

The background of the cover features a solid blue sky. In the foreground, there is a stylized, abstract structure made of red and orange blocks. Two white, rounded figures, resembling stylized people, stand on the structure. One figure is on the left, and the other is on the right, slightly higher up. The overall composition is clean and modern.

Rapport 10/25

La santé accessible à toutes et tous?

Rapport sur les iniquités en matière de santé en Suisse

Laila Burla

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

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office fédérale de la santé publique (OFSP)

Auteure

Laila Burla, Obsan

Direction du projet à l'Obsan

Laila Burla

Direction du projet à l'OFSP

Nicole Fasel, Sabina Hösli, Serge Houmard, Salome von Greyerz, Klara Zürcher

Groupe d'accompagnement

- Zeinab Ahmadi: Secrétariat d'État aux migrations (SEM)
- Nicole Bachmann: Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW)
- Lucy Bayer-Oglesby: Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW)
- Corinna Bisegger: Croix-Rouge suisse (CRS)
- Patrick Bodenmann: Swiss Health Network for Equity (SH4E) et Centre universitaire de médecine générale/Université de Lausanne
- Antoine Bonvin: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Clément Buclin: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Arnaud Chioleri: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg et Observatoire valaisan de la santé (OVS)
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Anna Koukal: Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Sebastian Mader-Eiler: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Alberto Marcacci: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Joachim Marti: Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne (Unisanté)
- Niels Rebetz: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG)
- Silvia Steiner: Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Marco Storni: Office fédéral de la statistique (OFS)
- Christian Vogt: Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Remerciements

Au début du rapport figurent les noms de toutes les personnes ayant contribué à sa réalisation – nous leur adressons nos sincères remerciements. La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à leur engagement, leur collaboration et leur expertise.

Série et numéro

Obsan Rapport 10/25

Référence bibliographique

Burla, L. (2025). *La santé accessible à toutes et tous? Rapport sur les iniquités en matière de santé en Suisse* (Rapport 10/25). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 873-2510)

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Mise en page/graphiques

Obsan

Image page de titre

Unsplash/Katelyn Perry

Page de couverture

Nordland – Design- & Werbeagentur

En ligne

<https://www.obsan.admin.ch/fr> → Publications

Impression

<https://www.obsan.admin.ch/fr> → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

Numéro OFS

874-2510

ISBN

978-2-940670-76-5

La santé accessible à toutes et tous?

Rapport sur les iniquités en matière de santé en Suisse

Auteure: Laila Burla

Éditeur: Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant: Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Neuchâtel 2025

Contribution

Autrice

- Laila Burla: Obsan

Direction du projet

- Obsan: Laila Burla, Clémence Merçay
- OFSP: Nicole Fasel, Sabina Hösli, Serge Houmard, Salome von Greyerz, Klara Zürcher

Autrices et auteurs des commentaires

- Angèle Gayet-Ageron: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern
- Corinna Bisegger: Croix-Rouge suisse (CRS)
- Fabienne Buholzer-Mercier: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Arnaud Chiolerio: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Stéphane Cullati: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Justine Daverio: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Melissa Dominice Dao: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Cornelia Wagner: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

Groupe d'accompagnement

- Zeinab Ahmadi: Secrétariat d'État aux migrations (SEM)
- Nicole Bachmann: Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW)
- Lucy Bayer-Oglesby: Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW)
- Corinna Bisegger: Croix-Rouge suisse (CRS)
- Patrick Bodenmann: Swiss Health Network for Equity (SH4E) et Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne
- Antoine Bonvin: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Clément Buclin: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

- Arnaud Chiolerio: Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg et Observatoire valaisan de la santé (OVS)
- Delphine Courvoisier: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Anna Koukal: Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Sebastian Mader-Eiler: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Alberto Marcacci: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Joachim Marti: Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne (Unisanté)
- Niels Rebetez: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG)
- Silvia Steiner: Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Marco Storni: Office fédéral de la statistique (OFS)
- Christian Vogt: Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Expertes et experts externes

- Pascale Gazareth: Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH)
- Paula Krüger: Haute école de Lucerne (HSLU)
- Andreas Pfister: Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
- Marie Taczanowski: Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH)

Mise à disposition des données et analyses

- Obsan: Florence Stempf, Jonathan Zufferey
- Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW): Lucy Bayer-Oglesby, Samin Sepahniya
- Office fédéral de la santé publique (OFSP): Sebastian Mader-Eiler
- Office fédéral de la statistique (OFS): Ariane Bassin-Wenger, Martin Camenisch, Seraina Caviezel, Christoph Freymond, Mirco Hecht, Antoine Lieberherr, Charlotte Salamin Hofmann, Hagen Zandt

Table des matières

Contribution	2	2 Attitudes et comportements	37
Table des matières	3	2.1 Alimentation	38
Résumé	5	2.2 Activité physique	40
Contenu et but du rapport sur l'équité en santé	5	2.3 Consommation de tabac	42
Qu'est-ce que l'iniquité en matière de santé?	5	2.4 Consommation d'alcool	44
Principaux résultats	5	3 Ressources et contraintes	47
Introduction	6	3.1 Soutien social	48
Contexte	6	3.2 Littératie en santé	50
Objectif et public cible	6	3.3 Épuisement émotionnel au travail	51
Cadre conceptuel	7	3.4 Charges au travail	52
Le rapport sur l'équité en santé	8	4 Recours au système de santé	55
1 État de santé	13	4.1 Médecin de famille	56
1.1 État de santé auto-évalué	14	4.2 Qualité des soins dispensés par le médecin de famille	57
1.2 Qualité de vie	16	4.3 Dépistage du cancer	58
1.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations	18	4.4 Renoncement aux soins de santé	60
1.4 Symptômes dépressifs	20	4.5 Hospitalisations potentiellement évitables	62
1.5 Santé bucco-dentaire	22	4.6 Réadmissions hospitalières non planifiées	64
1.6 Diabète	23	5 Situation sanitaire de groupes de population spécifiques	67
1.7 Surpoids	24	5.1 Enfants et jeunes	68
1.8 Hypertension artérielle et taux de cholestérol élevé	26	5.2 Personnes âgées	68
1.9 Infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral (AVC)	28	5.3 Réfugiés	69
1.10 Cancers	30	5.4 Sans-papiers	69
1.11 Mortalité	32	5.5 Personnes en situation de handicap	70
1.12 Mortalité évitable	34	5.6 Personnes sans domicile fixe ou risquant de perdre leur logement	70
		5.7 Bénéficiaires de l'aide sociale	71
		5.8 Personnes en détention	71

6	Données disponibles: lacunes et perspectives	72
7	Synthèse	74
7.1	Sexe	74
7.2	Formation et caractéristiques liées au revenu	75
7.3	Statut migratoire/nationalité	76
7.4	Modalité de genre et orientation sexuelle	78
7.5	Données lacunaires	78
A	Données et méthodologie	82
A.1	Bases de données utilisées	82
	Enquête suisse sur la santé (ESS)	82
	Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)	82
	Jeu de données MS/CoD/RS	83
	Jeu de données NKS/RS	83
	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	84
	Étude sur les compétences en santé en Suisse (Health Literacy Survey)	84
A.2	Explications sur les caractéristiques sociales présentées	85
	Abréviations	89
	Bibliographie	90

Résumé

Contenu et but du rapport sur l'équité en santé

Le rapport sur l'équité en santé est une publication de référence nationale sur les iniquités en matière de santé en Suisse. Il poursuit un triple objectif: sensibiliser différents groupes cibles, servir de base au développement de mesures fondées sur des preuves et identifier les lacunes dans les données. Il s'adresse aux décideurs des milieux de la politique, de la santé, de la formation, de la recherche ainsi qu'aux médias. Le rapport vise à mieux faire comprendre ce qu'est l'équité en santé et à donner des impulsions d'action concrètes.

Le rapport contient des résultats quantitatifs sur une trentaine d'indicateurs concernant l'état de santé, les comportements liés à la santé, les ressources et les charges ainsi que le recours au système de santé. Il présente également l'état de santé de groupes de population que les enquêtes nationales existantes peinent à couvrir (p. ex. les enfants et les jeunes, les sans-papiers, les personnes sans domicile fixe, les personnes en situation de handicap).

Les indicateurs sélectionnés doivent donner une image aussi complète que possible des iniquités en matière de santé en Suisse. Les critères de sélection des indicateurs étaient leur pertinence, leur utilisation éprouvée dans le cadre de rapports sur la santé et la disponibilité de données actuelles, valables et collectées régulièrement.

Le présent rapport se fonde sur les sources de données suivantes: l'Enquête suisse sur la santé (ESS), l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC), l'enquête sur la santé des élèves en Suisse (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), les jeux de données MS/CoD/RS (données de la statistique médicale des hôpitaux et de la statistique des causes de décès reliées aux données du relevé structurel) et NKS/RS (appariement de données de la statistique nationale sur le cancer et du relevé structurel) et l'étude sur les compétences en santé en Suisse (Health Literacy Survey).

Qu'est-ce que l'iniquité en matière de santé?

L'équité en santé signifie que toute personne, quelle que soit sa condition sociale, doit bénéficier des mêmes possibilités de promouvoir, de maintenir ou de rétablir sa santé. Contrairement au principe de l'égalité de traitement (*equality*), l'équité (*equity*) tient compte des différentes conditions de départ et des différents besoins. Les iniquités en matière de santé apparaissent lorsqu'il

existe des différences systématiques de l'état de santé entre les groupes de population en raison d'une répartition inégale des ressources, des conditions de vie et de la participation à la société.

Principaux résultats

Les iniquités en matière de santé sont clairement visibles en Suisse et touchent de nombreux groupes de population.

Ainsi, les femmes font plus souvent état d'affections chroniques et d'atteintes psychiques, tandis que les hommes sont davantage concernés par des maladies physiques, un risque de mortalité plus élevé et des comportements à risque en matière de santé.

Les personnes ayant un faible niveau de formation ou se trouvant dans une situation financière difficile présentent systématiquement des indicateurs de santé moins bons, une charge de morbidité plus élevée et un accès plus limité aux soins médicaux.

Les personnes issues de la migration sont elles aussi désavantagées en matière de santé, notamment en ce qui concerne le surpoids, les maladies chroniques et l'utilisation limitée des prestations médicales.

On observe également que les personnes trans et non binaires ainsi que les personnes homosexuelles et bisexuelles ont une santé mentale nettement moins bonne. Les adolescents homosexuels et bisexuels présentent en outre une satisfaction de vie nettement plus faible.

Les données disponibles révèlent en partie de grandes iniquités en matière de santé en Suisse. Dans le même temps, il existe des lacunes considérables, notamment en ce qui concerne les groupes de population marginalisés. Il est crucial d'améliorer de manière ciblée la disponibilité des données afin de pouvoir promouvoir efficacement l'équité en santé.

Introduction

Contexte

Promouvoir l'équité en santé et garantir un accès équitable à des soins de qualité pour toute personne, indépendamment de sa situation sociale, sont des objectifs clés de la politique suisse de la santé. Pour atteindre ces objectifs, il est cependant essentiel d'identifier les domaines dans lesquels des iniquités persistent en matière de santé ainsi que les facteurs sociaux qui les influencent.

De nombreuses études (Weber, 2020; Guggisberg et al., 2020; Stamm et al., 2021; Bayer-Oglesby et al., 2020; Spycher et al., 2021; de Mestal et al., 2022; Kessler et al., 2021; Courvoisier et al., 2023) montrent que la Suisse n'est pas épargnée par ces iniquités. Toutefois, ces travaux portent généralement sur des thématiques spécifiques ou sur des analyses de bases de données individuelles. De plus, nombre d'entre eux sont publiés sous forme d'articles ou de rapports scientifiques, ce qui les rend difficilement accessibles pour une grande partie de la population. Il manque aujourd'hui une publication nationale de référence complète, rassemblant différents indicateurs et résultats sur les iniquités en matière de santé et les présentant de manière adaptée à un large public.

Objectif et public cible

Le rapport sur l'équité en santé vise à fournir une base de données et d'informations complète et rigoureuse sur les iniquités en matière de santé en Suisse. Il poursuit trois objectifs principaux:

1. Sensibiliser: le rapport a pour vocation d'informer différents professionnels ainsi que le grand public afin de favoriser une meilleure prise de conscience et une meilleure compréhension des iniquités en matière de santé.
2. Servir de base au développement de mesures: le rapport doit donner des impulsions pour mettre en œuvre des mesures de promotion de l'égalité des chances face à la santé. En rassemblant des données représentatives pour la Suisse, ce rapport doit devenir une référence et servir d'argumentaire aux acteurs du système de santé. Il doit les aider à planifier, financer et engager des actions en faveur de l'équité dans le domaine de la santé sur la base de données probantes.
3. Identifier les lacunes dans les données: le rapport doit mettre en évidence les connaissances manquantes et les limites des

données disponibles. En pointant ces lacunes, il permettra de montrer les limites des résultats présentés et de donner des impulsions pour améliorer la collecte de données et faire avancer la recherche dans ce domaine.

Le rapport s'adresse aux groupes cibles suivants:

- décideurs politiques aux niveaux national et cantonal/régional
- responsables d'établissements de santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux, cabinets médicaux), dans les domaines du social et de la formation, de centres de conseil et de services de promotion de la santé et de prévention
- responsables de la formation initiale et de la formation continue dans les domaines de la santé et des affaires sociales
- institutions de recherche en santé et sciences sociales
- cadres supérieurs des secteurs de la santé et des affaires sociales
- médias

Remerciements

L'élaboration du présent rapport a bénéficié des contributions et des indications précieuses d'un groupe d'accompagnement composé d'expertes et experts issus de la recherche et de la pratique, ainsi que de collègues de l'OFSP, de l'Obsan et de l'OFS.

Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur aide, leur engagement et leur expertise, qui ont permis de mener à bien la rédaction de ce rapport. La liste exhaustive des personnes ayant fourni une contribution figure en début de rapport.

Cadre conceptuel

L'équité et les iniquités en matière de santé sont des notions complexes, abordées à travers un large éventail de termes et de concepts. Le chapitre suivant explique les notions centrales et présente un modèle conceptuel permettant d'analyser les iniquités en matière de santé.

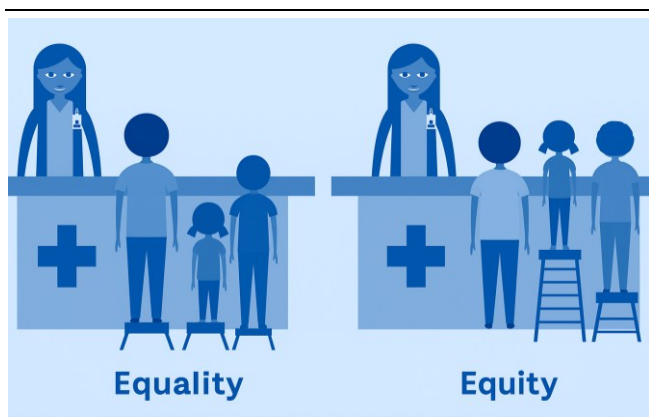
Ces explications s'appuient sur le rapport de référence «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse», publié par Promotion Santé Suisse, l'OFSP et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (Weber, 2020).

Équité en santé: de quoi parle-t-on?

L'équité en santé désigne un objectif politique (de santé publique) visant à offrir, dans la mesure du possible, à tous les individus les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé (Weber, 2020). Il ne s'agit pas d'une égalité de traitement au sens strict du terme ou d'accès pour toutes et tous («equality»). Certes, l'égalité d'accès aux soins est un principe fondamental pour un système de santé équitable. L'équité en santé consiste toutefois plutôt en une approche qui reconnaît que des personnes différentes ont besoin de formes de soutien adaptées pour maintenir ou rétablir leur niveau de santé («equity»; G E.1).

Dans notre société, l'équité en santé est encore loin d'être atteinte: les conditions de vie varient selon les groupes de population – certains disposent de moins de ressources, cumulent davantage de charges, font face à plus d'obstacles pour accéder aux soins et, par conséquent, sont plus exposés aux maladies. En outre, ils ont une qualité de vie réduite et présentent une mortalité plus élevée (souvent prématurée). Lorsqu'on observe des écarts systématiques entre différents groupes de population en matière de santé, on parle d'iniquités en matière de santé.

G E.1 Équité en santé



Source: oatmealhealth, 2025

Comment naissent les iniquités en matière de santé?

En résumé, les iniquités en matière de santé résultent d'une répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles entre les groupes de population. Cette répartition influence les conditions de vie et les possibilités d'action de chacun, et donc aussi la santé.

Le modèle conceptuel illustré dans le graphique G E.2 met en évidence les interactions entre inégalités sociales et santé. Initialement développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS; Solar & Irwin, 2010), il a été adapté à plusieurs reprises au contexte suisse (Weber, 2020). Ses différents éléments sont détaillés ci-dessous.

Contexte: le contexte englobe les facteurs culturels, économiques, juridiques et politiques, incluant notamment les politiques économiques, sociales, éducatives et sanitaires ainsi que les normes et valeurs dominantes. Le contexte influe sur → la situation sociale.

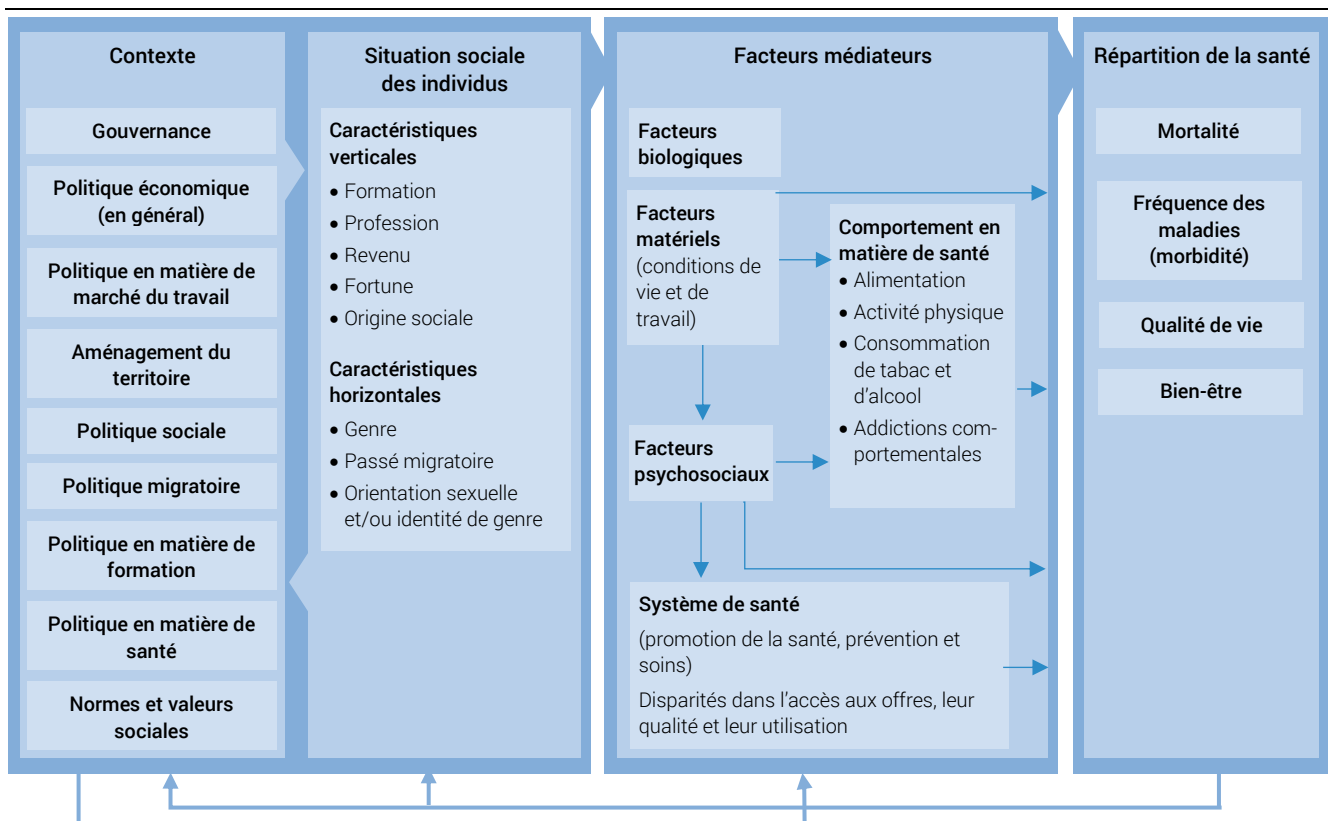
Situation sociale: la situation sociale correspond à la position qu'occupe une personne dans la société. Elle est déterminée par ses ressources financières, son pouvoir politique et sa reconnaissance sociale. Les caractéristiques d'inégalité dites «verticales» sont déterminantes pour la situation sociale – il s'agit de caractéristiques qui permettent de hiérarchiser la population (selon un axe «supérieur/inférieur») et qui incluent la formation, le revenu, la fortune et le statut professionnel. Ces quatre critères sont souvent regroupés sous le terme de «statut socioéconomique (SSE)».

Outre ces caractéristiques «verticales», les caractéristiques d'inégalité «horizontales» sont également importantes pour expliquer l'inégalité sociale. Bien qu'elles ne puissent pas être classées hiérarchiquement, ces caractéristiques influencent fortement l'accès aux ressources, le pouvoir et la reconnaissance sociale. Parmi les principales caractéristiques horizontales, on retrouve le sexe, le statut migratoire (y c. les barrières linguistiques et le statut de séjour), l'orientation sexuelle, la modalité de genre, le lieu de domicile et l'âge.

Facteurs médiateurs: la → situation sociale détermine les ressources d'une personne et les charges auxquelles elle est confrontée. Elle influence les conditions de vie et de travail (facteurs matériels) ainsi que les facteurs psychosociaux (soutien social, discrimination, stress), qui se reflètent à leur tour dans les comportements en matière de santé. Le système de santé en fait partie, incluant l'accès aux soins, la qualité des services et l'utilisation des prestations du système de santé par la population.

Répartition de la santé: les écarts de ressources et de charges entraînent des différences d'origine sociale en termes de mortalité, de morbidité (fréquence des maladies), de qualité de vie et de bien-être.

G E.2 Origine des iniquités en matière de santé: modèle conceptuel



Source: Weber, 2020, d'après CSDH (2008) et Mielck (2000)

© Obsan 2025

Le rapport sur l'équité en santé

Structure du rapport

Les 80 pages suivantes offrent un aperçu des iniquités en matière de santé en Suisse.

La partie *Résultats* (chap. 1 à 4) présente les principaux indicateurs en matière de santé sur la base de différentes caractéristiques sociales. Elle s'articule autour de quatre chapitres fondamentaux:

1. État de santé
2. Attitudes et comportements en lien avec la santé
3. Ressources et charges
4. Recours au système de santé et prise en charge.

Dans chaque chapitre, les résultats sont brièvement décrits, mais ils ne sont pas mis en contexte ni comparés entre eux. De même, aucune analyse approfondie des causes ou des mesures possibles n'est proposée à ce stade.

Un cinquième chapitre vient compléter ces indicateurs en abordant la situation en matière de santé de certains groupes de population qui ne peuvent pas être suffisamment bien représentés

par les données actuellement disponibles. Les données disponibles sont présentées au chapitre 6.

Une synthèse (chap. 7) résume les principaux résultats de tous les indicateurs selon les caractéristiques clés de la situation sociale. Elle est complétée par des contributions de spécialistes qui approfondissent certains aspects, mettent en lumière les principaux défis et discutent des approches possibles.

L'annexe A comporte les sources de données utilisées, des informations sur la méthodologie appliquée et des explications sur les caractéristiques de la situation sociale présentées.

Choix des thèmes et des indicateurs

Le choix des thèmes vise à couvrir différents aspects de la situation sociale et des résultats en matière de santé en s'appuyant sur le modèle conceptuel (cf. G E.2). L'objectif est de dresser un portrait aussi complet que possible des iniquités en matière de santé en Suisse. Les indicateurs ont été sélectionnés selon plusieurs critères: leur utilisation éprouvée dans les rapports nationaux et internationaux sur la santé, leur pertinence par rapport aux iniquités en matière de santé, ainsi que l'actualité et la disponibilité de données fiables, collectées de manière périodique. Ces

indicateurs ont été définis et validés par le groupe d'accompagnement et d'autres experts.

Base de données

Le présent rapport s'appuie sur différentes sources de données afin d'offrir un large éventail d'indicateurs et d'analyses. Seules des données quantitatives représentatives pour la Suisse et collectées régulièrement ont été retenues. Cette approche permettra d'actualiser les indicateurs dans quelques années et d'observer leur évolution.

Les deux enquêtes menées par l'OFS auprès de la population, à savoir l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC), ont notamment été analysées. En complément, les données de l'enquête sur la santé des élèves en Suisse (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) sont présentées pour les enfants et les jeunes. Les indicateurs de mortalité, d'infarctus du myocarde, d'accidents

vasculaires cérébraux et de (ré)hospitalisations évitables proviennent du jeu de données MS/CoD/RS, dans lequel les données de la statistique médicale des hôpitaux (MS) et de la statistique des causes de décès (CoD) ont été reliées aux données du relevé structurel (RS). Les indicateurs relatifs aux cancers se basent sur les données de la statistique nationale sur le cancer (NKS) de l'OFS, qui ont également été appariées aux données du relevé structurel (RS). En outre, les données de l'étude sur les compétences en santé en Suisse (Health Literacy Survey Suisse) ont été évaluées. Une description détaillée de ces sources de données se trouve au point A.1 à la fin de ce rapport.

Méthodes et analyses

Variables d'analyse

Les indicateurs sélectionnés sont présentés selon différentes caractéristiques de la situation sociale. Le choix des caractéristiques présentées par indicateur dépend, d'une part, des

T E.1 Variables d'analyse de la situation sociale: aperçu

	Enquête suisse sur la santé (ESS 2022)	Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC 2023)	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC 2022)	Jeu de données MS/CoD/RS*	Jeu de données NKS/RS*	Health Literacy Survey Suisse 2019–2021
Sexe	x (Variable du registre n=21 902; variable «Identité sexuelle» n=18 920)	x (n=13 970)	x (n=8 667)	x	x	x (n=2 499)
Formation	x (n=19 650)	x (n=13 688)		x	x	x (n=2 495)
Revenu/pauvreté		x (n=13 970)				
Situation financière	x (n=18 755)					
Privation matérielle et sociale		x (n=13 970)				x (n=2 502)
Bien-être familial			x (n=8 222)			
Nationalité	x (n=21 902)					
Statut migratoire		x (n=13 968)	x (n=8 447)	x		x (n=2 490)
Modalité de genre	x (n=18 888)					
Orientation sexuelle	x (n=17 344)		x (n=2 709)			
Type de ménage	x (n=21 873)			x		
Statut professionnel	x (n=15 474)					
Connaissances linguistiques				x	x	x (n=2 226)
Statut de séjour				x		
Catégorie d'assurance				x		

* Dans ces analyses, le nombre de cas n'est pas différencié en fonction des caractéristiques sociales, mais en fonction de l'indicateur. Le nombre de cas se trouve au chapitre «Données et analyses» dans les explications relatives aux jeux de données MS/CoD/RS et NKS/RS.

Source: illustration Obsan

© Obsan 2025

caractéristiques exploitables contenues dans la base de données utilisée. Ainsi, le revenu est plus facile à évaluer avec l'enquête SILC qu'avec l'ESS. En revanche, l'ESS permet des analyses selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, ce qui n'est pas possible avec les données SILC.

Le choix des analyses présentées dans le rapport et des caractéristiques sélectionnées repose sur plusieurs critères. Les résultats doivent être fiables sur le plan statistique. En général, seuls les résultats basés sur un nombre suffisant de cas et présentant des intervalles de confiance acceptables sont retenus. Certaines caractéristiques clés, telles que le sexe, le niveau de formation, la nationalité ou les indicateurs de revenu, sont présentées dans un graphique de synthèse pour chaque indicateur – pour autant qu'elles soient disponibles. En revanche, certaines analyses, notamment celles basées sur la modalité de genre et l'orientation sexuelle, ne sont mentionnées que lorsqu'elles apportent un éclairage pertinent.

Il convient ici de revenir brièvement sur la définition du sexe. Dans les indicateurs basés sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS), le sexe est défini, dans la mesure du possible, à l'aide des variables d'identité de genre plutôt qu'à l'aide de la variable de registre. Vous

trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le chapitre «Données et méthodologie» à la fin du rapport.

Le rapport vise également à illustrer les multiples facettes des iniquités en matière de santé. Seule une petite sélection des nombreuses analyses réalisées est exposée, notamment en fonction des résultats. Ainsi, les analyses selon le niveau de formation et les indicateurs de revenu sont systématiquement ventilées par sexe et par groupe d'âge. Les analyses par nationalité sont encore croisées avec le niveau de formation et les indicateurs de revenu. Tous ces résultats ne sont pas systématiquement illustrés par des graphiques; ils sont parfois uniquement mentionnés dans le texte.

Le tableau T.E.1 offre un aperçu des caractéristiques sociales prises en compte dans ce rapport par base de données utilisée. La taille de l'échantillon, c'est-à-dire le nombre de cas ou de personnes interrogées sur lequel se fonde l'analyse respective, est indiquée entre parenthèses. Une description détaillée de chaque caractéristique et de sa définition précise figure à la fin du rapport (voir A.2). Lors de l'analyse des données en fonction des caractéristiques liées à la situation sociale, il convient de relever les deux points suivants:

1. La prise en compte d'une seule caractéristique peut être réductrice, car c'est souvent la combinaison de plusieurs facteurs qui accentue la vulnérabilité en matière de santé. Ce phénomène est désigné sous le terme d'*intersectionnalité*. Dans la mesure du possible, les analyses ont donc également été croisées avec le sexe et l'âge, afin d'évaluer si les disparités sociales entre les hommes et les femmes ou entre les groupes d'âge sont plus ou moins marquées selon ces variables. Toutefois, en raison de la taille parfois restreinte des échantillons, ces analyses – ainsi que d'autres analyses différenciées – n'ont pu être réalisées que dans une mesure limitée.
2. L'étude des iniquités en matière de santé repose souvent sur des analyses basées sur le niveau de formation et/ou le revenu. Cependant, cette approche se heurte à certaines limites: les personnes ayant un niveau de formation élevé ont généralement un revenu plus élevé, et inversement. Il existe toutefois certaines incohérences: une personne peut bénéficier d'un revenu élevé malgré un faible niveau de formation, et à l'inverse, une personne hautement qualifiée peut avoir un revenu modeste. Certaines corrélations sont observables uniquement en fonction du niveau de formation, mais pas du revenu, et vice versa. En ce sens, analyser une seule de ces caractéristiques peut donner une image incomplète de la réalité sociale. Malgré ces limites, les recherches montrent que les analyses basées sur la formation et/ou le revenu offrent une représentation pertinente de la situation sociale. Elles restent donc appropriées, notamment en raison de leur simplicité d'utilisation – à condition d'en reconnaître les limites.

Encadré E1: pertinence statistique

Les enquêtes statistiques par échantillonnage, comme l'ESS, reposent sur l'hypothèse que les résultats obtenus peuvent être généralisés à l'ensemble de la population étudiée. Toutefois, une part d'incertitude demeure, car certains résultats peuvent être dus à la sélection aléatoire des participants.

Pour garantir la fiabilité des résultats, un seuil indiquant le risque d'erreur possible est généralement défini: plus ce seuil est bas (5% en règle générale et dans ce rapport), plus la probabilité d'erreur correspondante est faible. À partir de ce seuil, on calcule un intervalle de confiance, qui définit la plage dans laquelle se situe la valeur «réelle» avec une probabilité de 95%, par exemple.

L'ampleur de l'intervalle de confiance dépend généralement de plusieurs facteurs:

- taille de l'échantillon: plus l'échantillon est grand, plus l'intervalle de confiance est réduit.
- variabilité des données: plus les données sont homogènes, plus l'intervalle de confiance est réduit.
- seuil de risque d'erreur choisi: plus le seuil est bas, plus l'intervalle de confiance est large.

Les calculs des intervalles de confiance permettent de se prononcer sur la pertinence statistique des résultats présentés. Dans le présent rapport, la pertinence statistique est principalement utilisée pour analyser les différences entre deux ou plusieurs groupes de population: les intervalles de confiance permettent de déterminer si une différence observée (p. ex. entre les femmes et les hommes) est statistiquement prouvée ou si elle pourrait tenir du simple hasard.

Remarques méthodologiques

Les évaluations présentées dans ce rapport constituent généralement des analyses descriptives. Toutefois, une exception concerne les chiffres clés issus des jeux de données MS/CoD/RS et NKS/RS, qui ont été calculés à l'aide de modèles de régression logistique multivariés (cf. explications sous A.1 à la fin du rapport).

Il convient de préciser ici que les résultats présentés décrivent des corrélations, mais pas des relations de cause à effet. (cf. explications dans l'encadré E2).

Les analyses de l'enquête ESS en fonction du niveau de formation, de la situation financière, etc., sont standardisées en se basant sur le sexe et l'âge. À cet effet, les données de santé sont ajustées afin de permettre une comparaison indépendamment du sexe et du groupe d'âge. Cette méthode est surtout pertinente pour les indicateurs présentant de fortes variations selon l'âge, comme les symptômes dépressifs. Il convient de noter que les données ainsi converties ne reflètent plus nécessairement les proportions réelles observées dans la population.

Les analyses basées sur l'enquête SILC ne sont pas standardisées en fonction du sexe et de l'âge. Cependant, les résultats ont toujours été examinés par groupe d'âge afin d'identifier d'éventuelles disparités entre les groupes d'âge.

Les intervalles de confiance correspondants sont systématiquement calculés et présentés pour chaque résultat tiré des enquêtes. Ces intervalles permettent de déterminer si une différence observée (p. ex. entre les hommes et les femmes) est statistiquement prouvée ou si elle pourrait résulter du hasard. Vous trouverez davantage d'explications relatives à la pertinence statistique dans l'encadré E1.

Ci-dessous, l'interprétation des différents types de graphiques utilisés dans le rapport est illustrée à l'aide d'un exemple présenté à la page suivante.

Encadré E2: corrélation = relation de cause à effet?

Les analyses présentées dans ce rapport sont de nature descriptive. Elles présentent des corrélations statistiques entre des caractéristiques socioéconomiques (p. ex. formation, revenu) et des indicateurs de santé (p. ex. infarctus du myocarde). Ces corrélations ne permettent pas de tirer de conclusion sur les causalités. De nombreux autres facteurs, qui ne sont pas pris en compte dans les analyses présentées, peuvent influencer les différences observées entre les groupes.

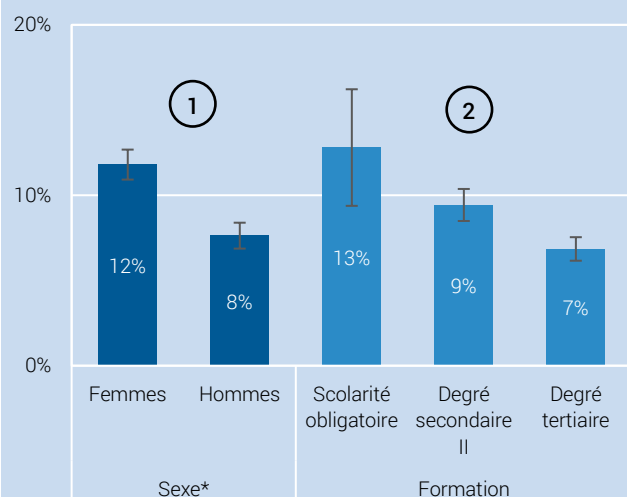
L'analyse des relations causales nécessite des études spécifiques, conçues et modélisées de manière adéquate (p. ex. analyses multivariées, analyses longitudinales ou approches expérimentales qui examinent de manière systématique les facteurs d'influence potentiels).

Aides à la compréhension des graphiques du rapport

Diagrammes à colonnes/barres

G 1.16 Symptômes dépressifs: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 10%



Symptômes dépressifs modérés à graves.

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2).

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge.

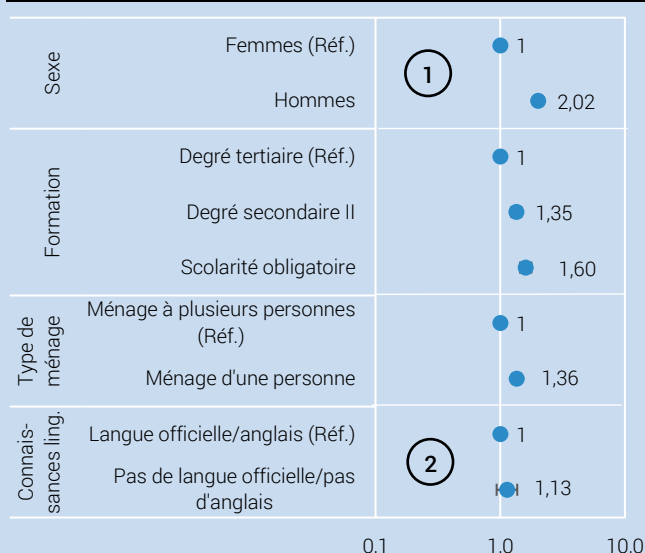
Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

- ① Résultats en fonction du sexe: 12% des femmes et 8% des hommes présentent des symptômes dépressifs. Les intervalles de confiance, représentés par les barres verticales noires dans les colonnes, permettent de vérifier si la différence entre les sexes est statistiquement significative. Ici, les intervalles des hommes et des femmes ne se chevauchent pas, ce qui signifie que la différence est statistiquement significative. On peut donc supposer qu'il s'agit effectivement d'une disparité entre les sexes (pour plus d'explications sur la pertinence statistique, voir l'encadré E1).
- ② Résultats en fonction du niveau de formation: la proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs diminue à mesure que le niveau de formation augmente. Cependant, la différence entre les groupes n'est statistiquement significative qu'entre l'école obligatoire et le degré tertiaire, ainsi qu'entre le degré secondaire II et le degré tertiaire (les intervalles ne se chevauchent pas). En revanche, aucune différence significative n'est observée entre l'école obligatoire et le degré secondaire II (les intervalles de confiance se chevauchent). Ces résultats ne permettent donc pas d'affirmer que ces deux groupes se distinguent en termes de symptômes dépressifs. L'absence de pertinence statistique peut également être due à un nombre de cas trop faible (cf. l'encadré E1).

Graphiques avec odds ratios (OR)

G 1.39 Risque de mortalité selon l'âge et le type de ménage, 2020–2022 (25–84 ans)

Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation.

Source: OFS – Base de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

Remarque générale: on définit toujours un groupe de référence dont la valeur est fixée à 1, à l'aune de laquelle il convient de considérer les valeurs des autres groupes. Ainsi, une valeur de 2 signifie un doublement du risque ou de la probabilité, alors qu'une valeur de 0,5 signifie une diminution de moitié.

- ① Résultats en fonction du sexe: les femmes constituent le groupe de référence (OR = 1). Comparés aux femmes, les hommes présentent un risque de décès environ deux fois plus élevé, avec un OR de 2,02. L'intervalle de confiance n'inclut pas la valeur 1 des femmes, ce qui signifie que la différence entre les sexes est statistiquement significative.
- ② Résultats en fonction des connaissances linguistiques: les personnes parlant une langue officielle ou l'anglais forment le groupe de référence (OR = 1). En comparaison avec ce groupe, les personnes rencontrant des barrières linguistiques présentent un risque de mortalité accru de 13%. Toutefois, étant donné que l'intervalle de confiance inclut la valeur 1, la différence n'est pas statistiquement significative. Les résultats ne permettent donc pas de conclure que la maîtrise de la langue a une incidence sur le risque de mortalité.

1 État de santé



Ce chapitre met en lumière les iniquités en matière de santé concernant l'état de santé. Cette série d'indicateurs correspond en quelque sorte au résultat du modèle conceptuel présenté dans l'introduction (cf. graphique G E.2): la qualité de vie, le bien-être, la morbidité et la mortalité sont en fin de compte le résultat des facteurs d'influence de la santé, qui sont eux-mêmes fortement influencés par la situation sociale d'une personne.

Dans les pages suivantes, vous trouverez des résultats sur différents aspects de l'état de santé, allant de l'évaluation subjective de sa propre santé et de sa qualité de vie aux données de mortalité, en passant par les problèmes de santé et les maladies spécifiques, toujours dans le contexte des iniquités en matière de santé. Les résultats sur les différences sociales dans l'incidence des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux et des cancers ainsi que sur la mortalité au niveau individuel sont nouveaux sous cette forme pour la Suisse. Pour la première fois, des résultats représentatifs de l'état de santé des personnes trans, non binaires ainsi que des personnes homosexuelles et bisexuelles peuvent également être présentés pour la Suisse.

Les résultats montrent que la mortalité ainsi que presque tous les autres indicateurs de l'état de santé et de la qualité de vie varient en fonction des caractéristiques sociales ou présentent un

gradient social. Plus les ressources sociales sont faibles ou plus la situation sociale est précaire, plus les indicateurs de l'état de santé sont défavorables. En effet, la situation sociale influence fortement les facteurs médiateurs de la santé, comme le comportement en matière de santé. Il convient de souligner les différences parfois très importantes en matière de santé en ce qui concerne l'éducation et les caractéristiques des conditions économiques (situation financière, revenu), par exemple en ce qui concerne les limitations liées à la santé, l'obésité, la santé bucco-dentaire ou les symptômes de dépression. Les résultats concernant la mortalité sont également frappants, car ils montrent un risque de décès nettement plus élevé pour les hommes et les personnes ayant un faible niveau d'éducation. En outre, certains indicateurs montrent des résultats nettement plus mauvais pour les personnes trans et non binaires (p. ex. la qualité de vie, les symptômes dépressifs) ainsi que, dans une certaine mesure, pour les personnes homosexuelles et bisexuelles, en particulier à l'adolescence. Lorsque des comparaisons dans le temps sont possibles, les résultats indiquent que les différences sociales en matière de santé n'ont pas diminué, mais ont plutôt augmenté.

1.1 État de santé auto-évalué



Messages clés

- Un niveau de formation plus élevé et une situation financière plus favorable vont de pair avec une meilleure perception de l'état de santé.
- Certains éléments indiquent que les disparités liées au niveau de formation quant à l'état de santé auto-évalué varient d'un canton à l'autre.
- Les personnes trans et non binaires déclarent moins souvent un bon ou très bon état de santé.
- Les jeunes homosexuels et bisexuels perçoivent leur santé comme nettement moins bonne, un écart qui ne se retrouve pas chez les adultes.

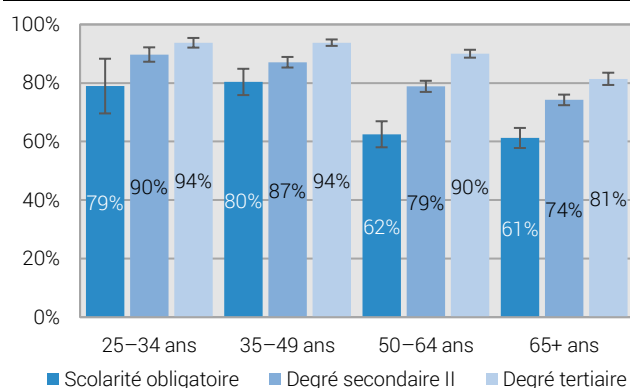
L'état de santé auto-évalué reflète à la fois le bien-être physique et psychique d'une personne. Une mauvaise perception de son propre état de santé est associée à un risque accru de maladie et de mortalité. Cet indicateur est donc particulièrement pertinent pour mesurer l'état de santé global des différents groupes de population.

La majorité de la population suisse (85%) considère son état de santé comme bon à très bon. Aucune différence significative n'est observée entre les *femmes* et les *hommes* (G 1.1).

Une corrélation claire apparaît selon le *niveau de formation* (G 1.1): plus de deux tiers (69%) des personnes sans formation post-obligatoire déclarent être en bonne ou très bonne santé, contre près

de 90% chez celles ayant suivi une formation tertiaire. De même, les personnes rencontrant des *difficultés financières* sont moins nombreuses à qualifier leur état de santé de bon. Des analyses complémentaires (données non représentées) montrent que les écarts de santé entre les niveaux de formation sont légèrement plus marqués chez les hommes que chez les femmes. Les différences sont encore plus prononcées selon l'âge (G 1.2): la disparité entre les groupes du niveau de formation le plus bas et du niveau de formation le plus élevé se creuse avec l'âge, atteignant son maximum chez les 50–64 ans. S'agissant de la situation financière, un schéma similaire peut être observé selon l'âge pour la situation financière (données non représentées).

