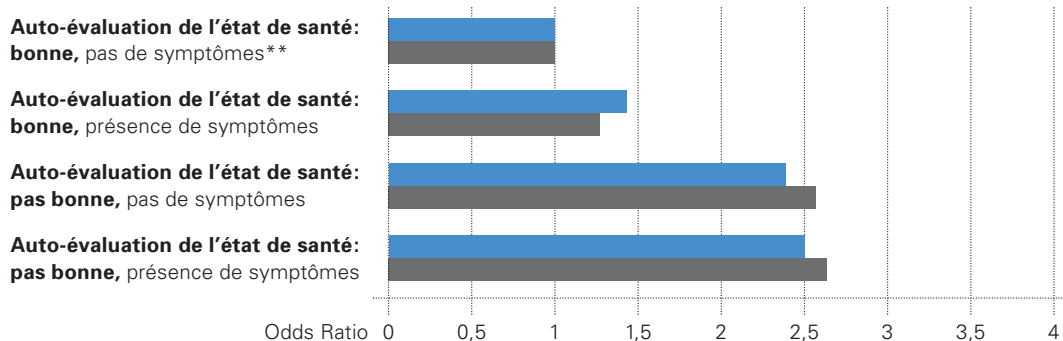
a) Consultations ambulatoires



b) Consultations chez des spécialistes



c) Consultations en urgence



* Tous les OR dans l'illustration sont statistiquement significatifs
 ** Groupe de référence

Source: Enquête suisse sur la santé 2002 (Bisig and Gutzwiller 2004)

2.4.2.3 Masculinité et vieillesse

Comme décrit dans le chapitre 2.4.2.1, les hommes ont un comportement de santé plus mauvais que les femmes et ce, jusqu'à un âge avancé. Ce fait est à attribuer à la détermination des rôles transmis par la culture et la société ainsi que les normes des rôles masculins (Thiele 2000). Les idéaux de masculinité sont en grande partie ceux de la jeunesse (force, endurance, puissance, bonne condition physique). Une orientation peu variée des idéaux masculins peut par conséquent mener à des difficultés d'adaptation et à des atteintes de la santé physique et psychique lors du passage à un âge avancé. Cela a pu être confirmé en partie dans des études en Allemagne (Thiele 2000): chez des hommes de 35–64 ans en bonne santé, bien établis socialement et économiquement, il a été montré que les hommes en bonne forme physique, qui présentaient en même temps une orientation très prononcée vers des normes masculines, se sentaient globalement beaucoup plus stressés par leur rôle masculin et, concernant les plaintes de santé, portaient une charge aussi élevée que les hommes en moins bonne forme physique. Thiele attribue cela au fait que chez ces hommes, les limites physiques dues à l'âge sont dépassées et les effets secondaires négatifs sur le bien-être et la santé objective deviennent plus probables. Pourtant, dans une autre étude, la masculinité était un prédicteur consistant d'un haut sentiment d'estime de soi et d'une plus faible tendance à la dépression (Thiele 2000). Comme il s'agit d'un échantillon très sélectif, ces résultats sont pourtant à interpréter avec prudence. De plus, il ne peut pas être exclu que, lors de la saisie de la santé par des inventaires de plaintes et avec les instruments d'enquête utilisés pour mesurer la santé psychique, les personnes interrogées aient répondu conformément à ce que la société attendait d'elles, à savoir conformément à leur rôle.

A un âge avancé, un développement de la personnalité dans le sens d'un rapport équilibré des caractéristiques masculines et féminines est considéré, pour les hommes, comme un avantage pour sa santé (Thiele 2000). Cette hypothèse a été soutenue dans l'étude longitudinale gérontologique de Bonne: les hommes chez qui, dans leur vieillesse, l'orientation sur des normes et des stéréotypes traditionnels des rôles de genre diminuait, vivaient plus longtemps. Ces hommes s'efforçaient plus souvent de garder et d'élargir leurs contacts sociaux et

rapportaient plutôt des sentiments d'être lié à d'autres, d'acceptation et de confiance dans le domaine des relations aux autres.

Par ailleurs, il a été montré que les représentations masculines peuvent avoir des effets sur la perception des douleurs et donc sur le recours aux prestations médicales (Thiele 2000): un concept de soi féminin/expressif était, chez les hommes, associé à une perception plus forte des douleurs psychiques et physiques. L'expressivité, en tant qu'aspect de la perception de soi, est aussi interprétée comme un facteur de prédiction positif pour un maintien de la santé à long terme. Pour recourir à des mesures préventives à temps, une perception plus sensible du corps et des plaintes plus précoces concernant les charges et les douleurs, en particulier lors de la perte de ressources objectives, seraient probablement favorables et d'une grande aide (Thiele, 2000).

2.4.2.4 Transitions biographiques et événements critiques de la vie

Les transitions biographiques et les événements critiques de la vie, comme un divorce et un veuvage, peuvent être liés à une mortalité plus élevée (voir chapitre 2.4.1) (Höpflinger, 2002b). Mais les conséquences de tels événements sur la morbidité ne font que peu l'objet de recherche en Suisse. Des études internationales montrent qu'un divorce tardif peut s'exprimer chez l'homme sous la forme d'une suicidalité plus élevée, d'une isolation sociale, d'un appauvrissement émotionnel et d'un comportement de dépendance (Höpflinger, 2002a). Lors d'un divorce, les femmes subissent souvent des pertes financières (Freivogel 2007). Concernant le veuvage, une étude de l'université du troisième âge de Genève montre également les différences entre les sexes dans la gestion psychologique de la vie du veuvage (Höpflinger, 2002a): les veufs parlent moins de leur état émotionnel et psychique que les veuves, ce qui paraît particulièrement correspondre aux veufs ayant une orientation masculine forte.

En ce qui concerne la phase de transition post-professionnelle à la retraite, une étude suisse montre que le bien-être des femmes et des hommes, de façon générale, se modifie peu (Mayring, 1998, 2000). Pourtant, certains sous-groupes montrent une détérioration de leur état relativement plus forte à la retraite. C'est le cas des femmes, des personnes avec un statut socio-économique bas et des personnes avec un petit réseau social. Chez les femmes, ce

Tableau 13 Association entre le sexe féminin et la santé auto-évaluée comme moyenne à mauvaise chez les plus de 65 ans: changement du rapport entre les sexes (OR) lors de la prise en considération, pas à pas, de facteurs socioéconomiques, démographiques et de santé

Modèle	Variables considérés	Odds Ratio pour le sexe féminin*
Modèle 1	Sexe (Odds Ratio brut)	1.35**
Modèle 2	Sexe + Age	1.33**
Modèle 3	Sexe + Age + Etat civil	1.29**
Modèle 4	Sexe + Age + Etat civil + Formation	1.07
Modèle 5	Sexe + Age + Etat civil + Formation + Revenu ménage	1.00
Modèle 6	Sexe + Age + Etat civil + Formation + Revenu ménage + Nationalité	1.00
Modèle 7	Modèle 6 + Région linguistique	1.00
Modèle 8	Modèle 7 + Classe de l'assurance hospitalière	0.99
Modèle 9	Modèle 8 + Obtention de prestations complémentaires	0.98
Modèle 10	Modèle 9 + Vivre seul dans un ménage	0.99
Modèle 11	Modèle 10 + Existence d'une personne de confiance	1.06
Modèle 12	Modèle 11 + Solitude	1.05
Modèle 13	Modèle 12 + Manière de vivre en étant conscient de sa santé	0.99
Modèle 14	Modèle 13 + Vaccination contre la grippe	0.95
Modèle 15	Modèle 14 + Dépistage du cancer	0.99
Modèle 16	Modèle 15 + Bien-être psychique	1.02
Modèle 17	Modèle 16 + Problème psychique/physique chronique	0.98
Modèle 18	Modèle 17 + Symptômes de problèmes physiques	0.71**

* En comparaison au sexe masculin (Odds Ratio=1)
 ** Résultats significatifs

sont les aspects économiques qui paraissent rendre le passage à la retraite particulièrement difficile. Les femmes retraitées bénéficient significativement moins souvent de prestations du deuxième et du troisième pilier et disposent d'un revenu équivalent plus bas que les hommes (Guggisberg and Künzi 2005). Un sous-groupe formé par des hommes, dont la profession était au centre de leur vie, qui étaient dominants et orientés vers l'extérieur, réussit moins bien à gérer la transition vers la phase non professionnelle, tout au moins à moyen terme (Höpflinger 2002a). De même, les hommes étrangers, qui souffrent plus fortement que la moyenne de mauvaises conditions économiques et de santé et sont aussi touchés particulièrement souvent par la mise à la retraite anticipée forcée, constituent un groupe à risque (Höpflinger and Stuckelberger 1999). L'expérience du passage à la retraite est fortement marquée par des effets de cohortes (Mayring, 2000). Les personnes prenant leur retraite actuellement, peuvent le faire

dans de bonnes conditions et en particulier avec une grande sécurité financière. Cela pourrait cependant changer pour les générations suivantes (Mayring, 2000).

2.4.2.5 Relations et soutiens sociaux

En se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la santé, le lien entre les relations sociales/soutiens sociaux et la santé de la population suisse adulte est bien documenté (voir aussi chapitre 2.4.2.1) (Office fédéral de la statistique 2005c). Pour la population âgée, on voit des différences entre les sexes à propos des relations sociales (les femmes de plus de 65 ans n'ont, plus souvent que les hommes du même âge, aucune personne de confiance, reportent plus souvent le manque d'une personne de confiance, sont plus souvent solitaires) (Office fédéral de la statistique 2005c). Pourtant, des études investigant la façon dont les ressources sociales agissent différemment sur la santé des hommes et des femmes âgés manquent.

Tableau 14 Association entre le sexe féminin et les limitations dans la vie quotidienne chez les plus de 65 ans: changement du rapport entre les sexes (OR) lors de la prise en considération, pas à pas, de facteurs socioéconomiques, démographiques et de santé

Modèle	Variables considérées	Odds Ratio pour le sexe féminin*
Modèle 1	Sexe (Odds Ratio brut)	1.70
Modèle 2	Sexe + Age	1.66
Modèle 3	Sexe + Age + Etat civil	1.68
Modèle 4	Sexe + Age + Etat civil + Formation	1.47
Modèle 5	Sexe + Age, Etat civil + Formation + Revenu ménage	1.48
Modèle 6	Sexe + Age + Etat civil + Formation + Revenu ménage + Nationalité	1.48
Modèle 7	Modèle 6 + Région linguistique	1.47
Modèle 8	Modèle 7 + Classe de l'assurance hospitalière	1.48
Modèle 9	Modèle 8 + Perception de prestations complémentaires	1.56
Modèle 10	Modèle 9 + Vivre seul dans un ménage	1.61
Modèle 11	Modèle 10 + Existence d'une personne de confiance	1.77
Modèle 12	Modèle 11 + Solitude	1.77
Modèle 13	Modèle 12 + Manière de vivre en étant conscient de sa santé	1.70
Modèle 14	Modèle 13 + Vaccination contre la grippe	1.64
Modèle 15	Modèle 14 + Dépistage du cancer	1.73
Modèle 16	Modèle 15 + Bien-être psychique	1.80
Modèle 17	Modèle 16 + Problème psychique/physique chronique	1.77
Modèle 18	Modèle 17 + Symptômes de problèmes physiques	1.51

* en comparaison au sexe masculin (Odds Ratio=1);
tous les résultats dans le tableau sont statistiquement significatifs

2.4.2.6 Interaction du genre avec d'autres déterminants de la santé auto-évaluée et des limitations dans la vie quotidienne

En référence au travail de S. Arber en Grande-Bretagne (Arber & Cooper, 1999), il a été examiné, par le biais des données de l'Enquête suisse sur la santé, si, respectivement comment, le lien du genre avec les indicateurs de santé se modifie, quand les déterminants sociaux, économiques, démographiques et de santé sont pris en considération pas à pas²². En tant qu'indicateurs de santé, la santé auto-évaluée d'un côté et les *limitations dans les activités quotidiennes*²³ ont été utilisées. 26 % des femmes de plus de 65 ans et 20 % des hommes du même âge estiment leur propre santé de médiocre à mauvaise²⁴, tandis que la prévalence des limitations dans la vie quotidienne s'élève à 20 % chez les femmes et à 11 % chez les hommes²⁵. Les résultats des modèles, dans lesquels les autres facteurs ont été pris en considération pas à pas, se trouvent dans les tableaux 13 et 14. Le modèle 18, dans les tableaux 13, respectivement 14, sont chacun le modèle

complet, qui – après prise en considération de l'influence de tous les déterminants introduits – montre la probabilité d'une santé moyenne à mauvaise, respectivement les limitations dans la vie quotidienne, chez les femmes en comparaison aux hommes.

Dans l'analyse de la santé subjective moyenne à mauvaise (tableau 13), les femmes, sans prise en considération de facteurs supplémentaires (modèle 1), ont une probabilité de 35 % plus élevée de classer leur santé de moyenne à mauvaise (Odds Ratio=1.35). Avec l'introduction de l'état civil, la formation et le revenu, cette différence entre les sexes devient moins forte, après prise en considération de la formation, elle n'est plus significative.

22 Dans des modèles de régression logistique.

23 Définition des limitations dans la vie quotidienne: ne pas pouvoir faire seul/sans aide les activités suivant: s'habiller, se déshabiller, pas seul/sans aide, sortir du lit manger; s'asseoir/se lever d'un siège, aller au toilette, se laver les mains/visage), marcher <200m; être incontinente au moins une fois par semaine.

24 Odds Ratio brut de 1.35

25 Odds Ratio brut de 1.7

Ces facteurs sociaux (avant tout la formation) peuvent donc expliquer la différence entre les femmes et les hommes: une moins bonne formation des femmes face aux hommes est par conséquent responsable en grande partie des différences dans la santé auto-évaluée. Par l'introduction de déterminants sociaux supplémentaires, il n'y a plus de changements essentiels. Pourtant, si l'existence de douleurs est prise en considération dans l'analyse (modèle 18), un renversement du rapport en découle: les femmes montrent maintenant une probabilité de 29 % plus faible de juger leur santé comme moyenne à mauvaise (Odds Ratio = 0.71). Cela signifie que les femmes estiment leur santé de moyenne à mauvaise significativement plus rarement que les hommes, s'il y a correction pour un niveau de douleur plus élevé des femmes.

Il en va autrement dans le modèle des limitations dans la vie quotidienne (tableau 14): les femmes ont aussi, après introduction de tous les autres facteurs, une probabilité de 50 % plus élevée d'être limitées dans leur vie quotidienne que les hommes (OR = 1.51). L'interaction des déterminants sociaux et du sexe n'est par conséquent pas la même pour chaque domaine de santé (voir aussi analyse pour le bien-être psychique au chapitre 2.5).

2.4.2.7 Points principaux

- Les femmes se comportent d'une manière plus favorable à leur santé que les hommes, également quand elles sont âgées. Cela concerne tous les domaines à l'exception de l'activité physique. Les hommes, quand ils avancent en âge, montrent une diminution plus significative dans le respect des recommandations de santé que les femmes.
- Les femmes recourent comparativement plus tôt que les hommes, respectivement plus souvent aux prestations médicales en cas de problèmes de santé légers. A un âge avancé, les différences entre les sexes diminuent en ce qui concerne le comportement dans le recours aux prestations, disparaissent partiellement totalement, respectivement s'inversent. En ce qui concerne les examens de dépistage, les femmes âgées sont plutôt moins bien prises en charge que les hommes âgés. Des obstacles au dépistage du cancer chez les femmes existent à un âge avancé (plus de 65 ans), chez celles qui ont un niveau scolaire bas et qui sont de nationalité étrangère.

- Le comportement des hommes plus défavorable à la santé peut être expliqué, entre autres, par la détermination des rôles transmis par la culture et la société et les normes des rôles masculins. Les représentations de la masculinité ont aussi des répercussions sur la perception de symptômes et par conséquent sur le recours aux prestations médicales. Une orientation peu variée sur les idéaux masculins (de jeunesse) peut mener, lors du passage à un âge avancé, à des difficultés d'adaptation et à des limitations de la santé psychique et physique.
- Les effets des événements critiques de la vie sur la santé sont peu étudiés en Suisse.
- Les femmes (aspects socioéconomiques) et les hommes étrangers (conditions économiques et de santé mauvaises, mise à la retraite anticipée forcée) font partie des groupes à risque en ce qui concerne la santé.
- En Suisse, on manque d'études qui montrent si les effets des ressources sociales sur la santé des hommes et des femmes âgés sont différents ou non.
- Les facteurs sociaux et démographiques (en particulier la formation) peuvent expliquer, dans une large mesure, la différence dans la santé auto-évaluée entre les femmes et les hommes. Après prise en considération des facteurs de santé (symptômes de problèmes physiques), les femmes estiment leur santé significativement meilleure que les hommes. En ce qui concerne les limitations dans la vie quotidienne, les différences entre les sexes ne peuvent pas s'expliquer par des déterminants sociaux.

2.4.2.8 Recommandations sur la mortalité/espérance de vie et les déterminants de la santé

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

Comme les recommandations au chapitre «Mortalité et espérance de vie» et «Déterminants de la santé» vont dans la même direction, les recommandations au chapitre 2.4.1 sont introduites également ci-après.

- PH 1** Renforcement de la prévention et de la promotion de la santé auprès des femmes et des hommes d'âge moyen et avancé. Les mesures correspondantes doivent être introduites spécifiquement au genre et à l'âge. Les thèmes sur lesquels insister le plus sont:
- Chez les hommes: tabagisme, alimentation, consommation d'alcool.
 - Chez les femmes: activité physique.

Les groupes cibles à atteindre en particulier sont:

- Les hommes célibataires et les veufs,
- Les femmes divorcées,
- Les hommes et les femmes avec un bas niveau de formation/sans formation continue,
- La population étrangère.

I: Bureaux nationaux et cantonaux pour la promotion de la santé et la prévention | ONG (par ex. Ligue pulmonaire, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA) | Associations médicales | Santé publique Suisse | Pro Senectute

PH 2 Obtention d'un meilleur niveau d'information et de compétences de santé plus élevées, par le biais de vastes campagnes, en particulier auprès des hommes d'âge moyen et avancé (cf. PH3 dans 2.3.2.7). Le lien des représentations masculines avec le comportement de santé et le recours aux prestations médicales est à thématiser plus particulièrement.