G 1.2 (Très) bon état de santé auto-évalué selon l'âge et la formation, 2022

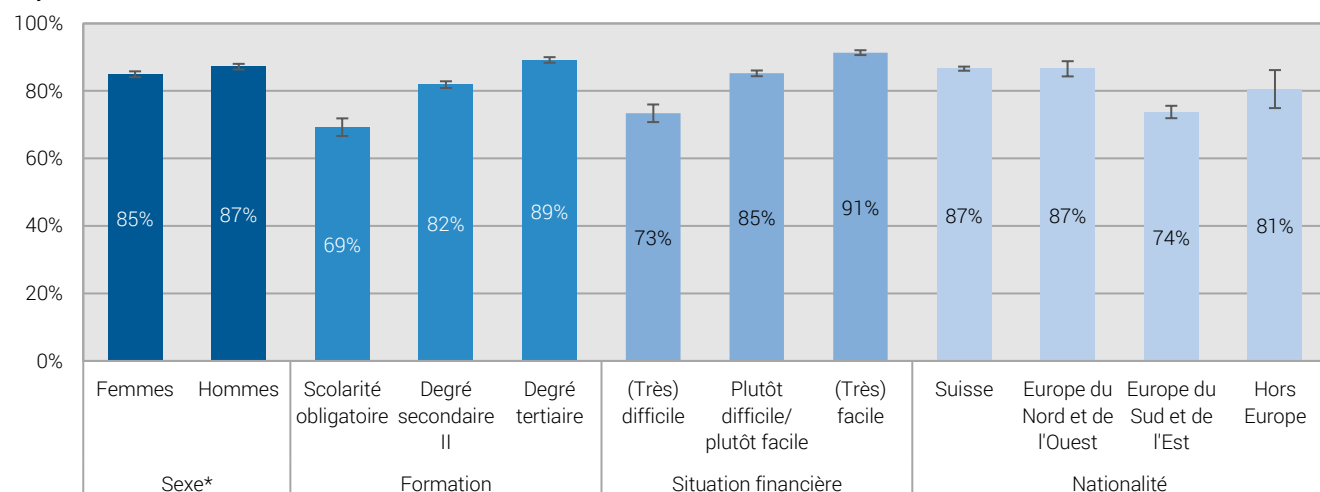


Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.1 (Très) bon état de santé auto-évalué: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 85%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Si l'on analyse l'état de santé auto-évalué par les personnes elles-mêmes en fonction de la *nationalité*, on constate que les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est qualifient leur état de santé de moins bon que les Suisses et les étrangers venant d'Europe du Nord et de l'Ouest (G 1.1). Une ventilation supplémentaire des résultats par niveau de formation montre que cette différence persiste, bien que les écarts ne soient que partiellement significatifs (données non représentées).

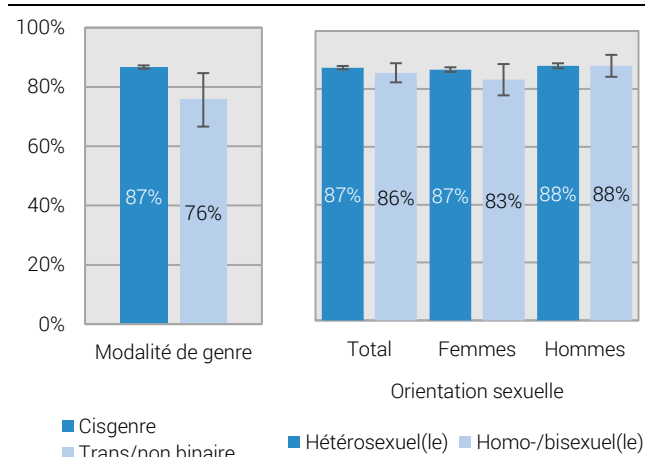
Des disparités peuvent également être constatées selon la *modalité de genre* (G 1.4): 87% des personnes cisgenres déclarent être en bonne ou très bonne santé, contre seulement 76% des personnes trans et non binaires. En revanche, aucune différence notable n'est observée en fonction de l'orientation sexuelle.

La proportion de la population totale (indiquée par des **x** noirs dans le graphique G 1.5) qui déclarent être en bonne ou très bonne santé est relativement homogène entre les cantons, oscillant entre 80% (au Tessin) et 88% (à Zoug). Cependant, l'écart entre les groupes présentant le niveau de formation le plus bas (●) et celui présentant le niveau de formation le plus élevé (▲) varie selon les *cantons*. Dans le canton de Thurgovie, cette différence atteint 32 points de pourcentage, contre seulement 6 points à Genève. En raison du faible nombre de cas, ces résultats doivent être

interprétés avec prudence, mais ils suggèrent d'éventuelles disparités en fonction des régions.

Enfin, l'analyse de l'*évolution dans le temps* qui n'est pas reproduite ici révèle que les écarts de santé entre les groupes présentant divers niveaux de formation se sont plutôt creusés depuis 1992.

G 1.4 (Très) bon état de santé auto-évalué selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

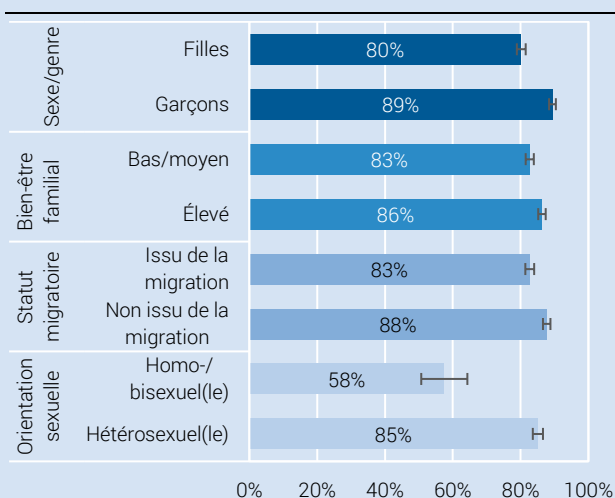
© Obsan 2025

Résultats chez les enfants et les jeunes

Les *filles* (80%) déclarent moins fréquemment que les *garçons* (89%) être en bonne ou très bonne santé (G 1.3).

Les jeunes *issus de la migration* ou dont le *bien-être familial* est faible ou modéré perçoivent leur santé comme moins bonne que les jeunes non issus de la migration ou dont le bien-être familial est élevé. La différence est également marquée entre les jeunes *hétérosexuels* (85%) et les jeunes *homosexuels ou bisexuels* (58%).

G 1.3 (Très) bon état de santé auto-évalué, 11–15 ans, 2022

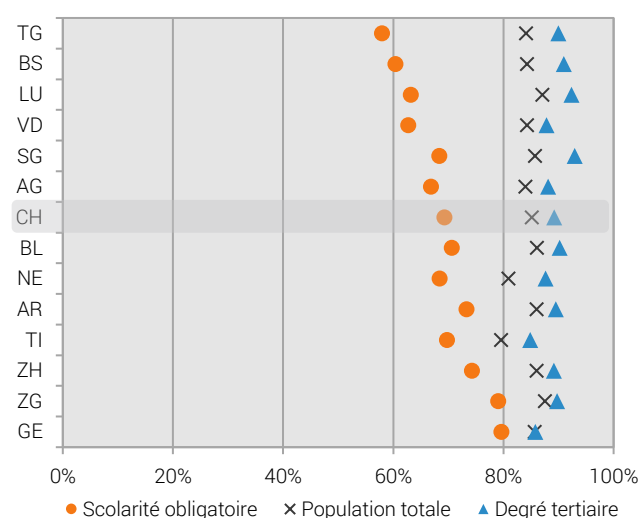


Orientation sexuelle: uniquement les 14–15 ans

Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

G 1.5 (Très) bon état de santé auto-évalué selon la formation: comparaison entre les cantons, 2022



Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.2 Qualité de vie



Messages clés

- La proportion de filles âgées de 11 à 15 ans déclarant être satisfaites de leur vie est nettement plus faible que celle des garçons du même âge. Cette différence entre les sexes ne se retrouve pas chez les adultes.
- Un niveau de formation plus élevé et une meilleure situation financière sont associés à une meilleure qualité de vie.
- Les personnes trans et non binaires rapportent une qualité de vie inférieure.
- La satisfaction dans la vie est deux fois moins élevée chez les adolescents homosexuels et bisexuels que chez les hétérosexuels.

La qualité de vie englobe plusieurs dimensions – physiques, psychiques et sociales – et dépasse largement la seule notion de santé individuelle. Parmi ces dimensions figurent les conditions de vie matérielles, l'activité professionnelle, la santé, l'éducation, la participation citoyenne, l'environnement, la sécurité ou encore l'équilibre entre travail et vie privée.

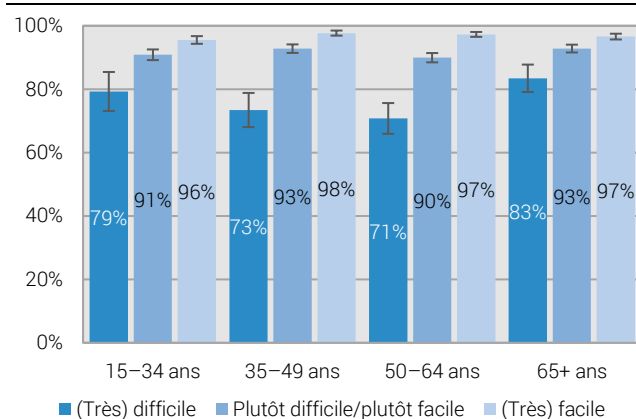
Au total, 92% de la population suisse estiment avoir une qualité de vie bonne à très bonne, sans différence notable entre les femmes et les hommes (G 1.6).

La qualité de vie est plus élevée chez les personnes ayant un *niveau de formation* supérieur (G 1.6). Il en va de même pour ce qui est de la *situation financière*. Ces écarts selon la formation et la situation financière sont plus ou moins similaires pour les femmes et les hommes (données non représentées). Ils touchent

également toutes les tranches d'âge (cf. notamment G 1.7 pour la situation financière), les différences sociales étant moins marquées chez les personnes de 65 ans et plus. Le même constat s'applique aux liens entre qualité de vie, niveau de formation et âge (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est évaluent un peu moins favorablement leur qualité de vie que les Suisses et les étrangers venant d'Europe du Nord et de l'Ouest (G 1.6). Une ventilation des résultats par niveau de formation montre que cette différence selon la nationalité demeure, mais elle n'est que partiellement significative (données non représentées).

G 1.7 (Très) bonne qualité de vie selon l'âge et la situation financière, 2022

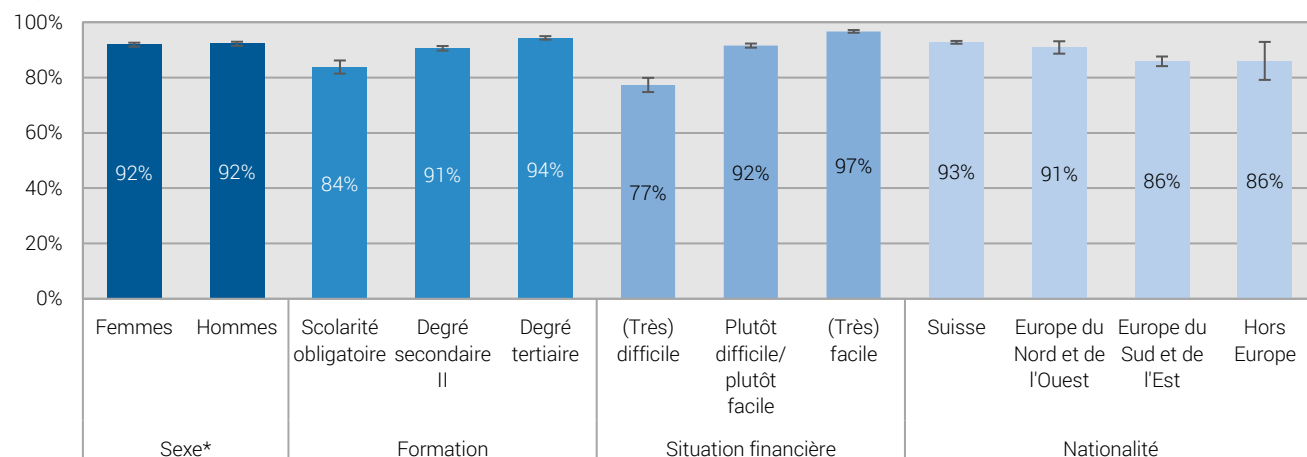


Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.6 (Très) bonne qualité de vie: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 92%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

La qualité de vie varie également en fonction du *statut professionnel*. Les personnes actives ont une meilleure qualité de vie que les personnes au chômage et qui n'exercent pas d'activité professionnelle (G 1.9). Cette différence est observable chez les deux sexes, mais elle est plus marquée chez les hommes.

Des différences peuvent également être observées selon la *modalité de genre* (G 1.10): en effet, 92% des personnes cisgenres qualifient leur qualité de vie de bonne à très bonne, contre seulement 82% des personnes trans et non binaires. En revanche, les résultats en fonction de l'*orientation sexuelle* ne montrent aucune

différence notable entre les personnes hétérosexuelles et les personnes homosexuelles ou bisexuelles. Chez les jeunes, en revanche, des différences sont observables (voir encadré présentant les résultats chez les enfants et les jeunes).

Résultats chez les enfants et les jeunes

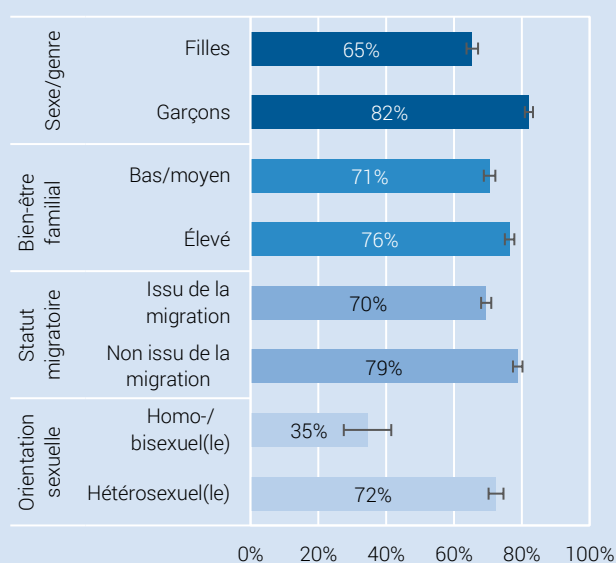
L'enquête HBSC interroge les jeunes sur leur satisfaction générale dans la vie, un indicateur étroitement lié à la qualité de vie.

Les *filles* (65%) sont nettement moins nombreuses que les *garçons* (82%) à indiquer une bonne ou très bonne satisfaction générale quant à leur vie (G 1.8; valeur seuil «(très) bonne»: au moins 7 sur une échelle de 0 à 10).

Les jeunes *issus de la migration* ou dont le *bien-être familial* est faible ou modéré perçoivent leur vie comme étant moins satisfaisante que les jeunes non issus de la migration ou dont le bien-être familial est élevé.

Contrairement aux adultes, les différences de satisfaction selon l'*orientation sexuelle* sont très marquées chez les jeunes: seul un peu plus d'un tiers (35%) des jeunes homosexuels et bisexuels déclarent être satisfaits à très satisfaits de leur vie, contre 72% chez les jeunes hétérosexuels – soit plus du double.

G 1.8 (Très) bonne qualité de vie, 11–15 ans, 2022

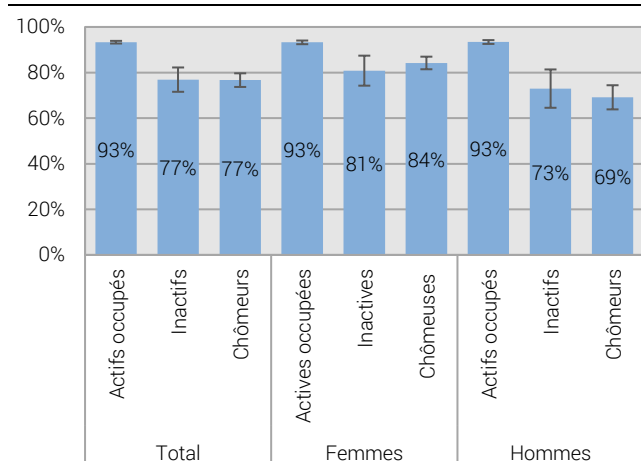


Orientation sexuelle: uniquement les 14–15 ans

Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

G 1.9 (Très) bonne qualité de vie selon le sexe et la situation professionnelle, 2022



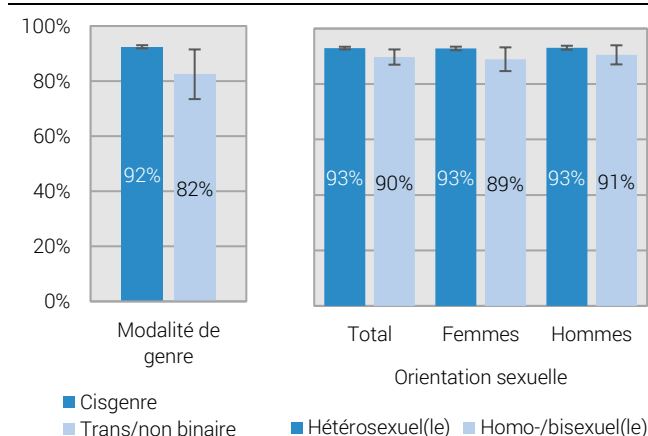
Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.10 (Très) bonne qualité de vie selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations



Messages clés

- Les personnes ayant un faible niveau de formation et un revenu modeste sont deux fois plus susceptibles de souffrir de limitations importantes dans la vie quotidienne provoquées par l'état de santé ainsi que de problèmes de santé de longue durée.
- Des liens clairs peuvent être observés entre les privations matérielles et sociales et la prévalence de problèmes de santé de longue durée et de limitations.

Les problèmes de santé de longue durée et les limitations dans la vie quotidienne peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être et se répercuter tous les aspects de la vie. Nous analysons ci-après deux indicateurs: les problèmes de santé de longue durée (≥ 6 mois) et les limitations dues à des problèmes de santé dans les activités ordinaires de la vie quotidienne qui durent depuis au moins six mois.

Problèmes de santé de longue durée

En Suisse, 38% de la population est concernée par des problèmes de santé de longue durée – les *femmes* étant plus souvent touchées que les *hommes* (G 1.11).

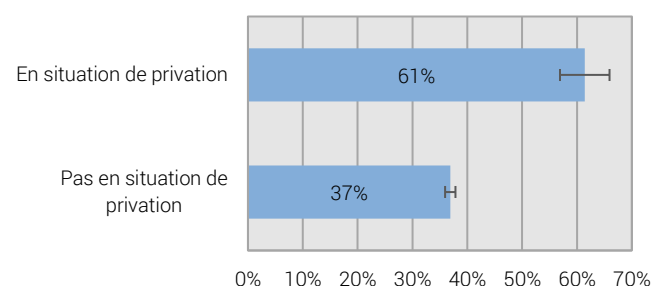
Les personnes ayant un *niveau de formation* plus faible et un *revenu* plus modeste déclarent plus souvent souffrir de troubles de santé de longue durée (G 1.11). Une ventilation selon le sexe montre toutefois que les écarts en fonction de la formation ne subsistent que chez les femmes (données non représentées).

D'autres analyses montrent par ailleurs que les différences en fonction de la formation et du revenu apparaissent dès l'âge de 50 ans approximativement, et ce, chez les deux sexes.

Le graphique G 1.12 présente les résultats selon la *privation matérielle et sociale*: près des deux tiers (61%) des personnes contraintes de se priver de biens, de services et d'activités sociales pour des raisons financières déclarent souffrir de problèmes de santé de longue durée. Chez les personnes qui ne sont pas exposées à la privation, cette proportion est d'environ 37%.

Les personnes *issues de la migration* sont moins souvent touchées par des problèmes de santé de longue durée que celles qui ne sont pas issues de la migration. Cette différence demeure même après ventilation des résultats par niveau de formation (G 1.11).

G 1.12 Problèmes de santé de longue durée selon la privation matérielle et sociale, 2023

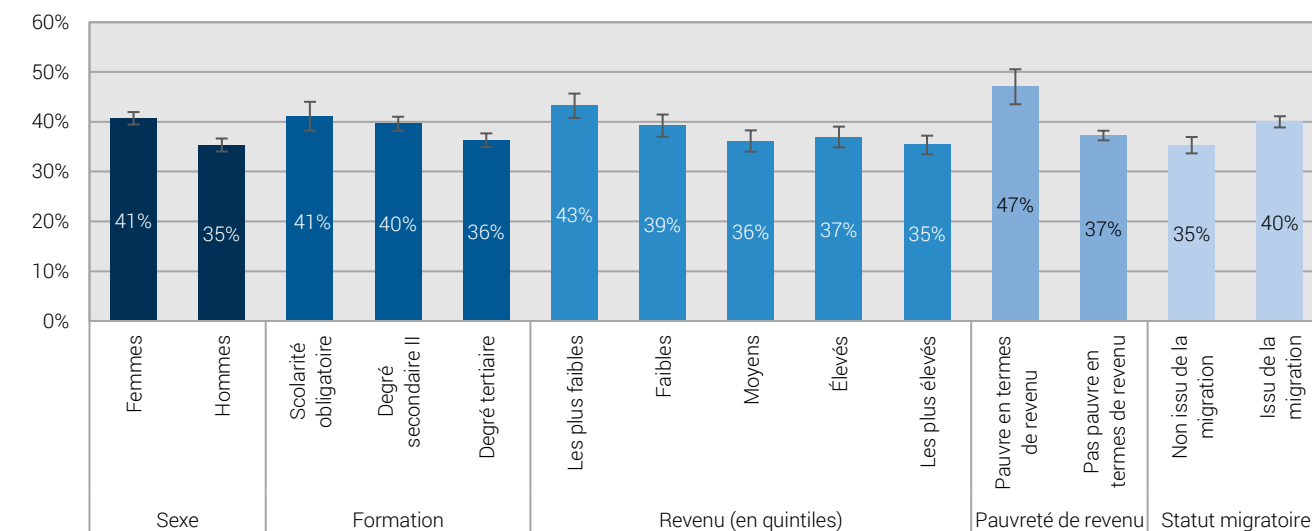


Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

G 1.11 Problèmes de santé de longue durée: aperçu, 2023

Moyenne suisse: 38%



Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

☞ Une corrélation bidirectionnelle peut être observée entre les conditions de vie et les problèmes de santé de longue durée/les limitations. Les conditions de vie peuvent favoriser l'apparition de problèmes et de handicaps chroniques. Inversement, les problèmes de santé chroniques et les handicaps qui en résultent peuvent détériorer la situation financière des personnes touchées (baisse de revenu, privations matérielles et sociales) en affectant leur capacité à travailler.

Limitations provoquées par l'état de santé

En Suisse, 6% de la population est fortement limitée dans ses activités habituelles en raison d'un problème de santé. Cette proportion est similaire chez les *femmes* et les *hommes* (G 1.13).

On peut constater une corrélation claire avec le *niveau de formation* (G 1.13): 11% des personnes sans formation post-obligatoire déclarent souffrir de limitations, contre 4% des titulaires d'un diplôme du degré tertiaire. Cette différence est plus marquée chez les femmes. Par ailleurs, les différences en matière de formation en cas de limitations provoquées par l'état de santé tendent à s'accroître avec l'âge (données non représentées).

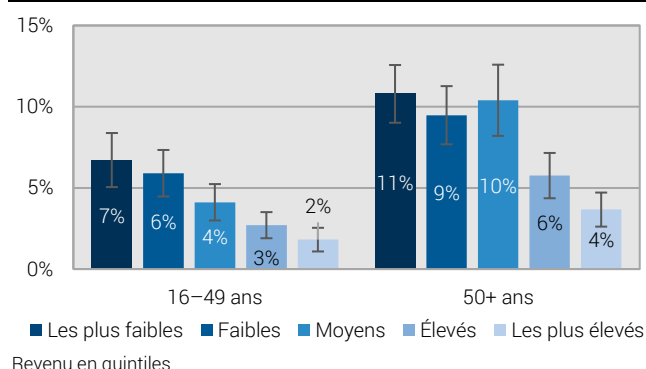
Des disparités du même ordre de grandeur sont observées en fonction du *revenu*: en effet, les analyses montrent que les écarts en fonction des catégories de revenu ou entre les groupes définis selon le niveau de pauvreté monétaire sont environ deux fois plus importants. Cette différence est aussi marquée chez les hommes que chez les femmes (données non représentées). Chez les personnes âgées, les écarts selon le revenu sont un peu plus grands, comme l'illustre le graphique G 1.14.

On constate également des différences importantes en fonction de la *privation matérielle et sociale* (G 1.15): les personnes contraintes de se priver de biens, de services et d'activités sociales pour des raisons financières sont quatre fois plus souvent

limitées dans leurs activités de la vie quotidienne pour des raisons de santé que celles qui ne se trouvent pas en situation de précarité.

En revanche, aucune différence notable n'est observée selon le *statut migratoire* (G 1.13), même après prise en compte du niveau de formation.

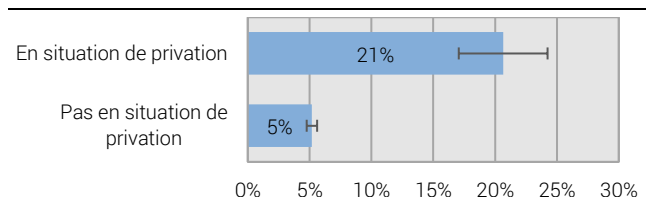
G 1.14 Limitations importantes provoquées par l'état de santé selon l'âge et le revenu, 2023



Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

G 1.15 Limitations importantes provoquées par l'état de santé selon les privations matérielles et sociales, 2023

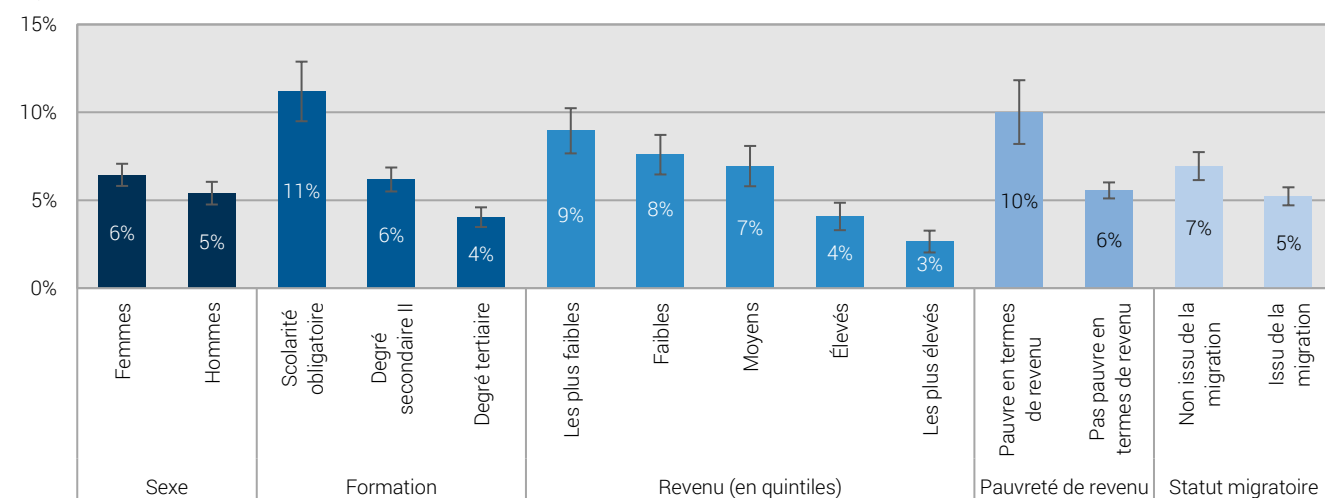


Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

G 1.13 Limitations importantes provoquées par l'état de santé: aperçu, 2023

Moyenne suisse: 6%



Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

1.4 Symptômes dépressifs



Messages clés

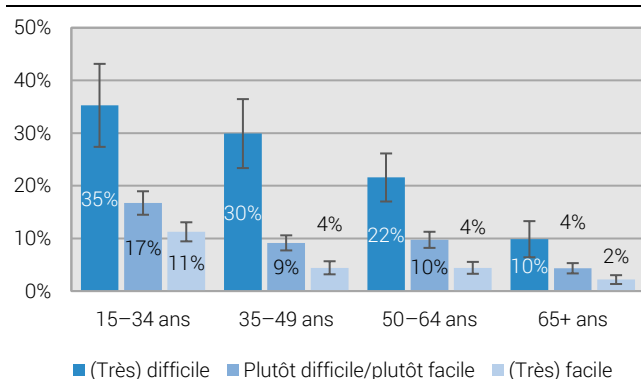
- Les femmes déclarent plus souvent souffrir de symptômes dépressifs. Les filles de 11 à 15 ans rapportent presque deux fois plus souvent que les garçons du même âge une (très) mauvaise situation de bien-être psychique.
- Les personnes sans formation post-obligatoire sont presque deux fois plus souvent touchées par des symptômes dépressifs, et les personnes se trouvant dans une situation financière précaire environ quatre fois plus souvent.
- Approximativement une personne trans et non binaire sur trois présente des symptômes dépressifs, contre environ une personne cis sur dix.
- Les personnes homosexuelles ou bisexuelles sont presque deux fois plus souvent touchées que les personnes hétérosexuelles.
- Les personnes au chômage ou sans activité professionnelle sont environ deux fois plus souvent touchées que les personnes actives.

Les dépressions figurent parmi les maladies psychiques les plus répandues. Elles apparaissent souvent à un stade adulte précoce et présentent une évolution récurrente ou chronique. Les résultats présentés ci-après reflètent dans une certaine mesure la prévalence de la dépressivité au sein d'une population; ils ne sont toutefois pas équivalents à un diagnostic clinique de dépression.

Au total, 10% de la population suisse déclarent souffrir de symptômes dépressifs modérés à graves. Les *femmes* sont plus touchées que les *hommes* (G 1.16).

Les personnes sans *formation* post-obligatoire sont presque deux fois plus souvent concernées (13%) que les personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire (7%; G 1.16). En outre, les personnes se trouvant dans une *situation financière* précaire présentent environ quatre fois plus souvent des symptômes dépressifs modérés à graves que les personnes dont la situation financière est stable (25% contre 6%).

G 1.17 Symptômes dépressifs selon l'âge et la situation financière, 2022



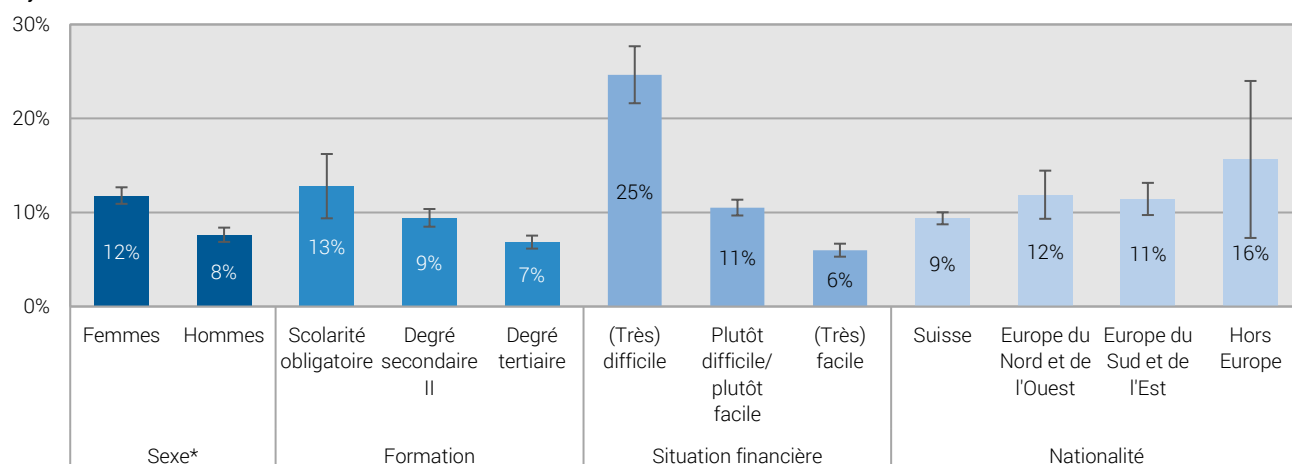
Symptômes dépressifs modérés à graves

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.16 Symptômes dépressifs: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 10%



Symptômes dépressifs modérés à graves

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

L'approche différenciée selon l'âge (G 1.17) montre que les disparités sociales liées à la situation financière existent dans tous les groupes d'âge, mais qu'elles diminuent avec l'âge. De manière générale, les analyses basées sur l'âge et le niveau de formation révèlent des résultats semblables. Les analyses basées sur le niveau de formation et le sexe montrent que les écarts entre les niveaux de formation sont quasiment de la même ampleur chez les femmes que chez les hommes (données non représentées).

Les analyses par *groupes de nationalités* (G 1.16) ne révèlent pas de différences significatives. Il convient de noter que les personnes dont la procédure d'asile est en cours ne sont pas interrogées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et que, de facto, seules les personnes qui parlent une des langues nationales peuvent y participer (cf. A.1 à la fin du rapport).

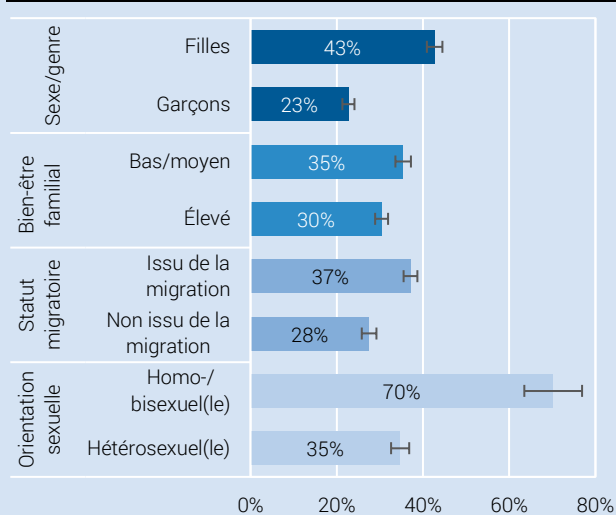
Résultats chez les enfants et les jeunes

Les *filles* (43%) font presque deux fois plus souvent état d'un bien-être psychique (très) mauvais (G 1.18) que les *garçons* (23%).

De même, les jeunes *issus de la migration* et les jeunes dont le *bien-être familial* est faible ou modéré sont plus souvent touchés que les jeunes qui ne sont pas issus de la migration ou les jeunes dont le bien-être familial est élevé.

Des disparités notables peuvent être observées selon *l'orientation sexuelle*: en effet, les jeunes homosexuels et bisexuels (70%) rapportent deux fois plus souvent un bien-être psychique mauvais ou très mauvais que les jeunes hétérosexuels (35%).

G 1.18 Bien-être psychique (très) mauvais, 11–15 ans, 2022



Orientation sexuelle: uniquement les 14–15 ans

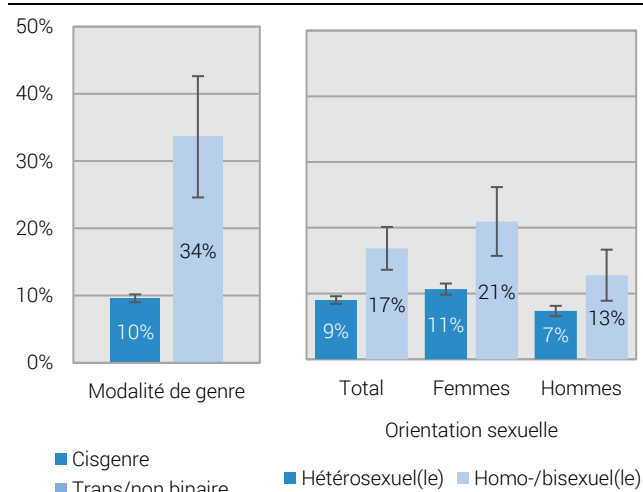
Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

Les analyses basées sur *la modalité de genre* et *l'orientation sexuelle* révèlent des divergences importantes (G 1.19): en effet, environ une personne trans et non binaire sur trois présente des symptômes dépressifs modérés à graves, contre une personne cis sur dix. Les personnes qui se définissent comme homosexuelles ou bisexuelles sont presque deux fois plus souvent touchées que les personnes hétérosexuelles. Ces différences concernent aussi bien les femmes que les hommes, même si l'écart est nettement plus prononcé chez les femmes.

En outre, les personnes au chômage ou sans activité professionnelle (âgées de 15 à 64 ans) sont deux fois plus souvent touchées (19% et 21%) que les personnes actives (10%, données non représentées). Les différences liées au *statut professionnel* sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes (données non représentées). Il convient ici de noter que le groupe des personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle est très hétérogène et comprend, entre autres, des femmes et hommes au foyer, des retraités ainsi que des personnes bénéficiaires d'une rente AI. On constate par ailleurs que le statut professionnel peut certes influencer sur la santé, mais qu'un état de santé dégradé peut également être une cause de chômage.

G 1.19 Symptômes dépressifs selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Symptômes dépressifs modérés à graves

Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.5 Santé bucco-dentaire



Messages clés

- Les personnes ayant un niveau de formation plus faible et celles qui se trouvent dans une situation financière plus précaire sont nettement plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé dentaire.

Une bonne santé bucco-dentaire est une condition essentielle au bien-être général et à une qualité de vie optimale. En outre, les troubles tels que les caries et les gingivites chroniques sont associés à des maladies comme le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires ou encore les affections respiratoires. Les prestations dentaires (y c. l'hygiène bucco-dentaire) n'étant pas prises en charge par les caisses d'assurance-maladie, une mauvaise santé bucco-dentaire peut également être un indicateur que les personnes touchées ont renoncé aux soins dentaires (cf. indicateur 4.4).

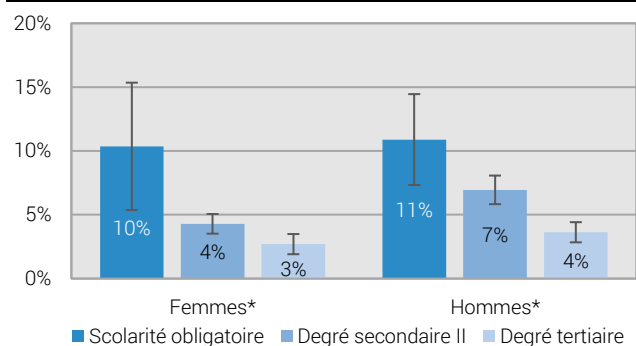
Au total, 4% de la population suisse estime avoir une mauvaise à très mauvaise santé bucco-dentaire (gencives comprises) – les *hommes* étant plus concernés que les *femmes*, bien que la différence reste très faible (G 1.20).

Les écarts sont nettement plus marqués en fonction du *niveau de formation* (G 1.20): 11% des personnes sans formation post-obligatoire estiment avoir une (très) mauvaise santé bucco-dentaire, contre 3% des titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire. Les différences liées à la *situation financière* sont du même ordre de grandeur. Les disparités selon le niveau de formation (et la situation

financière – données non représentées) sont également équivalentes pour les deux sexes (G 1.21). Enfin, tous les groupes d'âge continuent de présenter des différences en fonction du niveau de formation et de la situation financière (données non représentées).

S'agissant de la *nationalité* (G 1.20), on peut observer que les personnes étrangères originaires d'Europe du Sud et de l'Est qualifient deux fois plus souvent leur santé bucco-dentaire de (très) mauvaise que les Suisses. En raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résultats selon le niveau de formation et la nationalité ne peuvent pas être interprétés.

G 1.21 (Très) mauvaise santé bucco-dentaire selon le sexe et la formation, 2022



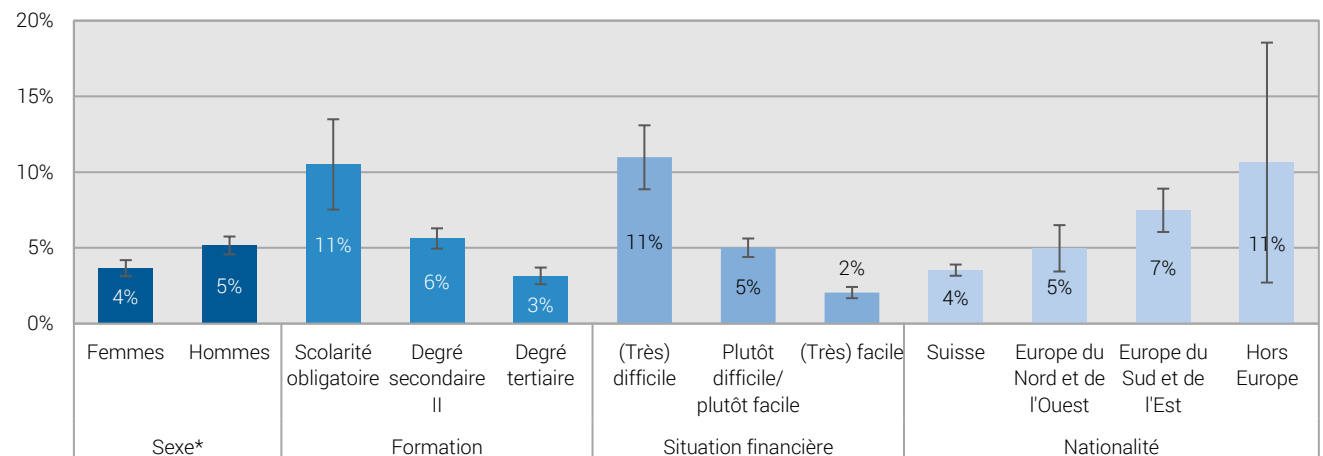
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.20 (Très) mauvaise santé bucco-dentaire: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 4%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.6 Diabète



Messages clés

- Les hommes sont deux fois plus susceptibles d'être atteints de diabète que les femmes.
- Les personnes qui ont un faible niveau de formation et celles qui se trouvent dans une situation financière précaire présentent un risque deux fois plus élevé de développer un diabète.

Le diabète est une maladie métabolique qui se manifeste sous différentes formes (notamment le type 1 et le type 2). Il peut être à l'origine de diverses maladies associées et réduire ainsi l'espérance de vie.

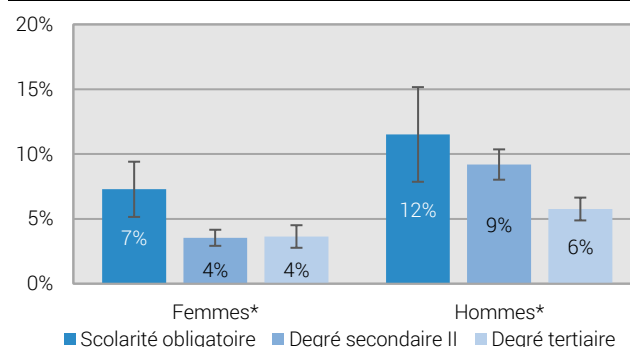
Au total, 5% de la population suisse souffre de diabète, les hommes étant presque deux fois plus souvent touchés que les femmes (G 1.22).

Les personnes sans formation post-obligatoire et celles qui se trouvent dans une situation financière précaire sont deux fois plus souvent (10%) atteintes de diabète que les personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire ou dont la situation financière est favorable (G 1.22). Une ventilation des résultats par sexe (G 1.23) révèle que la différence entre les niveaux de formation est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne la situation financière, la différence sociale est également plus importante chez les hommes (données non représentées). Les résultats selon l'âge et le niveau de formation/la situation

financière (données non représentées) ne sont pas interprétables en raison du petit nombre de cas dans les groupes d'âge les plus jeunes.

Le diabète touche plus souvent les personnes originaires d'Europe du Sud et de l'Est et les ressortissants d'États hors Europe (G 1.22). Il convient ici de souligner une fois de plus l'hétérogénéité des groupes de nationalités (cf. chap. 7.3). En raison de la taille restreinte de l'échantillon, une ventilation par niveau de formation ou situation financière n'est pas possible.

G 1.23 Diabète selon le sexe et la formation, 2022



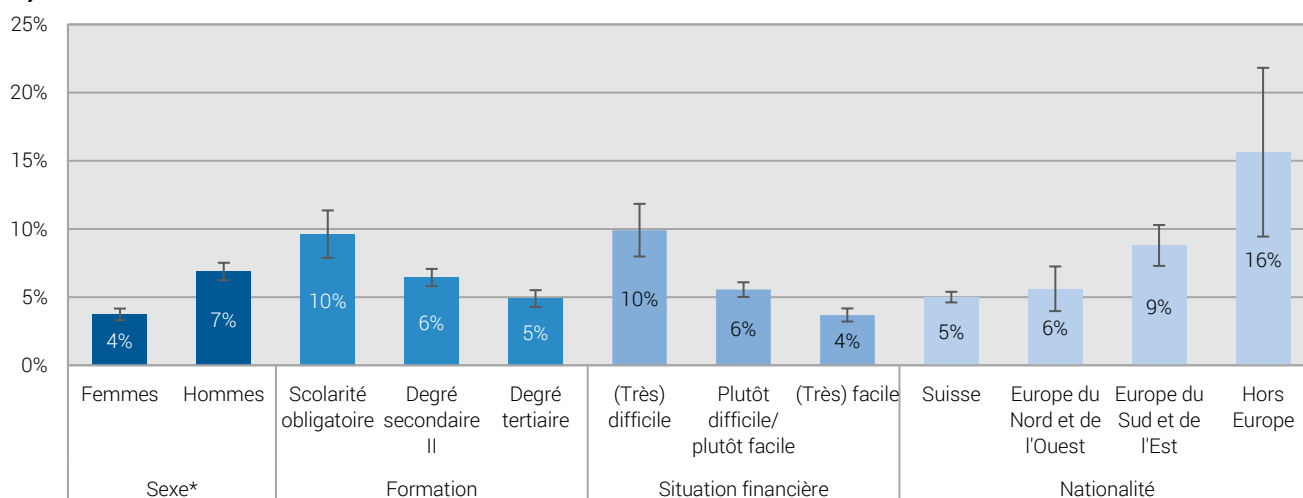
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.22 Diabète: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 5%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.7 Surpoids



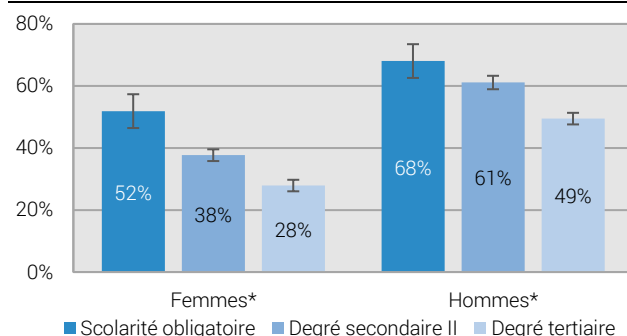
Messages clés

- Les hommes sont nettement plus touchés par le surpoids que les femmes.
- Les personnes ayant un faible niveau de formation et celles qui se trouvent dans une situation financière plus précaire sont plus souvent en surpoids; elles sont en outre deux fois plus concernées par l'obésité.
- Au cours des 30 dernières années, le surpoids et l'obésité ont augmenté dans tous les niveaux de formation. Cette hausse a toutefois été particulièrement marquée chez les personnes sans formation post-obligatoire.

Un poids corporel élevé est considéré comme un facteur de risque pouvant entraîner divers problèmes de santé, tels qu'une hypertension artérielle, un taux élevé de cholestérol, du diabète, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires (asthme), des affections de l'appareil locomoteur ou encore certaines formes de cancer (Faeh et al., 2018; OCDE, 2018).

Au total, 43% de la population suisse est en surpoids. On observe une différence notable entre les sexes (G 1.24): tandis qu'un tiers des femmes (33%) sont concernées par le surpoids, cette proportion dépasse la moitié chez les hommes (52%). Cette disparité, présente dans toutes les classes d'âge, est particulièrement marquée chez les 35–49 ans (données non représentées).

G 1.25 Surpoids (y c. obésité): selon le sexe et la formation, 2022



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

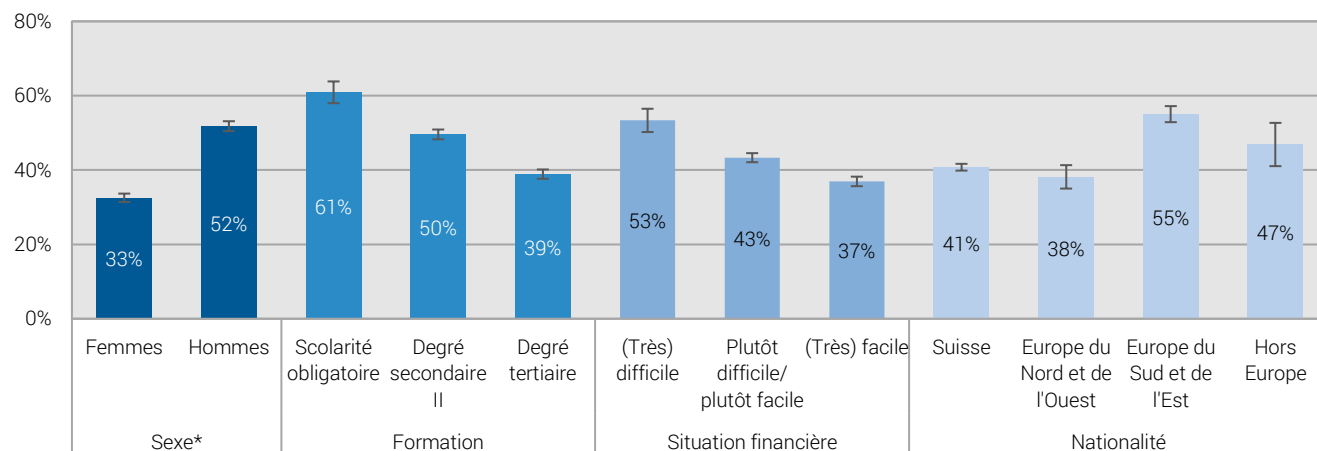
© Obsan 2025

De même, les personnes n'ayant pas suivi de *formation* post-obligatoire et les personnes confrontées à des *difficultés financières* sont nettement plus souvent touchées par le surpoids (G 1.24). Une ventilation des résultats par sexe (G 1.25) révèle que les écarts de prévalence entre les niveaux de formation sont légèrement plus marqués chez les femmes. En revanche, la situation financière affecte les hommes et les femmes de manière similaire. D'autres analyses montrent que les différences liées au niveau de formation et à la situation financière sont particulièrement marquées chez les 35–49 ans et qu'elles s'atténuent avec l'âge (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est sont plus souvent en surpoids que les *Suisses* et les *Européens*

G 1.24 Surpoids (y c. obésité): aperçu, 2022

Moyenne suisse: 43%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

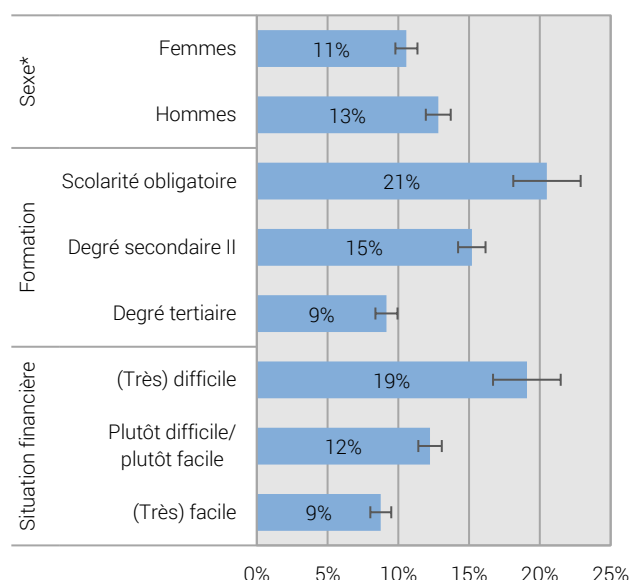
du Nord et de l'Ouest (G 1.24). Les résultats de la catégorie «Hors Europe» sont difficiles à interpréter en raison du petit nombre de cas et de l'hétérogénéité de ce groupe. Une ventilation des résultats par niveau de formation montre que ces différences persistent au sein des groupes de nationalités. D'un point de vue statistique toutefois, les résultats ne sont significatifs que pour le degré secondaire II.

Des analyses supplémentaires sur l'obésité (G 1.26) montrent que la différence entre les sexes est nettement moins importante que pour le surpoids en général. Les disparités liées au niveau de formation et à la situation financière sont en revanche plus marquées: les personnes sans formation post-obligatoire et les personnes se trouvant dans une situation financière précaire sont deux fois plus souvent touchées par l'obésité.

Au fil des ans, l'écart entre les niveaux de formation s'est accru (G 1.27): au cours des 30 dernières années, le surpoids et l'obésité ont progressé dans tous les niveaux de formation (x). Cette augmentation est toutefois nettement plus marquée chez les personnes n'ayant pas suivi de formation post-obligatoire (•) – en particulier depuis 2007 – que chez les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire (▲).

G 1.26 Obésité: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 12%



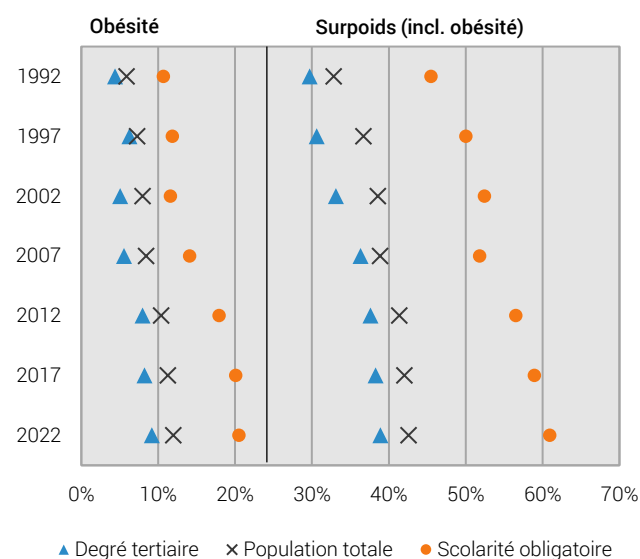
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.27 Évolution du surpoids dans le temps selon la formation



Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

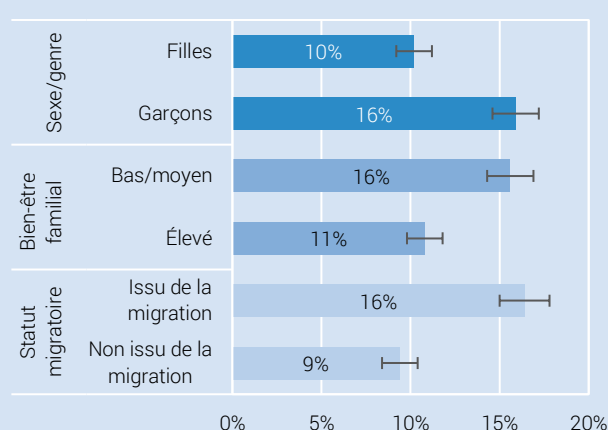
© Obsan 2025

Résultats chez les enfants et les jeunes

En termes d'indice de masse corporelle (*Body Mass Index*, BMI), les filles sont moins concernées par le surpoids que les garçons (G 1.28).

De même, les jeunes dont le *bien-être familial* est élevé et les jeunes qui ne sont pas *issus de la migration* sont moins touchés par le surpoids que les jeunes issus de la migration ou les jeunes dont le bien-être familial est faible ou modéré.

G 1.28 Surpoids (y c. obésité), 11–15 ans, 2022



Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

1.8 Hypertension artérielle et taux de cholestérol élevé



Messages clés

- Les hommes sont plus souvent touchés par l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé que les femmes.
- L'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé (hypercholestérolémie) sont plus fréquents chez les personnes ayant un faible niveau de formation et chez celles qui se trouvent dans une situation financière plus précaire.

L'hypertension artérielle (hypertonie) et l'hypercholestérolémie sont des facteurs de risque susceptibles de provoquer diverses maladies, notamment des maladies cardiovasculaires.

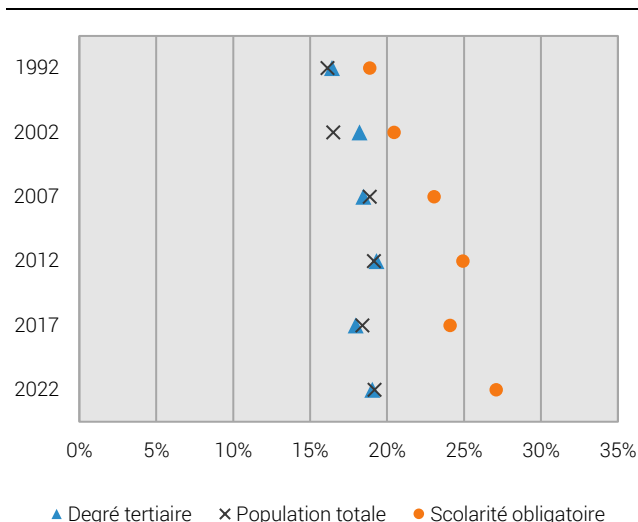
Hypertension artérielle

Au total, 19% de la population suisse déclarent souffrir d'hypertension artérielle, les *hommes* étant plus touchés que les *femmes* (G 1.29).

Les personnes qui ont un *niveau de formation* moins élevé ou qui se trouvent dans une *situation financière* précaire sont plus souvent touchées par l'hypertension artérielle (G 1.29). Les résultats par sexe révèlent que la différence entre les niveaux de formation est plus importante chez les femmes que chez les hommes (données non représentées). En ce qui concerne la situation financière, la situation est inverse, avec une différence plus marquée chez les hommes.

Les résultats selon le niveau de formation/la situation financière et l'âge (données non représentées) ne sont pas interprétables, en raison du petit nombre de cas dans les groupes d'âge les plus jeunes.

G 1.30 Évolution de l'hypertension artérielle au fil des ans selon la formation



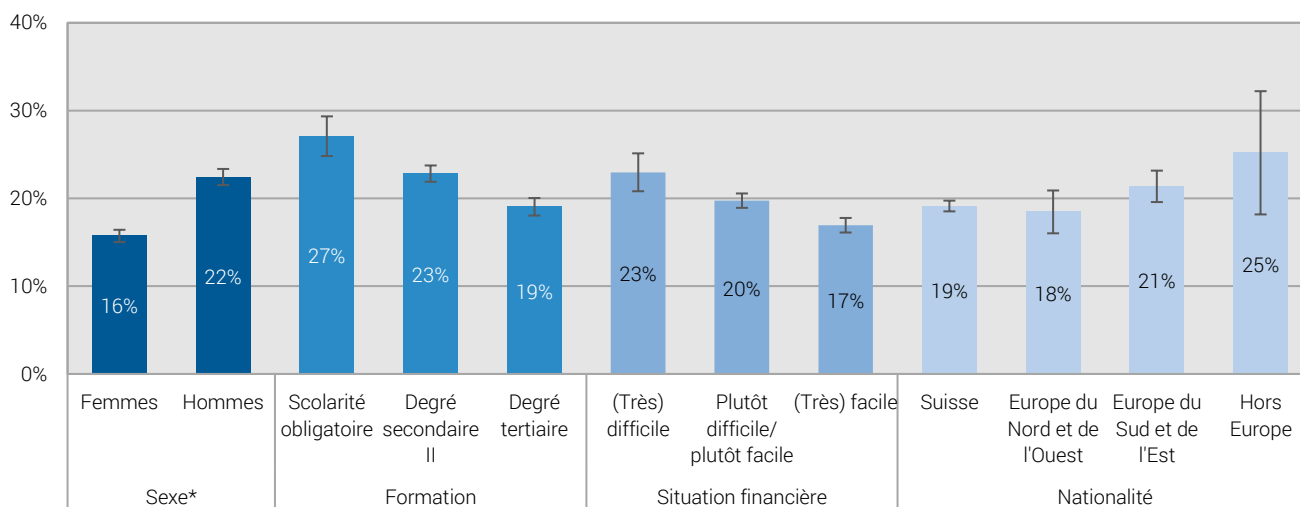
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.29 Hypertension artérielle: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 19%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Les résultats par *nationalité* ne révèlent aucune différence significative pour ce qui est de l'hypertension artérielle (G 1.29).

Le graphique G 1.30 illustre l'*évolution dans le temps*: de manière générale, on constate une augmentation au fil des ans, bien que les résultats varient légèrement d'une année à l'autre (✕). Les résultats des personnes ayant suivi une formation du degré tertiaire (▲) sont toujours très proches de ceux de la population globale. Avec le temps, les résultats des personnes sans formation post-obligatoire (●) s'éloignent de plus en plus de ceux de l'ensemble de la population, ce qui indique que les iniquités en matière de santé en ce qui concerne l'hypertension artérielle se sont accrues au fil du temps.

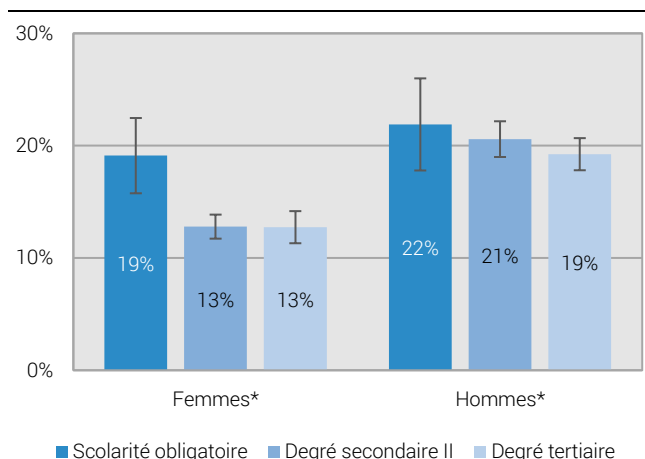
Taux de cholestérol élevé

Au total, 15% de la population présentent un taux de cholestérol élevé, les *hommes* étant légèrement plus touchés que les *femmes* (G 1.31).

De même, les personnes qui ont un *niveau de formation* moins élevé ou qui se trouvent dans une *situation financière* précaire sont plus susceptibles d'avoir un taux de cholestérol élevé, bien que les différences restent relativement faibles (G 1.31). Une ventilation de ces résultats par sexe (G 1.32) montre que la différence entre les niveaux de formation n'existe que chez les femmes. En ce qui concerne la situation financière, aucune différence ne peut être observée selon le sexe (données non représentées). Les résultats en fonction du niveau de formation/de la situation financière et de l'âge (données non représentées) ne sont pas interprétables, en raison du petit nombre de cas dans les groupes d'âge les plus jeunes.

Les *personnes originaires d'Europe du Sud et de l'Est* déclarent plus souvent un taux de cholestérol élevé que les *Suisses* ou les personnes originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest (G 1.31). En raison de la taille restreinte de l'échantillon, il n'est pas possible de ventiler encore davantage les résultats selon le niveau de formation ou la situation financière.

G 1.32 Taux de cholestérol élevé selon le sexe et la formation, 2022



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

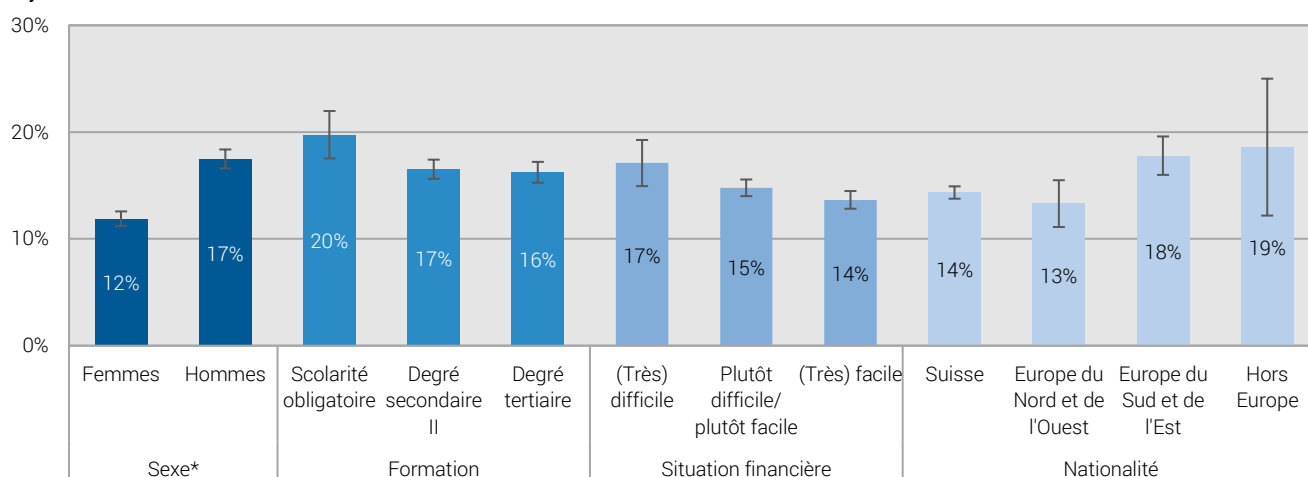
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 1.31 Taux de cholestérol élevé: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 15%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

1.9 Infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral (AVC)



Messages clés

- Le risque d’infarctus du myocarde et celui d’accident vasculaire cérébral est respectivement trois fois et deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Plus le niveau de formation est faible, plus le risque d’être victime d’un infarctus du myocarde ou d’un AVC est élevé.
- Chez les femmes, ce lien avec le niveau de formation est encore plus marqué pour les deux affections.
- Les personnes rencontrant des barrières linguistiques présentent un risque plus faible d’infarctus du myocarde ainsi qu’une tendance à un risque moindre d’AVC.

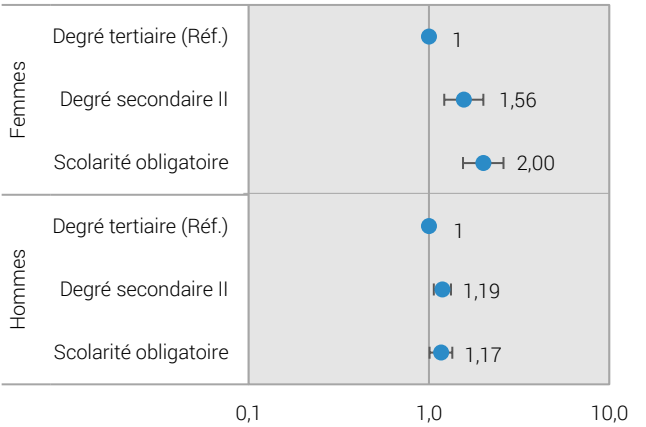
Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en Suisse. Cet indicateur, qui se base sur le nombre d’hospitalisations et de décès provoqués par ces deux maladies, met en lumière le risque élevé d’infarctus aigu du myocarde et d’AVC pour la population.

Les graphiques ci-dessous présentent les *odds ratios* ajustés en fonction de l’âge et du sexe et les intervalles de confiance (cf. aide à la lecture figurant à la fin de l’introduction du présent rapport).

Infarctus aigu du myocarde

Le risque de subir un infarctus aigu du myocarde est trois fois plus élevé chez les *hommes* que chez les *femmes* (G 1.33).

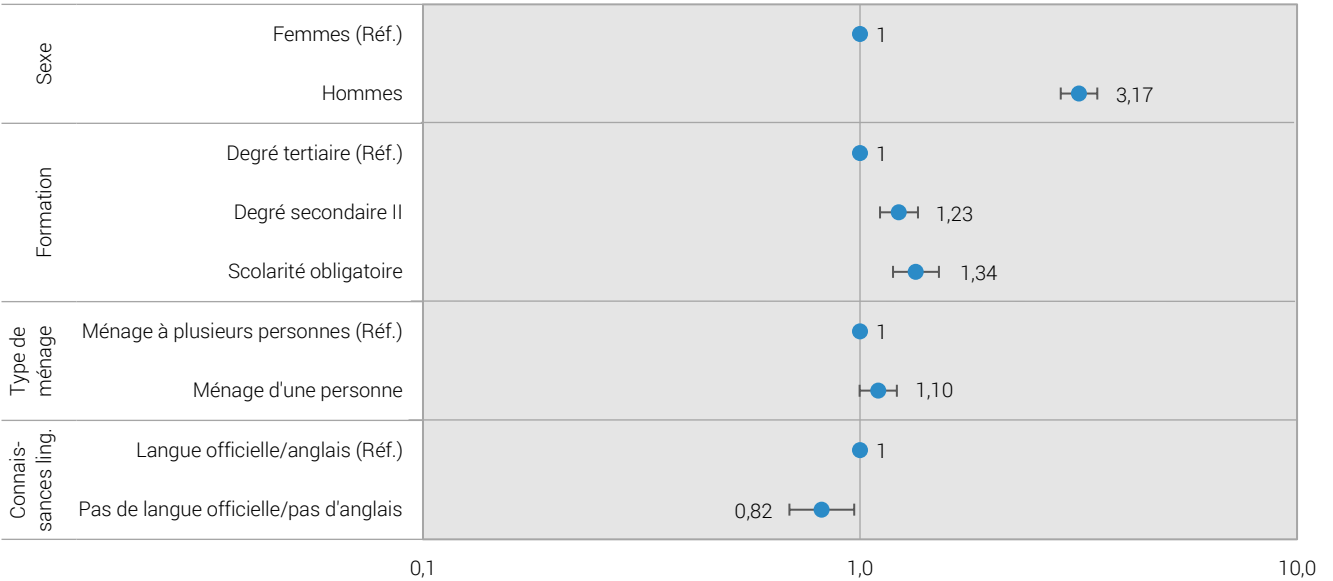
G 1.34 Risque de subir un infarctus aigu du myocarde selon le sexe et la formation, 2018–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.33 Risque de subir un infarctus aigu du myocarde: aperçu, 2018–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW) © Obsan 2025

Il existe également des disparités notables liées au *niveau de formation*. En comparaison avec les personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire, les personnes titulaires d'un diplôme de degré secondaire II sont exposées à un risque supérieur de 23% de subir un infarctus aigu du myocarde, tandis que ce risque augmente de 34% pour les personnes sans formation post-obligatoire. On constate toutefois une nette différence entre les sexes (G 1.34): les femmes sans formation post-obligatoire ont deux fois plus de risques d'être victimes d'un infarctus aigu du myocarde que les femmes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire. Chez les hommes, la différence entre les niveaux de formation est moins marquée.

On n'observe aucune différence entre les *types de ménage* (G 1.33).

Le risque d'infarctus du myocarde est plus faible chez les personnes confrontées à des *barrières linguistiques* (G 1.33). Les résultats selon le *statut migratoire* (données non représentées) ne révèlent quant à eux aucune différence.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

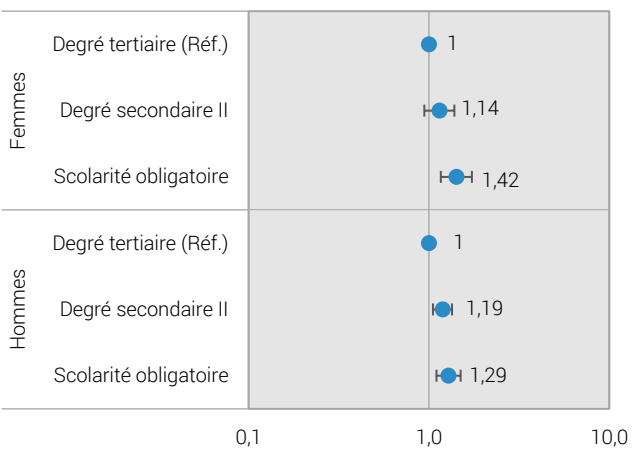
Le risque d'AVC est 80% plus élevé chez les *hommes* (G 1.35). De plus, ce risque est étroitement lié au *niveau de formation*: en effet, les personnes titulaires d'un diplôme de degré secondaire II présentent un risque supérieur de 17% de subir un AVC par rapport aux personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire. Chez les personnes sans formation post-obligatoire, ce risque augmente de 35%. Cette corrélation avec le niveau de formation

est légèrement plus marquée chez les *femmes* que chez les *hommes* (G 1.36).

Aucune différence ne peut être observée selon le *type de ménage* (G 1.35).

Comme pour l'infarctus, on constate un risque plus faible chez les personnes rencontrant des barrières linguistiques, bien que la différence ne soit tout juste pas significative. (G 1.35). Les résultats selon le *statut migratoire* (données non représentées) ne révèlent pas non plus d'écart.

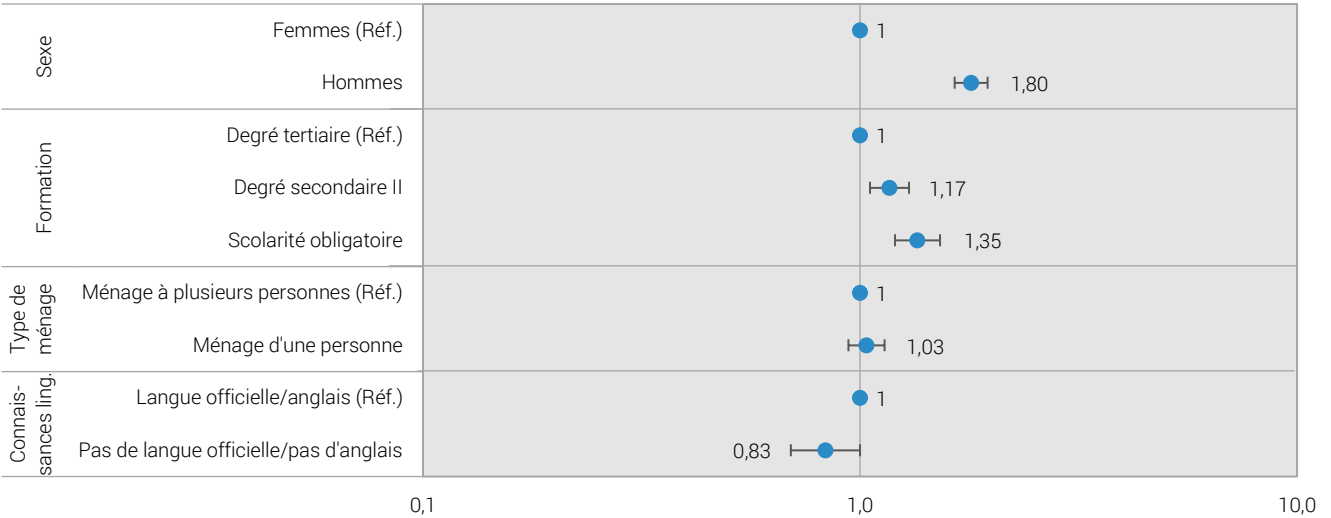
G 1.36 Risque d'AVC selon le sexe et la formation, 2018–2022 (15–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%. Modèle ajusté en fonction de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW) © Obsan 2025

G 1.35 Risque d'AVC: aperçu, 2018–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%. Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW) © Obsan 2025

1.10 Cancers



Key messages

- Les hommes présentent un risque plus élevé de cancer.
- Plus le niveau de formation est bas, plus le risque de cancer des bronches, des poumons, de la trachée, du côlon ou de tout autre type est élevé. Pour le cancer du poumon, des bronches et de la trachée, cette corrélation est beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes.
- En ce qui concerne le mélanome et le cancer du sein et de la prostate, le rapport est inversé: le risque est plus élevé chez les personnes ayant un haut niveau de formation.
- Les personnes qui ne parlent ni une langue officielle ni l'anglais ont un risque moins élevé de mélanome, de cancer du sein et de cancer de la prostate.

Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en Suisse. Outre des facteurs génétiques, le mode de vie et l'environnement jouent un rôle décisif dans l'apparition de nombreux types de cancer. Le tabagisme, une alimentation malsaine, le manque d'activité physique, la consommation excessive d'alcool et certaines expositions professionnelles ou environnementales comptent parmi les principaux facteurs de risque.

Le présent indicateur représente le risque de cancer, selon le type. L'évaluation porte uniquement sur les nouveaux cas. Les *odds ratios* ajustés en fonction de l'âge et du sexe et les intervalles de confiance sont indiqués (cf. aide à la lecture figurant à la fin de l'introduction du présent rapport).

En ce qui concerne le cancer du poumon (poumons, bronches ou trachée), le cancer du côlon, le mélanome et les autres types de cancer, les différences entre les sexes présentent une image uniforme (G 1.38): le risque est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, les hommes ont 57% de risque en plus d'être atteints du cancer du poumon que les femmes. Pour les autres types de cancer représentés, ce taux est d'environ 40%. Ces différences sont étroitement liées au mode de vie différent d'un sexe à l'autre, notamment en ce qui concerne le tabagisme.

En revanche, on observe une certaine hétérogénéité en ce qui concerne le *niveau de formation* (G 1.38). Bien qu'il existe un lien avec la formation pour tous les types de cancer, le rapport diverge:

Le risque de cancer du poumon est d'autant plus élevé que le niveau de formation est bas: les personnes ayant achevé le degré secondaire II présentent un risque 73% plus élevé de développer ce type de cancer que celles ayant un diplôme tertiaire. Les personnes sans formation post-obligatoire courent même un risque plus de deux fois plus élevé. Cette différence est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (G 1.37).

Ce schéma s'applique aussi au cancer du côlon et, s'agissant des hommes, aux autres types de cancer. Pour le cancer du côlon, les données n'ont pas pu être analysées séparément selon le sexe et la formation. Pour ces types de cancer comme pour le cancer du poumon, le mode de vie joue un rôle décisif.

Pour le mélanome, le cancer du sein et le cancer de la prostate, le rapport est inversé: plus le niveau de formation est élevé, plus le risque est élevé. Pour le premier, les loisirs et l'exposition au soleil jouent notamment un rôle important; pour le cancer du sein, il s'agit avant tout des comportements reproducteurs et de l'utilisation de préparations hormonales.

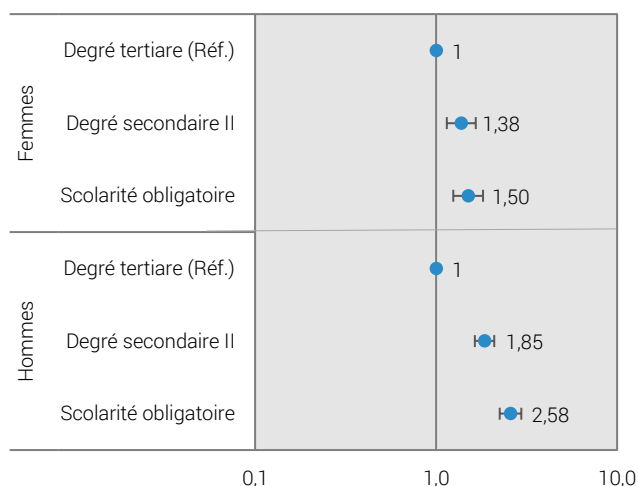
Les résultats selon les *connaissances linguistiques* sont également contrastés (G 1.38):

Pour le cancer du poumon, le cancer du côlon et les autres types de cancer, il n'existe pas de différence fondamentale en fonction des connaissances linguistiques.

Les personnes qui ne parlent ni une langue officielle ni l'anglais ont un risque moins élevé de mélanome, de cancer du sein ou de cancer de la prostate. Ce risque est même bien plus faible en ce qui concerne le mélanome.

Si les résultats montrent donc que l'incidence du cancer varie selon les caractéristiques sociales, ses effets peuvent aller dans des directions différentes selon le type de tumeur, tout en reflétant le mode de vie, le comportement en matière de prévention et les facteurs de risque de chaque groupe.

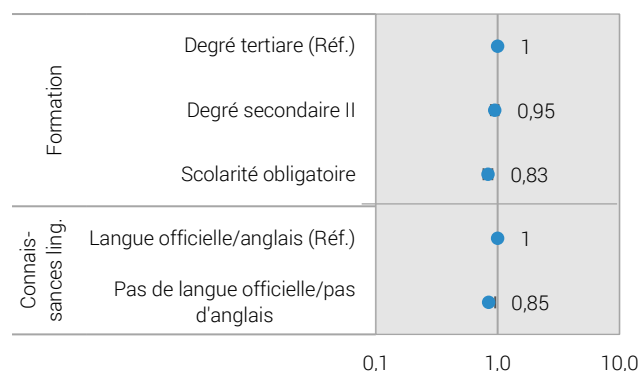
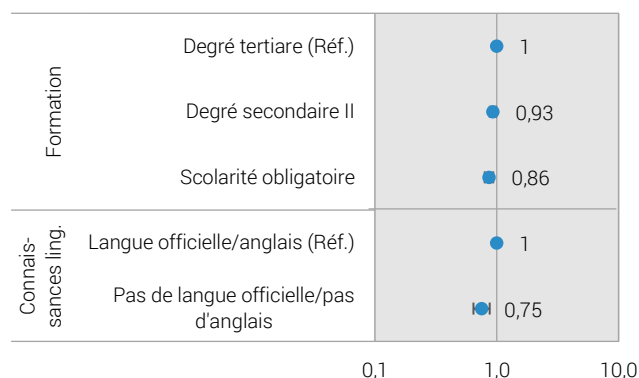
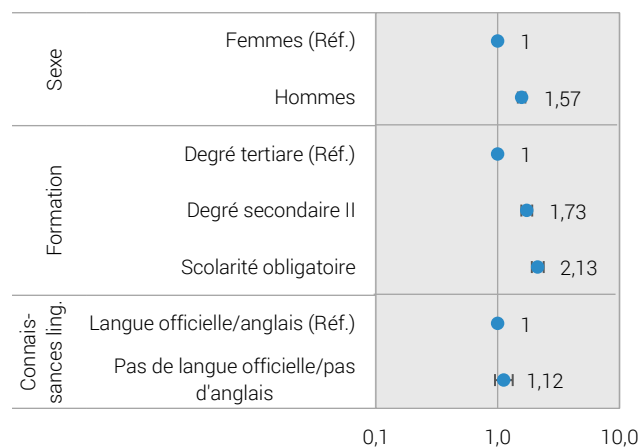
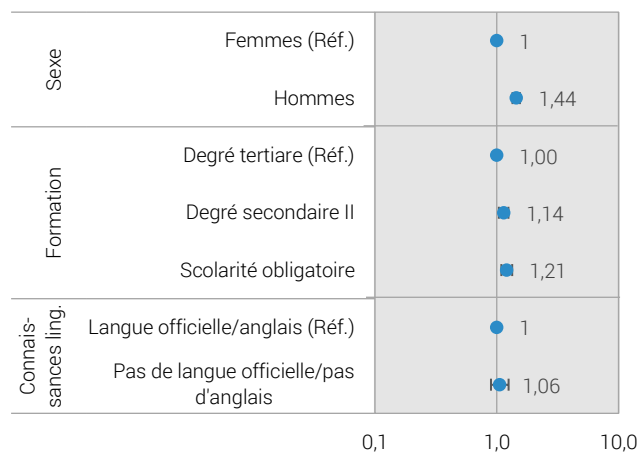
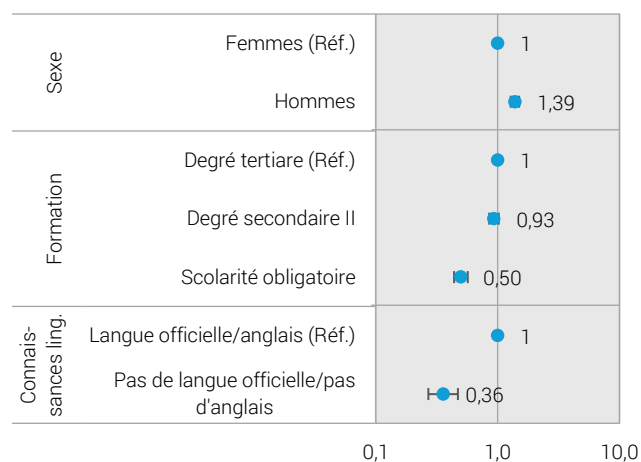
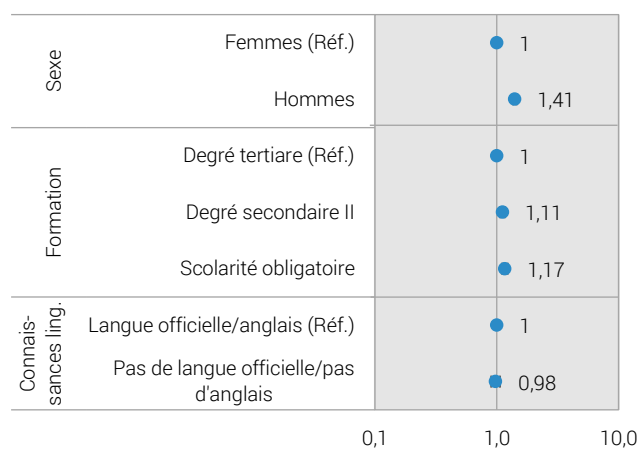
G 1.37 Risque de cancer du poumon selon le sexe et la formation, 2012–2019 (25–90 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté pour l'âge et l'année du relevé

Source: OFS – Jeu de données NKS/RS (analyse Obsan) © Obsan 2025

G 1.38 Risque de développer différents types de cancer: aperçu, 2012–2019 (25–90 ans)**Cancer du sein****Cancer de la prostate****Cancer du poulmon****Cancer du côlon****Mélanome****Autres types de cancer**

Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
 Modèle ajusté pour l'âge et l'année du relevé

Source: OFS – Jeu de données NKS/RS (analyse Obsan)

© Obsan 2025

1.11 Mortalité



Messages clés

- Les hommes âgés de 25 à 84 ans présentent un risque de mortalité deux fois plus élevé que les femmes.
- Ce risque diminue fortement pour les personnes ayant un niveau de formation plus élevé.
- À cet égard, on constate une différence entre les sexes: les hommes sans formation post-obligatoire ont un risque de mortalité supérieur de 73% par rapport aux hommes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire; la différence est deux fois moins importante chez les femmes.
- Les personnes qui vivent seules sont exposées à un risque de mortalité accru, un effet qui s'accroît avec l'âge.
- Les personnes issues de la migration de première génération présentent un risque de mortalité plus faible que les personnes qui ne sont pas issues de la migration.

Les répercussions de différents facteurs de risque (p. ex. conditions de vie, comportement, recours au système de santé) s'accumulent au fil des ans et peuvent entraîner une mortalité prématurée, ce qui se reflète dans le risque de mortalité – c'est-à-dire la probabilité de décéder d'une maladie ou d'un accident, ou de mourir en général. Les disparités sociales en matière de mortalité constituent donc un indice des iniquités en matière de santé au sein de la population.