I: Prom. Santé Suisse | Office fédéral de la santé publique | Radix | Pro Senectute

PH 3 Information et sensibilisation des professionnels et en particulier des médecins de famille en ce qui concerne les facteurs de risque spécifiques au genre (par ex. pour les maladies cardiovasculaires) et les comportements de recours aux prestations médicales différents (par ex. examens de dépistage) dans le cadre de la formation et la formation continue.

I: FMH | Sociétés de spécialistes en médecine | Santé publique Suisse

PH 4 Renforcement de l'infrastructure et soutien financier des offres spécifiques au genre, pour la promotion du réseau social des personnes âgées. Les besoins de sous-groupes spéciaux comme les hommes célibataires et les veufs sont à prendre en considération.

I: Cantons | Communes | Pro Senectute | Eglises

PH 5 Renforcement des mesures pour améliorer la situation économique des femmes d'âge moyen et avancé:

- Meilleure prise en considération des biographies professionnelles dans l'assurance vieillesse (phases de travail à temps partiel, deuxième pilier, montant de coordination)
- Répartition sensible au genre des conséquences économiques lors de divorce.

I: Bureaux d'égalité national et cantonaux | Législateur (Confédération, cantons) | Tribunaux

PH 6 Renforcement des mesures d'occupation et de formation continue pour les personnes de santé vulnérable, comme celles avec un bas statut professionnel, une mauvaise intégration sociale et au chômage.

I: Cantons | Offices régionaux de placement (ORP) | Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) | Employeurs

R1 Recherche sur l'influence des facteurs sociodémographiques cités ci-dessous sur la mortalité des hommes et des femmes dans des études longitudinales avec prise en considération des cohortes de genre et d'âge (Base de données: Swiss National Cohort):

- Etat civil,
- Formation (avec correction pour l'état civil),
- Facteurs professionnels/relatifs au travail (par ex. chômage),
- Nationalité avec prise en considération des sous-groupes (par ex. statut de séjour).

I: Fonds National Suisse | Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Registres suisse et cantonaux des tumeurs | Recherche

R2 Recherche de la synergie des facteurs sociaux, familiaux et économiques (par ex. soutien social, réseau social, situation de vie, revenu) avec la morbidité différente des femmes et des hommes avec des données longitudinales (bases de données: Panel suisse des ménages).

I: Fonds National Suisse | Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Registres suisse et cantonaux des tumeurs | Recherche

R3 Rechercher si et dans quelle mesure le recours plus tardif aux prestations médicales des hommes est associé à leur mortalité plus élevée/espérance de vie plus courte. Renforcement de la recherche sur le comportement de santé et de maladie avec une perspective salutogénétique.

I: Fonds National Suisse | Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Registres suisse et cantonaux des tumeurs | Recherche

R4 Recherche plus poussée des différences cantonales dans la mortalité des femmes et des hommes en vue d'élaborer des mesures différentes selon les cantons: lien avec l'environnement socioéconomique, consommation d'alcool, représentations masculines traditionnelles, différences culturelles, programme de mammographies organisées.

I: Fonds National Suisse | Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Registres suisse et cantonaux des tumeurs | Recherche

R5 Extension des statistiques de routine (entre autres statistique des causes de décès) autour des situations de vie effectives (vivre seul/en couple), pour une meilleure acquisition de la diversité en augmentation des formes de vie.

I: Fonds National Suisse | Office fédéral de la santé publique | Office fédéral de la statistique | Observatoire suisse de la santé | Registres suisse et cantonaux des tumeurs | Recherche

2.4.3 Besoins de soins et soins formels/informels

2.4.3.1 Espérance de vie sans handicap et besoins de soins

L'accroissement de l'espérance de vie durant le siècle dernier s'accompagne aussi d'une augmentation des années sans atteintes à la santé, respectivement en très bonne santé (compression de la morbidité) (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). En 1997/1999, l'espérance de vie sans handicap des hommes était de 70.3 ans, celle des femmes de 75 ans (Höpflinger & Hugentobler, 2003). Le nombre d'années avec handicap s'élevait pour les hommes à 6.2 ans (8 % de l'espérance de vie totale) et pour les femmes à 7.5 ans (9 %). Entre 1992 et 2002, les hommes ont gagné plus d'années sans handicap que les femmes (2 ans et 5 mois versus 1 an et 5 mois) et le nombre d'années avec handicaps a diminué fortement chez eux (8 mois versus 1 mois) (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005).

Les femmes ont aussi plus souvent besoin de soins que les hommes. Selon l'Enquête suisse sur la santé, la prévalence du besoin de soins des femmes vivant à la maison en 2002 était entre 4 % et 10 % et chez les hommes entre 1.5 %–4.5 % (Enquête suisse sur la santé 2002) (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Pour la prévalence du besoin de soins dans toute la population suisse âgée (y-compris les personnes en institutions), il n'y a que des estimations: pour l'an 2000, elle se montait pour les plus de 65 ans à 9.8 %–11.4 % (ce qui correspond de 109'000 à 126'000 personnes ayant besoin de soins) (Höpflinger & Hugentobler, 2003). Des indications quant à la différence entre les sexes manquent à ce propos. Pourtant, significativement plus de femmes que d'hommes vivent dans les institutions médicosociales (voir chapitre 2.1), ce qui pourrait encore renforcer la différence entre les sexes observée en ce qui concerne le besoin de soins des personnes vivant à la maison.

2.4.3.2 Soins informels et formels et aide selon les situations de vie

Les soins et l'aide informels²⁶ ont une grande importance: 60 % des personnes âgées nécessitant des soins sont soignées à la maison (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Des différences entre les sexes existent aussi bien en ce qui concerne la prestation que l'obtention de soins. Les femmes dispensent plus de soins informels (environ 80 % de femmes) et d'aide. Elles reçoivent aussi plus d'aide et de soins formels et informels (Office fédéral de la statistique 2005c); Stutz and Strub 2006), car chez elles, la prévalence du besoin de soins est plus élevée. Les prestations de soins sont assumées en premier lieu par les partenaires (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Par conséquent, l'état civil, respectivement la situation de vie effective, est décisive pour la prestation et pour l'accès à l'obtention de soins informels. Pour cela, il y a, à un âge avancé, des différences significatives entre les sexes (voir chapitre 2.1). Pour montrer les différences effectives entre les sexes dans l'obtention et la prestation de soins et d'aide, il serait par conséquent important de prendre en considération la situation de vie effective.

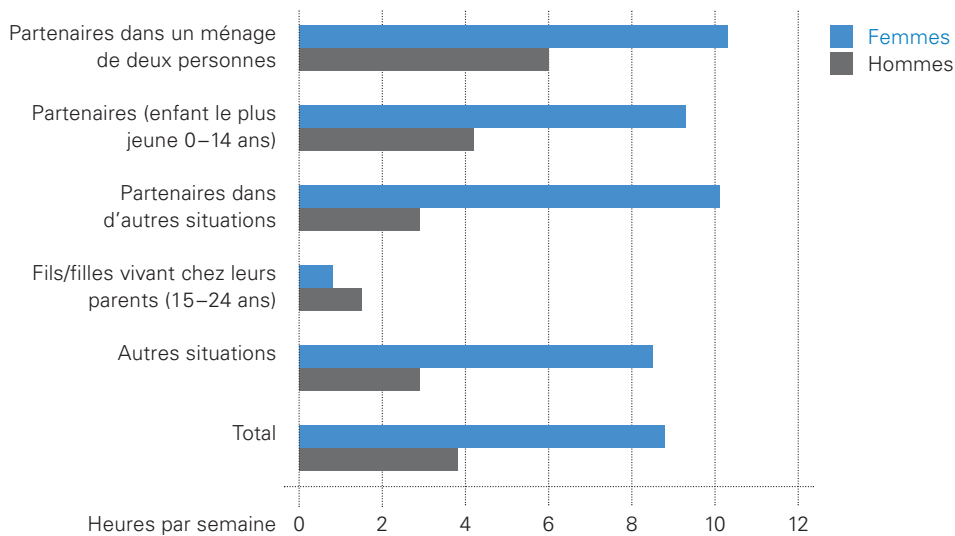
Soins informels

Obtention: La situation des données en Suisse est insuffisante, en particulier pour l'obtention de soins informels. Dans l'Enquête suisse sur la santé, les soins informels ne sont pris en considération que comme part de l'aide informelle. Comme les personnes en institution ne sont pas incluses et les personnes nécessitant des soins sont vraisemblablement sous-représentées, le nombre de personnes qui répondent à la question respective est très bas. Une évaluation des données de l'Enquête suisse sur la santé concernant l'obtention de soins informels, en particulier en fonction de l'état civil et la forme du ménage, n'a par conséquent pas de sens.

Prestation: En ce qui concerne la prestation de soins informels, l'Enquête suisse sur la population active 2001 (ESPA) donne des renseignements (échantillon >15 ans). Le temps investi pour les soins et la prise en charge montre de grandes différences entre les sexes en relation avec la situation familiale (illustration 12) (Schön-Bühlmann, 2005). Les femmes accordent, dans chaque situa-

²⁶ L'aide informelle comprend des prestations plus vastes que les soins (aide à faire les courses, à tenir le ménage, transport de malades, aide administrative et soins).