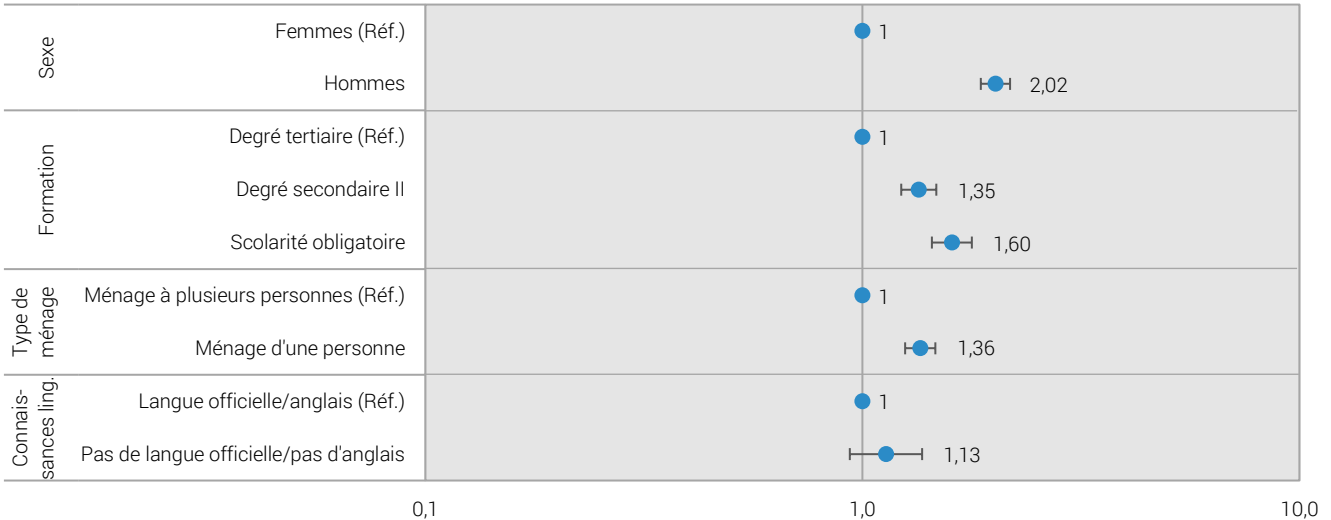
Les graphiques ci-après illustrent les résultats relatifs à la mortalité globale – les résultats concernant la mortalité évitable sont

présentés sous l'indicateur 1.12. Le graphique illustre les *odds ratios* (OR) et les intervalles de confiance (cf. aide à la lecture figurant à la fin de l'introduction du présent rapport) ajustés en fonction de l'âge et du sexe.

Les *hommes* présentent un risque de mortalité deux fois plus élevé que les *femmes* (OR: 2,02; G 1.39).

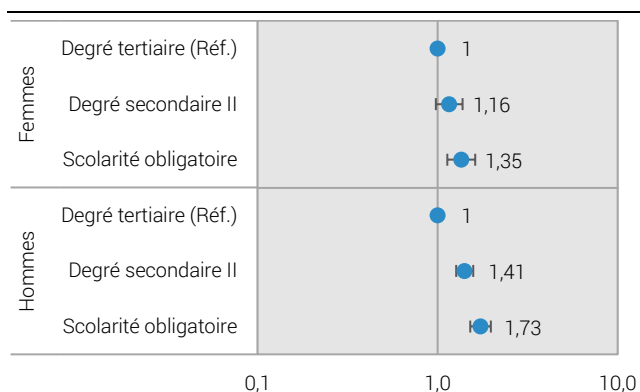
On constate également des différences significatives en fonction du niveau de *formation* (G 1.39). En effet, les personnes titulaires d'un diplôme de degré secondaire II font face à un risque de mortalité supérieur de 35% par rapport aux personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire. Chez les personnes sans formation post-obligatoire, ce risque augmente de 60%. Cette corrélation est nettement plus prononcée chez les hommes (G 1.40): en effet, les hommes sans formation post-obligatoire présentent un risque de mortalité de 73% plus élevé que les hommes ayant atteint le niveau de formation le plus élevé (OR: 1,73). L'écart entre le degré secondaire II et le degré tertiaire s'élève à 41%. Chez les femmes, la différence entre le niveau de formation le plus faible et le niveau de formation le plus élevé est nettement plus faible (35%). Enfin, on n'observe aucune différence entre le degré secondaire II et le degré tertiaire.

G 1.39 Risque de mortalité: aperçu, 2020–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

G 1.40 Risque de mortalité selon le sexe et la formation, 2020–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction de l'âge

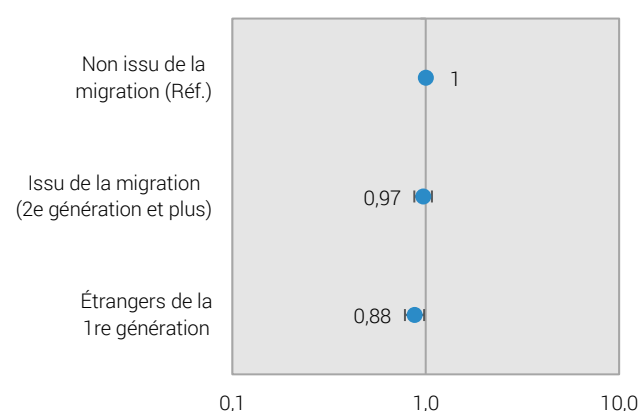
Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

Le graphique G 1.39 révèle également une augmentation du risque de 36% chez les *personnes vivant seules*. Cette différence est toutefois très variable selon l'âge, comme l'illustre le graphique G 1.41. Chez les personnes plus jeunes (25–49 ans) qui vivent seules, le risque de décès est multiplié par 2,7. Cette corrélation, qui diminue ensuite avec l'âge, n'est plus significative pour le groupe le plus âgé (75–84 ans).

Le graphique de synthèse (G 1.39) ne révèle aucune différence liée aux *connaissances linguistiques* en termes de risque de mortalité. Les analyses portant sur le *statut migratoire* montrent en revanche un risque significativement plus faible pour les personnes issues de la migration de première génération (G 1.42). À première vue, ces données semblent être en contradiction avec les autres résultats du présent rapport. Cependant, ce phénomène est confirmé par d'autres études (cf. «Éclairage 3» au chap. 7).

G 1.42 Risque de mortalité selon le statut migratoire, 2020–2022 (25–84 ans)

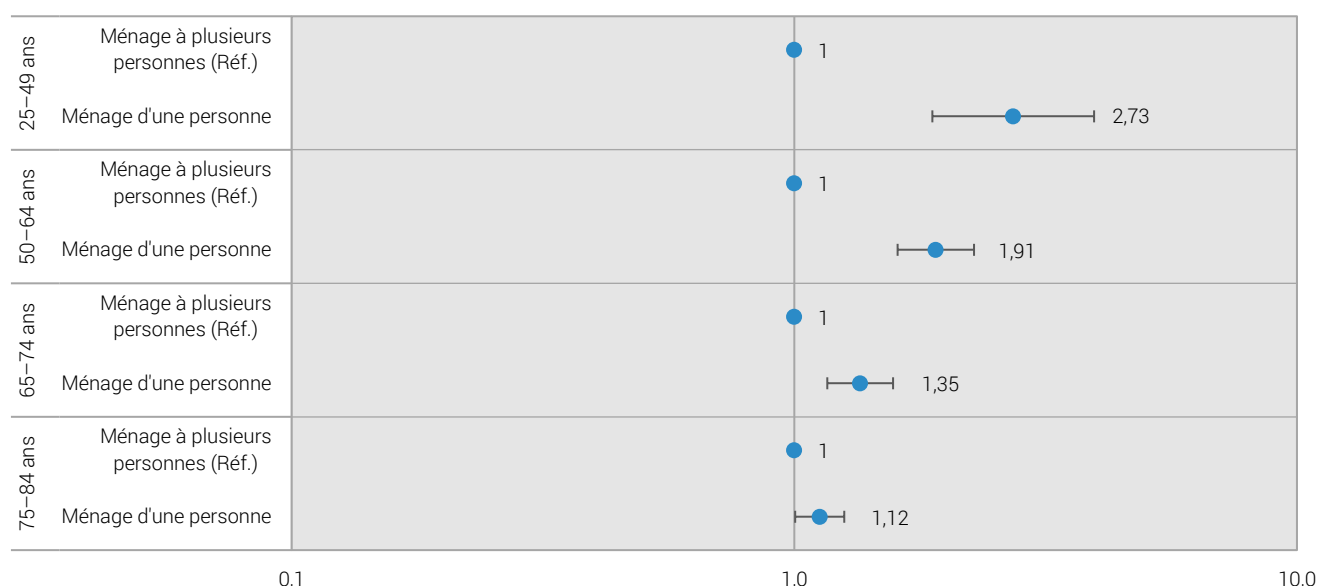


Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 1.41 Risque de mortalité selon l'âge et le type de ménage, 2020–2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté selon le sexe

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

1.12 Mortalité évitable



Messages clés

- Les hommes présentent un risque de mortalité évitable deux fois plus élevé que les femmes.
- Un faible niveau de formation est associé à un risque de mortalité évitable nettement plus élevé. Cette différence en fonction du niveau de formation est plus marquée chez les hommes que chez les femmes.
- Les personnes qui vivent seules sont exposées à un risque de mortalité évitable accru, un effet qui s'accroît avec l'âge.
- Les personnes issues de la migration de première et de deuxième génération présentent un risque réduit de mortalité évitable.

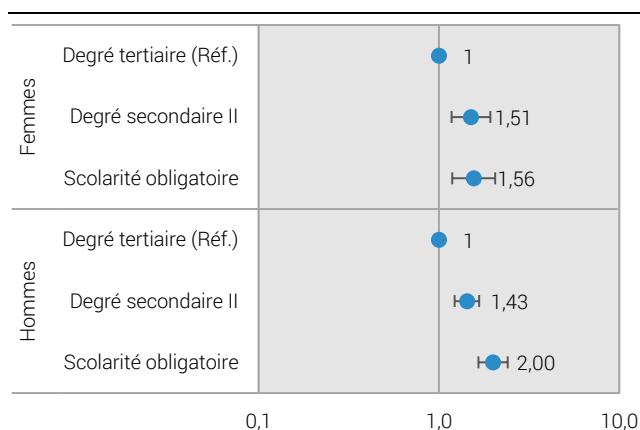
En complément de la mortalité globale (cf. indicateur 1.11), la mortalité évitable constitue un autre indicateur important permettant de mettre en évidence les iniquités sociales et de santé au sein de la population. La mortalité évitable recouvre les décès survenant avant l'âge de 75 ans qui pourraient être évités grâce à des interventions de prévention, et ceux qui pourraient être évités par traitement en cas de maladie (définition selon l'OCDE).

Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés en fonction de l'âge et du sexe et les intervalles de confiance (cf. aide à la lecture figurant à la fin de l'introduction du présent rapport) pour chaque cas.

Le risque de mortalité évitable est deux fois plus élevé chez les *hommes* que chez les *femmes* (G 1.43).

Les différences sont également très marquées selon le *niveau de formation* (G 1.43): les personnes ayant suivi une formation de degré secondaire II présentent un risque de mortalité évitable supérieur de 47%, tandis que les personnes sans formation post-obligatoire font face à un risque accru de 81%.

G 1.44 Risque de mortalité évitable selon le sexe et la formation, 2018–2022 (25–74 ans)

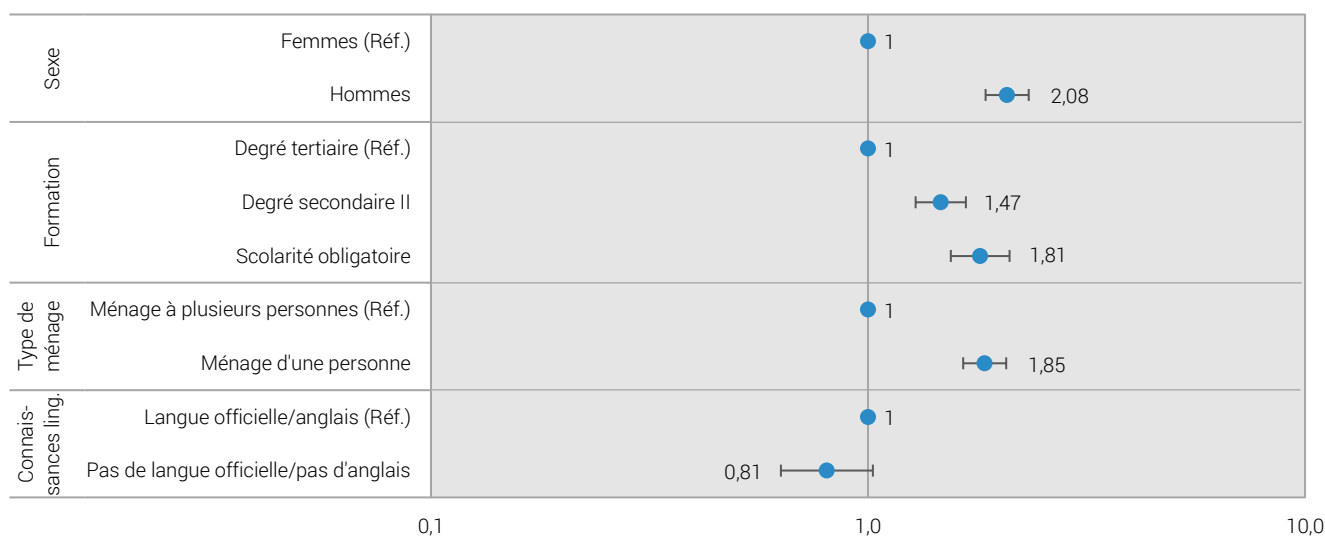


Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%. Modèle ajusté en fonction de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 1.43 Risque de mortalité évitable: aperçu, 2018–2022 (25–74 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

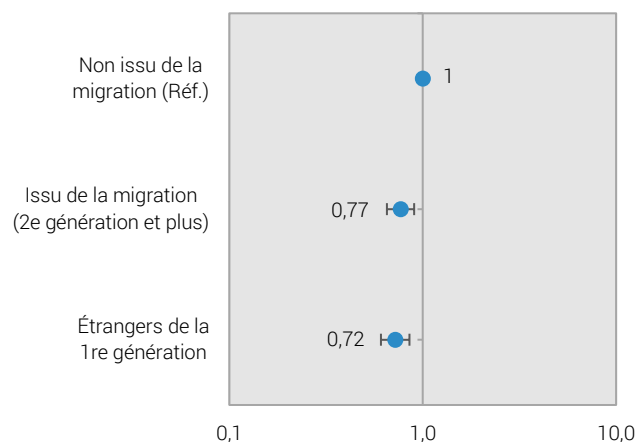
© Obsan 2025

Une ventilation des résultats par sexe montre que les divergences liées au niveau de formation sont plus marquées chez les hommes (G 1.44). En effet, les hommes sans formation post-obligatoire sont exposés à un risque de mortalité évitable deux fois plus élevé que les hommes ayant suivi une formation de degré tertiaire. Chez les femmes, la différence entre le groupe ayant le niveau de formation le plus faible et celui ayant le niveau de formation le plus élevé est nettement moins importante, avec un OR de 1,56.

Le graphique de synthèse G 1.43 montre que le risque est également beaucoup plus élevé chez les *personnes vivant seules* (OR: 1,85). Ce risque varie toutefois considérablement avec l'âge, comme l'illustre le graphique G 1.45: dans le groupe d'âge des 25–49 ans, les personnes vivant seules sont exposées à un risque de mortalité évitable presque trois fois plus élevé que les personnes qui partagent leur ménage avec d'autres personnes. Cette différence selon le type de ménage diminue à mesure que l'âge augmente.

On constate que le risque de mortalité évitable a tendance à être plus faible chez les personnes rencontrant des *barrières linguistiques* (G 1.43). La différence n'est toutefois pas significative, contrairement aux écarts liés au *statut migratoire* (G 1.46): en effet, les personnes issues de la migration – aussi bien de première que de deuxième génération – présentent un risque de mortalité évitable moins élevé.

G 1.46 Risque de mortalité évitable selon le statut migratoire, 2018–2022 (25–74 ans)

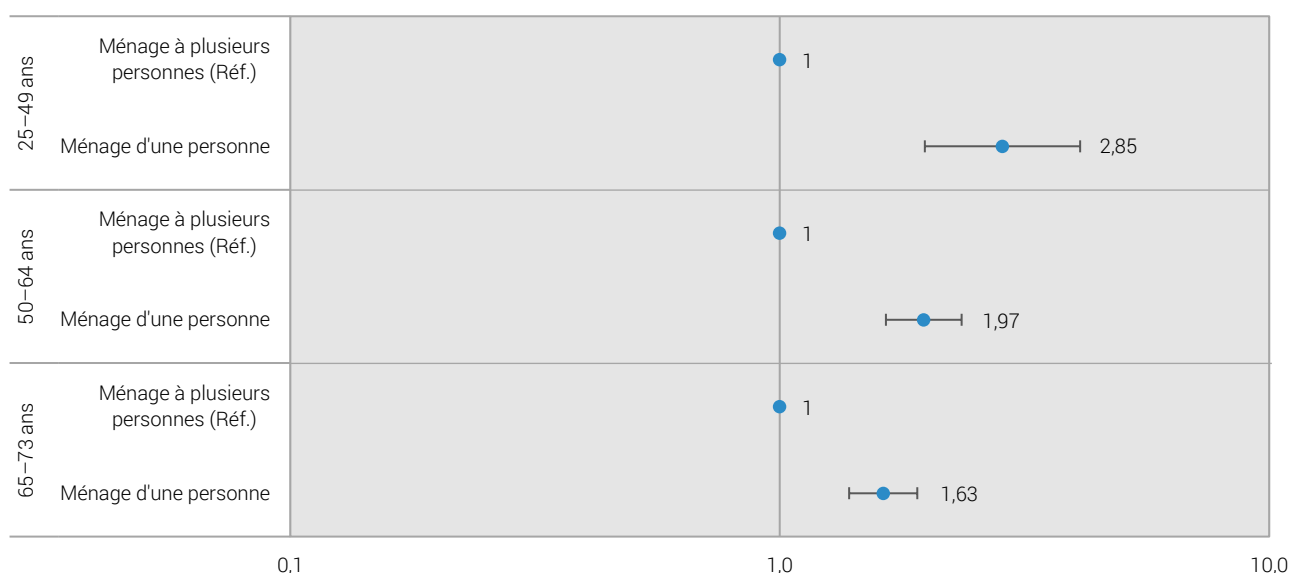


Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 1.45 Risque de mortalité évitable selon l'âge et le type de ménage, 2018–2022 (25–74 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.
Modèle ajusté en fonction du sexe

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

2 Attitudes et comportements



Les attitudes et les comportements liés à la santé, tels que les habitudes alimentaires, l'activité physique ou la consommation de substances psychoactives, sont des facteurs d'influence essentiels sur la santé (voir le modèle conceptuel dans l'introduction). Les attitudes et les comportements liés à la santé sont influencés par la situation sociale ainsi que par les ressources et contraintes qui y sont associées.

Un mode de vie sain constitue un facteur de protection contre les maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, et réduit ainsi le risque de décès prématuré.

Les pages suivantes présentent les résultats relatifs à l'alimentation, à l'activité physique et à la consommation de tabac et d'alcool sous l'angle des caractéristiques sociales.

Les résultats montrent que les attitudes et les comportements en matière de santé varient en fonction des caractéristiques

sociales, les corrélations étant plus ou moins prononcées. Par exemple, les femmes font plus attention à leur alimentation, mais les jeunes femmes en particulier sont moins actives physiquement.

Les résultats montrent également qu'un faible niveau d'éducation et une situation financière précaire vont de pair avec une mauvaise alimentation, une activité physique réduite et une consommation de tabac plus élevée. En ce qui concerne la consommation d'alcool, les résultats vont plutôt dans l'autre sens, du moins chez les femmes: les femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ont plus souvent une consommation d'alcool chronique à risque que les femmes sans formation post-obligatoire.

2.1 Alimentation



Messages clés

- Les femmes font plus attention à leur alimentation que les hommes et elles respectent nettement plus souvent la recommandation nutritionnelle «5 par jour».
- Un niveau de formation plus élevé et une situation financière plus favorable sont associés à une plus grande attention portée à l'alimentation et à un meilleur respect de la recommandation «5 par jour».

L'alimentation exerce une influence considérable sur la santé et le bien-être. En effet, une alimentation équilibrée joue un rôle central dans la prévention des maladies et, en cas de pathologie, dans leur évolution. Les graphiques ci-après présentent deux indicateurs relatifs au comportement alimentaire: la proportion de la population qui fait attention à son alimentation, et la proportion de la population qui respecte la recommandation «5 par jour» (consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour).

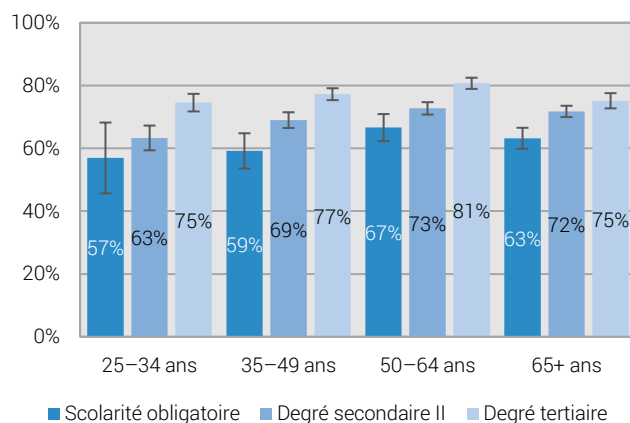
Attention accordée à l'alimentation

Au total, 70% de la population suisse déclare faire attention à son alimentation. Cette proportion s'élève à près de trois quarts chez les *femmes*, et à environ deux tiers chez les *hommes* (G 2.1). L'attention accordée à l'alimentation chez les hommes et chez les femmes varie tout au long de la vie, mais l'écart entre les sexes augmente avec l'âge (données non représentées).

Plus le *niveau de formation* est élevé et plus la *situation financière* est jugée bonne, plus la population fait attention à son alimentation. Les différences entre les niveaux de formation sont légèrement plus marquées chez les femmes, tandis qu'aucun écart entre les sexes ne peut être observé en ce qui concerne la situation financière (données non représentées).

Les disparités liées au niveau de formation touchent également toutes les tranches d'âge, mais elles s'atténuent légèrement avec l'âge (G 2.2). Les différences en fonction de la situation financière, en revanche, ont tendance à augmenter avec l'âge (données non représentées).

G 2.2 Attention accordée à l'alimentation selon l'âge et la formation, 2022

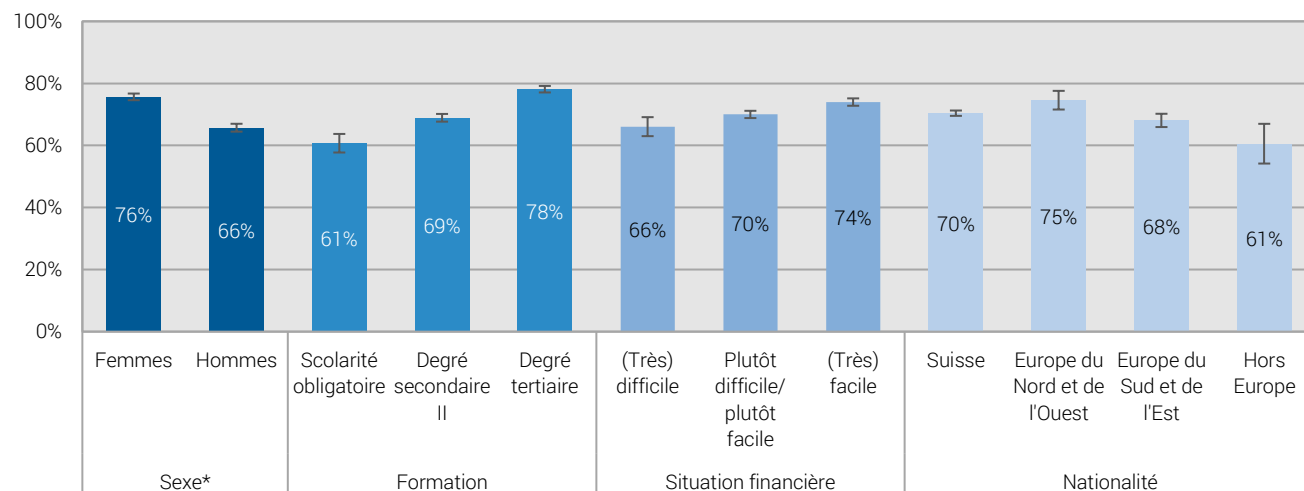


Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.1 Attention accordée à l'alimentation: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 70%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Les résultats par *groupe de nationalités* montrent que les personnes étrangères originaires de l'Europe du Nord et de l'Ouest font plus souvent attention à leur alimentation que les Suisses et les deux autres groupes de personnes étrangères (G 2.1) En raison de la taille restreinte de l'échantillon, il n'est pas possible de procéder à une ventilation supplémentaire des résultats par niveau de formation ou situation financière.

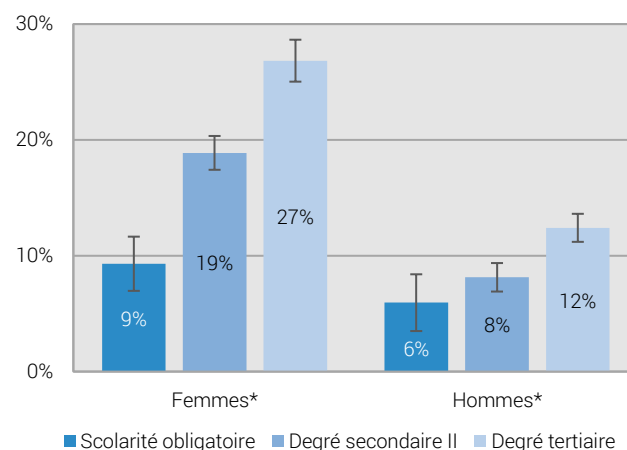
Recommandation nutritionnelle «5 par jour»

Au total, 16% de la population suisse respecte la recommandation «5 par jour» (consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour). Une différenciation des résultats par caractéristiques sociales révèle des résultats similaires à ceux concernant l'attention portée à l'alimentation (G 2.3): en effet, les *femmes* consomment nettement plus souvent que les *hommes* au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Cette disparité entre les sexes touche tous les groupes d'âge (données non représentées).

Pour cet indicateur également, on constate des différences notables en fonction du niveau de *formation* et de la *situation financière* (G 2.3): ainsi, les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire se conforment deux fois plus souvent à cette recommandation que les personnes sans formation post-obligatoire. Cet écart lié au niveau de formation est observable chez les deux sexes, mais il est nettement plus marqué chez les femmes (G 2.4). Il concerne en outre tous les groupes d'âge (données non représentées).

Les Suisses et les personnes étrangères originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest suivent davantage la recommandation «5 par jour» que les ressortissants étrangers venant d'Europe du Sud et de l'Est (G 2.3). La ventilation des résultats en fonction de la formation et de la *nationalité* montre une tendance similaire.

G 2.4 Respect de la recommandation «5 par jour» selon le sexe et la formation, 2022



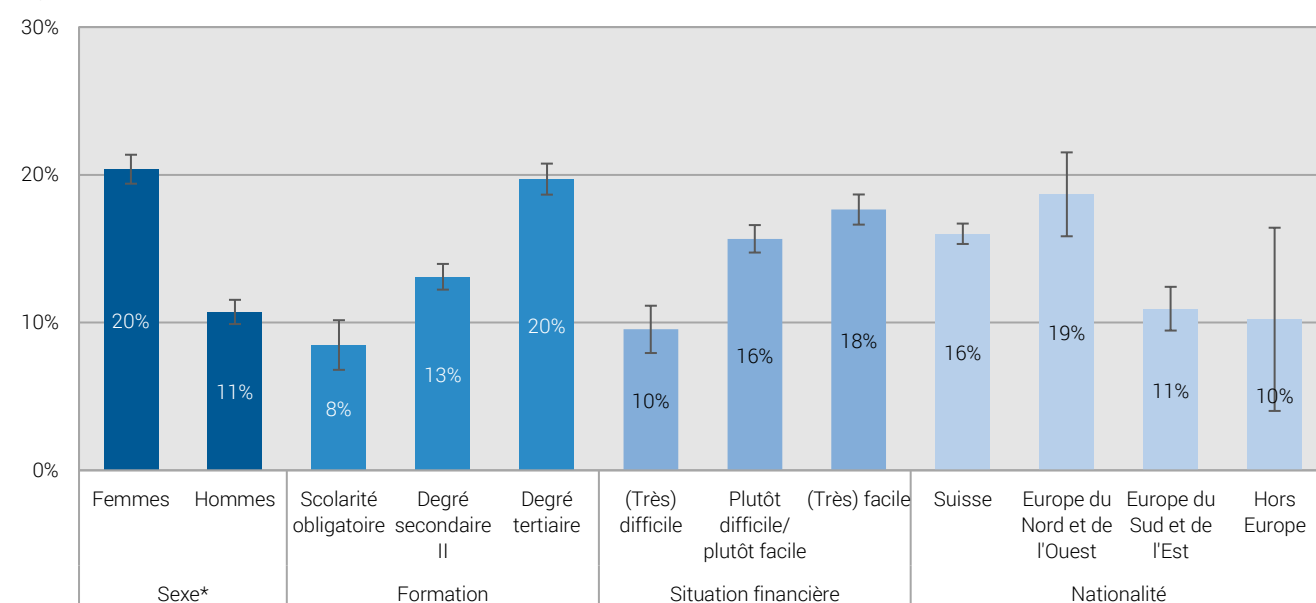
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.3 Respect de la recommandation «5 par jour»: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 16%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

2.2 Activité physique



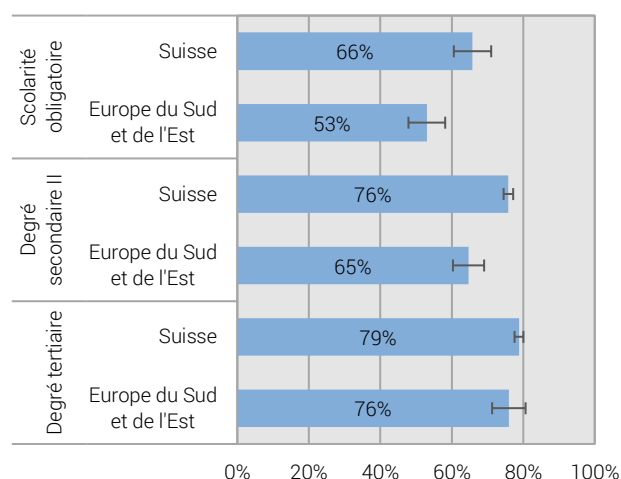
Messages clés

- Les filles âgées de 11 à 15 ans pratiquent nettement moins souvent une activité physique que les garçons du même âge. À l'âge adulte, cet écart se réduit sensiblement.
- Un faible niveau de formation et une situation financière précaire vont de pair avec une activité physique réduite – un constat qui vaut aussi bien pour les adultes que pour les enfants et les jeunes.
- Les personnes étrangères originaires de l'Europe du Sud et de l'Est sont moins actives physiquement que les Suisses. Une différenciation par niveau de formation montre que cette différence persiste parmi les personnes ayant achevé uniquement la scolarité obligatoire ou une formation de degré secondaire II. Les enfants et les jeunes issus de la migration sont eux aussi moins actifs physiquement.
- Les personnes trans et non binares pratiquent généralement moins d'activité physique que les personnes cis.
- Les jeunes homosexuels et bisexuels exercent deux fois moins souvent au moins une heure d'activité physique par semaine que les jeunes hétérosexuels.

Pratiquer une activité physique régulière contribue à un bon état de santé physique et mentale et réduit le risque de problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, certains types de cancer ou encore la dépression. L'activité physique aide également à prévenir le surpoids.

Trois quarts (76%) de la population suisse déclarent pratiquer une activité physique suffisante (pour une définition, cf. OFSPO, 2022), les *hommes* étant légèrement plus souvent actifs que les *femmes* (G 2.5). Cette différence entre les sexes se manifeste toutefois uniquement chez les personnes plus jeunes (15–34 ans) et celles âgées de 65 ans et plus (données non représentées).

G 2.6 Activité physique suffisante selon la formation et la nationalité, 2022



En raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats pour les catégories «Europe du Nord et de l'Ouest» et «Hors Europe» ne sont pas disponibles.

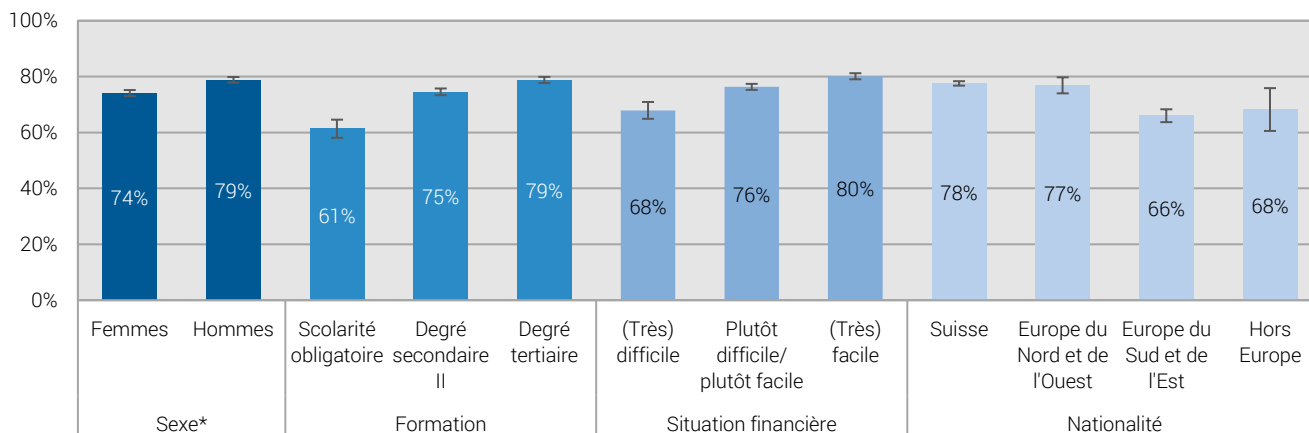
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.5 Activité physique suffisante: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 76%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

On constate une corrélation claire avec le *niveau de formation* (G 2.5): en effet, les personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire (80%) pratiquent beaucoup plus souvent une activité physique suffisante que les personnes sans formation post-obligatoire (61%). Les résultats par *situation financière* présentent la même tendance. Ces disparités en fonction du niveau de formation et de la situation financière concernent aussi bien les hommes que les femmes et peuvent être observées dans tous les groupes d'âge (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires de l'Europe du Sud et de l'Est pratiquent moins souvent une activité physique que les *Suisses* (G 2.5). Une ventilation des résultats par niveau de formation révèle que les différences entre les groupes de nationalités persistent parmi les personnes ayant achevé uniquement la scolarité obligatoire ou une formation de degré secondaire II (G 2.7). En raison du petit nombre de cas, les résultats pour les catégories «Europe du Nord et de l'Ouest» et «Hors Europe» ne sont pas disponibles.

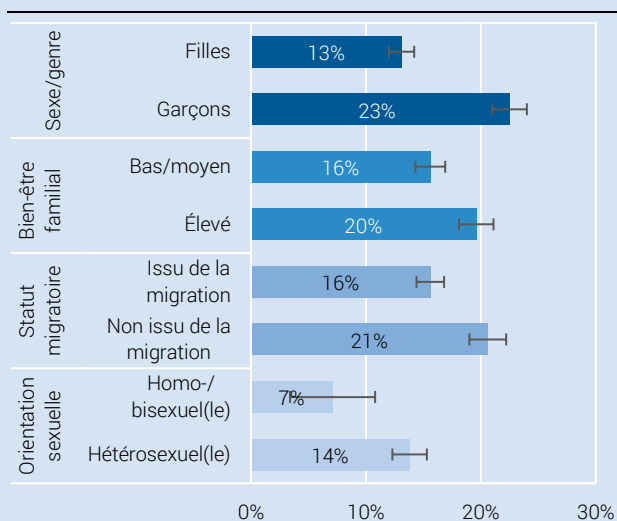
On observe également une corrélation entre l'activité physique et la *modalité de genre* (G 2.8): en effet, les personnes cisgenres

Résultats chez les enfants et les jeunes

Les *filles* pratiquent nettement moins souvent que les *garçons* au moins 60 minutes d'activité physique par jour (G 2.7). Par ailleurs, les jeunes dont le *bien-être familial* est faible et ceux *issus de la migration* sont moins souvent actifs physiquement.

L'*orientation sexuelle* constitue un facteur particulièrement important: les jeunes *hétérosexuels* indiquent deux fois plus souvent (14%) pratiquer au moins une heure d'activité physique par jour que les jeunes *homosexuels* et *bisexuels* (7%).

G 2.7 Activité physique (60+ min. par jour), 11–15 ans, 2022



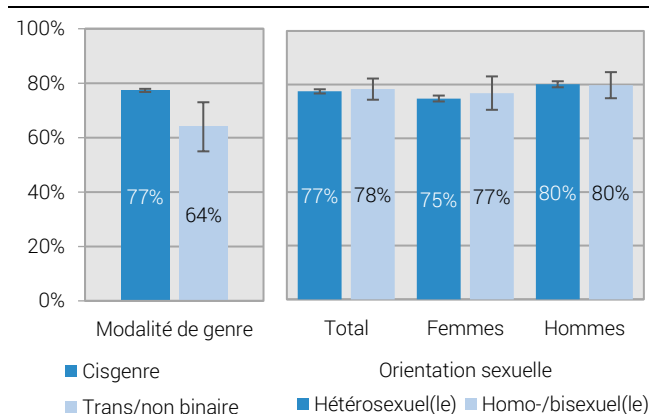
Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

pratiquent plus souvent une activité physique suffisante que les personnes trans et non binares. Aucune différence ne peut en revanche être observée entre les *adultes hétérosexuels* et les *adultes homosexuels ou bisexuels*. Chez les enfants et les jeunes, en revanche, la réalité est tout autre (cf. encadré).

Une *comparaison dans le temps* montre qu'au cours des 20 dernières années, l'activité physique a certes progressé dans tous les niveaux de formation (G 2.9), mais que les écarts entre les personnes sans formation post-obligatoire (●) et les titulaires d'une formation de degré tertiaire (▲) ne se sont pas atténués. Au contraire, ils se sont légèrement accentués.

G 2.8 Activité physique suffisante selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



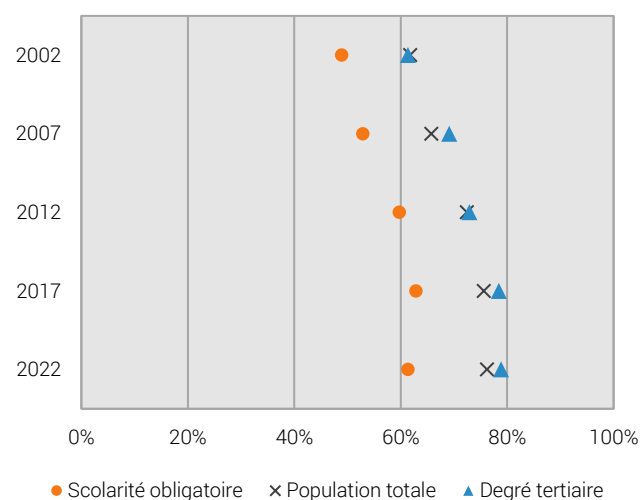
Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.9 Activité physique suffisante selon la formation, comparaison dans le temps



Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

2.3 Consommation de tabac



Messages clés

- Les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire fument moins que celles dont le niveau de formation est plus faible – un écart qui s'estompe toutefois avec l'âge.
- Au cours des 20 dernières années, l'écart entre le niveau de formation le plus faible et celui le plus élevé s'est creusé.
- La différence selon le niveau de formation est plus marquée chez les hommes.
- Les femmes homosexuelles et bisexuelles fument plus que les femmes hétérosexuelles. Chez les hommes, aucune différence ne peut être observée en fonction de l'orientation sexuelle.
- Les parents célibataires et les personnes vivant seules sont plus souvent fumeurs.

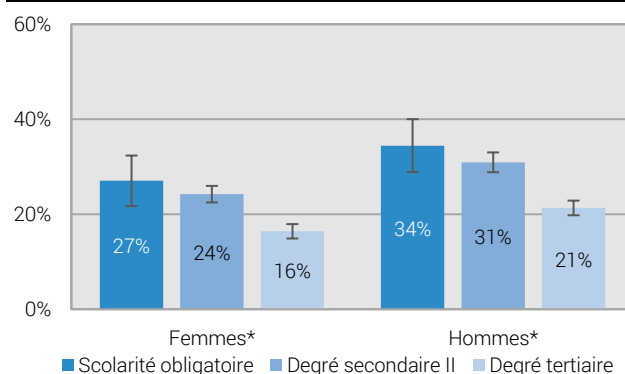
La consommation de tabac représente l'une des principales causes de nombreuses maladies, d'invalidité et de mort prématurée. En Suisse, plus d'un décès sur sept est dû à des maladies liées au tabac, ce qui représente 14% de l'ensemble des décès.

Un quart (24%) de la population suisse fume – les *hommes* un peu plus souvent que les *femmes* (G 2.10).

Les résultats par niveau de *formation* montrent que les personnes avec un titre du niveau secondaire II ou plus bas fument plus fréquemment que les personnes avec un diplôme de niveau tertiaire. Cette différence entre les deux groupes de formation se retrouve chez les deux sexes mais elle est plus prononcée chez les hommes (G 2.11).

Les disparités liées au niveau de formation évoluent en fonction de l'âge (G 2.12): chez les 25–34 ans, la proportion de fumeurs dans le groupe ayant le niveau de formation le plus faible est plus

G 2.11 Consommation de tabac selon le sexe et la formation, 2022



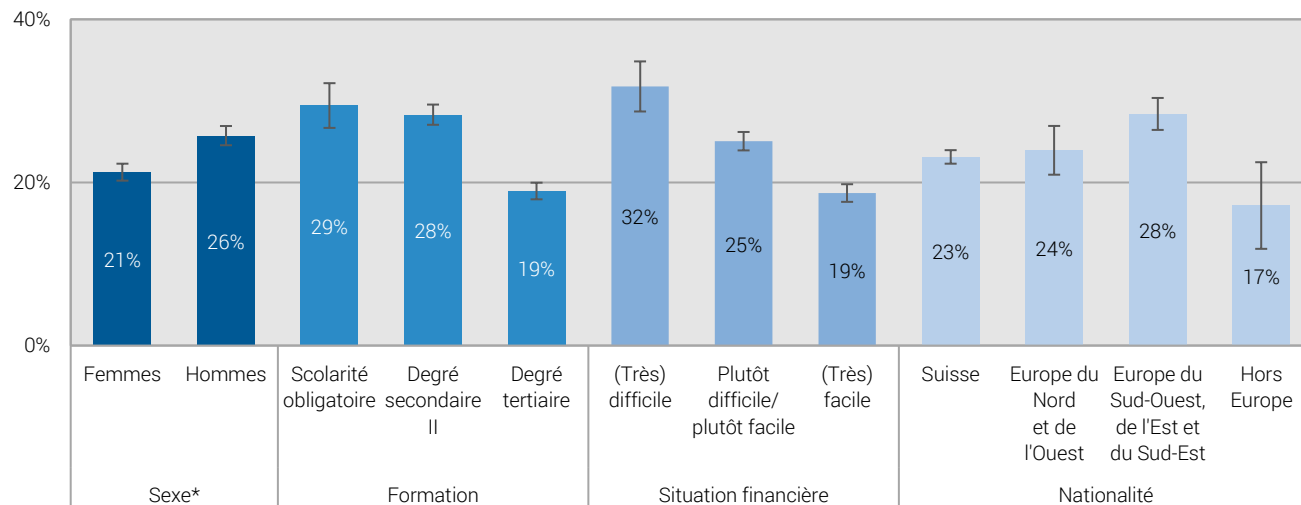
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.10 Consommation de tabac: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 24%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

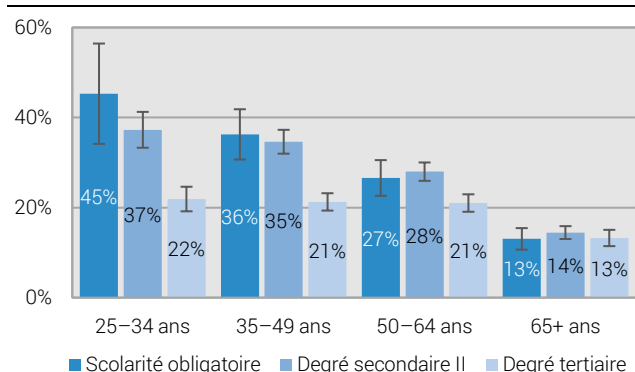
© Obsan 2025

de deux fois plus élevée (45%) que dans le groupe ayant le niveau de formation le plus élevé (22%). Ces différences s'atténuent à mesure que l'âge augmente: chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on ne constate plus de divergence en fonction du niveau de formation. Les résultats par âge et situation financière présentent la même tendance (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est fument légèrement plus que les *Suisses* (G 2.10). Il n'est pas possible de procéder à une ventilation supplémentaire des résultats par niveau de formation.

La proportion de fumeurs parmi les *personnes trans* et *non binaires* est nettement plus élevée que parmi les *personnes cisgenres*, mais la différence n'est pas significative (G 2.13). De manière générale, les *personnes homosexuelles* et *bisexuelles* fument davantage, cette tendance étant principalement due à une prévalence plus élevée du tabagisme chez les femmes homosexuelles et bisexuelles.

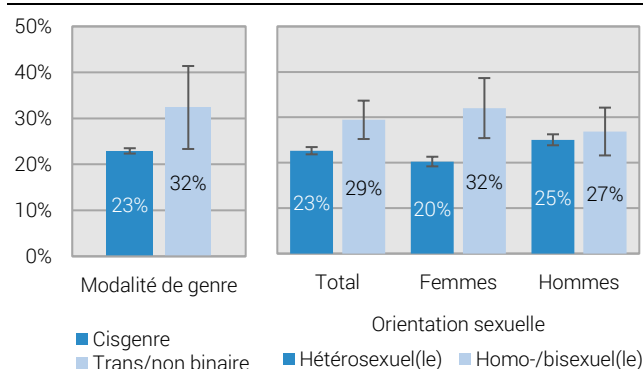
G 2.12 Consommation de tabac selon l'âge et la formation, 2022



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.13 Consommation de tabac selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

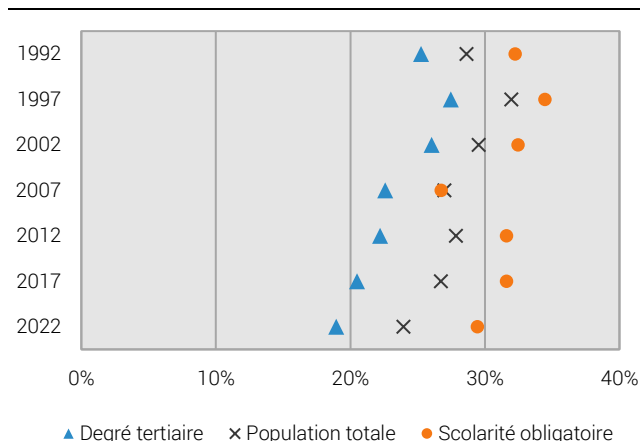
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Une *comparaison dans le temps* révèle que la consommation de tabac au sein de la population suisse (x) a diminué au cours des 20 dernières années (G 2.14). Ce recul a toutefois été plus marqué dans le groupe ayant le niveau de formation le plus élevé (▲) que dans le groupe ayant le niveau de formation le plus faible (●). Les différences en matière de consommation de tabac liées au niveau de formation se sont donc accentuées.

G 2.14 Évolution de la consommation de tabac dans le temps selon la formation



Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

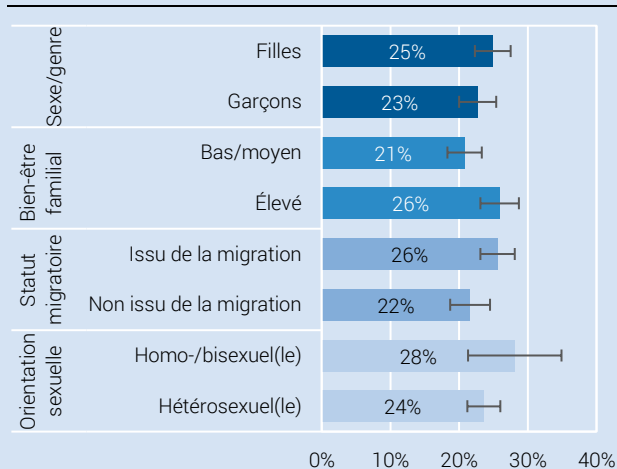
Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Résultats chez les enfants et les jeunes

La consommation de cigarettes traditionnelles et de cigarettes électroniques chez les enfants et les jeunes de 14 à 15 ans ne diffère pas de manière notable selon le sexe, le *statut migratoire*, le *bien-être familial* ou encore l'*orientation sexuelle* (G 2.15).

G 2.15 Consommation de cigarettes, 14-15 ans, 2022



Au moins une cigarette/cigarette électronique au cours des 30 derniers jours

Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

2.4 Consommation d'alcool



Messages clés

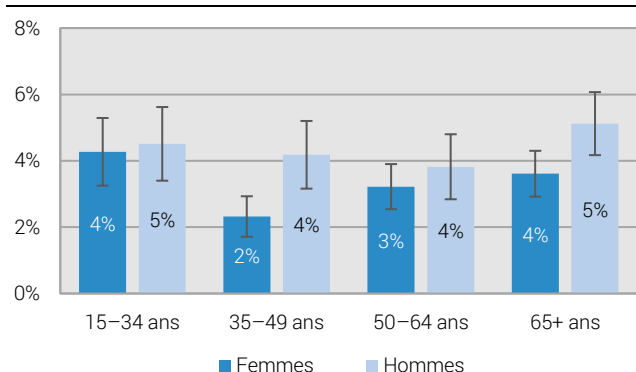
- Les femmes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire présentent environ deux fois plus souvent une consommation d'alcool chronique à risque que les femmes sans formation post-obligatoire. Cette différence ne se retrouve pas chez les hommes.
- Les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est présentent moins souvent une consommation d'alcool chronique à risque que les Suisses.

L'alcool, qui peut entraîner une dépendance, est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque de maladies, d'affections et de décès dans le monde. Outre les conséquences sur la santé et les répercussions socioéconomiques pour les consommateurs, l'impact sur l'environnement social, l'entourage et la société dans son ensemble mérite également d'être mentionné (RKI, 2024).

Au total, 4% de la population suisse présentent une consommation d'alcool chronique à risque (c.-à-d. que leur consommation quotidienne moyenne d'alcool représente un risque moyen ou élevé pour la santé, cf. Obsan, 2024), les *hommes* étant légèrement plus souvent concernés que les *femmes* (G 2.16). Cette différence entre les sexes n'apparaît cependant que chez les personnes âgées de 35 à 49 ans (G 2.17).

On ne constate aucune différence significative selon le *niveau de formation* (G 2.16). Les résultats montrent toutefois que la consommation d'alcool a tendance à être plus faible chez les personnes sans formation post-obligatoire, ce que viennent corroborer les analyses basées sur le sexe et le niveau de formation (G 2.19). Les femmes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire présentent environ deux fois plus souvent (3,7%) une consommation d'alcool chronique à risque que les femmes sans formation post-obligatoire (1,8%). Cette différence ne se retrouve pas chez les hommes.

G 2.17 Consommation d'alcool chronique à risque selon l'âge et le sexe, 2022



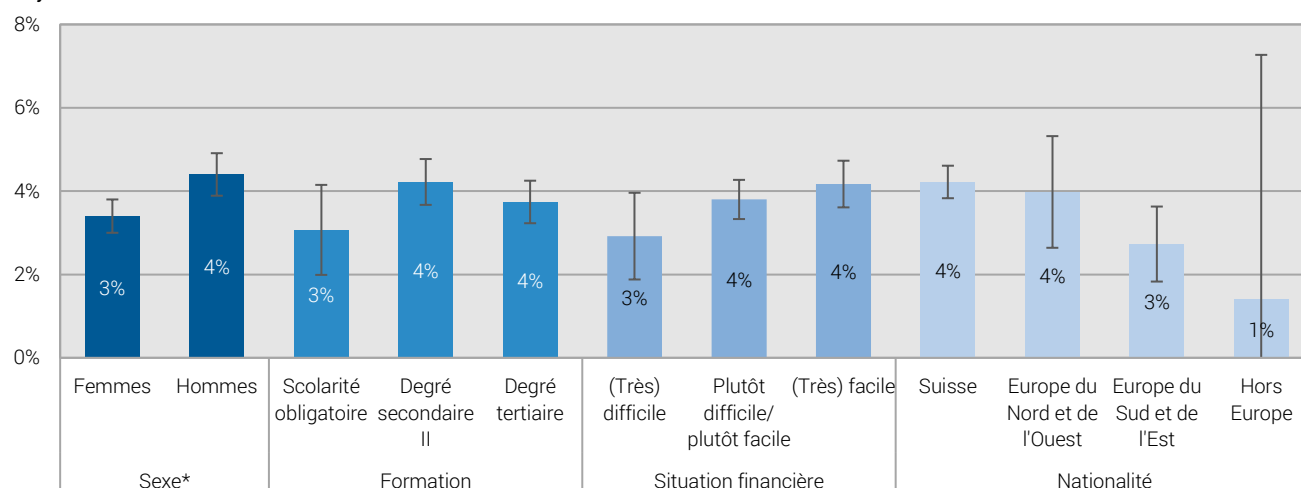
Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.16 Consommation d'alcool chronique à risque: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 4%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Les résultats par *situation financière* suivent une évolution similaire (G 2.16): en effet, les personnes qui se trouvent dans une situation financière plutôt favorable sont plus susceptibles de consommer davantage d'alcool, même si l'écart n'est pas significatif. Cette tendance peut également être observée lorsqu'on procède à une ventilation supplémentaire des résultats par sexe et par âge (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires d'Europe du Sud et de l'Est présentent moins souvent une consommation d'alcool chronique à risque que les *Suisses*, mais la différence est peu marquée (G 2.16). Une ventilation des résultats par niveau de formation montre que ces différences en fonction des groupes de nationalités ont tendance à subsister (données non représentées).

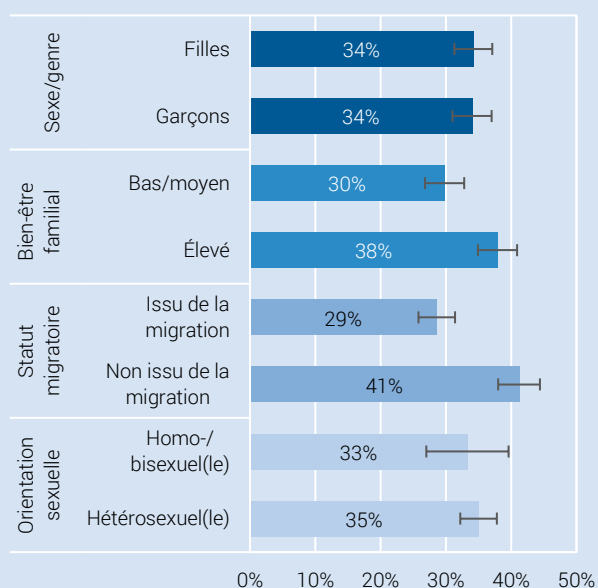
Il n'existe pas de corrélation entre la consommation d'alcool chronique à risque et *la modalité de genre* ou encore *l'orientation sexuelle* (G 2.20).

Résultats chez les enfants et les jeunes

La consommation d'alcool (au moins une prise d'alcool au cours de 30 derniers jours) parmi les jeunes de 14 à 15 ans varie en fonction du *sexe* ou de *l'orientation sexuelle* (G 2.18).

Pour ce groupe d'âge, les résultats selon le *bien-être familial* et le *statut migratoire* sont similaires aux résultats obtenus pour la population globale: les jeunes dont le bien-être familial est élevé et les jeunes non issus de la migration consomment plus fréquemment de l'alcool que les jeunes dont le bien-être familial est faible ou modéré et les jeunes issus de la migration.

G 2.18 Consommation d'alcool, 14–15 ans, 2022

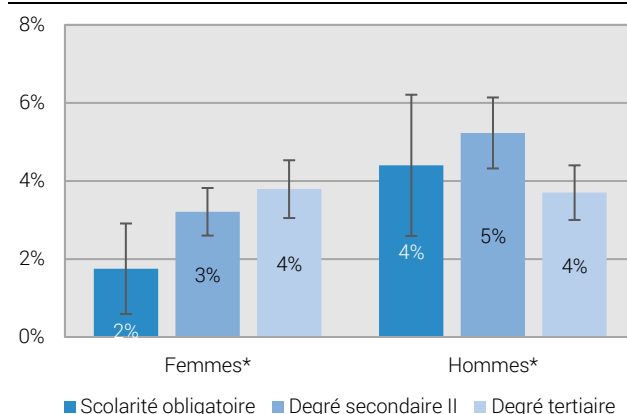


Au moins une prise d'alcool au cours des 30 derniers jours

Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

G 2.19 Consommation d'alcool chronique à risque selon le sexe et la formation, 2022



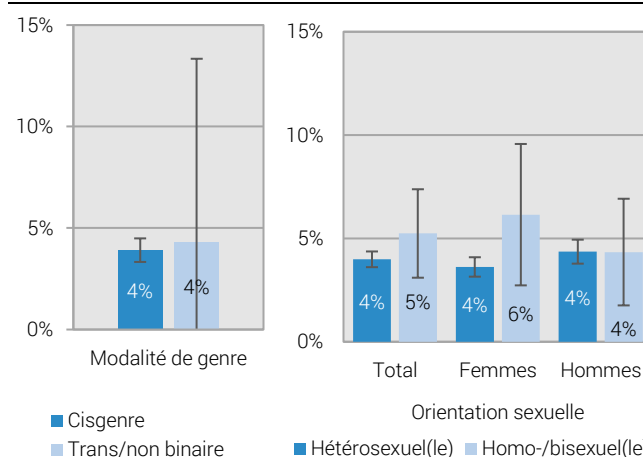
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 2.20 Consommation d'alcool chronique à risque selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

3 Ressources et contraintes



Les ressources et les contraintes sont des facteurs d'influence centraux sur la santé (cf. modèle conceptuel dans l'introduction). Elles peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la santé par le biais du comportement en matière de santé ou du recours ou non aux prestations. Les contraintes augmentent le risque de problèmes de santé. Les ressources (également appelées facteurs de protection), en revanche, réduisent la probabilité de développer un problème de santé en atténuant ou en annulant l'effet des contraintes.

Les contraintes et les ressources peuvent évoluer en fonction de l'âge et du parcours de vie et sont étroitement liées à la situation sociale d'une personne. Parmi les contraintes possibles figurent celles sur le lieu de travail (p. ex. contraintes physiques, pression élevée au travail et sur le temps, longues heures de travail, travail posté, harcèlement moral) ou dans l'environnement de vie (p. ex. contraintes dues au bruit et à la saleté, conditions de vie exigües), la discrimination et le stress. Les ressources comprennent le soutien social, la résilience ou les compétences en matière de santé.

Les ressources et les contraintes sélectionnées sont examinées plus en détail ci-dessous. En raison des données disponibles, il s'agit d'une sélection limitée.

Les résultats révèlent des iniquités en matière de santé en ce qui concerne les ressources et les contraintes: les femmes signalent plus souvent des contraintes physiques et un épuisement émotionnel au travail. De plus, un niveau d'éducation plus élevé et une meilleure situation financière vont de pair avec un meilleur soutien social.

3.1 Soutien social

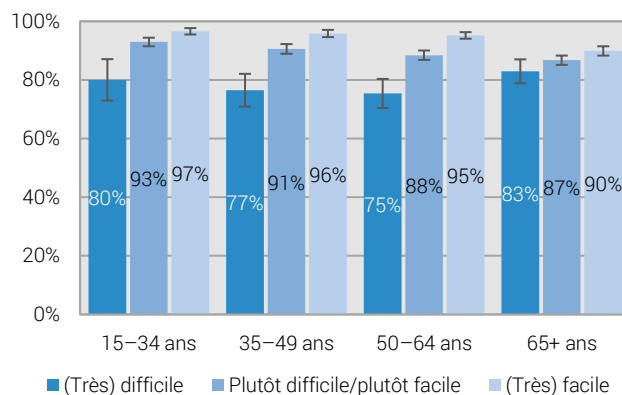


Messages clés

- Les personnes qui se trouvent dans une meilleure situation financière et celles qui ont suivi une formation de degré tertiaire déclarent recevoir un meilleur soutien social que les personnes dont la situation financière est précaire ou les personnes sans formation post-obligatoire.
- Les Suisses bénéficient d'un meilleur soutien social que les personnes originaires de l'Europe du Sud et de l'Est.
- Les enfants et les jeunes issus de la migration ainsi que les jeunes homosexuels et bisexuels font moins souvent état d'un soutien social jugé bon à très bon.
- Les personnes trans et non binares déclarent nettement moins souvent recevoir un bon soutien social.
- Les personnes au chômage et les personnes sans activité professionnelle disposent également de moins de soutien social.

Avoir des contacts sociaux est essentiel au bien-être et à la santé, tant mentale que physique. Les ressources sociales telles que le soutien social ont un effet significatif sur la mortalité ainsi que sur le risque de maladie, les chances de guérison et la durée du rétablissement (Bachmann, 2014).

G 3.2 Soutien social selon l'âge et la situation financière, 2022



Soutien social modéré à élevé

Source: OFS – ESS

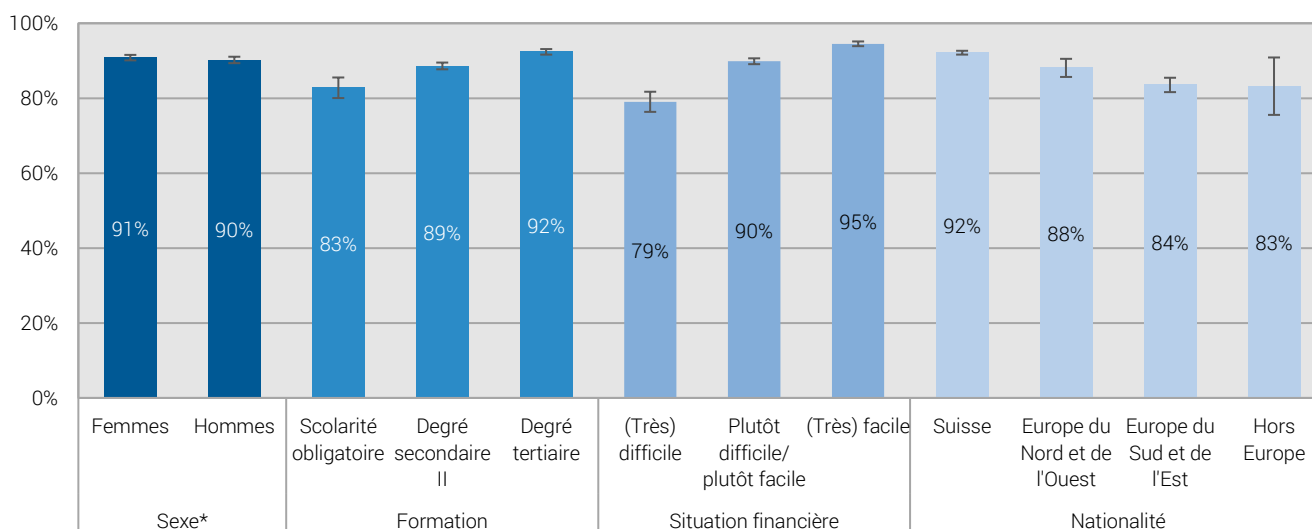
© Obsan 2025

La grande majorité de la population suisse estime que le soutien social dont elle bénéficie est modéré à élevé (G 3.1). Aucune différence ne peut être observée entre les *femmes* et les *hommes*, une tendance que l'on retrouve dans tous les groupes d'âge (données non représentées).

Les personnes sans *formation* post-obligatoire déclarent plus rarement bénéficier d'un soutien social modéré à élevé que les

G 3.1 Soutien social: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 90%



Soutien social modéré à élevé

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

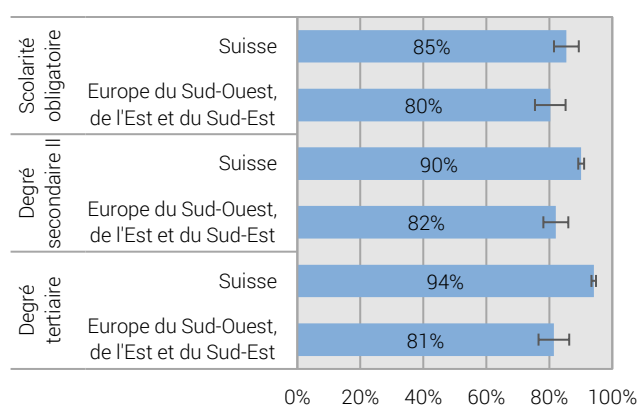
personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire (G 3.1). Les écarts sont encore nettement plus marqués selon la *situation financière*: au total, 95% des personnes dont la situation financière est stable font état d'un bon soutien social, tandis que ce taux s'élève seulement à 79% chez les personnes se trouvant dans une situation financière (très) précaire. Les résultats par âge et situation financière (G 3.2) montrent que les différences sont marquées dans toutes les classes d'âge et qu'elles diminuent uniquement chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les écarts sociaux liés au niveau de formation et à la situation financière sont plus ou moins équivalents chez les femmes et chez les hommes (données non représentées).

Les *Suisses* déclarent plus souvent bénéficier d'un soutien social modéré à élevé que les *personnes étrangères*, indépendamment du groupe de nationalité. Une ventilation des résultats par niveau de formation montre que cette différence tend à subsister pour les personnes étrangères originaires d'Europe du Sud et de l'Ouest (G 3.3). Les résultats par situation financière et nationalité présentent la même tendance. En raison du petit nombre de cas, les résultats pour les catégories «Europe du Nord et de l'Ouest» et «Hors Europe» ne sont pas disponibles (données non représentées).

Les *personnes trans et non binaires* font nettement plus rarement état d'un bon soutien social que les personnes cisgenres (G 3.4). Aucune corrélation ne peut en revanche être observée pour ce qui est de l'*orientation sexuelle*. Chez les jeunes, en revanche, des différences sont observables (voir encadré présentant les résultats chez les enfants et les jeunes).

Le soutien social varie également en fonction du *statut professionnel* (données non représentées): en effet, un faible soutien social est nettement moins fréquent chez les personnes actives que chez les chômeurs et les personnes sans activité professionnelle.

G 3.3 Soutien social selon la formation et la nationalité, 2022



Soutien social modéré à élevé

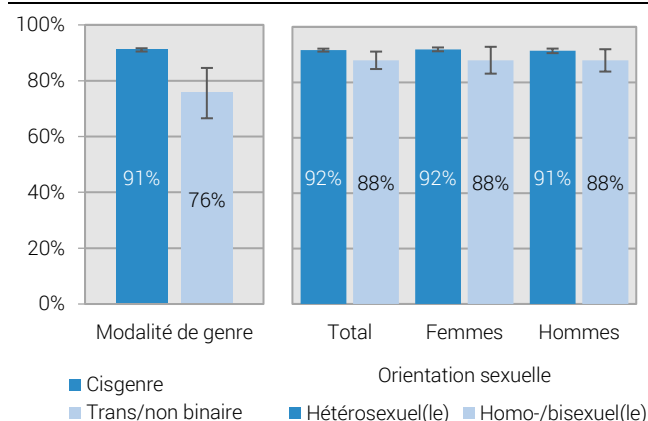
En raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats pour les catégories «Europe du Nord et de l'Ouest» et «Hors Europe» ne sont pas disponibles.

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 3.4 Soutien social selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle, 2022



Soutien social modéré à élevé

Il n'existe pas de corrélation entre la consommation d'alcool chronique à risque et la modalité de genre ou encore l'orientation sexuelle (G 2.19).

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

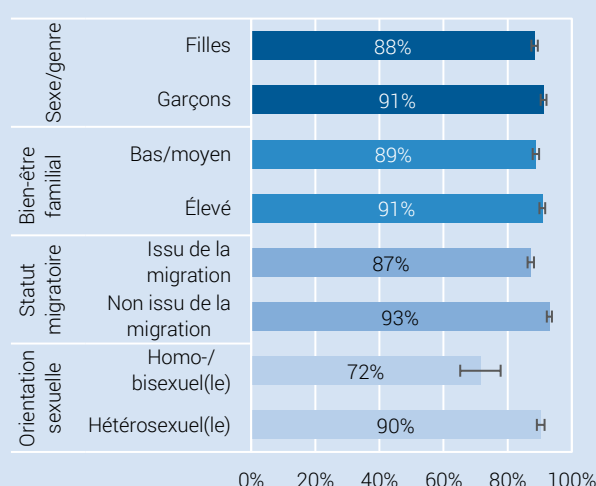
© Obsan 2025

Résultats chez les enfants et les jeunes

Les jeunes *issus de la migration* (87%) déclarent moins souvent bénéficier d'un bon à très bon soutien social de la part de leur famille et de leurs amis que ceux qui ne sont pas issus de la migration (93%; G 3.5).

Des différences notables peuvent être observées en fonction de l'*orientation sexuelle*, les jeunes hétérosexuels faisant état d'un meilleur soutien social que les jeunes homosexuels ou bisexuels.

G 3.5 Soutien social, 11–15 ans, 2022



Soutien social bon à très bon

Orientation sexuelle: uniquement les 14–15 ans

Source: OFSP/Addiction Suisse – HBSC

© Obsan 2025

3.2 Littératie en santé



Messages clés

- Les difficultés financières sont associées à une littératie en santé générale plus faible.
- Les personnes qui ne maîtrisent pas une des langues nationales présentent une littératie en santé moins élevée.

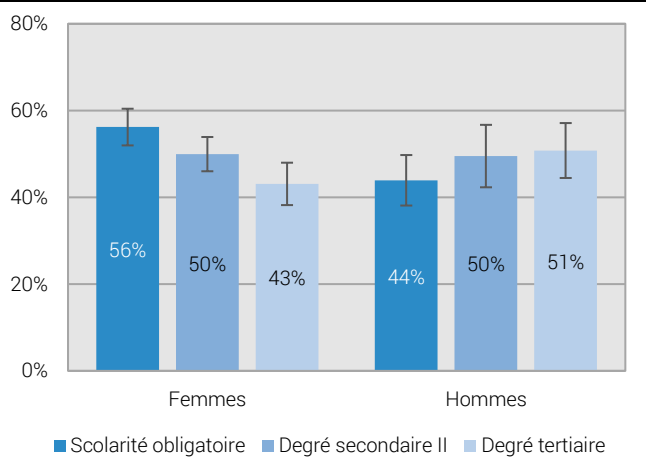
La littératie en santé (ou compétences en santé) englobe les connaissances, la motivation et les capacités qui sont nécessaires à chaque personne pour trouver des informations en matière de santé, les comprendre, les évaluer, les appliquer et, sur cette base, prendre des décisions qui influent positivement sur sa santé. Les résultats concernant la littératie en santé sont présentés ci-après (cf. De Gani, 2021).

Environ la moitié (49%) de la population suisse dispose d'un faible niveau de littératie en santé. Comme l'illustre le graphique de synthèse (G 3.6), aucune différence entre les *femmes* et les *hommes* ne peut être observée dans ce domaine.

En outre, aucune disparité ne peut être observée en fonction du *niveau de formation* et du *revenu* (G 3.6). Les analyses basées sur le sexe et le niveau de formation (G 3.7) montrent que la proportion de femmes ayant une littératie en santé générale faible diminue à mesure que le niveau de formation augmente. Chez les hommes, en revanche, on ne constate aucune différence entre les niveaux de formation.

Des variations importantes en matière de littératie en santé peuvent être observées en fonction du niveau de *privation financière* et des *connaissances d'une langue nationale* (G 3.6).

G 3.7 Faible littératie en santé générale selon le sexe et la formation, 2019–2021

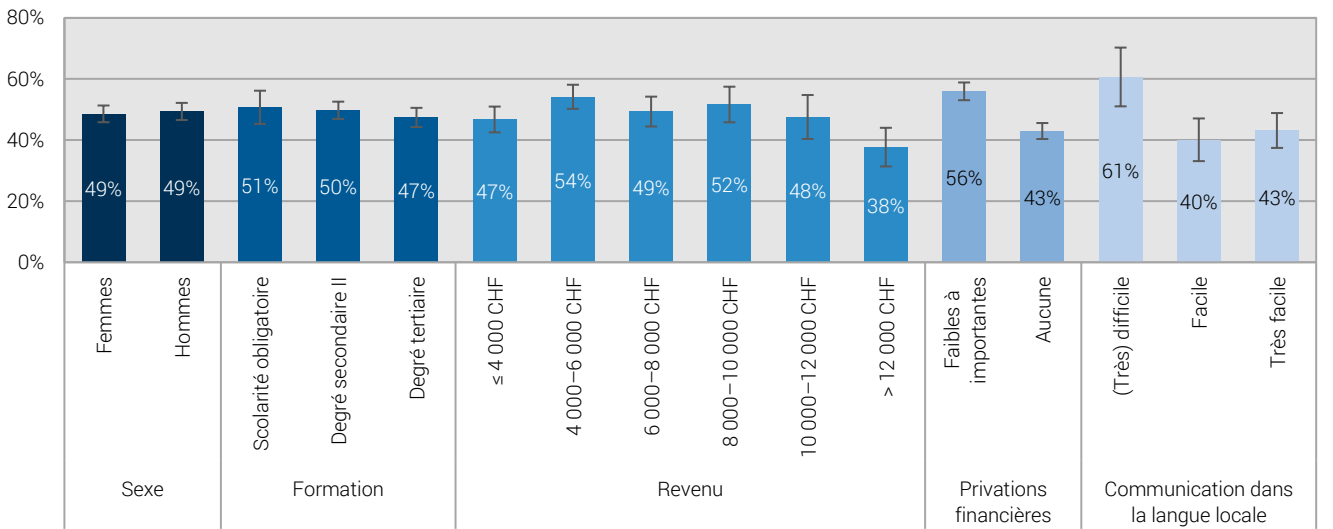


Littératie en santé insuffisante ou problématique

Source: Health Literacy Survey Suisse © Obsan 2025

G 3.6 Faible littératie en santé générale: aperçu, 2019–2021

Moyenne suisse: 49%



Faible littératie en santé: insuffisante/problématique

Source: Health Literacy Survey Suisse © Obsan 2025

3.3 Épuisement émotionnel au travail

Messages clés

- Les *femmes* font plus souvent que les *hommes* état d'un épuisement émotionnel au travail.
- Les personnes confrontées à des difficultés financières sont environ deux fois plus souvent touchées par un épuisement émotionnel au travail (31%) que les personnes dont la situation financière est stable (14%).

Les résultats concernant l'épuisement émotionnel au travail («se sentir épuisé émotionnellement au travail») sont présentés ci-après. Un tel épuisement émotionnel peut indiquer la présence ou le risque d'un burnout.

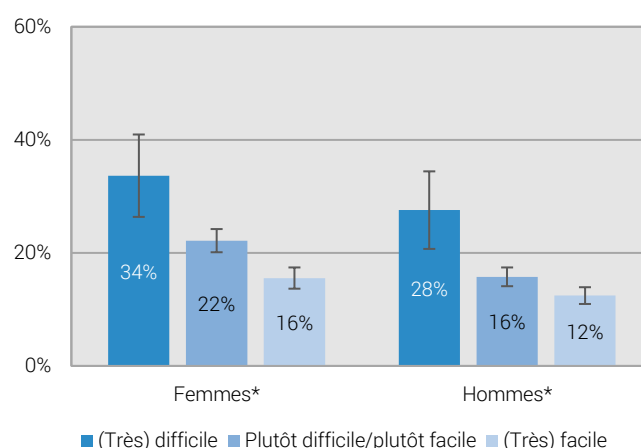
Au total, 18% de la population active suisse fait état d'un épuisement émotionnel au travail, les *femmes* étant légèrement plus concernées que les *hommes* (G 3.8).

Les analyses en fonction du *niveau de formation* (G 3.8) ne révèlent pas de différence significative – même si l'on procède à une ventilation supplémentaire par sexe (données non représentées). En revanche, une nette corrélation avec la *situation financière* peut être observée: en effet, les personnes rencontrant des difficultés financières sont environ deux fois plus souvent touchées (31%) que les personnes dont la situation financière est stable. Ce lien

est plus ou moins similaire chez les femmes et chez les hommes (G 3.9).

En raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résultats par *nationalité* ne sont pas disponibles.

G 3.9 Épuisement émotionnel au travail selon le sexe et la situation financière, 2022 (personnes actives)



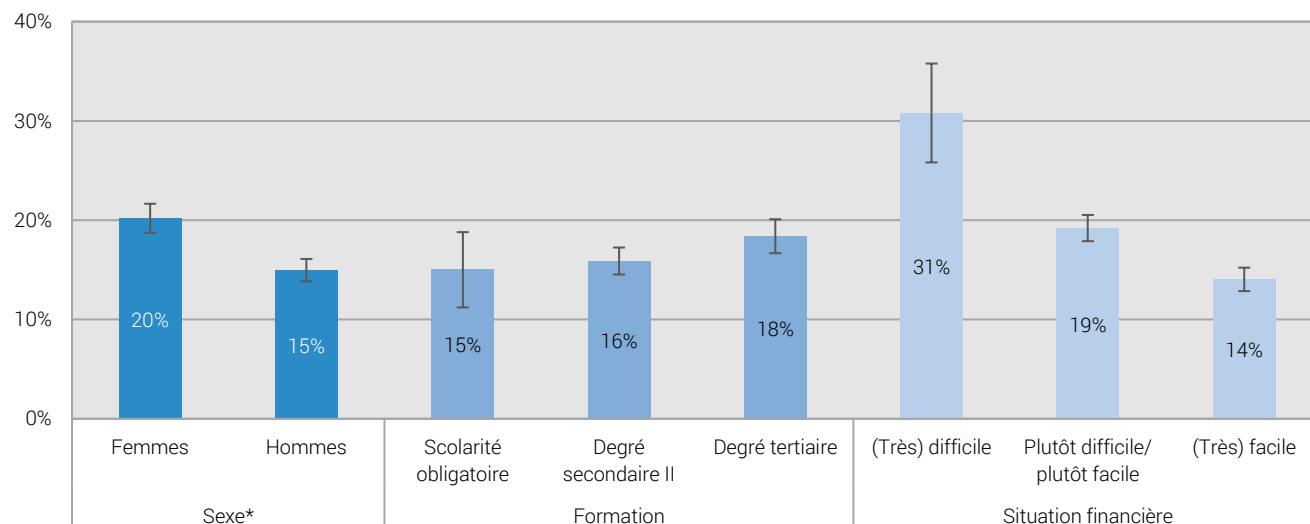
* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 3.8 Épuisement émotionnel au travail: aperçu, 2022 (personnes actives)

Moyenne suisse: 18%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

En raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats par nationalité ne sont pas disponibles.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

3.4 Charges au travail



Messages clés

- Les femmes font plus souvent état de charges physiques au travail. En ce qui concerne les charges psychosociales, aucune différence ne peut être observée entre les sexes.
- Un niveau de formation plus faible et une situation financière plus précaire sont associés à une exposition plus fréquente aux charges physiques au travail.
- Les charges psychosociales tendent à être plus fréquentes chez les personnes ayant un niveau de formation élevé ou une situation financière favorable.

Le travail constitue un domaine central de la vie et exerce ainsi une influence déterminante sur la santé. Il peut être aussi bien une ressource qu'un facteur de risque. Le chapitre ci-après s'intéresse aux charges physiques et psychosociales au travail.

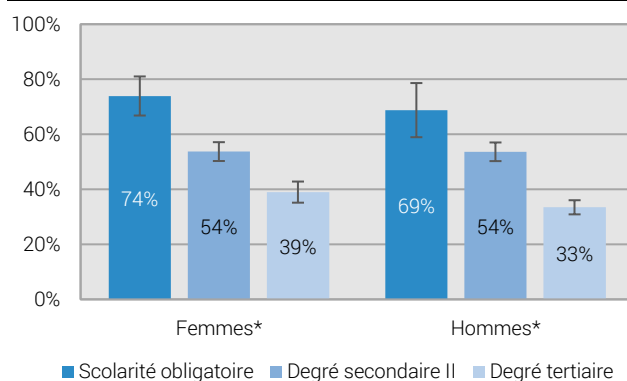
Charges physiques au travail

Près de la moitié (49%) des personnes actives en Suisse sont exposées à des charges physiques dans le cadre de leur travail, par exemple en raison de charges lourdes à porter, de positions douloureuses ou fatigantes, d'une position debout ou de mouvements répétitifs. Les *femmes* sont légèrement plus concernées que les *hommes* (G 3.10).

On constate une nette corrélation avec le *niveau de formation* (G 3.10): en effet, un peu plus d'un tiers (36%) des personnes

titulaires d'un diplôme de degré tertiaire sont confrontées à des charges physiques au travail, contre près des trois quarts des personnes sans formation post-obligatoire, soit près du double. Les écarts entre les niveaux de formation sont similaires chez les deux sexes (G 3.11). La situation est comparable en ce qui concerne la *situation financière*, y compris pour les analyses différenciées selon le sexe (données non représentées). En raison de la

G 3.10 Charges physiques au travail selon le sexe et la formation, 2022 (personnes actives)



Au moins une charge physique (soulever ou déplacer de lourdes charges, positions douloureuses ou fatigantes, position debout, mouvements répétitifs) pendant trois quarts du temps de travail au minimum.

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

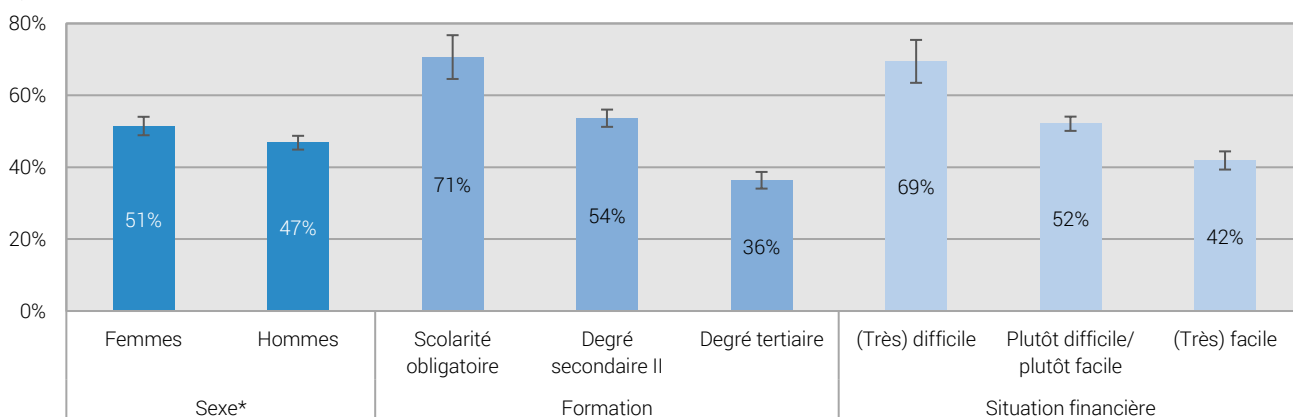
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 3.11 Charges physiques au travail: aperçu, 2022 (personnes actives)

Moyenne suisse: 49%



Au moins une charge physique (soulever/déplacer de lourdes charges, positions douloureuses/fatigantes, position debout, mouvements répétitifs) pendant trois quarts du temps de travail au minimum.

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

En raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats par nationalité ne sont pas disponibles.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

taille restreinte de l'échantillon, les analyses basées sur l'âge et le niveau de formation ou la situation financière ne peuvent pas être interprétées.

En raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résultats par *nationalité* ne sont pas disponibles.

Charges psychosociales au travail

Les résultats présentés ci-après fournissent un aperçu des différentes charges psychosociales au travail, telles qu'un niveau d'exigences élevé, une pression de temps, une faible autonomie ou encore une exigence émotionnelle importante.

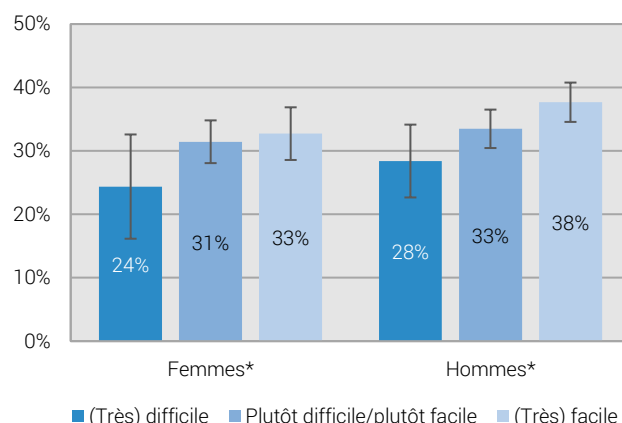
Un tiers des personnes actives sont exposées à des contraintes psychosociales au travail. Aucune différence significative ne peut être observée entre les *femmes* et les *hommes* (G 3.12), indépendamment du groupe d'âge (données non représentées).

De même, aucune corrélation claire avec le *niveau de formation* ne peut être observée: si les personnes dont le niveau de formation est élevé ont tendance à être plus touchées, les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs. De même, une ventilation des résultats par sexe et par âge ne révèle pas de différence selon le niveau de formation (données non représentées). Les résultats illustrés dans le graphique G 3.12 révèlent également que les personnes qui se trouvent dans une situation financière favorable subissent plus souvent des charges psychosociales que les personnes en *situation financière* précaire. Cette observation vaut

pour les deux sexes, la différence étant cependant (tout juste) significative chez les hommes uniquement (G 3.13).

En raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résultats par *nationalité* ne sont pas disponibles.

G 3.13 Charges psychosociales au travail selon le sexe et la situation financière, 2022 (personnes actives)



Charges psychosociales, p. ex. niveau d'exigences élevé, pression de temps, faible autonomie ou encore exigence émotionnelle importante

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

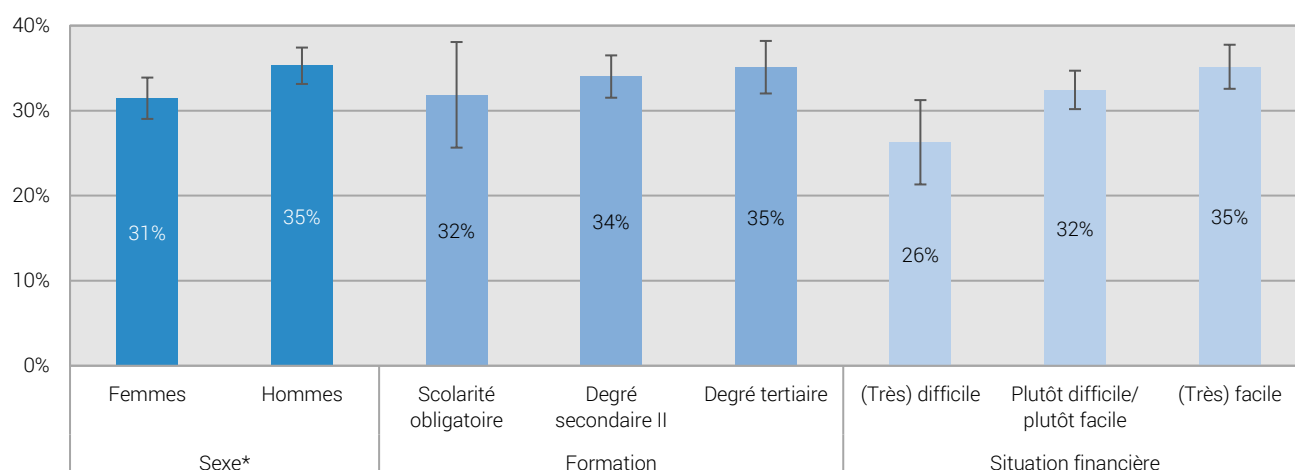
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 3.12 Charges psychosociales au travail: aperçu, 2022 (personnes actives)

Moyenne suisse: 33%



Charges psychosociales, p. ex. niveau d'exigences élevé, pression de temps, faible autonomie ou encore exigence émotionnelle importante

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

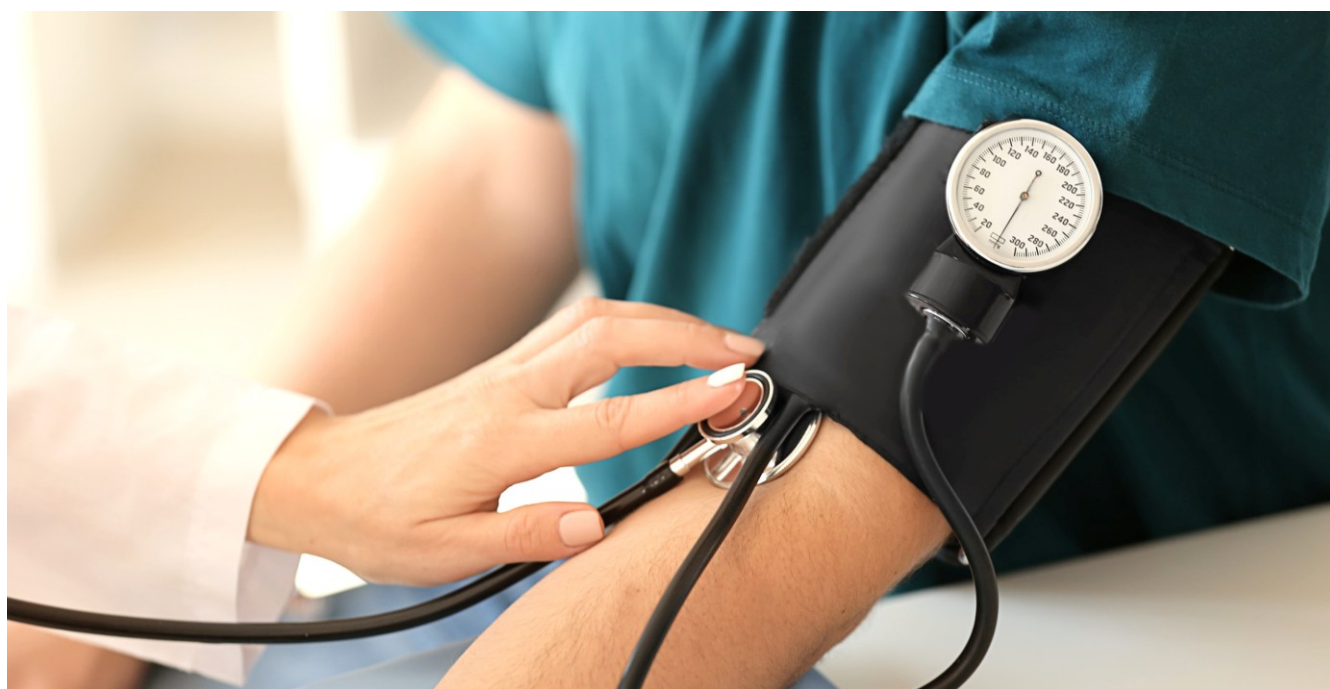
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

En raison de la taille restreinte des échantillons, les résultats par nationalité ne sont pas disponibles.