Illustration 12 Temps investi pour les soins et la prise en charge des membres d'un même ménage ayant besoin de soins, en fonction de la situation familiale (en heures par semaine)



Source: ESPA 2004, >15 ans (Schön-Bühlmann 2005)

tion de vie, plus de temps que les hommes pour des soins aux membres du ménage ayant besoin de soins. La différence dans un ménage de deux personnes (soins du/de la partenaire) s'élève à environ quatre heures par semaine. Cette différence s'élève à 7 heures, s'il y a davantage de personnes adultes qui habitent ensemble dans un ménage (partenaire dans d'autres situations).

Aide informelle

En ce qui concerne les informations sur l'aide informelle de l'Enquête suisse sur la santé, une remarque restrictive s'impose: la question sur les prestations d'aides par le/la partenaire ou à l'intention du/de la partenaire n'a pas été posée explicitement²⁷. Cela peut conduire à des interprétations biaisées lors de l'évaluation en fonction de l'état civil et la forme du ménage.

Prestation: Les femmes de plus de 65 ans dispensent plus souvent de l'aide informelle que les hommes du même âge (24 % vs 22 %) (Tableau 15). Chez les femmes, ce sont le plus souvent les célibataires et celles vivant dans un ménage à une personne qui dispensent le plus souvent de l'aide informelle, chez les hommes, ce sont

surtout ceux qui sont mariés et ceux vivant dans des ménages à plusieurs personnes. Les hommes dans cette situation de vie dispensent aussi souvent de l'aide informelle que les femmes dans la même situation.

Obtention: Les femmes de plus de 65 ans reçoivent plus souvent de l'aide informelle que les hommes, indépendamment de leur forme d'habitation et d'état civil (tableau 15). C'est valable aussi bien dans la population en général que chez les personnes ayant des limitations dans la vie quotidienne. Les femmes veuves et célibataires et les hommes veufs présentent une très forte demande en prestations. Les hommes et les femmes dans des ménages à une personne obtiennent plus souvent de l'aide informelle que les personnes dans des ménages à plusieurs. La différence, selon laquelle significativement plus de femmes que d'hommes reçoivent de l'aide informelle, existe également après contrôle pour l'âge, l'état civil, la santé auto-évaluée et la mobilité/capacité à marcher (Höpflinger & Hugentobler, 2005)

Soins formels

Ambulatoire: Selon la statistique Spitex, 70 % des clients étaient de sexe féminin en 2005 (Office fédéral des assurances sociales 2006). Selon les groupes d'âge, 2-9 % des hommes de plus de 65 ans et 6-11 % des femmes âgées ont profité de Spitex en 2002 (Tableau 15) (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Cette différence entre

²⁷ Question sur l'obtention d'aide informelle: «Avez-vous, durant ces 12 derniers mois, reçu de l'aide de parents, connaissances ou voisins pour des raisons de santé, par exemple, aide pour faire les courses, soins, apporter à manger?». Question sur la prestation d'aide informelle: «Aidez-vous régulièrement – sans être payer pour ça – d'autres gens? (par ex., visite à des malades, handicapés ou retraités, aide dans le ménage, apporter à manger ou véhiculer quelqu'un).

Tableau 15 Prestation et obtention d'aide informelle et de soins formels (Spitex)* chez les femmes et les hommes de plus de 65 ans en fonction de l'état civil et la formation du ménage (se rapportant à la population de plus de 65 ans vivant à la maison)

Etat civil	Prestation d'aide informelle		Obtention d'aide informelle		Spitex	
	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
Célibataire	32,8	20,3	20,1	6,2	12	5
Marié	21,3	23,3	12,6	5,3	6	3
Veuf	25,4	18,3	22,8	14,9	15	14
Divorcé/séparé	21,2	17,0	17,3	3,5	12/5	9/18
Forme de ménage						
Ménage à une personne	26,2	18,8	19,2	11,7	–	–
Ménage à plusieurs personnes	22,0	23,0	15,5	5,2	–	–
Total						
>65 Jahre ou 65–74 ans/74 + ans	23,8 (n=552)	22,3 (n=322)	17,1 (n=336)	6,2 (n=94)	6/15	2/9

* Obtention d'aide informelle: dans les 12 derniers mois, prestation d'aide informelle: au moins 1x/semaine, obtention de Spitex: dans les 12 derniers mois

Source: Enquête suisse sur la santé 2002: propres analyses, échantillon pondéré; (Höpflinger & Hugentobler, 2005) (Spitex)

les sexes existe encore après contrôle de l'état de santé et l'état civil, deux facteurs qui sont associés de façon significative avec la demande des prestations Spitex. Les femmes divorcées, veuves et célibataires profitent de Spitex plus souvent que les femmes mariées ou vivant séparées, chez les hommes, Spitex est utilisée surtout par les veufs et encore plus souvent par ceux qui vivent séparés. Il n'y a que chez les veufs et veuves que la fréquence de recours est à peu près aussi élevée chez les hommes que les femmes.

Il n'est pas possible de dire s'il y a aussi des différences entre les sexes en ce qui concerne la prestation, sur la base des données actuelles (la statistique des prestations de Spitex n'est pas séparée selon femmes/hommes).

Institutions: Les femmes de plus de 65 ans vivent significativement plus souvent que les hommes du même âge dans des institutions médicosociales (chap. 2.1) (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). C'est valable le plus souvent pour les célibataires des deux sexes²⁸, et en second pour les veufs et veuves et les divorcés. En ce qui concerne les hommes, la probabilité de vivre dans une institution médicosociale est fortement augmentée pour les divorcés ou les célibataires en comparaison aux hom-

mes mariés, chez les veufs, elle est à peu près la même. Des facteurs supplémentaires, comme par exemple une formation plus basse, qui sont aussi liés à un risque d'institutionnalisation plus élevé, augmente de façon beaucoup plus importante chez les femmes. Une analyse réalisée à l'aide de données de recensement de la population révèle que les hommes du même âge et du même état civil et avec un niveau de formation équivalent sont représentés en aussi grand nombre que les femmes dans les institutions de soins (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005).

2.4.3.3 Atteintes de santé chez les soignants

Les soins aux proches sont vécus aussi bien comme une satisfaction et un enrichissement que comme une charge et un boulet (Kesselring, 2004). Les proches soignants souffrent significativement plus souvent de dépressions et de troubles du sommeil, de même que de maux de tête, de dos et d'articulations que les personnes du même âge qui ne soignent pas (Kesselring, 2004). En même temps, significativement plus d'hommes de 65–70 ans que de femmes approuvent l'assertion que quand on est âgé on est moins utile (33 % vs 25 %, Santos-Eggimann, communication personnelle 2007)²⁹. Il est possible que ce soit lié aussi au fait que les femmes dispensent plus de soins informels et se sentent par conséquent plus utiles. En ce qui concerne les différences entre les sexes dans la

²⁸ 30 %, respectivement 27 %, des femmes célibataires de plus de 80 ans, respectivement des hommes, vivaient dans une institution (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005).

²⁹ Lausanner Kohorte Lc 65+ (échantillon représentatif, sans les personnes institutionnalisées, âge 65–70 ans, n=1448, 2004).

charge représentée par les soins, il n'y a en Suisse que peu d'études, dont les résultats d'ailleurs ne vont pas tous dans le même sens. Kesselring (Kesselring 2004) prend comme point de départ que les hommes ont tendance à se sentir moins chargés que les femmes par les soins, car, plus que les femmes, ils ne font alors que soigner, si la relation à la personne soignée est bonne ; de plus qu'ils sont plus enclins à faire attention à leurs propres besoins et à accepter de l'aide. Les femmes sont certes davantage habituées à s'occuper de leurs parents, mais cela peut être également lié à l'idée qu'il va de soi que de telles tâches leur incombent (Kesselring 2004). Une étude tessinoise sur les parents soignant des malades souffrant de démence montre, par contre, que les hommes le percevaient comme un poids plus lourd: plus d'hommes que de femmes se sentaient fortement ou extrêmement fortement affectés (44 % vs 27 %) et présentaient des dépressions ou des troubles anxieux (33 % vs 23 %) (Molo-Betelini, Clerici, & Testa-Mader, 1999). De plus, les hommes avaient, significativement plus souvent que les femmes, rarement, voire aucun soutien social par d'autres membres de la famille (50 % vs 20 %). Le fardeau représenté par des soins fournis dans le contexte de maladies graves, spécifiques semble être différent du fardeau représenté par des soins généraux.

Dans une étude suisse-allemande, les hommes de 40–55 ans indiquaient en outre une santé significativement plus mauvaise que les femmes, lorsque des parents ou un parent isolé nécessitaient des soins, ce, indépendamment d'une prestation de soins (Perren & Perrig-Chiello, 2003). Par conséquent, la nécessité de soigner les parents semble être, par définition, un événement lourd à porter, indépendamment de la prestation de soins apportée, qui touche plus fortement les hommes. Il est possible que les hommes, du fait de leur intégration professionnelle plus forte et de leur réseau social plus faible, se sentent plus démunis que les femmes face à la nécessité de soigner leurs parents (Perren & Perrig-Chiello, 2003).

Il existe des différences entre les hommes et les femmes également dans les besoins des soignants. Dans une étude réalisée en Suisse romande, les hommes soignants souhaitaient significativement plus souvent que les femmes un soutien financier et/ou un allègement fiscal (81 % versus 56 %) et indiquaient aussi plus de besoins concernant des soutiens spécifiques pour la maison (possibilités d'hébergement passager, comme des foyers de jour ou des lits de vacances, soutien psychologique dans le but

d'échanger des informations) (Bardet Blochet, 2005). Les femmes souhaitaient un peu plus souvent des mesures professionnelles, comme par exemple un temps de travail flexible, mais elles mentionnaient également plus souvent n'avoir aucun besoin (15 % versus 5 %).