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

4 Recours au système de santé



Les soins de santé sont, au même titre que le comportement en matière de santé ou les ressources et les contraintes, l'un des facteurs d'influence sur la santé (cf. modèle conceptuel dans l'introduction). Ils jouent un rôle central dans l'apparition d'iniquités en matière de santé, car l'accès aux services médicaux, leur qualité et la disponibilité des mesures de prévention ont une influence considérable sur la santé.

L'accès peut être entravé par différents obstacles: géographiques (p. ex. l'absence de services dans les régions défavorisées), linguistiques (p. ex. le manque de services d'interprétation), structurels (p. ex. la disponibilité limitée des rendez-vous en dehors des heures de travail normales) ou financiers (p. ex. le coût élevé des traitements). Mais l'attitude et le comportement des patients (p. ex. la méfiance à l'égard du système de santé, les idées sur la santé et les traitements) influencent également le recours aux services médicaux.

L'accès aux soins de santé et leur qualité ne sont généralement pas faciles à mesurer, et cela devient encore plus difficile lorsque les données doivent être analysées en fonction de caractéristiques sociales. Dans les pages suivantes, nous présentons les

résultats sur différents indicateurs de recours aux soins et de prise en charge médicale, allant de la qualité des soins chez le médecin de famille au recours aux dépistages du cancer, en passant par les chiffres sur le renoncement aux prestations médicales. Ce chapitre comprend également, pour la première fois, des résultats pour la Suisse sur les différences sociales en matière d'hospitalisation.

Les résultats sont parfois très clairs: concernant les examens de dépistage du cancer, on constate de grandes différences entre les cantons en matière de mammographie et de dépistage du cancer du côlon, selon l'existence de programmes de dépistage correspondants. Le renoncement aux examens ou traitements médicaux ou dentaires nécessaires est nettement plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation et un faible revenu. De plus, les hospitalisations potentiellement évitables et les hospitalisations imprévues varient fortement en fonction du sexe, du niveau d'éducation, des compétences linguistiques et du statut de séjour.

4.1 Médecin de famille



Messages clés

- Les personnes présentant un niveau de formation élevé et celles dont la situation financière est favorable ont moins souvent un médecin de famille que les personnes ayant un niveau de formation plus faible ou se trouvant dans une situation financière plus précaire.

Les médecins de famille jouent un rôle central dans le système de santé. En agissant comme des «gatekeepers», ils garantissent un premier contact rapide et simple en cas de problème de santé aigus. Ils assurent en outre le suivi continu et coordonné des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'indicateur suivant montre la proportion de personnes indiquant avoir un médecin de famille en Suisse.

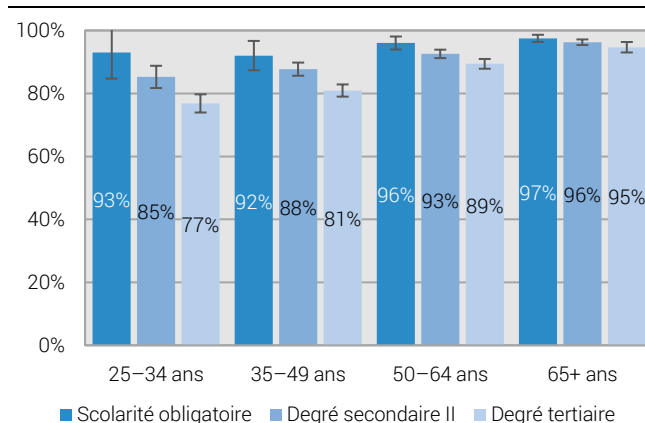
La grande majorité de la population suisse déclare avoir un médecin de famille. On ne constate aucune différence entre les *femmes* et les *hommes* (G 4.1).

Les personnes présentant un niveau de *formation* élevé et celles dont la *situation financière* est favorable ont moins souvent un médecin de famille que les personnes ayant un niveau de formation plus faible ou se trouvant dans une situation financière plus précaire (G 4.1). Une ventilation supplémentaire des résultats par sexe révèle que ces disparités liées au niveau de formation et à la situation financière sont plus ou moins d'ampleur comparable chez les deux sexes (données non représentées).

Les analyses basées sur l'âge et le niveau de formation montrent que la différence entre les niveaux de formation est particulièrement marquée dans les groupes d'âge plus jeunes et qu'elle s'atténue avec l'âge (G 4.2).

Les *personnes originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest* ont moins souvent un médecin de famille que les *Suisses* (G 4.1). Aucune autre différence liée à la nationalité ne peut toutefois être observée.

G 4.2 Personnes ayant un médecin de famille selon l'âge et la formation, 2022

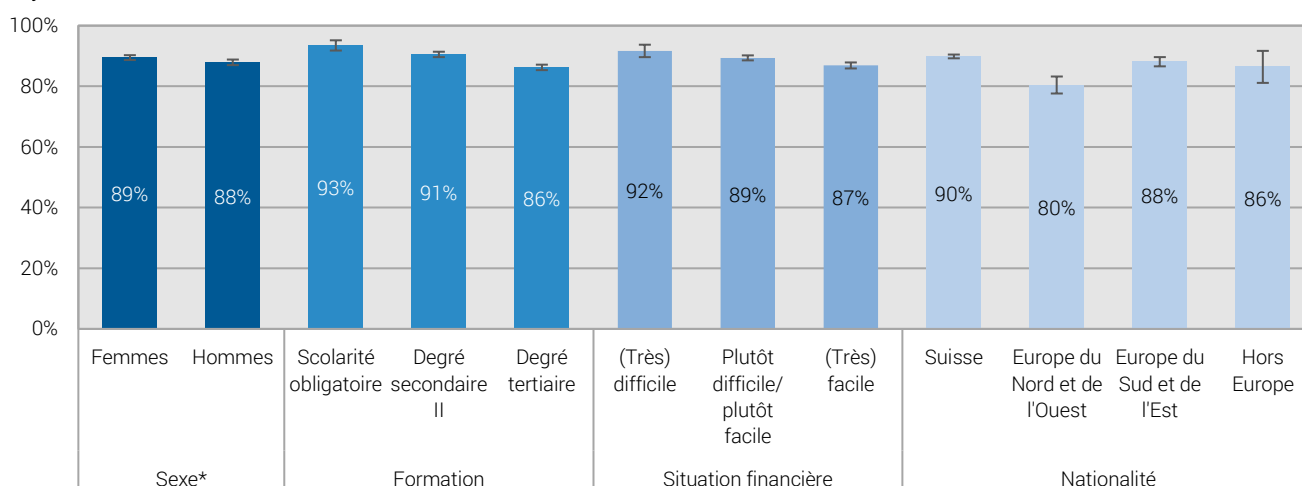


Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 4.1 Personnes ayant un médecin de famille: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 89%



* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

4.2 Qualité des soins dispensés par le médecin de famille



Messages clés

- Les personnes en situation financière précaire évaluent légèrement moins bien la qualité des soins prodigués par leur médecin de famille que les personnes se trouvant dans une situation financière favorable.
- Les personnes étrangères originaires de l'Europe du Sud et de l'Est considèrent la qualité des visites chez le médecin de famille comme étant légèrement inférieure par rapport aux Suisses.

Les cabinets de médecins de famille sont souvent le premier point de contact en cas de problème de santé. Ceux-ci assurent une grande partie des traitements et des examens préventifs et jouent à ce titre un rôle fondamental dans le système de santé. Une bonne qualité des soins de médecine générale est essentielle pour garantir une prise en charge optimale. Nous présentons *ici* la qualité générale des soins telle qu'elle a été perçue par les personnes interrogées.

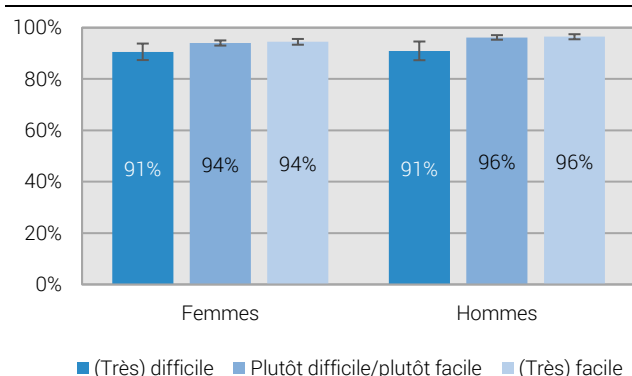
Au total, 95% de la population suisse jugent la qualité des soins reçus bonne à excellente. On ne constate aucune différence selon le sexe et le *niveau de formation* (G 4.3). Une ventilation supplémentaire des résultats par sexe ou par groupe d'âge ne révèle pas non plus d'écart lié au niveau de formation (données non représentées).

Les personnes en *situation financière* précaire qualifient un peu plus rarement de bonne à excellente la qualité des soins dispensés par leur médecin de famille que les personnes qui se trouvent dans une situation financière favorable (G 4.3). Cette différence concerne aussi bien les femmes que les hommes, bien qu'elle soit significative uniquement chez ces derniers (G 4.4). Les résultats

par âge et par situation financière montrent que de manière générale, les personnes en situation financière plus précaire perçoivent la qualité des soins comme étant légèrement moins bonne dans tous les groupes d'âge (données non représentées).

Les *personnes étrangères* originaires de l'Europe du Sud et de l'Est sont également un peu moins nombreuses que les *Suisses* à estimer que la qualité des visites chez le médecin de famille est bonne (G 4.3). En raison de la taille restreinte des échantillons, il n'est pas possible de procéder à une ventilation supplémentaire des résultats par niveau de formation ou situation financière (données non représentées).

G 4.4 Bonne qualité générale des soins dispensés par le médecin de famille selon le sexe et la situation financière, 2022



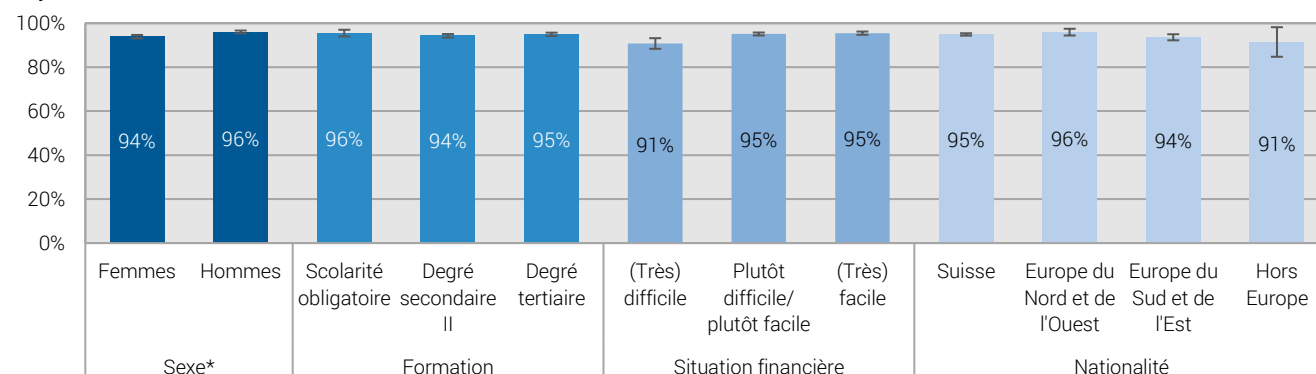
Qualité des soins: bonne à excellente
Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)
Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 4.3 Bonne qualité générale des soins dispensés par le médecin de famille: aperçu, 2022

Moyenne suisse: 95%



Qualité des soins: bonne à excellente

* Défini sur la base de l'identité de genre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

4.3 Dépistage du cancer



Messages clés

- Les personnes ayant un niveau de formation supérieur recourent légèrement plus souvent au dépistage du cancer du côlon. En revanche, aucune différence liée au niveau de formation ne peut être observée en ce qui concerne la mammographie et les examens de la prostate.
- On constate des différences importantes entre les régions: dans les cantons qui disposent de programmes de dépistage pour la mammographie et le cancer du côlon, le nombre de personnes recourant aux examens est nettement plus élevé.

Les recommandations préconisent un dépistage de routine du cancer du côlon à toutes les personnes âgées de 50 à 75 ans: soit tous les deux ans au moyen d'un test visant à effectuer une recherche d'éventuelles traces de sang dans les selles (test hémocult), soit tous les dix ans au moyen d'une coloscopie. Les femmes âgées de 50 à 74 ans, quant à elles, sont invitées à effectuer une mammographie tous les deux ans. En outre, certaines recommandations suggèrent que les hommes âgés de 50 à 70 ans devraient réaliser un examen de dépistage précoce du cancer de la prostate (afin de déterminer le taux de PSA) tous les un à deux ans. Les avis divergent toutefois à ce sujet.

Les différences en matière de dépistage du cancer peuvent indiquer que certains groupes de population ne recourent pas à cette offre ou qu'il existe des lacunes dans la couverture médicale. Les résultats présentés ci-après tiennent uniquement compte des personnes appartenant à la tranche d'âge visée par les recommandations et qui ont effectué l'examen correspondant dans le cadre d'un dépistage préventif et non en raison de symptômes ou d'antécédents familiaux.

Les *hommes* âgés de 50 à 75 ans effectuent plus souvent que les *femmes* un dépistage du cancer du côlon (G 4.5).

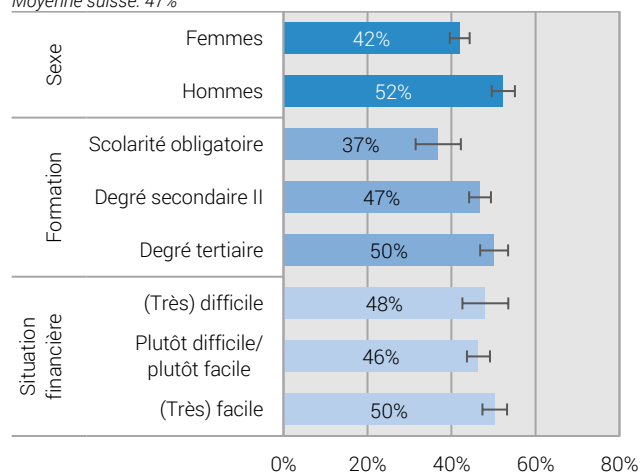
En ce qui concerne la mammographie, on ne constate aucune différence en fonction du *niveau de formation* – contrairement aux dépistages du cancer de la prostate et du cancer du côlon (G 4.5). En effet, les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire recourent plus souvent à ces deux dépistages que les personnes sans formation post-obligatoire. Une ventilation des résultats par sexe pour le dépistage du cancer du côlon montre toutefois que ces disparités selon le niveau de formation sont uniquement significatives chez les hommes (G 4.6). Aucune différence notable n'est en revanche observée en fonction de la *situation financière* (G 4.5).

En raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résultats par *nationalité* ne sont pas disponibles.

G 4.5 Examens de dépistage du cancer: aperçu, 2022 (50–75 ans)

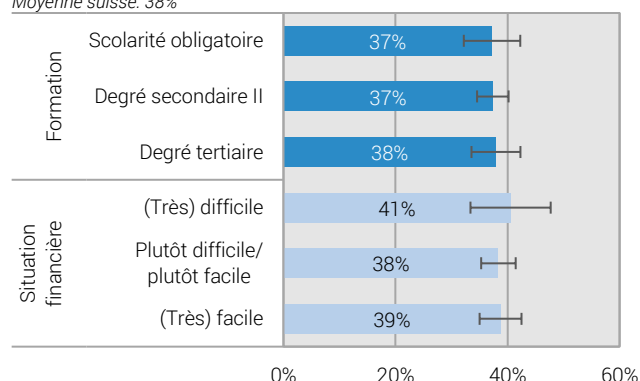
Dépistage du cancer du côlon (test hémocult au cours des deux dernières années ou coloscopie au cours des dix dernières années)

Moyenne suisse: 47%



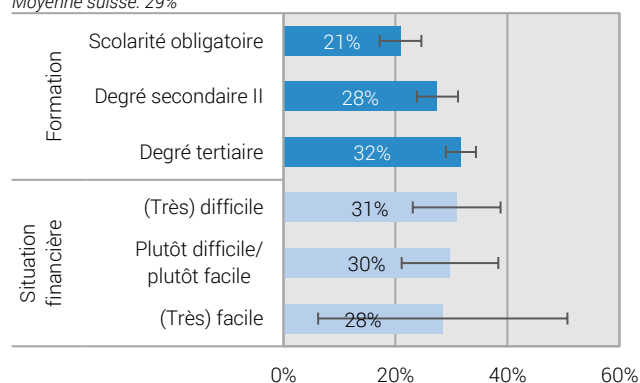
Mammographie (examen au cours des deux dernières années)

Moyenne suisse: 38%



Examen de la prostate (examen au cours des deux dernières années)

Moyenne suisse: 29%



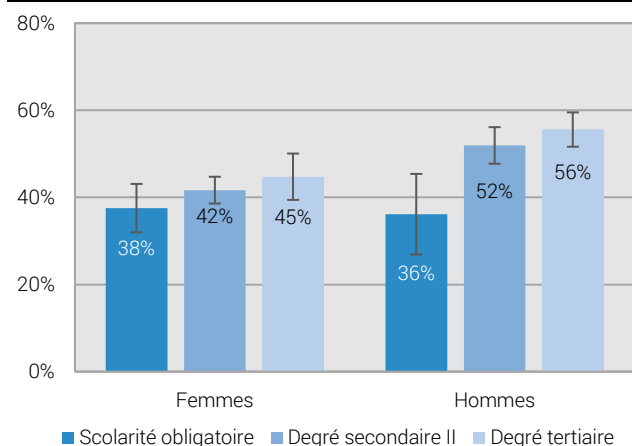
*Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

G 4.6 Dépistage du cancer du côlon selon le sexe et la formation, 2022 (50–75 ans)



Test hémocult au cours des deux dernières années ou coloscopie au cours des dix dernières années

Hommes/femmes: pour des raisons méthodologiques, définis sur la base de la variable de registre (cf. annexe A.2)

Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

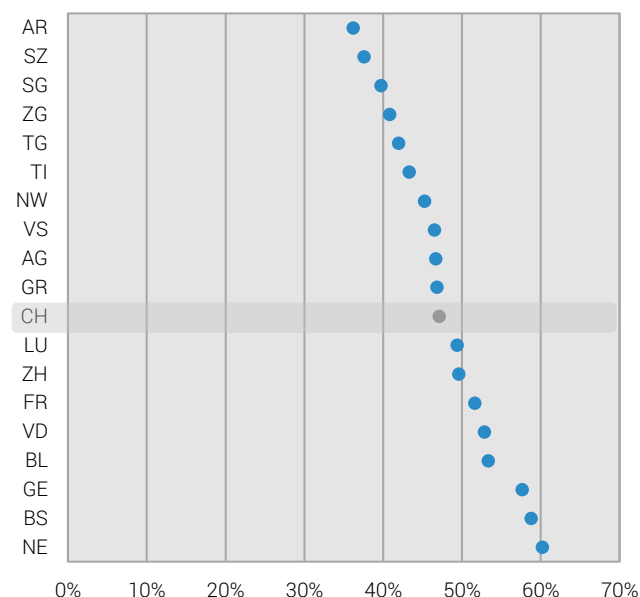
© Obsan 2025

La comparaison entre les cantons révèle des différences intéressantes (G 4.7): la proportion de personnes âgées de 50 à 75 ans ayant effectué un dépistage précoce du cancer du côlon à titre préventif dans le délai recommandé varie de 36% (Appenzell Rhodes-Extérieures) à 60% (Neuchâtel). Ces écarts s'expliquent notamment par l'existence de programmes de dépistage dans certains cantons¹. Ainsi, des cantons comme Neuchâtel, Bâle-Ville, Genève et Bâle-Campagne disposent de programmes de dépistage précoce du cancer du côlon, contrairement à d'autres cantons tels que Appenzell Rhodes-Extérieures, Schwyz, Zoug, Thurgovie ou encore Nidwald.

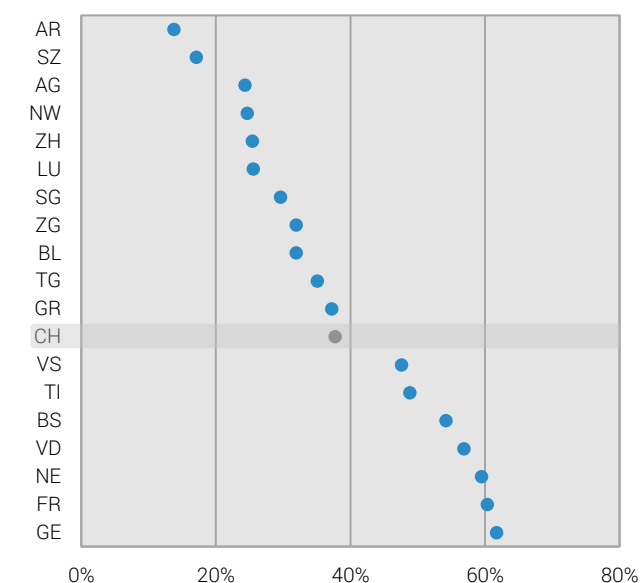
Les disparités sont encore plus marquées en ce qui concerne la mammographie: dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures (14%) et de Schwyz (17%), moins d'un cinquième des femmes âgées de 50 à 75 ans ont effectué une mammographie durant les deux années ayant précédé l'enquête dans le cadre d'un dépistage. Dans les cantons de Genève (62%), Fribourg (60%), Neuchâtel (59%), Vaud (57%) et Bâle-Ville (54%), ce sont plus de la moitié des femmes âgées de 50 à 75 ans. Ici encore, on observe une nette corrélation avec les programmes de dépistage par mammographie: tous les cantons affichant des valeurs supérieures à la moyenne suisse disposent de programmes de dépistage précoce du cancer du sein.¹

G 4.7 Examens de dépistage du cancer: comparaison entre les cantons, 2022 (50–75 ans)

Dépistage du cancer du côlon (test hémocult au cours des deux dernières années ou coloscopie au cours des dix dernières années)



Mammographie (examen au cours des deux dernières années)



Analyses standardisées basées sur le sexe et l'âge

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

¹ www.swisscancerscreening.ch/fr/

4.4 Renoncement aux soins de santé



Messages clés

- Les personnes sans formation post-obligatoire et celles à faible revenu renoncent plus souvent à effectuer les examens ou traitements médicaux ou dentaires nécessaires – les écarts en fonction des privations matérielles et sociales sont très importants.
- En ce qui concerne le renoncement aux soins de santé, les différences liées au niveau de formation et en partie également au revenu et au niveau de pauvreté monétaire sont nettement plus marquées chez les hommes.
- Les personnes issues de la migration déclarent deux fois plus souvent renoncer aux prestations médicales ou dentaires, indépendamment de leur niveau de formation ou du fait qu'elles soient touchées ou non par la pauvreté monétaire.

Le renoncement à certaines prestations médicales (p. ex. consultation d'un médecin, tests médicaux recommandés, traitements ou examens de suivi et médicaments prescrits) constitue un indicateur essentiel pour évaluer l'équité en santé. Un tel renoncement peut avoir différents motifs: raisons financières, difficulté à trouver un cabinet ou encore barrières linguistiques, entre autres. Le présent chapitre s'intéresse au renoncement à des prestations nécessaires pour des raisons financières. Une distinction est établie entre les traitements/examens médicaux et les prestations dentaires.

Renoncement à un traitement ou un examen médical nécessaire

Au cours de la dernière année de l'enquête, près de 1,2% de la population a été contrainte de renoncer à un traitement ou un examen médical nécessaire pour des raisons financières. Aucune différence significative ne peut être observée entre les sexes (G 4.8). Il convient de noter, de manière générale, que l'échantillon étant relativement restreint, les résultats présentent parfois des intervalles de confiance importants et ne peuvent être interprétés que de manière limitée.

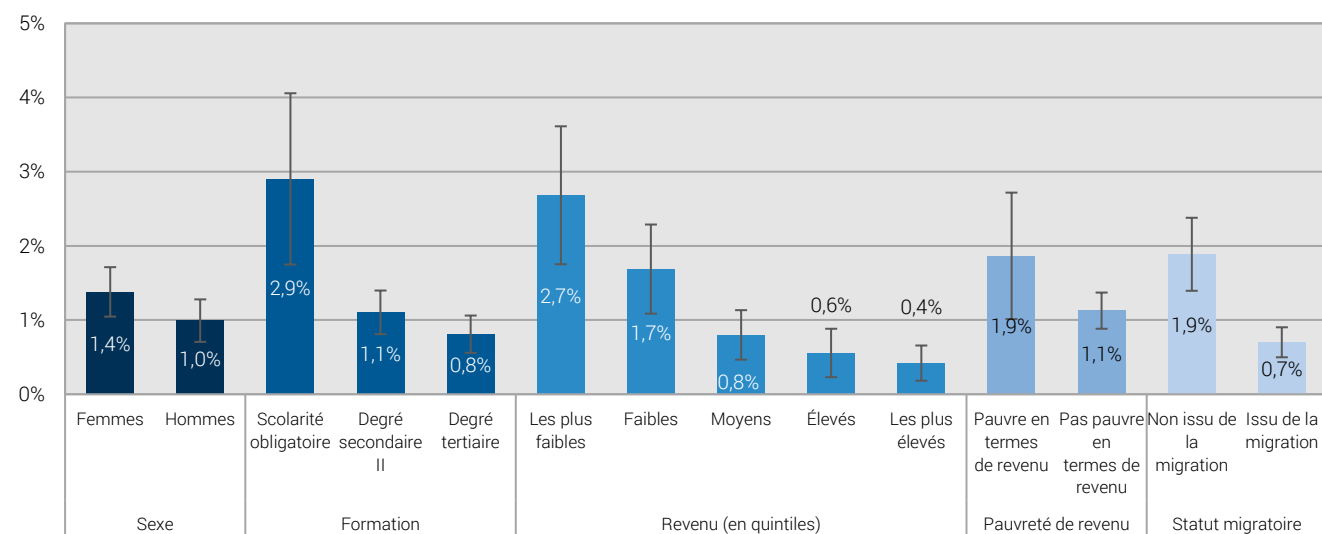
En règle générale, les personnes sans *formation* post-obligatoire et celles à faible *revenu* renoncent plus fréquemment aux prestations médicales nécessaires que les personnes ayant un niveau de formation ou un revenu plus élevé (G 4.8). Dans les analyses basées sur le niveau de *pauvreté monétaire*, cette différence n'est pas statistiquement significative, mais il faut tenir compte des explications ci-dessus sur l'échantillon relativement restreint. Des analyses plus poussées montrent que ces écarts entre les groupes selon le niveau de formation et le revenu n'existent que chez les hommes. Les différences entre les sexes sont à peu près équivalentes selon le revenu (données non représentées). Les écarts selon le niveau de formation et le revenu diminuent avec l'âge (données non représentées).

Les écarts liés aux *privations matérielles et sociales* sont très marqués (G 4.9): cet indicateur décrit la proportion de personnes contraintes de renoncer à des biens, des prestations et des activités sociales pour des raisons financières.

Les personnes *issues de la migration* indiquent plus de deux fois plus souvent que celles non issues de la migration renoncer à ces prestations' (G 4.8). Une ventilation supplémentaire des résultats

G 4.8 Renoncement à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières: aperçu, 2023

Moyenne suisse: 1,2%

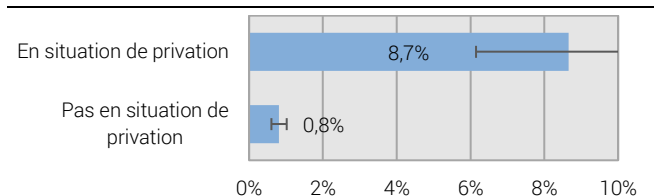


Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

montre que cette disparité liée au statut migratoire persiste entre les différents niveaux de formation (données non représentées).

G 4.9 Renoncement à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières selon les privations matérielles et sociales, 2023



Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

Renoncement à un contrôle ou un traitement dentaire nécessaire

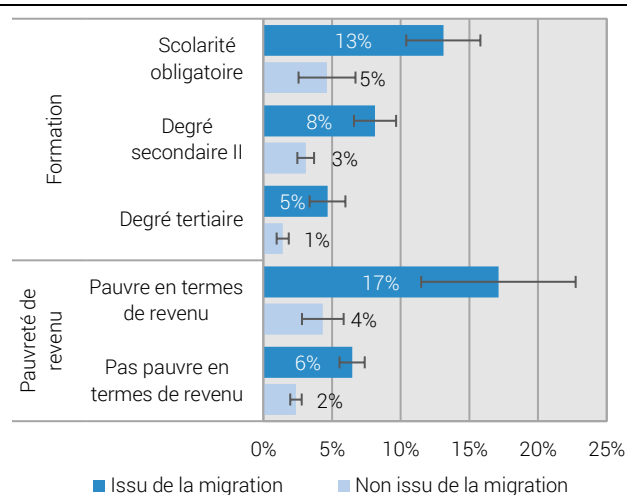
Des valeurs plus élevées et également des écarts importants peuvent être constatés en ce qui concerne les prestations dentaires (G 4.10): au cours de l'année ayant précédé l'enquête, approximativement 5% des *hommes* et des *femmes* n'ont réalisé aucun contrôle ou traitement dentaire pour des raisons financières.

Les personnes sans *formation* post-obligatoire (10%) renoncent environ trois fois plus souvent à certaines prestations dentaires nécessaires que les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire (3%; G 4.10). Les analyses montrent aussi clairement que la proportion de personnes qui renoncent aux prestations dentaires nécessaires augmente à mesure que le *revenu* diminue. Ce taux est plus de deux fois plus élevé chez les personnes en situation de *pauvreté monétaire*. Les disparités liées au niveau de formation, au revenu et à la pauvreté monétaire sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes (données non représentées).

Les différences sont très importantes en ce qui concerne le renoncement à des prestations dentaires selon les *privations matérielles et sociales* (32% contre 3%, données non représentées).

On constate également des différences claires en fonction du *statut migratoire* (G 4.10): tandis que 3% des personnes non issues de la migration indiquent renoncer à des prestations dentaires nécessaires, ce chiffre atteint 7% chez les personnes issues de la migration. Ces écarts subsistent également lorsque les résultats sont ventilés par niveau de formation, groupe de revenu (données non représentées) ou niveau de pauvreté monétaire (G 4.11). Les personnes issues de la migration déclarent plus souvent renoncer à certaines prestations dentaires, indépendamment de leur niveau de formation ou du fait qu'elles se trouvent ou non en situation de pauvreté monétaire.

G 4.11 Renoncement à des prestations dentaires nécessaires pour des raisons financières, selon la formation/ pauvreté de revenu et le statut migratoire, 2023

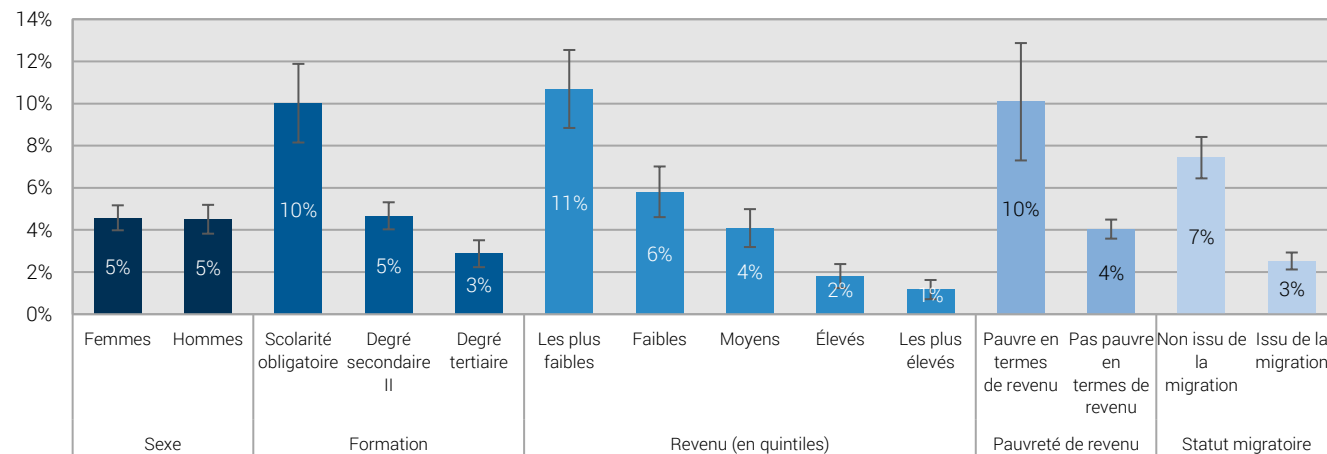


Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

G 4.10 Renoncement à des prestations dentaires nécessaires pour des raisons financières: aperçu, 2023

Moyenne suisse: 5%



Source: OFS – SILC

© Obsan 2025

4.5 Hospitalisations potentiellement évitables

Messages clés

- Les hommes présentent un risque accru d'hospitalisation potentiellement évitable.
- Le risque d'hospitalisation potentiellement évitable est plus important chez les personnes ayant un niveau de formation inférieur, avec une différence particulièrement marquée chez les hommes âgés de 50 à 64 ans.
- Les personnes vivant seules sont exposées à un risque plus élevé d'hospitalisation potentiellement évitable.
- Les barrières linguistiques et le statut migratoire (première génération) sont associés à un risque accru d'hospitalisation potentiellement évitable.
- Les risques augmentent considérablement pour les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire.

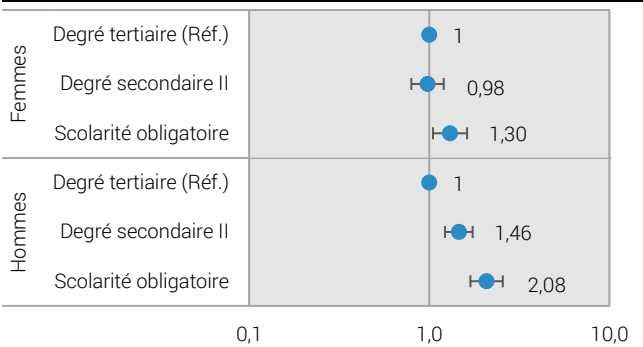
Les hospitalisations potentiellement évitables constituent un indicateur largement reconnu de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé primaires. Cet indicateur se base sur l'idée que certaines hospitalisations pourraient être évitées si des soins ambulatoires appropriés pouvaient être dispensés en temps utile à proximité du domicile des personnes concernées, et si des ressources adaptées étaient disponibles pour traiter la maladie. Ainsi, cet indicateur peut fournir des indications précieuses sur les inégalités sociales existantes en matière d'accès aux soins ambulatoires. Les graphiques ci-dessous présentent les *odds ratios* ajustés selon l'âge et le sexe et les intervalles de confiance

(cf. aides à la lecture figurant à la fin de l'introduction du présent rapport).

Les *hommes* présentent un risque accru de 32% d'hospitalisation potentiellement évitable par rapport aux *femmes* (G 4.12).

Le risque d'hospitalisation potentiellement évitable varie fortement selon le *niveau de formation* (G 4.12). En comparaison avec les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire, les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II

G 4.12 Risque d'hospitalisation potentiellement évitable selon le sexe et la formation, 2022 (25–84 ans)



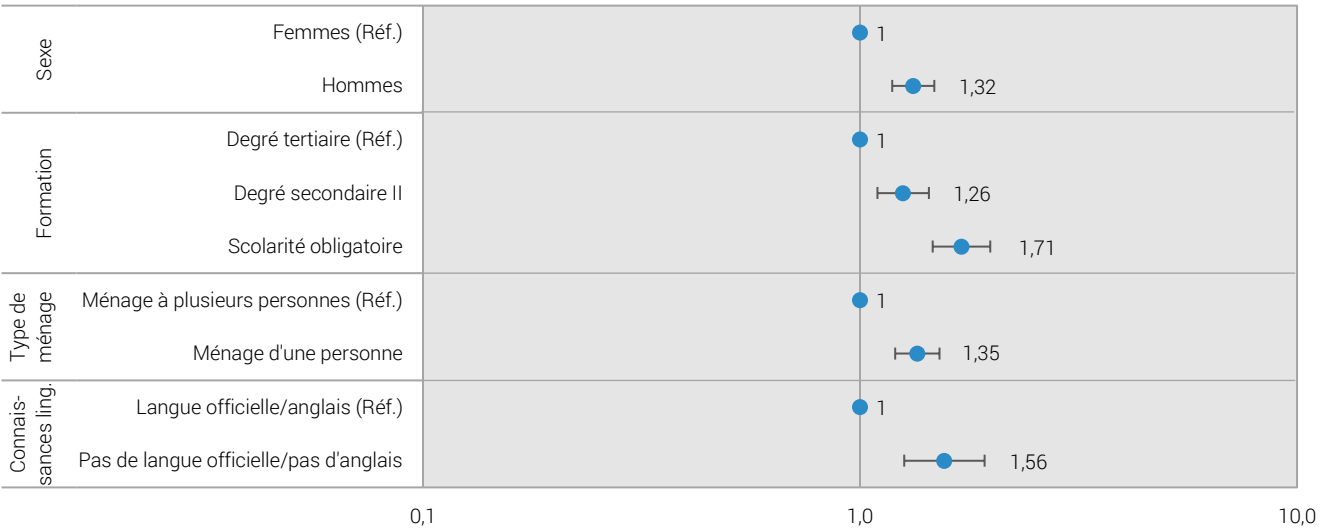
Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 4.13 Risque d'hospitalisation potentiellement évitable: aperçu, 2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

présentent un risque supérieur de 26%. Le risque augmente de 71% chez les personnes sans formation post-obligatoire. Comme l'illustre le graphique G 4.13, l'ampleur de cet écart varie selon le niveau de formation et le sexe: les hommes ayant le niveau de formation le plus faible sont exposés à un risque d'hospitalisation potentiellement évitable plus de deux fois supérieur à celui des hommes ayant suivi une formation de degré tertiaire, une disparité qui est nettement moins marquée chez les femmes.

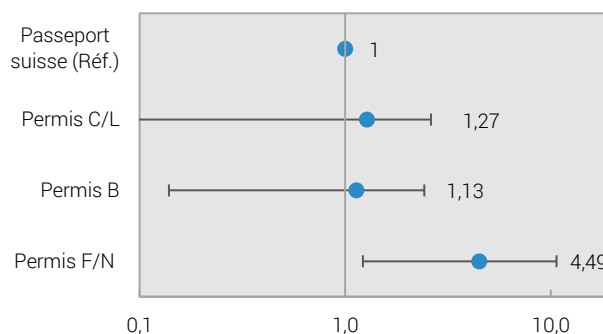
Les différences entre les niveaux de formation varient également en fonction de l'âge (G 4.14): dans le groupe des 25 à 49 ans, aucune différence notable ne peut être observée selon le niveau de formation. Chez les 50–64 ans, la situation est différente: les personnes sans formation post-obligatoire présentent un risque presque trois fois plus élevé que les personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire. Si cet écart s'amenuise à mesure que l'âge augmente, il reste marqué jusqu'à l'âge de 75 ans: en effet, ce risque s'accroît de 81% chez les personnes âgées de 65 à 74 ans sans formation post-obligatoire.

Comme l'illustre en outre le graphique de synthèse (G 4.12), le risque d'hospitalisation potentiellement évitable augmente de 35% chez les personnes *vivant seules*.

On constate également des différences en fonction des *connaissances linguistiques* (G 4.12): les personnes qui ne parlent ni une langue officielle ni l'anglais présentent un risque accru de 56% de subir une hospitalisation potentiellement évitable. Les analyses basées sur le *statut migratoire* (données non représentées) révèlent également une augmentation du risque (OR: 1,41) chez les personnes issues de la migration de première génération. Aucune différence ne peut toutefois être observée pour les migrants de deuxième génération.

Les analyses réalisées sur la base du *statut de séjour* sont particulièrement parlantes (G 4.15): les personnes titulaires d'un permis N (requérants d'asile) ou F (réfugiés admis à titre provisoire) présentent un risque 4,5 fois plus élevé d'hospitalisation potentiellement évitable que les personnes avec un passeport suisse. Aucune différence significative n'est observée pour les autres catégories de permis (C, L et B).