2.4.3.4 Répercussions de différents modèles financiers de soins sur les hommes et les femmes (question de recherche)

Dans le domaine des soins, la hausse des coûts et le manque de transparence à cet égard ont amené les autorités fédérales suisses à chercher de nouvelles conventions pour soulager financièrement l'assurance maladie (Office fédéral des assurances sociales 2007). Pour le moment, une proposition, consistant à échelonner les coûts des soins à rembourser par la caisse maladie en fonction du degré du besoin de soins, est en train d'être examinée au niveau politique.

Les modèles actuellement en discussion pour la réorganisation du financement des soins pourraient se répercuter différemment sur les hommes et les femmes, car les clientEs du Spitex et les résidentEs des institutions de soins sont en majorité de sexe féminin (voir chap. 2.1 et 2.4.3.2). De plus, les femmes ont probablement recours plus tôt et plus souvent que les hommes à de l'aide formelle à des niveaux de soins plus bas et en particulier dans les soins de base, car elles habitent plus souvent seules (voir chap.2.1).

Vu l'état actuel des données existant aujourd'hui en Suisse, il n'est pourtant pas possible de vérifier si un modèle avec gradation selon le niveau des soins est réellement injuste par rapport au genre. A notre connaissance ni les statistiques du Spitex ni celles des traitements à longue durée ne sont présentées selon le sexe.

2.4.3.5 Points principaux

- Les femmes vivent comparativement plus longtemps que les hommes avec des handicaps fonctionnels et nécessitent plus souvent des soins.
- Les femmes dispensent plus de soins et d'aide informels. Les femmes reçoivent aussi plus souvent des soins et de l'aide formels et informels (à cause du besoin de soins plus fréquent chez elles)
- Les femmes investissent plus de temps que les hommes à soigner les membres du ménage ayant besoin de soins, quelle que soit la situation de vie.

- Chez les femmes, l'aide informelle est dispensée, le plus souvent par les célibataires/celles vivant seules, chez les hommes, elle est dispensée le plus souvent par ceux qui sont mariés/ceux vivant dans un ménage à plusieurs personnes.
- L'obtention d'aide informelle est plus élevée pour les femmes, quel que soit leur état civil/situation de vie effective, que pour les hommes (également après prise en considération de l'âge, de la santé subjective et de la mobilité/capacité à marcher). Les femmes célibataires et veuves et les hommes veufs ont un recours à l'aide informel très haut.
- Les femmes recourent plus souvent que les hommes à des soins formels. Chez les deux sexes, ce sont les veufs (Spitex) et les célibataires (institutions) qui obtiennent le plus souvent des soins. Les hommes célibataires et divorcés représentent un groupe à risque en ce qui concerne la probabilité de vivre dans un établissement de soins. La surreprésentation actuelle des femmes, par rapport aux hommes, dans les établissements de soins peut être expliquée par leur durée de vie plus longue, leur veuvage plus fréquent et leur niveau scolaire plus bas.
- Fournir des soins semble être ressenti aussi bien par les hommes que par les femmes semblent ressentir comme un fardeau. Les hommes disposent de moins de soutien social en ce qui concerne les soins et le besoin de soins pèse plus fortement sur leur santé subjective (indépendamment de leurs propres prestations de soins). Les hommes et les femmes souhaitent, dans différents domaines, des mesures de soutien et d'allègement en ce qui concerne les soins (les hommes, davantage d'allègements fiscaux/financiers, les femmes, davantage de mesures professionnelles).
- Les données concernant l'obtention de soins informels sont insuffisantes en Suisse. Dans l'Enquête suisse sur la santé, des questions n'ont été posées qu'à propos de l'aide informelle, et les personnes nécessitant des soins sont sous-représentées.
- Etant donné la situation actuelle des données concernant les soins (aucune distinction du degré de soins selon le genre à disposition dans les statistiques), il n'est pas possible de déterminer si le nouveau mode planifié de financement des soins se répercute différemment sur les hommes et les femmes.

2.4.3.6 Recommandations

PH = Santé publique, R = Recherche, I = Intervenants possibles

PH 1 Soulagement ciblé des parents/personnes qui soignent par le biais de:

- Orientation spécifique au genre des offres pour le soutien social et psychologique des soignants.
- Focalisation plus forte des modèles de décharge sur les groupes cibles des hommes mariés et des femmes vivant seules.
- Soutien financier des soignants par le biais, par exemple, de déductions fiscales ou de crédits.

I: Pro Senectute | Croix-Rouge suisse | Spitex | Cantons | Communes | Législateur (cantons)

PH 2 Encouragement de la prise en charge des prestations de soins par les hommes, au moyen de représentations d'hommes actifs dans les soins et socialement.

I: Pro Senectute | Spitex | Radix

PH 3 Présentation des statistiques Spitex et des statistiques des hospitalisations de longue durée, selon le genre, l'âge et le degré des soins.

I: Office fédéral des assurances sociales | Cantons

R1 Amélioration de la situation des données concernant la prévalence de l'obtention et des prestations de soins informels (et aide) dans la population suisse par le biais de:

- Adaptation du questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé
- Etudes ciblées.

Des informations plus valables devraient être fournies aux questions suivantes: Qui reçoit des soins/aide informels (genre, âge, situation de vie, état civil, degré de nécessité des soins)? Par qui sont-ils fournis (genre, âge, situation de vie, état civil)?

I: Office fédéral de la statistique | Fonds National Suisse | Chercheurs

3 Discussion

Le rapport Genre et santé comprend, pour les trois thèmes *Suicide et violence*, *Santé psychique* et *Vieillessement en santé/besoin de soins*, une analyse selon le genre approfondie et présente des recommandations d'action pour la pratique et la recherche.

La ligne directrice de l'analyse selon le genre consiste à aborder les changements de santé survenus au cours de ces dix dernières années et à se focaliser sur les déterminants sociaux pour lesquels des différences selon le genre sont connues ou qui ont une importance différente pour les hommes et les femmes, cela, en se fondant sur le modèle de l'OMS sur l'égalité des chances. Le but était de déterminer s'il était possible de discerner des répercussions pertinentes selon le genre sur la santé, à partir de leur évolution dans le temps, de manière à les utiliser pour l'égalité des chances.

Dans le domaine de la santé, il y a des indices montrant une certaine égalisation entre les sexes, qui – pour autant que la situation des données permet de voir – résulte d'un développement plus favorable de la santé des hommes : c'est le cas en ce qui concerne le suicide, la mortalité à un âge moyen et l'espérance de vie sans handicap. De tels changements se profilent également en partie dans le domaine de la santé psychique ; cependant, ils ne peuvent pas être expliqués par des facteurs isolés.

Pour expliquer cette diminution des différences entre les sexes, on n'a, pour le moment, que peu d'éléments à apporter : ce qui repose sur une évidence empirique, concerne plutôt les améliorations dans le domaine du traitement. La question si, respectivement comment, les déterminants sociaux ont des répercussions sur ce développement, reste ouverte, que ce soit dans le domaine du suicide ou dans celui de la santé psychique et la mortalité. L'évolution temporelle en ce qui concerne les déterminants sociaux ne vont globalement pas clairement dans une direction favorable ou défavorable à la santé. Il est possible que les améliorations dans la prise en charge médicale compensent des développements défavorables dans le domaine social.

Dans le rapport, ce sont plutôt des déterminants sociaux peu spectaculaires qui sont mis en avant, comme par exemple l'état civil. Sa signification est souvent mentionnée et discutée dans un contexte de changement démographique et selon des points de vue économiques. Face à la multiplicité croissante des formes de vie, cet indica-

teur reflète, pourtant, de plus en plus mal de la situation de vie effective. Ce que l'évolution dans les situations de vie implique dans le domaine de la santé, est, de plus, étonnamment peu exploré et ne retient que peu l'attention en politique sociale et de la santé. Une différenciation plus forte de ce déterminant dans les statistiques de routine en vue d'une meilleure saisie de la situation sociale effective permettrait d'observer l'évolution des liens avec la santé spécifique au genre et d'évaluer également des mesures dans ce domaine. Pourtant, déjà rien qu'avec la base de données actuelle, le lien, par exemple, entre la mortalité et des facteurs relatifs au travail, la formation et l'état civil pour les hommes et les femmes pourrait être exploré de manière approfondie (avec prise en considération des cohortes d'âge et de genre dans des études longitudinales). L'appel à une différenciation des déterminants sociaux dans les statistiques de routine et les travaux de recherche coïncide aussi avec le plan de recherche 2008–2011 de l'Office fédéral des assurances sociales, qui considère comme une priorité une analyse des facteurs d'influence des différents taux de mortalité.

Le rapport montre que dans différents domaines de thèmes ce qui peut toucher les hommes constitue un tabou : le handicap, vieillir/soins, et le recours à l'aide en cas de problèmes psychiques semblent être en contradiction avec le concept de la masculinité. Les prescriptions traditionnelles des rôles et les normes des rôles masculins semblent avoir des répercussions sur les hommes également défavorables sur le comportement de santé, sur la perception des symptômes et le recours aux prestations médicales. C'est pourquoi quelques recommandations exigent une prise en compte plus importante de cet aspect-là. On n'en connaît étonnamment peu sur la raison qui fait que le concept de la masculinité et les normes des rôles masculins sont si fortement en contradiction avec une bonne santé et comment on pourrait faire face à cette situation dans le domaine de la santé. Ce pourrait être l'un des enjeux les plus importants pour la promotion de la santé chez les hommes.

Du point de vue des femmes, ce sont les thèmes du besoin de soins, aussi bien dans le domaine physique que psychique, et des handicaps de longue durée qui se trouvent surtout au premier plan. Les ressources matérielles moindres des femmes sont expliquées avant tout par les rôles féminins traditionnels et leur moins bonne intégra-

tion dans le monde du travail. Un niveau de formation moindre et le manque de ressources matérielles sont liés, une fois de plus, à un risque de mortalité plus élevé chez les femmes divorcées âgées, à une santé auto-évaluée plus mauvaise chez les femmes en général, et à des obstacles à l'accès aux examens de dépistage chez les femmes âgées. En référence au modèle de l'OMS sur l'égalité des chances, chez les femmes, les devoirs prioritaires en ce qui concerne la promotion de la santé sont d'élaborer de mesures structurelles et des soutiens supplémentaires ciblés ainsi qu'un allègement de leur rôle de soignantes allant de paire avec les pertes financières et de santé.

Le grand nombre de recommandations de recherche indique qu'il y a encore de nombreuses questions qui restent ouvertes ou ne sont pas traitées, dix ans après le rapport sur la santé des femmes de 1996. Les recommandations de recherche concernent différents niveaux: il s'agit d'une part de l'acquisition de données les plus élémentaires (voir domaine Spitex) ou de la modification ou plutôt de compléments d'informations dans les statistiques de routine (voir état civil en tant qu'indicateur insuffisant de la situation de vie effective). De plus, une analyse supplémentaire des résultats descriptifs est recommandée, par exemple, une analyse des différences régionales selon le genre, en ce qui concerne la mortalité, ou encore une focalisation de la recherche relative aux thèmes, comme elle peut être réalisée dans le cadre des NRP's (Programme national de recherche). D'autre part, il s'agit d'adopter une méthode de recherche plus complexe. A plusieurs reprises, il a été démontré la nécessité de réaliser des études longitudinales, pour lesquelles il existe déjà une base de données à exploiter (Panel des ménages, National Cohort Study).

Bien des recommandations visent aussi bien une augmentation de l'égalité des chances qu'une amélioration de la qualité au sein du système de santé. Le rapport donne surtout des indications pour améliorer l'égalité des chances verticale (apport de différentes prestations en réponse à différents besoins). L'état des données relatives à l'égalité des chances horizontale (même prestations concernant les mêmes besoins) est, pour une grande part, plus mauvais. Des améliorations de la qualité au sein du système de santé publique doivent être visées, d'une part par le biais d'une sensibilisation au savoir relatif au

genre et par une formation de base et une formation continue des professionnels. D'autre part, elles peuvent aussi être atteintes par le biais d'une amélioration de la situation des données et de l'information. Dans ce contexte, les recommandations de recherche sont aussi à compter parmi les mesures visant à améliorer la qualité.

Pour les trois thèmes, les recommandations proposées vont en direction d'une différenciation renforcée spécifique au genre et à l'âge des approches de la Health Literacy, de la promotion de la santé, de la prévention et des soins de santé. Cette ligne directrice comprend les bases les plus importantes pour améliorer l'égalité des chances verticale, ainsi que la qualité de la santé publique, ce, par le biais d'une orientation renforcée sur les besoins spécifiques. Par conséquent, elle devrait trouver sa place dans les nouvelles bases légales visant le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. A part le genre, d'autres déterminants sociaux ont été pris en considération dans les recommandations (par ex. des mesures spéciales pour les chômeurs, les hommes veufs et célibataires, les femmes avec un bas niveau de formation), ce qui rend possible un certain rapprochement de la situation sociale effective. Lors de la concrétisation de telles mesures, il faudrait préciser, dans le sens du modèle de l'OMS de l'égalité des chances, à quel niveau les appliquer (structurel ou intermédiaire) et sur quel plan une action doit être réalisée. Une telle différenciation des mesures – de même que la différenciation selon le sexe et l'âge – devrait permettre une meilleure efficacité susceptible d'être vérifiée

4 Bibliographie

- Ajdacic-Gross, V. (1999). Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern: Lang AG.
- Amnesty International Sektion Schweiz. (2007). Zahlen zu häuslicher Gewalt. <http://www.amnesty.ch/de/kampagnen/stopviolence/mobil-gegen-hauesliche-gewalt>. Sept. 2007.
- Appleby, L., Mortensen, P., & Faragher, E. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 173, 209–211.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med*, 44(6), 773–787.
- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med*, 48(1), 61–76.
- Arber, S., & Lahelma, E. (1993). Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med*, 37(8), 1055–1068.
- Arnade, S. (2007). Behinderte Frauen: oft unsichtbar, aber meist unschlagbar. DOSSIER Europa 2007: Chancengleichheit für alle! http://www.migration-boell.de/web/migration/46_948.asp. Sept. 2007.
- Bachmann, R., Müller, F., & Balthasar, A. (2003). Einmal Rente-immer Rente? Eine Analyse von Prozessen und Bedingungen, die zum Eintritt in das Invalidenversicherungssystem und zum Austritt daraus führen. Nationales Forschungsprogramm. <http://www.sozialstaat.ch/d/behinderung/bachmann.html>. Sept. 2007.
- Balthasar, A., Bieri, O., Grau, P., Künzi, K., & Guggisberg, J. (2003). Der Übergang in den Ruhestand – Wege, Einflussfaktoren und Konsequenzen. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur längerfristigen Zukunft der Alterssicherung (IDA ForAlt): Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/2003, Bern
- Bardet Blochet, A. (2005). Le travail invisible des femmes auprès des proches âgés. Dokumentation zur 3. nationalen Tagung des Forschungsnetzwerks Gender Health; 29. Juni 2005, Brugg.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. An expansionist theory. *Am Psychol*, 56(10), 781–796.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*, 14(1), 35–42.
- Beautrais, A. L. (2006). Women and suicidal behavior. *Crisis*, 27(4), 153–156.
- Belser, K. (2005). Häusliche Gewalt kommt in allen Kreisen vor – nur in manchen vielleicht etwas häufiger. Was wir aus Polizeistatistiken und Prävalenzstudien lernen können. In In: Häusliche Gewalt und Migration (Vol. 1, pp. 9–12). Bern: Eidgenössische Kommission für Frauenfragen.
- Bird, C. E., & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med*, 48(6), 745–755.
- Bisig, B., & Gutzwiller, F. (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 2: Detailresultate. Zürich/Chur: Rüegger
- Bitzer, J. (2005). Sexuelle und häusliche Gewalt gegen Mädchen und Frauen. *Therapeutische Umschau*. Band 62. Heft 4.
- Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A., & Stuck, A. E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Bopp, M., & Ceesay, K. (2007). Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006. Zusammenfassung. Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich; 21 (Sonderheft Gesundheitsbericht): 3–6
- Bopp, M., & Gutzwiller, F. (1999). Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950. 1. Internationaler Vergleich und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität. *Schweiz Med Wochenschr*, 129(20), 760–771.
- Bopp, M., & Minder, C. E. (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. *Int J Epidemiol*, 32(3), 346–354.
- Branger, K., Gazareth, P., & Schön-Bühlmann, J. (2003). Données sociales – Suisse. Vers l'égalité? La situation des femmes et des hommes en Suisse. Troisième rapport statistique. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique
- Budowski, M. (2003). Pauvreté et genre. In: Données sociales – Suisse. Vers l'égalité? La situation des femmes et des hommes en Suisse. Troisième rapport statistique. In (pp. 191–207). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique
- Bulliardi, J. L., La Vecchia, C., & Levi, F. (2006). Diverging trends in breast cancer mortality within Switzerland. *Ann Oncol*, 17(1), 57–59.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2007a). Behinderte Frauen – weltweit unsichtbar. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung,did=96800.html>. Sept. 2007.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2007b). (Sexuelle) Gewalt gegen behinderte Mädchen und Frauen. <http://www.einmischen-mitmischen.de/gewalt/ausmass.html>. Sept. 2007.
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (1999). Plan d'action de la Suisse Bern.
- Burton-Jeangros, C., & Camenisch, M. (2006). Etat de santé, situation familiale et activité professionnelle. La double charge des femmes est-elle mauvaise pour leur santé? Panel Suisse des ménages. Vivre en Suisse: Nouvelles à l'attention des ménages interrogés.
- Camenzind, P., & Meier, C. (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine gesundheitsbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Carr, D. (2004). The desire to date and remarry among older widows and widowers. *Journal of Marriage and Family*, 66, 1051–1068.
- Commission fédérale pour les questions féminines (2005). Häusliche Gewalt und Migration. Bern: Commission fédérale pour les questions féminines
- Commission fédérale pour les questions féminines. (2007). Pour une répartition équitable entre les sexes des conséquences économiques de la séparation ou du divorce. Recommandations de la Commission fédérale pour les questions féminines à l'adresse des avocates et avocats, des juridictions, des autorités sociales et des milieux politiques. http://www.frauenkommission.ch/pdf/56_Empfehlungen_f.pdf. Juni 2008.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385–1401.
- Courtenay, W. H. (2003). Key determinants of the health and well-being of men and boys *International Journal of Men's Health*, 2(1), 1–30.
- CRS. (2008). Croix rouge suisse, <http://www.redcross.ch> Jan. 2008.
- Darioli, R. (1998). Epidémiologie des facteurs de risque cardio-vasculaires chez la femme. *Kardiologische Medizin*, 1, 200–207.
- Davidson, K., & Arber, S. (2003). Older men's health: A life course issue? *Men's Health Journal*, 2(3), 72–75.
- De Leo, D., & Evans, E. (2004). International suicide rates and prevention strategies. Bern: Hogrefe & Huber.
- De Leo, D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. J., et al. (1999). Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *Int J Psychiatry Med*, 29(2), 149–163.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med*, 51(6), 931–939.
- Egger, T. (2004). Bedarfsanalyse Frauenhäuser. Integraler Bericht zur Vorstudie im Auftrag der Fachstelle gegen Gewalt des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Eisner, M. (2007). Das Zürcher Präventions- und Interventionsprojekt an Schulen -zipps. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Evaluationsstudie z-proso. NPF 52. Schweizer National Fonds.
- Eisner, M., Ribeaud, D., & Bittel, S. (2006). Prävention von Jugendgewalt: Wege zu einer evidenzbasierten Präventionspolitik Bern: Eidgenössische Ausländerkommission EKA.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav*, 35(3), 239–250.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*, 33(1), 61–73.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16–24.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med*, 35(7), 983–993.
- Fortune, S. A., & Hawton, K. (2005). Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update. *Curr Opin Psychiatry*, 18(4), 401–406.
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 26(6), 769–782.
- Freivogel, E. (2007). Nachehelicher Unterhalt – Verwandtenunterstützung – Sozialhilfe. Wenn das Familieneinkommen nach Trennung oder Scheidung nicht für zwei Haushalte ausreicht: Rechtssprechung und Änderungsbedarf in Mankofällen. Im Auftrag der eidgenössischen Kommission für Frauenfragen. http://www.frauenkommission.ch/pdf/56_Freivogel_d.pdf.
- Gijsbergs, C., Van Vliet, K. P., & Kolk, A. M. (1996). Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 43(5), 707–720.
- Gillioz, L., De Puy, J., & Ducret, V. (1997). Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne: Editions Payot.
- Gillioz, L., Gramoni, R., Margairaz, C., & Fry, C. (2003). Voir et agir. Responsabilités des professionnel·les de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Genève: Médecine & Hygiène
- Gloor, D., & Meier, H. (2004). Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zürich. Bern: Edition Soziothek.
- Gloor, D., & Meier, H. (2005). Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Basel: Justizdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Godenzi, A. (1993). Gewalt im sozialen Nahraum. Basel/Frankfurt: Hebling&Lichterhahn
- Gognalons-Nicolet, M., Bardet Blochet, A., Zbinden, E., Blanchard-Queloz, M., & Bétrisey, C. (2007). La santé psychique de la population vivant en Suisse.