G 4.15 Risque d'hospitalisation potentiellement évitable selon le statut de séjour, 2017–2022 (25–84 ans)



Permis: C = autorisation d'établissement; L = autorisation de courte durée; B = autorisation de séjour; F = personnes admises à titre provisoire; N = requérants d'asile

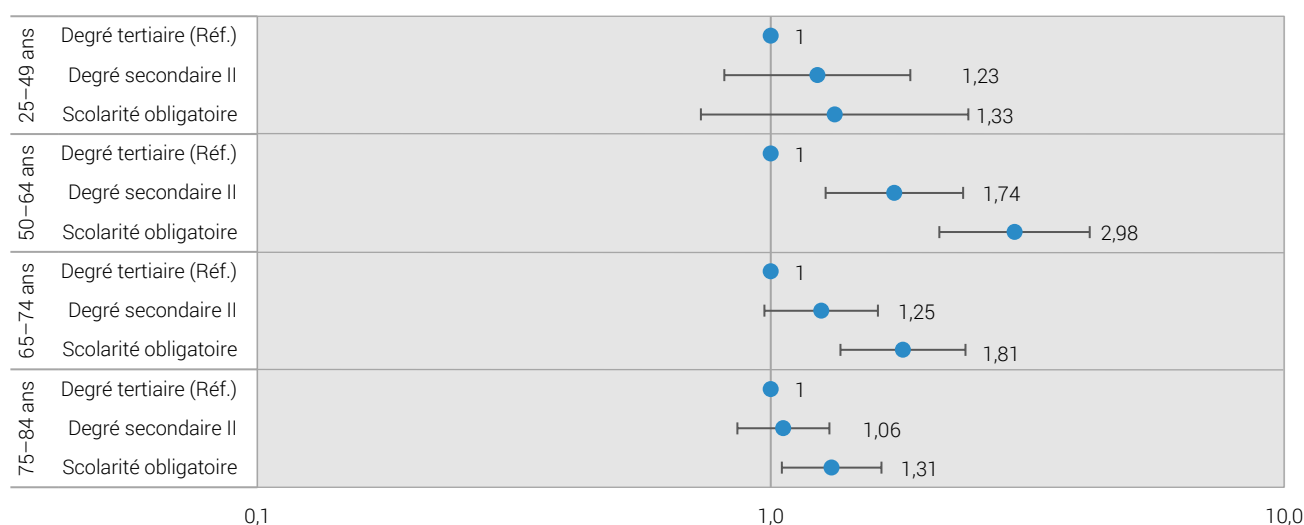
Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 4.14 Risque d'hospitalisation potentiellement évitable selon l'âge et la formation, 2022 (25–84 ans)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

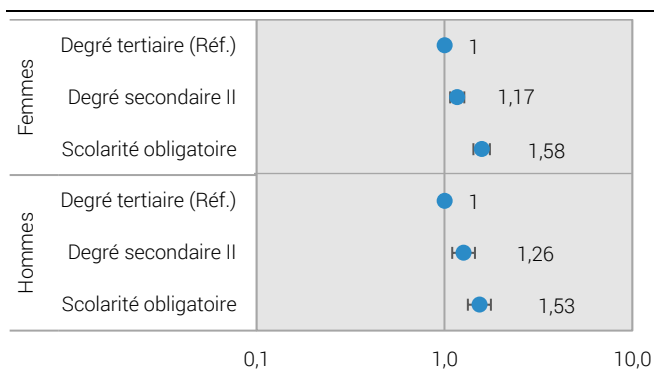
4.6 Réadmissions hospitalières non planifiées

Messages clés

- Les réadmissions hospitalières non planifiées sont plus fréquentes chez les hommes.
- Le risque de réadmission hospitalière non planifiée augmente à mesure que le niveau de formation diminue.
- Les personnes qui vivent seules sont exposées à un risque accru.
- Le risque est plus élevé chez les personnes rencontrant des barrières linguistiques et les personnes issues de la migration de première génération.
- Les requérants d'asile et les réfugiés admis à titre provisoire présentent un risque particulièrement élevé.
- Les personnes assurées en privé ou semi-privé sont exposées à un risque moins important de réadmission hospitalière non planifiée.

Toutes les réadmissions non planifiées d'urgence, qui interviennent dans les 30 jours suivant un séjour hospitalier dû à certaines maladies chroniques, sont analysées. Ces réadmissions d'urgence pourraient être largement évitées grâce à une prise en charge thérapeutique et un suivi adéquats, ainsi qu'à une meilleure sensibilisation des patients. Les analyses ne se limitent pas aux réadmissions liées au même diagnostic. En effet, dans le cas des maladies chroniques, la moitié des réadmissions font suite à un autre diagnostic.

G 4.17 Risque de réadmission hospitalière non planifiée en fonction du sexe et du niveau de formation, 2017–2021 (25 ans et plus)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction de l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

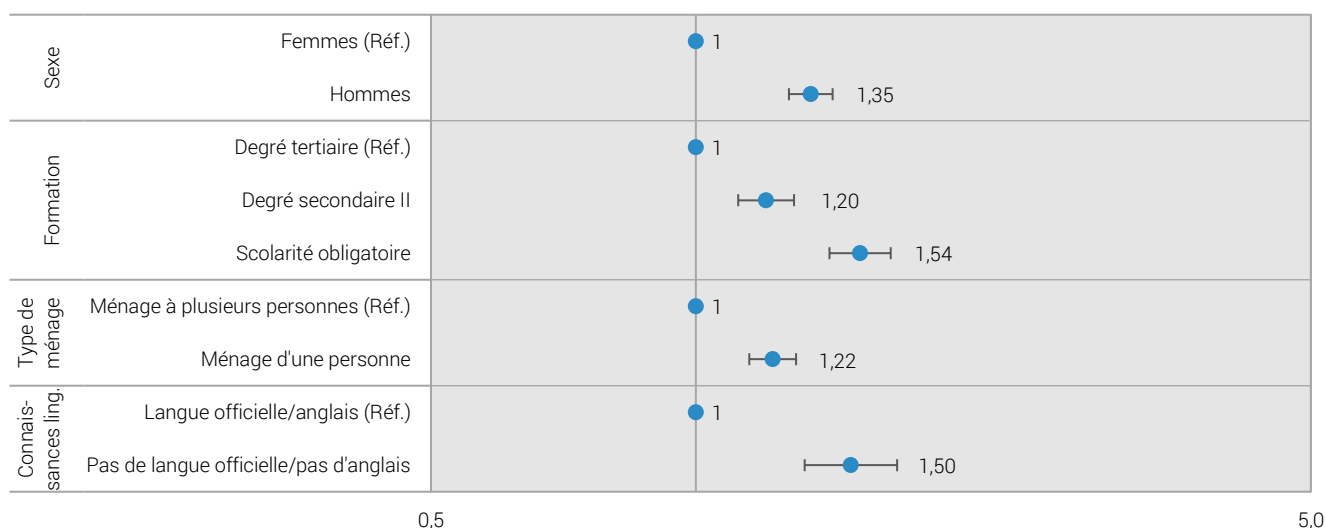
© Obsan 2025

Les graphiques présentent les *odds ratios* ajustés en fonction de l'âge et du sexe et les intervalles de confiance (cf. aides à la lecture figurant à la fin de l'introduction du présent rapport).

Le risque de réadmission hospitalière non planifiée est de 35% plus élevé chez les *hommes* que chez les *femmes* (G 4.16).

Plus le *niveau de formation* est faible, plus le risque de réadmission hospitalière non planifiée s'accroît (G 4.16). Chez les personnes sans formation post-obligatoire, ce risque augmente de 53% par

G 4.16 Risque de réadmission hospitalière non planifiée: aperçu, 2017–2021 (25 ans et plus)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté en fonction du sexe et de l'âge; résultats selon le sexe: également ajusté selon le niveau de formation

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

rapport aux personnes titulaires d'un diplôme de degré tertiaire. Il augmente également de 20% chez les personnes ayant achevé une formation de degré secondaire II. Ces différences de risques selon le niveau de formation sont d'ampleur comparable chez les femmes et chez les hommes (G 4.17).

Le graphique de synthèse (G 4.16) met également en évidence le fait que le risque de réadmission hospitalière non planifiée augmente de 22% pour les personnes *vivant seules*.

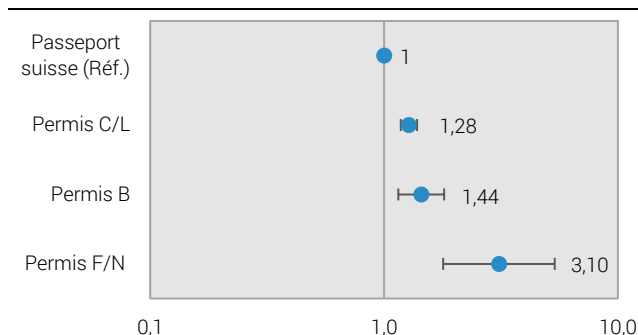
Le risque de réadmission hospitalière varie également en fonction des *connaissances linguistiques* (G 4.16): en effet, les personnes qui ne parlent ni une langue officielle ni l'anglais sont exposées à un risque supérieur de 50%. Les résultats portant sur le *statut migratoire* (données non représentées) révèlent également un risque plus élevé chez les personnes issues de la migration de première génération (OR: 1,33). On ne constate en revanche aucune différence chez les migrants de deuxième génération.

Le graphique G 4.18 illustre les résultats par *classe d'assurance et par âge*. Les bénéficiaires d'une assurance privée ou semi-privée présentent un risque plus faible de réadmission hospitalière non planifiée que les assurés en division commune. Cette différence se retrouve dans tous les groupes d'âge, mais elle n'est pas significative pour les personnes de moins de 50 ans et celles de plus de 85 ans.

Les analyses basées sur le *statut de séjour* réalisées pour cet indicateur révèlent également des différences importantes (G 4.19): les personnes étrangères titulaires d'une autorisation d'établissement (permis C) ou d'une autorisation de courte durée (permis L) sont exposées à un risque accru de 28% de subir une réadmission

hospitalière non planifiée par rapport aux Suisses. Ce risque augmente de 44% chez les personnes étrangères titulaires d'une autorisation de séjour (permis B). Enfin, les personnes titulaires d'un permis N (requérants d'asile) ou F (réfugiés admis à titre provisoire) font face à un risque de réadmission hospitalière non planifiée plus de trois fois supérieur à celui des personnes avec un passeport suisse.

G 4.19 Risque de réadmission hospitalière selon le statut de séjour, 2017–2021 (25 ans et plus)



Permis: C = autorisation d'établissement; L = autorisation de courte durée; B = autorisation de séjour; F = personnes admises à titre provisoire; N = requérants d'asile

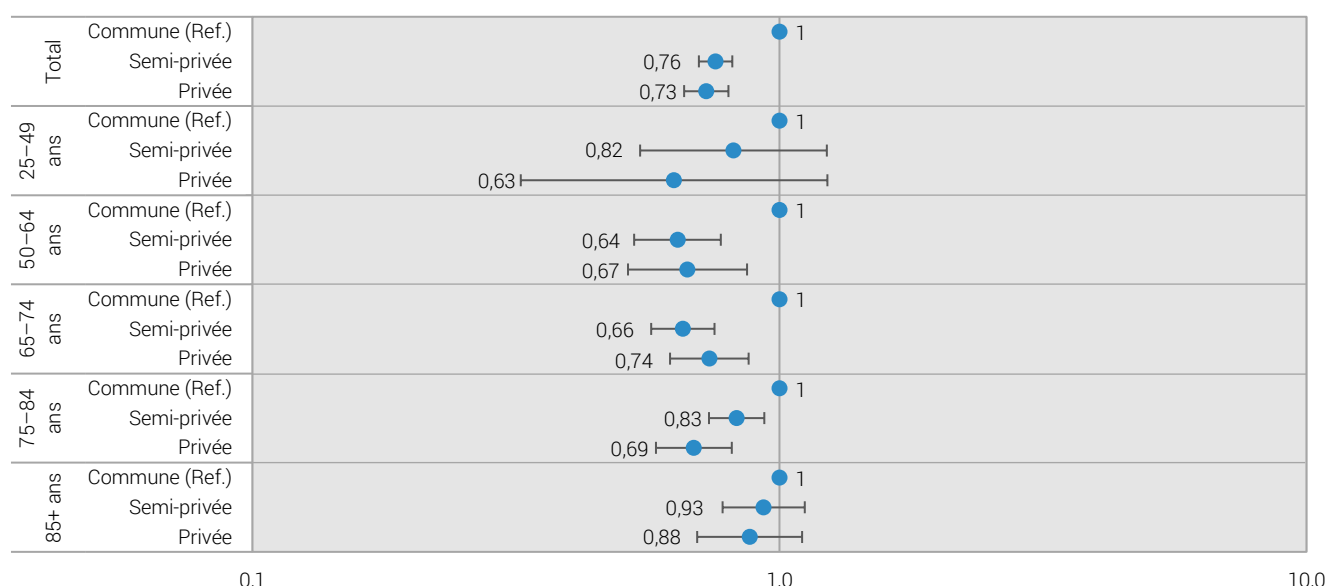
Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté selon le sexe et l'âge

Source: OFS – MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

G 4.18 Risque de réadmission hospitalière en fonction de la classe d'assurance, 2017–2021 (25 ans et plus)



Le graphique illustre les *odds ratios* ajustés et les intervalles de confiance à 95%.

Modèle ajusté selon le sexe

Source: OFS – Jeu de données MS/CoD/RS (analyse FHNW)

© Obsan 2025

5 Situation sanitaire de groupes de population spécifiques



Les indicateurs présentés dans le chapitre précédent offrent un aperçu global et détaillé des iniquités en matière de santé en Suisse. Toutefois, certains groupes de population socialement défavorisés restent sous-représentés, voire absents des analyses basées sur les données quantitatives disponibles. Plusieurs raisons expliquent cette lacune:

- Une partie des données sont issues d'enquêtes menées auprès de la population. Certains groupes de population y sont insuffisamment représentés, voire exclus, alors même qu'ils sont particulièrement touchés par les iniquités en matière de santé. C'est notamment le cas des personnes en cours de procédure d'asile, des résidents en institution (EMS, prisons), des personnes en mauvaise santé, de celles souffrant de troubles cognitifs, des personnes en situation de précarité (sans domicile fixe ou sans permis de séjour valable) ainsi que des personnes ne maîtrisant pas suffisamment l'une des trois langues nationales.
- Certains groupes figurent certes dans les recensements (p. ex. statistique médicale des hôpitaux, statistiques des causes de décès), mais ne peuvent être identifiés correctement. En effet, des variables cruciales comme le sexe assigné

à la naissance/l'identité de genre ou le statut de séjour ne sont pas consignés.

- Même lorsque des caractéristiques sociales pertinentes sont enregistrées, le nombre de cas est souvent insuffisant pour permettre des analyses significatives d'un point de vue statistique.

Dans les sections suivantes, nous examinerons plusieurs groupes de population qui ne sont pas ou pas suffisamment représentés dans les résultats du rapport. Cette sélection n'a pas vocation à être exhaustive. Toutefois, la majorité des groupes identifiés cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité, ce qui les place dans une situation de désavantage social particulièrement marquée.

Enfin, il convient de souligner que certains groupes de population cumulent les caractéristiques défavorables, ce qui peut accentuer leur vulnérabilité. C'est notamment le cas des réfugiés en situation de handicap ou des personnes âgées en détention.

5.1 Enfants et jeunes

Dans la partie précédente consacrée aux indicateurs, quelques résultats concernant la santé et le comportement en matière de santé des enfants et des jeunes ont déjà été présentés sur la base des données de l'étude HBSC. Cependant, les données relatives aux iniquités en matière de santé mériteraient d'être améliorées pour ce groupe de population. Étant donné l'importance et la taille de ce dernier, il est donc à nouveau traité de manière distincte dans cette section.

La santé se construit en grande partie dès l'enfance et à l'adolescence. Ainsi, les iniquités en matière de santé peuvent se manifester dès les premières années de vie et se renforcer tout au long de l'existence (cf. «Éclairage 6» au chap. 7).

Les données concernant le nombre d'enfants touchés d'une quelconque manière par les discriminations sociales sont limitées. Selon les chiffres de l'OFS, en 2014, un enfant sur vingt vivait dans la pauvreté (73 000 enfants), et un enfant sur six était menacé de pauvreté (234 000 enfants) (OFS, 2016). Il convient également de mentionner les enfants de parents dont la procédure d'asile est en cours, qui se trouvent dans une situation particulièrement difficile en raison de conditions de logement précaires, de ressources financières limitées et de perspectives incertaines (cf. également chap. 5.3 sur les réfugiés). Les requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA), ainsi que les enfants de sans-papiers (cf. chap. 5.4), constituent des groupes particulièrement vulnérables. En 2023, selon le SEM, 3271 demandes d'asile de RMNA ont été enregistrées, ce qui représente 11% de l'ensemble des demandes d'asile déposées cette année-là.

Les données sur la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes présentent un potentiel d'amélioration, en particulier en ce qui concerne les informations détaillées en fonction de caractéristiques sociales. Cependant, la partie Indicateurs de ce rapport présente certains résultats sur la situation sociale des enfants et des jeunes. Des études démontrent que les inégalités sociales affectent la santé dès l'enfance et l'adolescence. Par exemple, les enfants issus de familles défavorisées sur le plan socioéconomique sont plus souvent en surpoids (cf. chap. 1.7 ; GFCH, 2022; Lampert & Kuntz, 2019). Des études menées en Allemagne révèlent que les enfants et les jeunes issus de familles socialement défavorisées ont un état de santé globalement moins bon et souffrent plus fréquemment de troubles psychiques et de problèmes comportementaux (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024).

5.2 Personnes âgées

Les personnes âgées sont prises en compte aussi bien dans les enquêtes menées auprès de la population telles que l'ESS et l'enquête SILC que dans la statistique des hôpitaux. Cependant, il convient de noter que ce type d'enquêtes tend à représenter la santé des personnes âgées de manière plus positive que la réalité dans la mesure où seules les personnes vivant dans des ménages privés sont interrogées dans ce cadre. Les personnes vivant dans un établissement médico-social ne sont donc pas prises en compte. De plus, les personnes vivant à domicile, mais qui se trouvent dans l'incapacité de participer aux enquêtes en raison de leur état de santé (p. ex. en cas de démence) sont sous-représentées.

Les données disponibles sont donc insuffisantes, en particulier pour les personnes très âgées et celles résidant en EMS. Étant donné l'importance et la taille de ce groupe de population, il est à nouveau traité de manière distincte dans cette section.

En Suisse, environ 1,7 million de personnes sont âgées de 65 ans ou plus (OFS, 2024a), et un demi-million de 80 ans ou plus. Environ 100 000 personnes vivent dans des EMS.

L'étude «Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz» (Höglinger et al., 2019) montre que les inégalités sociales jouent un rôle majeur dans les chances de vieillir en bonne santé. Malgré le niveau de vie relativement élevé en Suisse, il existe des différences notables en matière de santé, de qualité de vie et d'autonomie quotidienne chez les personnes âgées. Ces disparités sont liées à des facteurs tels que le niveau de formation, le revenu, l'expérience migratoire et la taille du ménage. L'étude met également en évidence que l'isolement social complique la gestion des situations de stress et des maladies. Les personnes âgées vivant seules ont souvent du mal à compenser le manque de ressources sociales dans leur ménage par des ressources externes, ce qui impacte négativement leur qualité de vie: elles souffrent généralement d'une santé subjectivement moins bonne, d'une qualité de vie réduite, d'une autonomie diminuée, ainsi que de dépressions et de douleurs plus fréquentes.

Les migrants âgés constituent un groupe particulièrement vulnérable, car ils sont socialement défavorisés, par exemple en raison des barrières linguistiques, d'un faible revenu ou d'un statut de séjour précaire. En effet, ils sont non seulement davantage touchés par des problèmes de santé, mais ont aussi des besoins spécifiques en matière de soins gériatriques (OFSP, 2024).

5.3 Réfugiés

Fin 2024, environ 132 500 personnes relevaient du domaine de l'asile en Suisse, y compris les personnes admises à titre provisoire et celles au bénéfice d'un statut de protection (SEM, 2024). Environ 65 500 personnes vivent en Suisse en tant que réfugiés reconnus et titulaires d'un permis B. À ce groupe viennent s'ajouter les réfugiés naturalisés.

En raison de leurs expériences et de leurs conditions de vie, les personnes ayant fui leur pays sont confrontées à des défis particuliers en matière de santé (cf. aussi «Éclairage 3» au chap. 7). Elles sont souvent affectées, voire traumatisées, par les événements vécus avant ou pendant leur fuite. De plus, elles sont exposées à des facteurs de stress spécifiques à la migration, tels que les barrières linguistiques, la perte de leur cadre de vie habituel, de leur tissu social et de leur statut social. À cela s'ajoutent des facteurs de stress post-migratoires pendant le processus d'asile, qui peuvent persister plusieurs années: hébergement dans des centres d'asile, absence de structure quotidienne, impossibilité (légale) de travailler, moyens financiers limités et perspectives incertaines. Les personnes admises à titre provisoire sont particulièrement touchées par ces facteurs. En effet, en raison de leur statut juridique, elles vivent dans une situation d'incertitude, sans perspectives claires, qui peut durer des années.

En Suisse, il n'existe que peu de données sur la situation sanitaire des personnes ayant fui leur pays. Selon les estimations des experts, 50 à 60% des requérants d'asile en Suisse souffrent de troubles post-traumatiques, une proportion probablement encore plus élevée chez les jeunes requérants (Müller et al., 2018). Une étude montre que les personnes en provenance d'Ukraine au bénéfice d'un statut de protection présentent davantage de symptômes de stress post-traumatique et de tendances à la somatisation que la population générale (Baier et al., 2022). Selon une étude menée en Allemagne (Biddle et al., 2021), environ 83% des personnes ayant fui leur pays vivant dans des centres d'hébergement collectif ont un état de santé général jugé moyen à très mauvais. De plus, 44% d'entre elles présentent des symptômes dépressifs, et 43% des troubles anxieux.

Bien que l'accès aux soins de santé pour les réfugiés soit garanti par la loi, il se heurte à de nombreux obstacles. Les requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA), les femmes, les personnes traumatisées et les réfugiés souffrant d'un handicap ont des besoins particuliers. Les offres de thérapie pour les réfugiés traumatisés sont insuffisantes (Müller et al., 2018). Une étude sur les soins de santé sexuelle et reproductive des femmes et de leurs nourrissons dans les centres d'hébergement pour requérants d'asile montre également que l'accès aux sages-femmes, aux cours de préparation à l'accouchement et aux moyens de contraception est limité (Cignacco et al., 2017). Dans ce cadre, les difficultés linguistiques constituent un obstacle majeur: la prise en charge des coûts pour les interprètes communautaires fait largement défaut, à l'exception des cantons de Vaud et de Genève (Müller et al., 2018; Cignacco et al., 2017). Une étude allemande révèle que près d'un tiers des personnes ayant fui leur pays

signalent des besoins non satisfaits (renoncement à des prestations) en matière de soins médicaux primaires et spécialisés (Biddle et al., 2021).

5.4 Sans-papiers

Les sans-papiers sont des personnes qui séjournent en Suisse sans autorisation de séjour, pendant plus d'un mois et pour une durée non prévisible (Morlok et al., 2015). Selon une étude datant de 2020, le canton de Zurich abrite à lui tout seul entre 13 600 et 24 900 sans-papiers (Rissi & Stalder, 2020), tandis que le canton de Genève en compte entre 10 000 et 15 000. Le nombre total de sans-papiers en Suisse est estimé entre 90 000 et 100 000 (OFSP, 2023).

En raison de leur situation de vie (conditions de travail précaires, vie dans l'illégalité, situation financière défavorable), les sans-papiers sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé (cf. aussi «Éclairage 3» au chap. 7). En Suisse, il n'existe que peu d'études sur la situation sanitaire des sans-papiers. L'étude genevoise de longue durée «Parchemins» examine depuis 2017 l'impact de l'obtention d'un permis de séjour sur la santé, le bien-être et les conditions de vie des sans-papiers. Les résultats montrent que ces personnes souffrent d'un état de santé général moins bon, de problèmes de santé chroniques plus fréquents et d'une moins bonne santé mentale par rapport à la population générale (Fakhoury et al., 2021; Jackson et al., 2022). Ces résultats sont confirmés par une étude zurichoise (Rissi & Stalder, 2020), qui révèle également que l'absence fréquente d'assurance-maladie et accidents, ainsi que des conditions de travail parfois précaires et illégales, conduisent les sans-papiers à travailler malgré des problèmes de santé, ce qui peut aggraver leur état de santé.

Du point de vue juridique, «les sans-papiers ont, au même titre que toutes les personnes domiciliées en Suisse, l'obligation de contracter une assurance-maladie [...]. Les assureurs sont tenus d'affilier les sans-papiers et ne peuvent transmettre des informations à leur sujet. Les professionnels de la santé sont également tenus au secret.» (OFSP, 2023). Ainsi, d'un point de vue juridique, les sans-papiers ont accès aux soins de santé (OFSP, 2023; plateforme santé sans-papiers, 2025), mais dans la réalité, cet accès est fortement entravé par divers obstacles. La majorité des sans-papiers ne sont pas affiliés à une assurance-maladie, en raison des coûts élevés qui en découlent (primes, franchise, quote-part, contribution aux frais d'hospitalisation) (OFSP, 2016). La crainte en partie fondée que leurs données soient transmises aux autorités migratoires constitue également un frein majeur à leur recours au système de santé.

Toutefois, des soins médicaux de base sont garantis, du moins dans certaines régions: plusieurs villes et régions ont mis en place des structures, telles que des dispensaires mobiles ou des réseaux de médecins accessibles, où les sans-papiers peuvent se faire examiner et traiter gratuitement ou moyennant une faible rémunération (Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers, 2022; OFSP, 2016).

5.5 Personnes en situation de handicap

En Suisse, entre 300 000 et 400 000 personnes vivent avec un handicap durable. Si l'on élargit la définition du handicap, on compte jusqu'à 1,7 million de personnes concernées.

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement touchées par des problèmes de santé qui sont souvent complexes en raison de la comorbidité et de ses interactions. Cependant, les problèmes de santé varient considérablement en fonction du type de handicap et des caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'âge, la situation sociale et d'autres facteurs d'influence biologiques ou sociaux sur la santé.

Les personnes en situation de handicap se heurtent à de nombreux obstacles dans le système de santé. Les difficultés de communication dues à des déficiences sensorielles, cognitives ou psychiques, qui compliquent les échanges avec le personnel de santé, constituent un problème majeur. Les personnes en situation de handicap ont donc des difficultés à obtenir des informations pertinentes sur la santé et à échanger avec le personnel soignant ou les médecins, par exemple. Parallèlement, le personnel de santé ne sait souvent pas comment répondre à leurs besoins spécifiques. Le manque de connaissances sur les formes de communication appropriées, ainsi que les préjugés et la peur du contact, rendent la situation encore plus difficile. Une étude sur l'accès des personnes malentendantes aux soins de santé (Bachmann et al., 2025) montre comment ces obstacles limitent l'accès aux soins médicaux pour les personnes sourdes et malentendantes.

Il existe également des obstacles structurels au sein du système de santé: par exemple, il y a trop peu de services spécialisés pour prendre en compte correctement certaines formes de handicap, et les bâtiments et le matériel sont souvent inaccessibles.

De nombreuses personnes en situation de handicap ont en outre un faible revenu, ce qui rend l'accès aux soins médicaux encore plus difficile. Environ la moitié des bénéficiaires de rentes AI dépendent de prestations complémentaires. À cela s'ajoutent des charges financières considérables liées au handicap lui-même: par exemple, les frais de thérapie qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (AOS), les frais de soins et d'assistance ainsi que les frais de transport et les moyens auxiliaires qui ne sont pas entièrement couverts. Les assurances complémentaires sont souvent difficiles d'accès. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique montrent que 5% des personnes fortement limitées par un handicap renoncent à un traitement médical nécessaire, contre 1% des personnes non handicapées (cf. OFS, 2025e).

5.6 Personnes sans domicile fixe ou risquant de perdre leur logement

En Suisse, on estime que 2200 personnes sont sans domicile fixe (SDF), et que 8000 autres sont menacées de perdre leur logement (Dittmann et al., 2022).

Il existe une corrélation entre l'état de santé et le fait de ne pas avoir de domicile fixe (Blaser et al., 2021; Dittmann et al., 2022): d'une part, les maladies psychiques ou physiques peuvent entraîner la perte du logement. D'autre part, les conditions de vie dans la rue favorisent le développement de maladies psychiques ou somatiques.

Il n'existe que peu d'études suisses sur la situation sanitaire des personnes sans domicile fixe et des personnes risquant de perdre leur logement. Une étude menée dans huit villes suisses a révélé que 16% des personnes SDF interrogées considéraient leur état de santé comme mauvais ou très mauvais (Dittmann et al., 2022). En outre, un tiers d'entre elles souffrent de maladies physiques et/ou psychiques chroniques. Ces résultats sont également confirmés par des études réalisées en Allemagne, entre autres. L'étude NAPSHI, par exemple, observe des prévalences élevées de maladies psychiques et somatiques chez les SDF (Betram et al., 2022).

Deux études suisses se sont concentrées sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. Une étude bâloise, fondée sur un sondage réalisé auprès de professionnels, confirme qu'une grande partie des SDF ou des personnes menacées de le devenir souffrent de troubles psychiques (Blaser et al., 2021). Selon les experts, la proportion de personnes sans domicile fixe souffrant de troubles psychiques a augmenté, une tendance amplifiée par la pandémie de COVID-19. Une autre étude consacrée aux personnes vivant dans des foyers zurichois révèle que 96% des personnes interrogées répondaient aux critères d'un diagnostic psychiatrique (Gesundheitsdienste Stadt Zürich, 2022).

Les soins de santé destinés aux SDF et aux personnes menacées de perdre leur logement présentent des lacunes notables. D'une part, les personnes concernées n'ont pas suffisamment recours aux offres médicales. D'autre part, une grande proportion de SDF, qui ne profitent pas des prestations de l'aide sociale, peuvent accéder aux soins de santé uniquement de manière limitée. Toutefois, dans l'étude susmentionnée menée dans huit villes suisses (Dittmann et al., 2022), seulement 20% des sans-abri interrogés ont indiqué qu'ils ne bénéficiaient pas de soins médicaux suffisants. Les différences entre les villes sont cependant importantes: à Lugano et Zurich, la proportion de lacunes est de 9%, contre 39% à Bâle.

5.7 Bénéficiaires de l'aide sociale

En 2023, quelque 250 000 personnes en Suisse ont bénéficié au moins une fois de l'aide sociale (OFS, 2025d). Le taux d'aide sociale s'élevait alors à 2,8%. Certains groupes de population, tels que les enfants, les étrangers et les personnes divorcées, ont un risque plus élevé de dépendre de l'aide sociale. Les personnes sans formation professionnelle sont également surreprésentées parmi les bénéficiaires. De plus, le taux d'aide sociale est plus élevé dans les zones urbaines et augmente avec la taille de la commune.

Les bénéficiaires de l'aide sociale sont souvent confrontés à des problèmes de santé: d'une part, les problèmes de santé compliquent l'activité professionnelle, et d'autre part, la pauvreté a un effet négatif sur la santé.

Une étude suisse menée à large échelle par la Haute école spécialisée bernoise (BFH) et la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) a examiné l'état de santé, les comportements en matière de santé et le recours aux soins médicaux des bénéficiaires de l'aide sociale (Kessler et al., 2021).

Ces derniers présentent un état de santé nettement moins bon que celui du reste de la population: en effet, ils ont une moins bonne perception de leur propre santé et sont plus souvent atteints de maladies chroniques et de multimorbidité. Leur comportement en matière de santé s'avère également plus problématique ou risqué que celui du reste de la population. Ces constatations avaient déjà été mises en évidence dans une étude réalisée en 2015 à Berne (Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern, 2020).

L'étude de la BFH et de la ZHAW (Kessler et al., 2021) montre que les bénéficiaires de l'aide sociale ont plus souvent des problèmes de santé que le reste de la population, et ce même avant le début de leur soutien. C'est même au début de la période de perception de l'aide sociale que leur santé est en moyenne la plus mauvaise. Cependant, lorsqu'ils quittent l'aide sociale, leur état de santé s'améliore généralement de manière significative. Chez les personnes qui perçoivent l'aide sociale depuis plusieurs années, on ne constate ni détérioration ni amélioration générale de l'état de santé au fil des périodes de perception.

Bien que les bénéficiaires de l'aide sociale recourent plus souvent aux soins médicaux, ils restent insuffisamment pris en charge: ainsi, ils sont plus nombreux que le reste de la population à déclarer avoir renoncé aux examens médicaux nécessaires (Kessler et al., 2021).

5.8 Personnes en détention

En Suisse, environ 6800 personnes se trouvent en détention (OFS, 2025b). Parmi elles, 30% sont en détention préventive ou en détention de sécurité.

L'état de santé des personnes en détention est généralement plus mauvais que celui de la population générale, même avant leur incarcération. Cela s'explique souvent par le fait que de nombreuses personnes concernées ont vécu ou grandi dans des conditions de vie difficiles. Par ailleurs, les conditions de détention peuvent nuire à la santé et entraîner ou aggraver certaines pathologies, notamment en ce qui concerne la santé mentale.

Les rares études existantes sur ce sujet montrent que les maladies infectieuses telles que le VIH/sida, l'hépatite ou la tuberculose sont bien plus fréquentes en prison qu'au sein de la population générale (OFSP, 2012; Duenkel et al., 2005). De plus, les personnes détenues sont davantage exposées à la violence, à la dépendance, au suicide et à la malnutrition (CSCSP, 2024).

D'un point de vue juridique, les détenus ont droit au même accès aux soins de santé primaires que le reste de la population. Toutefois, dans la pratique, cet accès aux soins ne peut pas toujours être garanti. En particulier dans le domaine de la santé mentale, les soins sont probablement insuffisants (Graindorge, 2021). Les barrières linguistiques et socioculturelles constituent également un obstacle majeur dans ce contexte, car plus de 70% des détenus sont d'origine étrangère (OFSP, 2012). En outre, il convient de noter que la proportion de personnes âgées et très âgées en détention est en nette augmentation. Par conséquent, les défis liés à la prise en charge jusqu'à la mort en milieu carcéral augmentent également (OFS, 2024b).

6 Données disponibles: lacunes et perspectives



Ce rapport comprend une trentaine d'indicateurs issus de cinq bases de données. Il rassemble d'une part les résultats de recherches existantes et présente d'autre part de nouvelles données, par exemple sur les différences sociales dans l'incidence de l'infarctus du myocarde et de l'accident vasculaire cérébral, la mortalité et les hospitalisations.

Les données existantes montrent que les iniquités en matière de santé en Suisse sont un problème important. Cependant, il existe encore de nombreuses zones d'ombre concernant l'ampleur, les interactions et les causes. Une meilleure compréhension des iniquités en matière de santé en Suisse nécessite une amélioration de la base de données. Actuellement, la situation en matière de données est trop lacunaire pour obtenir une image complète et différenciée.

Pour de nombreuses maladies et de nombreux facteurs d'influence sur la santé, les sources de données appropriées font défaut. Même lorsque des données sont disponibles, l'analyse en fonction des caractéristiques de la situation sociale représente souvent un défi. Les données existantes ne permettent que dans une mesure limitée des analyses approfondies, intersectorielles

et régionales. Dans le domaine des soins de santé et du recours au système de santé en particulier, qui est un aspect central de l'équité en santé, les données disponibles par caractéristiques sociales sont très limitées. Cela signifie que les obstacles à l'accès au système de santé, par exemple, ne peuvent pas être suffisamment pris en compte. En outre, comme nous l'avons déjà montré au chapitre 5, les données existantes ne permettent pas de rendre compte de manière satisfaisante de la situation en matière de santé de certains groupes de population tels que les enfants et les adolescents, les demandeurs d'asile et les sans-papiers.

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) est la seule source de données nationale pour de nombreuses maladies et comportements – dont le diabète, les maux de dos, les troubles et maladies psychiques, l'activité physique et la consommation de substances – qui permet une évaluation différenciée selon les caractéristiques sociales pour l'ensemble de la population suisse. Cependant, l'ESS devrait déjà être menée sous une forme fortement réduite pour la prochaine enquête en 2027. La Suisse pourrait ainsi perdre de précieuses données sur la santé, en particulier

celles qui ne sont collectées dans aucune autre source de données.

Un suivi complet des iniquités en matière de santé, avec des indicateurs clés sur l'état de santé et les facteurs d'influence, est essentiel pour pouvoir prendre des mesures visant à favoriser l'équité en santé. Mais comment combler les lacunes et améliorer la situation en matière de données?

Les données existantes doivent être mieux utilisées et d'autres données doivent être collectées de manière ciblée lorsque cela est utile. Les jeux de données MS/CoD/RS et NKS/RS créés pour ce rapport mettent en évidence le potentiel des données existantes: si les données disponibles sont davantage reliées entre elles, de nouvelles possibilités s'ouvrent. Par exemple, en reliant les données de santé aux comptes individuels de la Centrale de compensation (CdC) ou aux données fiscales, il serait possible à l'avenir d'enrichir un nombre nettement plus important de cas avec des informations plus précises sur la situation sociale que ce qui est possible uniquement avec les échantillons du relevé structurel (Burla, 2023).

Les données des assurances maladie offrent également un grand potentiel d'analyse. L'OFSP est en train de constituer une base contenant des données des assurances. Si ces dernières pouvaient être associées à des données sur les caractéristiques sociales (éducation, situation financière, etc.), cela ouvrirait de nombreuses nouvelles possibilités d'analyse dans le domaine des iniquités en matière de santé.

Les données des services de médecine scolaire, par exemple, représentent également une source de données à fort potentiel (Burla, 2023): presque tous les enfants participent aux examens médicaux préventifs réalisés dans le cadre scolaire. Cependant, il n'existe actuellement aucun système uniforme de saisie et de collecte de ces données.

Les explications montrent que les données existantes permettent d'obtenir des informations importantes sur les iniquités en matière de santé, mais qu'il existe des lacunes et un potentiel d'amélioration. De nouvelles bases de données et de nouveaux recouvrements peuvent ouvrir de nouvelles possibilités. Mais il faut aussi des données et des enquêtes complémentaires. Les expériences menées à l'étranger peuvent être une source d'inspiration précieuse: l'exemple de la Grande-Bretagne montre par exemple qu'il peut être judicieux de donner la priorité à certains domaines dans lesquels l'équité en santé doit être améliorée, puis de mesurer les iniquités en matière de santé dans ces domaines (Kelly & Toleikyte, 2024).

Une approche nationale systématique est essentielle pour combler les lacunes dans les données disponibles, relier de manière pertinente les données existantes et planifier de manière ciblée de nouvelles enquêtes. C'est la seule façon d'obtenir des informations fiables et de développer des mesures efficaces pour promouvoir l'équité en santé.

7 Synthèse

Le rapport comprend des résultats sur plus de 30 indicateurs, différenciés selon diverses caractéristiques sociales. Les principales conclusions sont résumées ci-après en fonction du sexe, des caractéristiques socioéconomiques (formation et revenu), des aspects liés à la migration ainsi que de la modalité de genre et de l'orientation sexuelle. Il convient de rappeler ici que les corrélations montrées ne permettent pas de tirer de conclusion sur les relations de cause à effet (cf. explications dans l'encadré E2 figurant en introduction). Elles sont complétées par des contributions de spécialistes invités, qui les approfondissent et mettent en lumière d'autres aspects clés des iniquités en matière de santé.

7.1 Sexe

De nombreux indicateurs de santé révèlent des différences significatives entre les femmes et les hommes.

Les femmes sont plus souvent affectées dans leur santé: elles font plus souvent état de problèmes de santé de longue durée, d'un épuisement émotionnel au travail et de charges physiques au travail. Elles souffrent aussi plus souvent de symptômes de dépression: chez les filles de 11 à 15 ans, la proportion de celles qui se sentent (très) mal psychiquement est deux fois plus élevée que chez les garçons du même âge. En revanche, d'autres indicateurs montrent une plus forte exposition des hommes; ces indicateurs sont parfois étroitement liés aux différences entre les sexes en matière de mode de vie, notamment le tabagisme (cf. le modèle conceptuel en introduction et l'encadré «Éclairage 1»). Les hommes souffrent bien davantage de diabète, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie et sont plus fréquemment atteints de cancer. Les différences de poids sont également importantes: plus de la moitié des hommes sont en surpoids, contre environ un tiers des femmes. Parmi les enfants et les jeunes, les garçons sont déjà plus souvent en surpoids. Les hommes présentent également un risque d'infarctus du myocarde trois fois plus élevé et un risque d'AVC presque deux fois plus élevé que les femmes. Enfin, le taux de mortalité et le risque de mortalité évitable sont également deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Les différences entre les sexes s'observent également dans les comportements en matière de santé: si les hommes sont en moyenne plus actifs physiquement – avec un net avantage pour les garçons, en particulier chez les jeunes –, ils fument plus et

boivent davantage d'alcool que les femmes et veillent moins à s'alimenter sainement.

En ce qui concerne les soins de santé, les données montrent que les hommes sont plus exposés au risque d'hospitalisations potentiellement évitables et de réadmissions hospitalières non planifiées. Parallèlement, ils ont davantage recours aux examens de dépistage du cancer du côlon.

Éclairage 1 Le sexe biologique, le genre et les disparités en santé

Angèle Gayet-Ageron (Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne) et Melissa Dominice Dao (Service Médecine de Premier Recours, HUG, Université de Genève)

Le sexe biologique défini par les chromosomes et les hormones sexuels permet d'expliquer certaines disparités en santé entre hommes et femmes. Durant la pré-ménopause, l'effet des œstrogènes et les prédispositions anatomophysiologiques sont associés au risque plus faible de maladies cardiovasculaires et de décès chez les femmes comparées aux hommes. De plus, les hommes adoptent plus souvent des comportements à risque, notamment dans leurs habitudes alimentaires et la consommation de tabac et d'alcool. Ils ont également moins souvent recours aux mesures de prévention sanitaire. Ces facteurs de risque s'ajoutent à l'effet défavorable du sexe biologique. Après la ménopause, la tendance s'inverse: non seulement les femmes bénéficient moins de l'effet protecteur hormonal, mais elles sont aussi plus souvent victimes de préjugés liés au genre, se traduisant par une moindre considération des symptômes cardiovasculaires à l'admission associée à une moins bonne prise en charge médicale (Huber et al., 2022). Les rôles attribués au genre se construisent dès l'enfance, par immersion dans un environnement social et culturel donné. Ils constituent également un facteur clé pour comprendre les iniquités en matière de santé. La place des femmes dans la société est plus défavorable que celle des hommes concernant les ressources économiques, la répartition des tâches professionnelles et domestiques ou l'accès à des postes dirigeants. Ainsi, les femmes semblent plus affectées par les maladies mentales que les hommes. De leur côté, les hommes expriment plus difficilement leur souffrance psychique et recourent moins fréquemment à une prise en charge médicale précoce, ce qui conduit à plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes.

Ces exemples montrent l'intersection entre sexe, genre et santé, bien que d'autres facteurs comme l'âge ou le niveau socioéconomique influencent aussi l'accès au diagnostic et aux soins préventifs et curatifs.

Quelles solutions?

Les notions de sexe biologique et de genre sont parfois utilisées de façon interchangeable, introduisant une certaine imprécision dans l'interprétation des différences observées en santé. L'influence du sexe et du genre sur l'expression des symptômes et la prise en considération de ceux-ci par les médecins et le personnel de santé en général, ainsi que dans l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge, doit être mieux intégrée dans la formation professionnelle, au moyen d'une approche basée sur les preuves. La sensibilisation du public et l'existence d'un cadre légal garantissant l'égalité de traitement sans discrimination sont également des leviers essentiels pour réduire les iniquités liées au genre en matière de santé et ainsi améliorer la santé de toute la population.

7.2 Formation et caractéristiques liées au revenu

Les résultats de ce rapport mettent en évidence des iniquités en matière de santé parfois importantes en fonction des caractéristiques socioéconomiques. À cet égard, la situation de vie et professionnelle, ainsi que le mode de vie, étroitement lié, jouent un rôle central (cf. le modèle conceptuel en introduction et l'encadré «Éclairage 2»).

Les personnes ayant un faible niveau de formation et des difficultés financières sont nettement moins nombreuses à déclarer être en bonne santé et jouir d'une qualité de vie élevée. Elles sont sensiblement plus concernées par des problèmes de santé chroniques, l'hypercholestérolémie, des contraintes liées à la santé et une mauvaise santé bucco-dentaire. Par ailleurs, elles sont même plus de deux fois plus touchées par le diabète, des symptômes de dépression ou encore l'obésité. Le risque d'infarctus du myocarde ou d'AVC, ainsi que de cancer des bronches, des poumons et de la trachée et de cancer du côlon est également nettement plus élevé parmi les personnes ayant un faible niveau de formation. Il en va de même pour le risque de mortalité, qui s'élève globalement à environ 60% et même à plus de 80% pour le risque de mortalité évitable.

Les résultats font également état de grandes différences dans les comportements en matière de santé: les personnes ayant un niveau de formation élevé et une bonne situation financière ont une alimentation plus saine, exercent plus souvent une activité physique suffisante et fument plus rarement. Les différences sont particulièrement marquées en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes («5 par jour»), qui est plus de deux fois plus fréquente chez les personnes ayant achevé une formation tertiaire que chez celles ayant suivi une formation inférieure. En revanche, la situation est tout autre en ce qui concerne la consommation d'alcool: elle tend à être légèrement plus élevée chez les

personnes ayant un niveau de formation élevé, en particulier chez les femmes.