- Gognalons-Nicolet, M., Derriennic, F., Monfort, C., & Cassou, B. (1999). Social prognostic factors of mortality in a random cohort of Geneva subjects followed up for a period of 12 years. *J Epidemiol Community Health*, 53(3), 138–143.
- Goldberg, A. E., & Perry-Jenkins, M. (2004). Division of labor and working-class women's well-being across the transition to parenthood. *J Fam Psychol*, 18(1), 225–236.
- Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A., & Zölich, M. (2007). 4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005: Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement, Staatssekretariat für Wirtschaft, Fochhochschule Nordwestschweiz.
- Gredig, D., Zwicky, H., Deringer, S., Hirtz, M., & Page, R. (2007). Menschen mit Behinderung in der Schweiz: Die Lebenslage von Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung. Kurzfassung der Ergebnisse des Projektes im Rahmen des NFP 45 «Probleme des Sozialstaats». <http://www.sozialstaat.ch/04/projekte/projekte.html>. Sept. 2007.
- Greuter, U. (2006). Cervical cancer screening in migrants to Switzerland. University of Basel.
- Griffin, J. M., Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. (2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med*, 54(5), 783–798.
- Guggisberg, J., & Künzi, K. (2005). Lage der Personen vor und nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Auswertung des Zusatzmoduls «Soziale Sicherheit» der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/2005, Bern.
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2007a). Prevalence and health effects of an unequal work-life balance for male and female employees in Switzerland. to be submitted to *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2007b). Role accumulation and work-life balance for male and female employees in Switzerland. to be submitted to *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 177, 484–485.
- Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med*, 33(6), 987–995.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2002). Suicide and attempted suicide. Baffins Lane: John Wiley & sons Ltd.
- Holtkamp, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Suizide und Suizidversuche im Kindes – und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 717–729.
- Höpflinger, F. (2001). Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Lebenserwartung – ein globales Phänomen moderner Gesellschaften. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1K.html>. Sept. 2007.
- Höpflinger, F. (2002a). Männer im Alter, eine Grundlagenstudie. *Pro Senectute*.
- Höpflinger, F. (2002b). Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich*: Hans Huber Verlag.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Buchreihe des Gesundheitsobservatoriums: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F., & Stuckelberger, A. (1999). Alter – Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP32. Bern.
- Hoyningen-Süess, U., & Staudenmaier, M. (2004). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung bedingt angemessene Unterstützungsangebote. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 2, 45–50.
- Huisman, M., Kunst, A., Andersen, O., & et al. (2004). Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*, 58, 468–475.
- Hurrelmann, K., & Kolip, P. (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*: Hans Huber Verlag.
- Jeltsch-Schudel, B. (2003). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz. *Halbjahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 72(3), 266–272.
- Jeltsch-Schudel, B. (2005). Sexuelle Gewalt und geistige Behinderung. *Universitas Fribourgensis*, Dec, 16–18.
- Jeltsch-Schudel, B. (2007). Identität und Behinderung – Publikation in Vorbereitung. In Press. Basel.
- Jungnitz, L., Lenz, H., Puchert, R., Puhe, H., & Walter, W. (2007). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland (ed.): Verlag Barbara Budrich.
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., & Rimpela, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of adolescence*, 26 (5), 531–545.
- Karasek, R. (1996). Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease. *Circulation*, 94(5), 1140–1141.
- Karasek, R. (2006). The stress-disequilibrium theory: chronic disease development, low social control, and physiological de-regulation. *Med Lav*, 97(2), 258–271.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*, 3(4), 322–355.
- Kesselring, A. (2004). Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(10), 504–506.
- Kickbusch, I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kiliás, M., Simonin, M., & De Puy, J. (2005). Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Stämpfli Publishers Ltd.
- Köbsell, S. (2005). Gender mainstreaming und Behinderung. <http://www.isl-ev.de/wp-content/KbsellGenderundBehinderung.pdf>. Sept. 2007.
- Kolip, P., Lademann, J., Hanselmann, V., Jurz, L., & Mäder, U. (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol*, 32(4), 652–657.
- Kuhlmey, A. (2003). Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich. In: *Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe*. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Eds.): Hans Huber Verlag.
- Lambert, J. (2005). Die Lebensbedingungen geistig behinderter Mütter. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN*, 74(3), 232–241.
- Lennon, M. C. (1994). Women, work, and well-being: the importance of work conditions. *J Health Soc Behav*, 35(3), 235–247.
- Lennon, M. C., & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: the interaction of job and family conditions. *J Health Soc Behav*, 33(4), 316–327.
- Levy, R. (1999). Inégalité dans et par la famille. In F. J. Despland B (Ed.), *Politiques familiales. L'impasse?* (pp. 41–57). Lausanne: Editions EESP.
- Maihofer, A. (1995). *Geschlecht als Existenzweise*. Frankfurt am Main.
- Mayring, P. (1998). Veränderungen des subjektiven Wohlbefindens im Übergang in den Ruhestand. *NFP 32, Alter/Vieillesse/Anziani*, Zürich.
- Mayring, P. (2000). Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? – Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. *Z Gerontol Geriatr*, 33, 124–133.
- Mean, M., Righini, N. C., Narring, F., Jeannin, A., & Michaud, P. A. (2005). Substance use and suicidal conduct: a study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation. *Acta Paediatr*, 94(7), 952–959.
- Meryn, S. (2004). Gender Quo Vadis: 21 the first female century? *The journal of men's health and gender*, 1, 3–7.
- Meyer, P. C., & Ricka, R. (2005). Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz. Arbeitsdokument 7: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Michaud, P. A., Suris, J. C., & Deppen, A. (2006). Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents. *Mol Cell Endocrinol*, 254–255, 172–178.
- Minder, M. (2005). Häusliche Gewalt im Migrationskontext professionell angehen – Kompetenz statt Kulturalisierung. In: *Häusliche Gewalt und Migration*. In (Vol. 1, pp. 22–25). Bern: Commission fédérale pour les questions féminines.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253(1), 1–8.
- Molo-Bettelini, C., Clerici, N., & Testa-Mader, A. (1999). Soigner à domicile un membre de famille atteint de démence sénile: charge perçue, impact et malaise psychique. In: *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe (Eds.): Seismo Verlag.
- Mustard, C., Kaufert, P., Kozyrskyj, A., & Mayer, T. (1998). Sex differences in the use of health care services. *New England Journal of Medicine*, 338, 1678–1683.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeanin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2004). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). *Résumé. SMASH 2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).
- Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P. A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H., et al. (1994). La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. *Cahier de recherches et de documentation*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive.
- Office fédéral de la santé publique. (2006). *Recherche Migration et santé. Dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002–2007» de la Confédération*. Bern.

- Office fédéral de la statistique. (1998). Mehr als eine von vier Eheschliessungen mit einer geschiedenen Person. Pressemitteilung Nr. 88/1998.
- Office fédéral de la statistique. (2004a). Annuaire statistique de la Suisse 2004 Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique. (2004b). Statistique des causes de décès. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique. (2005a). La mortalité par cause de décès selon les tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005b). Portrait démographique de la Suisse. Edition 2005. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005c). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2006). Statistique de l'aide aux victimes. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2007a). Condamnations (adultes) – Données, indicateurs. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/03/03/key/ueberblick/wichtigste_zahlen.html. Sept. 2007.
- Office fédéral de la statistique. (2007b). Annuaire statistique de la Suisse 2007
- Office fédéral des assurances sociales. (2003). Sécurité sociale CHSS Bern.
- Office fédéral des assurances sociales. (2006). Statistique de l'AI 2006. Bern.
- Office fédéral des assurances sociales. (2007). Sozialversicherungsgesetzgebung – Stand der Reformen per Ende Frühlingssession 2007. <http://www.bsv.admin.ch/themen/ueberblick/000003/index.html?lang=fr.juillet> 2007.
- Perren, S., & Perrig-Chiello, P. (2003). Das Erleben von Krankheit und Tod im mittleren Erwachsenenalter. In: Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Eds.): Verlag Hans Huber.
- Pitkala, K., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (2000). Elderly suicide in Finland. *Int Psychogeriatr*, 12(2), 209–220.
- Portzky, G., & van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 337–342.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 546–550.
- Radovanovic, D., Gaspoz, J., Erne, P., Urban, P., Stauffer, J., & Eberli, F. (2006). Are there gender differences in patients with acute coronary syndrome or is it all just a question of age? *Kardiologische Medizin*, 9 (Suppl 12), 16S.
- Raine, R. (2000). Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of health service research and policy*, 5, 237–249.
- Ramaciotti, D., & Perriard, J. (2003). Die Kosten des Stresses in der Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco).
- Reale, E., & Vinay, P. (2001). Gli studi sullo stress ed il lavoro invisibile. Paper presented at the Una salute a misura di donna. Atti del gruppo di lavoro «Medicina Donne Salute», Roma.
- Resch, M. (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Ruckebauer, G., Yazdani, F., & Ravalgia, G. (2007). Suicide in old age: illness or autonomous decision of old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Supplement 1, 355–358.
- Saunders, K. E., & Hawton, K. (2006). Suicidal behaviour and the menstrual cycle. *Psychol Med*, 36(7), 901–912.
- Schlueter, V., Narring, F., Munch, U., & Michaud, P. A. (2004). Trends in violent deaths among young people 10–24 years old, in Switzerland, 1969–1997. *Eur J Epidemiol*, 19(4), 291–297.
- Schön-Bühlmann. (2005). Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten. Soziale Sicherheit CHSS 5/2005: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Schuler, D., Rüesch, P., & Weiss, C. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuchâtel.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Dello Buono, M., & De Leo, D. (2001). Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *J Nerv Ment Dis*, 189(4), 210–218.
- Service de lutte contre la violence (2007). Publications sur la violence. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. <http://www.ebg.admin.ch/themen/00009/00089/index.html?lang=fr>. Jan. 2008, from <http://www.ebg.admin.ch/themen/00009/00089/index.html?lang=de>
- SFA. (2002). Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft. <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/jungenspiegel.pdf>. Januar 2008.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*, 58(8), 1483–1499.
- Silenzio, V. M., Pena, J. B., Duberstein, P. R., Cerel, J., & Knox, K. L. (2007). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *Am J Public Health*, 97(11), 2017–2019.
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., et al. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord*, 93(1–3), 87–96.
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatr Scand*, 110(6), 438–445.
- Stoll, B., & Weil, B. (2004). Untersuchung zu einer künftigen schweizerischen Institution im Bereich der Suizidprävention. Genf.
- Stremow, J., Gysel, S., Mey, E., & Voll, P. (2004). Es gibt Leute, die das Gleiche haben... «Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz». Luzern: Stiftung KOSCH.
- Stutz, H., & Strub, S. (2006). Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen. In: *Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen*. Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF). In. Bern.
- Suter, C. (2000). Sozialbericht 2000. Zürich: Seismo.
- Sutton, M. (2002). Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland. *Health Econ*, 11(6), 537–549.
- Testa-Mader, A. (2004). Stress professionnel, santé et double charge de travail: une étude en milieu hospitalier. Comano: Edizioni Alice.
- The Men's Health Forum. (2006). Mind Your Head. Men, boys and mental well-being. London.
- Thiele, A. (2000). Männer, Maskulinität und psychische Adaptation im Kontext körperlicher Altersveränderungen. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Eds.), *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*: Verlag Paul Haupt.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I., et al. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*, 19(5), 553–583.
- Vlassoff, C., & Garcia Moreno, C. (2002). Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. *Soc Sci Med*, 54(11), 1713–1723.
- Wanner, P., Fei, P., & Cotter, S. (1997). Mortalität par âge et cause de décès en Suisse: Une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 et 1988/93. *European Journal of Population*, 13, 381–399.
- Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guille, E., & Hussy, C. (2005). Alter und Generationen, das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Eidgenössische Volkszählung 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.
- WHO. (2005). Framework on social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/country_action/Country%20Work%20Valentine%20AFRO%20v3.pdf. Jan. 2008.
- WHO Euro. (2001). Mainstreaming gender equity health: the need to move forward. A discussion paper («Madrid Statement»). <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf>. Januar 2008. Madrid.
- WHO International. (2001). ICF Introduction. <http://www.who.int/classifications/icf/site/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>. Sept. 2007.
- WHO international. (2002). World Report on Violence and Health – Summary. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html. Dez. 2007.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(5), 603–610.
- Widmer, R. (2002). Berichterstattung zur sozialen und ökonomischen Lage behinderter Menschen in der Schweiz. <http://www.sozialstaat.ch/d/behinderung/widmer.html>. NFP45. Sept. 2007.
- Widmer, R., & Sousa-Poza, A. (2003). Verbreitung und Potenzial der Alters-Teilzeit-Arbeit in der Schweiz. Studie im Auftrag von Avenir Suisse, Zürich.
- Wyss, E. (2006). Wenn Frauen gewalttätig werden: Fakten contra Mythen. Bern: Kantonale Fachkommission für Gleichstellungsfragen.
- Wyss, K. (2005). Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte». Arbeitsdokument 11. Neuchâtel.
- Zemp, A., & Pircher, E. (1996). Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung: Bundesministerin für Frauen Angelegenheiten Österreich.
- Zemp, A., Pircher, E., & Schoibl, H. (1997). Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag – Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter: Bundesministerin für Frauen Angelegenheiten und Verbraucherschutz Österreich.
- Zemp, E., Coda, P., Glardon, M., & Schmid, M. (1999). Konzeptionelle Arbeiten zur Förderung der Gesundheit von Frauen.
- Zemp Stutz, E., Coda, P., Kessler, P., & Ackermann-Liebrich, U. (2001). Risikofaktoren für Psychische Erkrankungen bei Frauen. Soziale Faktoren und psychisches Wohlbefinden. In: *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. In A. Riechler-Rössler & A. Rohde (Eds.), (pp. 103–114). Freiburg: Karger GmbH.
- Zwicky, H. (2003). Zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie zum Thema «Exklusion»*, 1, 1–20

Impressum

Elaboré à la demande de l'Office fédéral de la santé publique
Bâle, janvier 2008

Institut de Médecine Sociale et Préventive Université de Bâle
Steinengraben 49, 4051 Bâle
Téléphone 061 267 60 66, Fax 061 267 61 90
www.ispm-unibasel.ch

Direction du projet: Elisabeth Zemp Stutz

Elaboration du projet/Direction des groupes de travail:

Julia Dratva (suicide, violence)

Paola Coda Berteza (santé psychique)

Katharina Staehelin (vieillesse en santé/besoin de soins)

Carine Weiss (collaboration scientifique)

Commissions d'accompagnement:

– Groupe de travail suicide, violence, accidents: Monique Aeschbacher,
Vladeta Ajdacic-Gross, Conrad Frey, Barbara Jeltsch,
Susanne Hablützel, Christian Ludwig, Aïha Zemp

– Groupe de travail santé psychique: Christin Achermann,
Daniela Schuler, René Setz, Doris Summermatter, Anita Testa Mader,
Hans Wydler

– Groupe de travail vieillissement en santé/besoin de soins:
Pasqualina Perrig-Chiello, Silvia Strub, Felix Gurtner, Katharina Meyer,
François Höpflinger, Brigitte Santos-Eggimann, Anne Bardet Blochet

Traduction: Sylvie Guggenheim

Distribution:

OFSP, Unité de direction Politique de la santé
Division Projets multisectoriels, projet gender health
E-Mail genderhealth@bag.admin.ch

Cette publication paraît également en allemand.

Numéro de publication OFSP: 7.08 1'000 d 500 f GP 20EXT0806