Les contraintes liées au travail sont également réparties de manière inégale: les activités pénibles sur le plan physique sont nettement plus fréquentes chez les personnes sans formation post-obligatoire et chez celles qui rencontrent des difficultés financières. En revanche, les contraintes psychosociales sont légèrement plus fréquentes chez les hommes disposant d'une meilleure situation financière. L'épuisement émotionnel au travail est deux fois plus fréquent chez les personnes en situation financière difficile. De même, le soutien social est plus faible, en particulier chez les jeunes ayant un faible niveau de formation ou des problèmes financiers.

En ce qui concerne le recours au système de santé, il ressort que les personnes ayant un faible niveau de formation ou un faible revenu renoncent beaucoup plus souvent aux traitements médicaux pour des raisons financières. Cette tendance est particulièrement marquée pour les prestations dentaires: les personnes sans formation post-obligatoire y renoncent trois fois plus souvent que celles dont le niveau de formation est élevé. Si l'on considère les résultats en fonction des privations matérielles et sociales, les écarts sont encore plus marqués. De plus, les personnes ayant un niveau de formation moins élevé sont non seulement plus souvent exposées à des hospitalisations évitables et à des réadmissions hospitalières non planifiées, mais elles ont également moins souvent recours aux examens préventifs pour le dépistage précoce du cancer du côlon et de la prostate.

Différences sociales dans les indicateurs de santé selon le sexe

Les différences entre les sexes en fonction de la formation et des variables de revenu ne sont pas uniformes. Il convient de noter que ces analyses différenciées présentent parfois des limites en raison du nombre restreint de cas (cf. aussi «Éclairage 5» au chap. 7).

Pour de nombreux indicateurs, les différences selon le niveau de formation sont plus marquées chez les femmes, voire elles ne s'observent que chez elles: c'est par exemple le cas pour les problèmes de santé de longue durée, les contraintes liées à la santé, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et les AVC. En cas d'infarctus aigu du myocarde, la différence entre les sexes en fonction du niveau de formation est très nette: les femmes sans formation post-obligatoire présentent un risque d'infarctus du myocarde deux fois plus élevé que celles qui ont suivi une formation tertiaire, tandis que chez les hommes, cet écart est beaucoup plus faible. Le lien avec la formation est également plus marqué chez les femmes en ce qui concerne l'attention portée à une alimentation saine, la consommation chronique d'alcool à risque et la littératie en santé.

Pour d'autres indicateurs, les différences selon la formation (et en partie selon les caractéristiques du revenu) ne s'observent que chez les hommes ou sont plus prononcées chez eux: il s'agit de

l'état de santé auto-évalué, du diabète, du risque de cancer des bronches, des poumons et de la trachée et de cancer du côlon, de la consommation de tabac, du renoncement aux soins, des hospitalisations potentiellement évitables et du dépistage du cancer du côlon. En ce qui concerne le risque de mortalité et le risque de mortalité évitable, les hommes au niveau de formation le plus bas sont même deux fois plus touchés que ceux au niveau de formation le plus élevé.

Les différences sociales entre les femmes et les hommes sont à peu près équivalentes en ce qui concerne la qualité de vie, les symptômes de dépression, la mauvaise santé bucco-dentaire, l'activité physique, le soutien social, le soutien émotionnel au travail ou les réadmissions hospitalières non planifiées.

En résumé, on peut dire que les inégalités sociales en Suisse se manifestent clairement en ce qui concerne la santé, la maladie et les comportements en matière de santé. Le niveau de formation et le revenu influencent non seulement le risque de maladie, mais aussi le recours et l'accès aux soins.

Éclairage 2 Position socioéconomique

Stéphane Cullati & Fabienne Buholzer-Mercier, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

En Suisse, comme dans d'autres pays, la santé varie selon la position socioéconomique et la situation des personnes migrantes. Ces disparités, mises en évidence par plusieurs indicateurs du rapport (p. ex. G 1.5, G 1.9, G 1.11, G 1.14, G 1.26, G 1.28, G 1.34), reflètent la stratification sociale d'une société, qui repose sur deux dimensions principales: les ressources et le statut social (Bourdieu, 1976; Weber, 2003).

Les ressources englobent les ressources économiques (revenu), sociales (la famille, les amis, les collègues), cognitives et émotionnelles (niveau de formation, maîtrise de la langue, traits de personnalité). Elles permettent aux individus de fonctionner et de s'intégrer dans la société. Les ressources incluent également les réserves financières, relationnelles et cognitives, qui jouent un rôle en cas de coups durs, d'accidents ou de transitions de vie non normatives (Cullati et al., 2018). Ainsi, selon sa famille d'origine, sa formation, son emploi, sa situation familiale ou son parcours migratoire, un individu disposera de ressources plus ou moins importantes. Celles-ci influenceront ses comportements, sa trajectoire de santé et sa capacité d'adaptation face aux difficultés de la vie. Par exemple, un diplôme élevé confère des compétences utiles à la navigation dans les systèmes sociaux et de santé et est associé à une plus longue espérance de vie (Balaj et al., 2024).

Le statut social recouvre deux aspects, étroitement liés. Le premier est social: il s'agit des représentations sociales associées à certaines positions dans les hiérarchies sociales, qui peuvent conférer prestige ou, au contraire, stigmatisation et discrimination. Ces représentations sociales influencent les interactions sociales quotidiennes, en bien ou en mal, traduisant le

mécanisme d'influence psychosociale sur la santé (Bartley & Kelly-Irving, 2025). Elles influencent également les opportunités professionnelles sur le marché de l'emploi. Le second est institutionnel ou structurel: il renvoie au statut administratif d'un individu dans la société, qui détermine ses droits et devoirs. L'aspect institutionnel du statut social confère généralement à un individu un accès au système de protection sociale, d'éducation et de santé de la société dans laquelle il vit. Par exemple, une personne sans titre de séjour ne peut pas travailler légalement. La détermination du statut social, dans ses deux aspects, peut varier considérablement d'une société à l'autre. Ces deux facteurs de la stratification sociale – ressources et statut – s'influencent mutuellement et sont comme les deux faces d'une même pièce. Par exemple, devenir professeur d'université ou directeur d'entreprise procure à la fois des ressources financières et un prestige social élevé. À l'inverse, des professions peu rémunérées comme aide de cuisine ou agent d'entretien sont souvent dévalorisées socialement (Joye et al., 2023). Cette corrélation entre ressources et statut explique pourquoi les personnes en position défavorisée *accumulent* les désavantages, avec des conséquences marquées sur leur santé; et inversement. Ces processus d'accumulation d'avantages ou de désavantages peuvent se transmettre aux générations suivantes, créant des inégalités persistantes.

7.3 Statut migratoire/nationalité

Il convient tout d'abord de préciser que les analyses en fonction du statut migratoire ou de la nationalité se heurtent à des limites. L'attribution aux catégories correspondantes (groupes de nationalités issus ou non de la migration) est quelque peu limitée, car il s'agit de groupes très hétérogènes, avec des différences en termes de pays d'origine, de durée de séjour, de statut légal, de niveau de formation, de situation sociale et de compétences linguistiques. En outre, il est probable que les personnes ayant peu de compétences linguistiques dans une langue nationale soient sous-représentées dans les données disponibles.

Les différences constatées dans les indicateurs de santé ne peuvent donc souvent pas être clairement attribuées au statut migratoire lui-même, mais sont souvent liées à des facteurs structurels ou socioéconomiques. Le rapport en tient compte en différenciant les évaluations selon le statut migratoire et la nationalité, mais aussi selon le niveau de formation et la situation financière. Cette analyse différenciée n'était toutefois possible que de manière restreinte, le nombre de cas étant trop faible pour de nombreux sous-groupes. Par conséquent, l'absence de résultats significatifs permet difficilement de savoir s'il n'y a pas de différence ou si le nombre de cas est simplement trop faible pour donner un résultat probant.

Les résultats montrent que les personnes de nationalité étrangère ou issues de la migration sont désavantagées dans plusieurs domaines de la santé, mais pas de manière constante ni dans tous les domaines.

Les personnes originaires d'Europe du Sud et de l'Est déclarent en moyenne être en moins bonne santé et jouir d'une moins bonne qualité de vie et sont plus souvent en surpoids que les Suisses ou les personnes immigrées d'Europe du Nord et de l'Ouest, même à niveau de formation équivalent. Les enfants et les jeunes issus de la migration sont presque deux fois plus souvent en surpoids. Pour certaines maladies comme le diabète ou l'hypercholestérolémie, les personnes originaires d'Europe du Sud ou de l'Est et des pays non membres de l'UE sont également plus souvent touchées.

Il n'est toutefois pas possible de ventiler les résultats en fonction du niveau de formation ou de la situation financière en raison du nombre trop faible de cas. En revanche, aucune différence significative n'est observable pour l'hypertension artérielle et la dépression. Un risque plus faible d'infarctus du myocarde, d'AVC ou de certains cancers a été constaté chez les personnes présentant des barrières linguistiques, mais les résultats ne sont pas toujours significatifs. Il est surprenant de constater que les personnes issues de la migration, en particulier celles de la première génération, présentent un risque de mortalité ou un risque de mortalité évitable plus faible. Ce phénomène a été observé dans d'autres études et pourrait s'expliquer par l'«effet du migrant en bonne santé». On observe également des différences en ce qui concerne les comportements liés à la santé: les personnes originaires d'Europe du Sud et de l'Est font moins d'activité physique, fument plus souvent, mais ont moins souvent une consommation d'alcool chronique à risque. Une faible connaissance des langues nationales est également associée à une compétence plus faible en matière de santé.

Les personnes issues de la migration renoncent plus souvent à des traitements médicaux ou dentaires nécessaires, indépendamment de leur niveau de formation ou de leur revenu. Le risque d'hospitalisations évitables et de réadmissions hospitalières non planifiées est également plus élevé chez les personnes ayant de faibles connaissances linguistiques. Il est même considérablement plus élevé chez les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire.

Éclairage 3 Situation des personnes issues de la migration

Stéphane Cullati & Fabienne Buholzer-Mercier, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

Aborder la situation des personnes migrantes en Suisse révèle des dynamiques spécifiques liées à des facteurs de stratification sociale (cf. «Éclairage 2»). La migration peut influencer la santé physique et psychique des personnes migrantes de manière complexe.

Pour une personne migrante en Suisse, les ressources et le statut social représentent souvent des obstacles initiaux. Souvent dépourvue de ressources financières, cognitives (comme la maîtrise de la langue locale) et sociales, elle doit les reconstruire: trouver un emploi, apprendre la langue, créer un réseau

social ou encore réunir sa famille. Ce processus, parfois difficile (p. ex. à cause de la discrimination à l'emploi ou au logement), peut contribuer à améliorer son statut social. Parallèlement, elle doit acquérir un statut administratif stable, condition nécessaire pour résider durablement et accéder aux mêmes droits que les autres habitants (Castañeda et al., 2015). Vivre sans statut administratif légal place les personnes migrantes dans une position vulnérable, rendant difficile la reconstitution des ressources financières, cognitives et sociales, jusqu'à leur régularisation. Toutefois, pour les personnes ayant vécu longtemps sans statut légal, la régularisation, bien qu'apportant un soulagement, peut aussi s'accompagner de nouvelles contraintes et de stress (Refle et al., 2024).

Il est important de souligner que les personnes migrantes ne forment pas un groupe homogène, mais recouvrent une grande diversité de situations. Il n'existe pas une seule typologie, mais plusieurs, distinguant par exemple les migrants économiques, les étudiants, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les migrants environnementaux ou encore les personnes sans statut légal (OIM, 2019). De plus, il faut distinguer les personnes issues de la migration selon qu'elles sont nées dans leur pays d'origine (1^{re} génération) ou en Suisse (2^e génération ou plus).

Par ailleurs, seule une petite proportion de la population des pays d'origine migre. Il s'agit souvent de personnes disposant déjà de certaines ressources financières, cognitives et sociales, ainsi que d'un bon état de santé physique et mentale. En effet, entreprendre une migration implique des risques et des efforts que les personnes en mauvaise santé ne peuvent souvent pas assumer. Ainsi, les personnes migrantes arrivant en Suisse forment une population «sélectionnée», généralement en meilleure santé que la moyenne de la population suisse, un phénomène également appelé «effet du migrant en bonne santé» (*Healthy Migrant Effect*).

Cependant, cet avantage tend à s'estomper avec le temps ou à travers les générations. L'adaptation au mode de vie local (notamment les habitudes alimentaires) et l'exposition prolongée à des conditions de vie précaires dans le pays d'accueil peuvent détériorer la santé. Ce phénomène est accentué lorsque les personnes migrantes peinent à améliorer leurs ressources ou sont confrontées à des discriminations, notamment fondées sur leur origine ethnique.

7.4 Modalité de genre et orientation sexuelle

On constate des différences notables en matière de santé selon la modalité de genre et l'orientation sexuelle.

Les personnes trans et non binaires, c'est-à-dire les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance, déclarent moins souvent être en bonne à très bonne santé et jouir d'une bonne qualité de vie que les personnes cisgenres. De plus, elles présentent environ trois fois plus souvent des symptômes de dépression. Elles pratiquent également moins souvent une activité physique suffisante et fument plus fréquemment.

Chez les adultes, il y a peu de différences en termes de santé et de qualité de vie selon l'orientation sexuelle. Chez les jeunes, en revanche, les écarts sont importants: seulement 58% des jeunes homosexuels et bisexuels estiment être en bonne santé (contre 85% des hétérosexuels) et seulement 35% se disent satisfaits de leur vie (contre 72%).

Les symptômes de dépression touchent trois fois plus souvent les personnes homosexuelles et bisexuelles que les personnes hétérosexuelles. Les jeunes homosexuels et bisexuels sont deux fois plus nombreux que les jeunes hétérosexuels à faire état d'un mal-être mental.

En ce qui concerne la pratique d'une activité physique, il n'y a pas de différence chez les adultes en fonction de l'orientation sexuelle, contrairement à ce que l'on observe chez les jeunes: par rapport aux jeunes hétérosexuels, les jeunes homosexuels et bisexuels déclarent deux fois moins souvent s'adonner à au moins une heure d'activité physique par jour. Il apparaît également que les femmes homosexuelles et bisexuelles fument plus souvent que les femmes hétérosexuelles.

Éclairage 4 Vulnérabilité en santé des personnes LGBT

Angèle Gayet-Ageron (Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne) et Melissa Dominice Dao (Service Médecine de Premier Recours, HUG, Université de Genève)

Les personnes de la diversité sexuelle et de genre, ou LGBT pour Lesbienne, Gay, Bisexuelle et Transgenre, sont considérées comme vulnérables en santé, car elles sont à risque de violences, de discriminations et d'un moins bon accès à des soins de santé de qualité (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Council of Europe's Committee, 2023). Ces iniquités en matière de santé sont en lien avec des normes culturelles et sociales, allant de l'hétéro-cisnormativité à des discours ouvertement anti-LGBT, avec un manque de données scientifiques sur les enjeux de santé spécifiques des personnes LGBT et avec des barrières institutionnelles, y compris un manque de formation du personnel de santé. L'intersectionnalité avec d'autres sources de vulnérabilités s'y surajoute.

En Suisse, les personnes transgenres et non binaires, c'est-à-dire dont l'identité de genre n'est pas en adéquation avec leur sexe attribué à la naissance, sont particulièrement à risque d'iniquités en matière de santé, comme le montre ce rapport, ainsi que d'autres études (Council of Europe's Committee, 2023). Ces personnes rapportent plus fréquemment des symptômes dépressifs, une qualité de vie plus faible et un manque de soutien social. Les jeunes LGBT présentent également des niveaux nettement inférieurs de santé mentale et de bien-être par rapport à leurs pairs hétérosexuels. Les iniquités en matière de santé mentale sont donc un enjeu majeur pour les personnes de la diversité sexuelle et de genre. Les données disponibles concernant la majorité des enjeux de santé de ces personnes en Suisse restent lacunaires.

Quelles perspectives d'avenir?

La proportion de personnes s'identifiant comme LGBT est en augmentation constante, atteignant 9,3% des adultes et 23,1% de la génération Z selon un sondage de 2024 (Gallup, 2024). Il paraît donc essentiel que les futures enquêtes recueillent systématiquement le sexe assigné à la naissance, le genre d'usage et l'orientation sexuelle afin de documenter de manière fiable l'état de santé des personnes de la diversité sexuelle et de genre. Enfin, les personnes intersexes, c'est-à-dire dont les caractéristiques sexuelles ne sont pas complètement et uniquement mâles ou femelles pour des raisons anatomiques, chromosomiques, génétiques ou hormonales, sont totalement absentes des données disponibles; les enquêtes futures devraient prendre en compte cette minorité invisible.

7.5 Données lacunaires

Les données existantes permettent de démontrer que les iniquités en matière de santé sont également une réalité en Suisse. Leur ampleur, leurs causes et les dynamiques à l'œuvre, de même que les groupes de population particulièrement touchés, restent encore souvent peu clairs. Ce phénomène s'explique principalement par le manque de données: bien qu'il existe quelques sources précieuses, elles sont souvent incomplètes, insuffisamment différenciées ou ne sont pas (encore) reliées de manière systématique.

La mise en relation des bases de données existantes, le relevé différencié des caractéristiques sociales et les enquêtes complémentaires peuvent contribuer à combler les lacunes existantes. Dans le même temps, il apparaît clairement que les enquêtes standardisées ne permettent guère d'atteindre certains groupes de population, par exemple les sans-papiers, les personnes sans domicile fixe ou, parfois, les personnes ayant fui leur pays. Des études spécifiques sont indispensables pour mettre en évidence l'état de santé de ces personnes.

Éclairage 5 Intersectionnalité

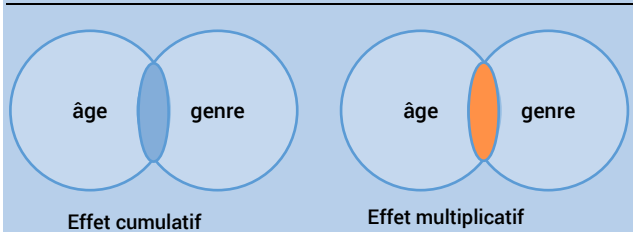
Delphine Courvoisier et Justine Daverio, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

La notion d'intersectionnalité, introduite par Kimberlé Crenshaw en 1989, apparaît dans les luttes du *Black feminism* et des *critical legal studies* pour analyser les oppressions croisées subies par les femmes noires (race + genre). Ce cadre théorique révèle comment les systèmes de pouvoir (racisme, sexisme, classisme) interagissent pour créer des expériences spécifiques de marginalisation dans les groupes socioéconomiquement vulnérables (Crenshaw et al. 2021). Plus encore, l'intersectionnalité analyse comment les systèmes d'oppression se coproduisent mutuellement, créant des positions sociales hiérarchisées, qui peuvent être source de vulnérabilités de santé. Ces catégories sont évaluées par rapport à des normes dominantes: le féminin *versus* le masculin, la vieillesse *versus* l'âge adulte, par exemple (Perriard 2020). En 2024, l'intersectionnalité peine encore à être opérationnalisée dans les politiques publiques européennes (La Barbera et al. 2024), notamment en santé, malgré son utilité prouvée pour décrypter les inégalités complexes.

Tel que souligné dans le rapport, l'équité en santé – comme les iniquités en matière de santé – est une notion complexe qui ré- fère à un objectif de santé publique «visant à offrir, dans la mesure du possible, à tous les individus, les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé» (cf. p. 7). L'équité en santé sous-tend alors la nécessité d'apporter à certains individus plus de soins dans le but d'améliorer et de stabiliser leur niveau de santé. L'intersectionnalité nuance la notion de vulnérabilité de santé, en mettant en exergue leur effet non seulement cumulatif, mais aussi multiplicatif.

En Suisse, la gouvernance en santé reconnaît les iniquités comme un enjeu majeur, avec pour objectif explicite de les réduire. Dans ce contexte, l'approche intersectionnelle suscite un intérêt croissant pour sa capacité à enrichir l'analyse des politiques de santé axées sur l'équité (Hanvinsky et al. 2014). En effet, le cadre théorique de l'intersectionnalité est reconnu comme essentiel dans la recherche en santé lorsqu'il s'agit de considérer les problèmes de santé des personnes les plus vulnérables.

G 7.1 Schéma théorique des effets potentiels de deux vulnérabilités



Source: illustration Obsan

© Obsan 2025

Néanmoins, de nombreuses interventions peuvent, sans le vouloir, amplifier les vulnérabilités en santé, en se concentrant sur une seule source de vulnérabilité, ce qui peut encore aggraver les iniquités. L'approche intersectionnelle possède donc un potentiel particulièrement intéressant pour évaluer et concevoir des interventions de santé publique orientées vers plus d'équité (Tiner 2023).

Ce rapport a principalement croisé les analyses des disparités sociales avec le sexe et l'âge afin d'évaluer si ces variables accentuent ou atténuent les écarts observés. L'observatoire reconnaît explicitement qu'analyser une seule caractéristique peut être réducteur, car c'est souvent la combinaison de plusieurs facteurs qui intensifie la vulnérabilité en matière de santé. Le rapport souligne aussi que, bien que des croisements aient été faits avec le sexe et l'âge, la taille parfois restreinte des échantillons a limité la possibilité d'analyses intersectionnelles plus fines. Cela montre à la fois la pertinence et les défis de l'approche intersectionnelle dans l'étude des inégalités en santé.

Ainsi, l'Obsan met en lumière les angles morts des analyses unidimensionnelles, par exemple lorsque nous regroupons les individus requérant l'asile depuis des pays de l'Est et les cadres venant des pays de l'Est sous la seule catégorie de l'origine géographique (cf. chap. 7), en se focalisant sur une seule caractéristique spécifique. Il illustre aussi qu'ignorer une approche intersectionnelle peut entraîner des conséquences graves, voire mortelles, comme on le constate sur l'infarctus aigu du myocarde, où les hommes sont globalement plus à risque, bien que les femmes ayant un niveau de formation bas présentent, elles aussi, un risque accru (p. 28). Cette approche intersectionnelle est désormais reconnue comme essentielle pour des politiques de santé réellement inclusives et des interventions adaptées (Hanvinsky et al. 2014). L'Obsan reconnaît qu'analyser séparément les vulnérabilités risque d'en minimiser l'impact cumulé, mais illustre bien aussi qu'intégrer cette complexité dans les analyses statistiques reste un véritable défi.

Éclairage 6 Inégalités en matière de santé tout au long de la vie

Cornelia Wagner, Stéphane Cullati et Arnaud Chiolerio, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

La perspective des parcours de vie est non seulement utile, mais aussi nécessaire pour comprendre comment et pourquoi il existe des iniquités en matière de santé en Suisse. Au cours de la vie, des facteurs biologiques, sociologiques et psychologiques interagissent de manière dynamique et conduisent à des évolutions individuelles sur le continuum de la santé et de la maladie. Cette perspective multidisciplinaire part du principe que nombre de conséquences sur la santé, par exemple les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, n'apparaissent pas soudainement, mais se développent lentement sur des années et des décennies. La perspective des parcours de vie est nécessaire non seulement pour comprendre comment les iniquités en matière de santé se développent, mais aussi pour déterminer les mesures appropriées et précoces à prendre pour les réduire. Les mesures préventives visant à les atténuer peuvent avoir des effets variables en fonction du moment où elles sont prises au cours de la vie. Cette complexité pose certes des défis, mais elle ouvre également la voie à des interventions ciblées et fondées sur des preuves, qui peuvent réduire les iniquités en matière de santé, non seulement pour la génération actuelle, mais aussi pour les générations futures.

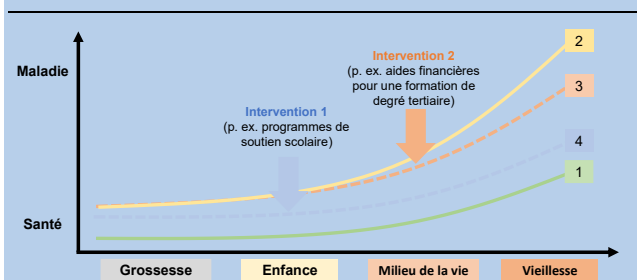
Pour illustrer la perspective des parcours de vie, prenons l'exemple des différences de niveau de formation dans le domaine de la santé. L'effet positif de la formation sur différents facteurs de santé tels que la mortalité (cf. G 1.38) ou l'infarctus du myocarde (cf. G 1.34) est bien établi, tant en Suisse qu'à l'étranger (Hamad et al., 2018). Au cours de la vie, la formation est le premier facteur clé de la position socioéconomique et pose les jalons pour ce qui est de la profession, du revenu et du patrimoine plus tard dans la vie, trois facteurs qui influencent également la santé. Elle est donc à la fois un indicateur clé et un point d'appui potentiel pour les interventions (G 7.2).

Des études montrent que la formation influence la santé à travers des mécanismes comportementaux (p. ex. la consom-

mation de tabac ou d'alcool, l'activité physique), socioéconomiques (p. ex. revenus plus élevés, conditions de logement plus sûres) et psychosociaux (p. ex. stress chronique, sentiment d'autonomie dans la vie). La perspective des parcours de vie et ses principes directeurs permettent d'approfondir notre compréhension des interactions qui se jouent entre ces mécanismes. Le principe du parcours de vie qui fait référence à la «vie en réseau» signifie par exemple que les personnes ne vivent pas leur vie seules, mais qu'elles s'influencent mutuellement par des relations communes et interdépendantes.

Dans ce contexte, nous pouvons voir comment la formation des parents peut avoir un impact sur la réussite scolaire des enfants. Un autre principe intitulé «temps et lieu» montre que la vie d'une personne est fortement influencée par l'époque historique et le lieu géographique où elle vit. Ainsi, un même niveau de formation, par exemple une maturité, peut prendre des significations différentes selon l'époque, par exemple il y a 100 ans par rapport à aujourd'hui, et le lieu.

G 7.2 Parcours de vie sur le continuum de la santé et de la maladie et manière dont ils pourraient être modifiés par des mesures éducatives à différentes étapes de la vie.



1) Parcours optimal; 2) parcours moyen; 3) parcours après une intervention au milieu de la vie; 4) parcours après une intervention au début de la vie.

Source: Adaptée de Wagner et al., 2024.

Éclairage 7 Prévention et promotion de la santé – pour une amélioration de l'équité en santé

Corinna Bisegger, Croix-Rouge suisse

Les chiffres parlent d'eux-mêmes: «(...) un ouvrier non qualifié [meurt] en moyenne quatre à cinq ans plus tôt (...) qu'un diplômé universitaire.» Le premier rapport sur la santé en Suisse publié par l'Obsan (2008; p. 26) faisait déjà état de cette iniquité marquée en matière de santé, en particulier chez les hommes. Les chiffres actuels du rapport sur l'équité en santé présentent pour la première fois les iniquités de manière différenciée pour différents groupes. Le rapport souligne également à quel point les personnes ayant un faible niveau de formation et moins de ressources financières sont désavantagées en matière de santé. Les disparités selon les niveaux de formation se sont même accrues ces trente dernières années (cf. G 1.27).

Identifier les causes: les iniquités en matière de santé sont dues aux différences de ressources, comme le montre bien le modèle (cf. G E.2). En clair: les personnes ayant peu de moyens financiers s'offrent une alimentation moins équilibrée et tardent souvent trop longtemps à consulter un médecin. Les personnes qui effectuent des travaux physiquement pénibles et qui touchent des bas salaires souffrent souvent de troubles chroniques et n'ont guère l'énergie nécessaire pour entreprendre des activités favorables à la santé. Et celles qui présentent un faible niveau de formation et ne maîtrisent pas la langue locale n'auront guère accès aux offres de prévention et de promotion de la santé. L'expérience du terrain le montre aussi régulièrement: la pauvreté peut rendre malade.

Réduire les inégalités sociales: le nœud du problème réside dans les inégalités sociales, qui influencent fortement l'équité en santé. Les personnes qui grandissent dans une famille disposant de peu de moyens financiers ont moins de chances d'avoir un niveau de formation élevé. Même les personnes bien formées ayant fui leur pays se situent souvent dans la catégorie des bas salaires. Les mesures d'économie des pouvoirs publics détériorent souvent les conditions-cadres pour les personnes qui dépendent des prestations sociales. Les milieux politiques sont appelés à tous les niveaux à lutter contre la pauvreté, à améliorer les opportunités de formation des enfants et des adultes et à promouvoir l'intégration sociale de toutes et tous. Il s'agit de *prévention primaire* au sens propre du terme et d'une condition fondamentale pour permettre l'équité en santé.

Renforcer les ressources: une maladie chronique, la prise en charge d'un proche atteint de démence ou encore des troubles psychiques dus à des événements traumatisants – autant de situations de vie susceptibles d'être très éprouvantes. Si, en plus, la personne manque d'argent ou a de la peine à comprendre les informations pertinentes, il devient d'autant plus important de l'aider. Ces situations appellent à des offres facilement accessibles, peu coûteuses et faciles à comprendre. Une voisine qui aide à remplir un formulaire, un bénévole qui accompagne chez le physiothérapeute ou un spécialiste qui informe de manière

ciblée sur les offres de relèvement: le soutien social peut réduire les obstacles, ouvrir de nouvelles voies et, in fine, promouvoir la santé. Pour rendre cette aide possible, il faut du temps, des ressources et un cadre politique qui permettent à la société civile de s'engager.

Améliorer l'accès: en Suisse, l'accès aux soins de santé est garanti en théorie. Dans la pratique, cependant, de nombreuses personnes se heurtent à d'importants obstacles. Les institutions de santé ont la responsabilité de permettre aux patients de comprendre les faits médicaux et de prendre des décisions en connaissance de cause. Cela concerne également les examens préventifs et les changements de comportement en prévention secondaire en cas de maladies chroniques. Les professionnels doivent avoir le temps d'expliquer les situations de manière compréhensible. Il faut pouvoir mettre à disposition rapidement des interprètes communautaires professionnels et financer leurs services. Le matériel d'information traduit et facilement compréhensible figurant sur le portail de santé migesplus.ch (OFSP et CRS) peut aider dans ce domaine. Il faut concevoir les offres et les campagnes de prévention et de promotion de la santé de telle manière qu'elles soient accessibles à tout le monde, compréhensibles et réalisables même avec des moyens financiers limités et un cadre temporel restreint. Une telle démarche est facilitée si l'on fait participer les groupes cibles.

Inclure tout le monde – s'engager en faveur des personnes en situation de vulnérabilité: les personnes confrontées à des situations difficiles, souvent en mauvaise santé, sont rarement interrogées et ne figurent donc généralement pas dans les statistiques. Par conséquent, les iniquités en matière de santé sont probablement plus importantes qu'illustré dans le présent rapport. Les requérants d'asile, les personnes âgées en EMS, les personnes en situation de handicap, les sans-papiers, les personnes sans domicile fixe ou encore les personnes en détention: tout le monde a droit à la prévention et à la promotion de la santé. Les offres destinées aux personnes jouissant d'une bonne situation financière et conscientes de leur santé ne contribuent pas à réduire les iniquités en matière de santé. Il convient donc d'axer de manière ciblée les mesures de promotion de la santé sur les besoins des groupes défavorisés. Pour y parvenir, il faut un engagement résolu de l'ensemble des institutions, organisations et professionnels de la santé. C'est la seule façon de corriger réellement les iniquités en matière de santé. Cette démarche requiert non seulement du temps, des ressources financières et des compétences professionnelles, mais aussi de la conviction, de l'engagement, de la volonté politique et de la persévérance.

Levesque JF., Harris MF., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In: International journal for equity in health, S. 12–18.

Bisegger C., Christofori-Khadka, M. (2024): Wieso es vorausschauende Kommunikation und Vertrauen braucht. In: Sozialalmanach. Sozialökologische Wende und Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag, S. 243–259.

A Données et méthodologie

A.1 Bases de données utilisées

Les résultats présentés dans ce rapport reposent sur une multitude de sources de données. Il convient de prendre en compte certains aspects spécifiques lors de l'interprétation des résultats issus de chacune de ces sources. De plus, une approche méthodologique différente a été adoptée en fonction de la base de données utilisée. Chaque source est brièvement décrite ci-dessous et, si nécessaire, complétée par des informations concernant la méthodologie appliquée pour évaluer et présenter les résultats.

Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'Enquête suisse sur la santé (ESS), réalisée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 1992, couvre des thématiques liées à la santé. Cette enquête combine une interview téléphonique et un questionnaire écrit.

La population de référence de l'ESS comprend la population résidente permanente en Suisse âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé (OFS, 2023). Les personnes qui vivent dans des ménages collectifs (p. ex. établissements pénitentiaires, hôpitaux, EMS) ainsi que les personnes en procédure d'asile ne sont pas incluses. Des analyses régionales peuvent être réalisées à l'échelle de la Suisse, des grandes régions et des cantons (lorsque ces derniers ont augmenté leur échantillon). En 2022, 21 930 personnes ont participé à l'enquête.

Points forts:

- L'ESS permet d'obtenir des informations sur l'ensemble de la population, et pas uniquement sur les personnes ayant recours aux services de santé.
- Les comportements, les charges et les ressources peuvent être mis en relation avec l'état de santé.
- La répétition périodique de l'enquête permet d'observer les évolutions dans le temps.

Points faibles:

- Les données auto-déclarées sont susceptibles d'être imprécises ou biaisées.
- Les personnes vivant en institution ne sont pas interrogées.
- Les personnes en situation précaire (p. ex. sans domicile fixe, sans autorisation de séjour valable ou en cours de procédure d'asile) sont sous-représentées, voire exclues.

- Les personnes qui ne maîtrisent pas suffisamment l'une des langues officielles de la Suisse sont *de facto* exclues.

Pour extrapoler les données à l'ensemble de la population vivant dans un ménage privé, des pondérations ont été appliquées. Toutefois, certains groupes de personnes (migrants, personnes en situation précaire) restent sous-représentés.

Remarques méthodologiques: les résultats de l'ESS présentés dans ce rapport ont été standardisés en fonction du sexe et de l'âge. À cet effet, les données de santé sont ajustées afin de permettre une comparaison indépendamment du sexe et du groupe d'âge. Cette méthode est particulièrement pertinente pour les indicateurs présentant de fortes variations en fonction de l'âge, comme les symptômes dépressifs.

Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

L'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC), coordonnée à l'échelle européenne, est menée chaque année depuis 2007 par l'OFS dans plus de 30 pays. Elle a pour objectif d'étudier la répartition des revenus, la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen (OFS, 2025a).

La population de référence de l'ESS comprend la population résidente permanente vivant dans un ménage privé. Les informations concernant l'exclusion sociale et les conditions de logement sont collectées par ménage. Les données relatives au travail, à la formation et à la santé sont collectées auprès des personnes de 16 ans et plus. Des analyses régionales peuvent être réalisées à l'échelle de la Suisse et des grandes régions. Chaque année, environ 8000 ménages, soit environ 18 000 personnes, participent à l'enquête. Les valeurs de l'échantillon sont pondérées et calibrées afin d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population suisse ou aux cantons participants.

Points forts:

- L'enquête couvre un large éventail de thématiques et inclut des modules annuels (qui se répètent parfois), spécifiques à certains thèmes.
- La répétition périodique permet d'observer les évolutions dans le temps.
- L'enquête permet de réaliser des analyses longitudinales.

Points faibles:

- Les données auto-déclarées sont susceptibles d'être imprécises ou biaisées.
- Les personnes vivant en institution (p. ex. EMS, prisons) ne sont pas interrogées.
- Les personnes en situation précaire (p. ex. sans domicile fixe, sans autorisation de séjour valable ou en cours de procédure d'asile) sont sous-représentées, voire exclues.
- Les personnes ne maîtrisant pas suffisamment l'une des langues officielles de la Suisse sont *de facto* exclues.

Jeu de données MS/CoD/RS

Le jeu de données MS/CoD/RS, constitué dans le cadre de ce rapport, regroupe des informations provenant de la statistique médicale des hôpitaux (MS), de la statistique des causes de décès et des mortalités (CoD), ainsi que du relevé structurel (RS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La MS est un relevé exhaustif des séjours stationnaires dans les hôpitaux suisses. La CoD recense quant à elle tous les décès survenus en Suisse, en précisant la cause du décès (codes CIM-10). Enfin, le RS fait partie du recensement de la population et complète les informations des registres par des statistiques supplémentaires sur la structure de la population au moyen d'une enquête partielle. Ces bases de données ont été reliées entre elles pour créer ce nouvel ensemble de données.

Les données couvrent les années 2012 à 2022. Chaque année, le RS rassemble un échantillon représentatif d'environ 240 000 personnes, soit environ 3,2% de la population suisse âgée de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés. Par année de relevé, la MS compte environ 1 400 000 séjours hospitaliers (records), et le CoD environ 68 000 décès. Les données du RS, de la MS et du CoD ont été reliées au niveau individuel à l'aide d'un code de liaison anonymisé. Le taux de concordance entre le RS et la MS ou le CoD est d'environ 85%.

Points forts:

- La base de données MS/CoD/RS présente les données les plus complètes à ce jour pour étudier les différences sociales dans l'incidence des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, des hospitalisations ainsi que de la mortalité au niveau individuel pour l'ensemble de la Suisse.

Points faibles:

- Le RS étant une enquête par échantillonnage, il n'est pas possible de relier toutes les observations de la MS et de la CoD aux données de la RS. Afin de disposer de suffisamment d'observations des événements étudiés, pour la plupart des indicateurs, les données ont été regroupées sur trois ou cinq ans.

Remarques méthodologiques: les indicateurs ont été calculés à l'aide de modèles de régression logistique multivariés. Dans ces modèles, l'influence de l'âge et du sexe sur les incidences ainsi que les risques d'hospitalisation et de mortalité est systématiquement contrôlée, sauf mention contraire. Les *odds ratios* (OR)

ajustés et les intervalles de confiance à 95% sont présentés pour chaque indicateur. Le taux de concordance de 85% n'a pas d'impact sur ces indices relatifs.

Le nombre de cas par indicateur est indiqué dans le tableau ci-dessous. Le «N Total» désigne le nombre de personnes dans la cohorte de population concernée et le «N Events», le nombre de personnes ayant subi l'événement correspondant (p. ex. une crise cardiaque).

Indicateur	N Total	N Events
1.9 Infarctus aigu du myocarde	1 046 969	2 180
1.9 Accident vasculaire cérébral	1 046 969	2 252
1.11 Mortalité	651 947	2 942
1.12 Mortalité évitable	934 296	1 339
4.5 Hospitalisation potentielle- ment évitable	217 797 (Statut de séjour: 1 023 290)	1 342 (Statut de séjour: 12 224)
4.6 Réadmission hospitalière non planifiée	139 807	5 394

Jeu de données NKS/RS

Le jeu de données NKS/RS, constitué dans le cadre de ce rapport, regroupe des informations provenant de la statistique nationale sur le cancer médicale des hôpitaux (NKS) et du relevé structurel (RS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La NKS est un relevé exhaustif des nouveaux cas de cancer et se fonde sur plusieurs relevés. Enfin, le RS fait partie du recensement de la population et complète les informations des registres par des statistiques supplémentaires sur la structure de la population au moyen d'une enquête partielle. Ces bases de données ont été reliées entre elles pour créer ce nouvel ensemble de données.

Les données couvrent les années 2012 à 2019. Chaque année, le RS rassemble un échantillon représentatif d'environ 234 000 personnes, soit environ 3,2% de la population suisse âgée de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés. Pour les analyses de ce rapport, on ne considère que les personnes âgées de 25 à 90 ans, ce qui ramène la taille effective de l'échantillon à environ 205 000 personnes par an. Les données de la NKS pour l'analyse sous-jacente comprennent environ 41 000 nouveaux cas de cancer par année de relevé. Les données du RS et de la NKS ont été reliées au niveau individuel à l'aide d'une variable de liaison anonymisée. Le taux de concordance entre la RS et la NKS est d'environ 8%.

Points forts:

- Le jeu de données NKS/RS présente les données les plus complètes à ce jour pour étudier les différences sociales dans l'incidence des cancers au niveau individuel pour l'ensemble de la Suisse.

Points faibles:

- Le RS étant une enquête par échantillonnage, il n'est pas possible de relier toutes les observations de la MS aux données du RS. Afin de disposer de suffisamment d'observations des événements étudiés, pour la plupart des

indicateurs, les données ont été regroupées sur trois ou cinq ans. Pour néanmoins obtenir un nombre suffisant de cas permettant une analyse de l'incidence des nouveaux cancers, les cas de maladie survenus pendant l'année de participation au RS et les deux années suivantes sont inclus dans l'analyse.

Remarques méthodologiques: les indicateurs ont été calculés à l'aide de modèles de régression logistique multivariés. Dans ces modèles, sauf mention contraire l'influence de l'âge, du sexe et de l'année d'enquête sur l'incidence et la mortalité est systématiquement contrôlée. Les *odds ratios* (OR) ajustés et les intervalles de confiance à 95% sont présentés pour chaque indicateur. Le taux de concordance n'a pas d'impact sur ces indices relatifs.

Le nombre de cas par type de cancer est indiqué dans le tableau ci-dessous. Le «N Total» désigne le nombre de personnes dans la cohorte de population concernée et le «N Events» le nombre de personnes ayant subi l'événement correspondant (p. ex. cancer du côlon).

Type de cancer	N Total	N Events
Cancer du côlon	1 644 352	3 212
Cancer des bronches, des poumons et de la trachée	1 644 352	3 078
Mélanome	1 644 352	2 451
Cancer du sein	860 314	5 245
Cancer de la prostate	784 038	5 405
Autres types de cancer	1 644 352	12 902

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une étude internationale conduite tous les quatre ans et portant sur la santé et les comportements de santé des élèves âgés de 11 à 15 ans. Placée sous l'égide de l'OMS, elle rassemble actuellement plus de 50 pays (principalement européens). La Suisse, représentée par Addiction Suisse, y participe depuis 1986 (HBSC, 2024).

L'objectif principal de cette étude internationale est de recueillir des données représentatives sur les conditions de vie, les modes de vie ainsi que sur l'état de santé et les comportements en matière de santé des élèves au fil du temps (HBSC, 2022).

L'enquête HBSC est exhaustive sur le plan thématique. Des données sont régulièrement collectées entre autres sur les thèmes suivants (HBSC, 2022): santé et bien-être, alimentation, activité physique, poids et image corporelle, consommation de substances psychoactives légales et illégales, comportement agressif, sexualité, blessures, utilisation des médias et relations avec la famille, les pairs et l'école.

HBSC fournit des données représentatives et permet une comparaison dans le temps et une comparaison internationale.

Les adolescents plus âgés (8^e et 9^e années scolaires) sont invités à remplir une version plus complète du questionnaire, tandis

que les plus jeunes (5^e à 7^e années scolaires) répondent à une version abrégée (Delgrande et al., 2023).

En 2022, 636 parmi 857 classes choisies au hasard en Suisse ont participé à l'enquête, représentant un total de 9345 élèves interrogés (Delgrande Jordan, 2023).

Points forts:

- L'enquête HBSC apporte une contribution substantielle au monitoring de la santé des enfants et des jeunes en Suisse.
- Elle est exhaustive sur le plan thématique.
- La répétition périodique de l'enquête permet d'observer les évolutions sur une longue période.
- L'enquête offre une possibilité de comparaison internationale.

Points faibles:

- Les données auto-déclarées sont susceptibles d'être imprécises ou biaisées.

Étude sur les compétences en santé en Suisse (Health Literacy Survey)

L'étude sur les compétences en santé en Suisse a été menée entre 2019 et 2021. Il s'agit d'une étude représentative des compétences en santé de la population suisse, à laquelle quelque 2500 personnes ont participé. Les données ont été collectées au moyen d'entretiens en ligne assistés par ordinateur (CAWI) et de quelques entretiens par téléphone assistés par ordinateur (CATI). Cette enquête fait partie du projet international Health Literacy Survey (HLS19), coordonné par le réseau d'action de l'OMS *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL). Au total, 16 nations y ont participé en plus de la Suisse. Il est envisagé que la Suisse participe également à la prochaine édition de l'enquête (HLS 2024–2025).

Le questionnaire comprend des questions sur les difficultés subjectives rencontrées pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser des informations pertinentes pour la santé dans les domaines de la gestion et de la prévention des maladies, ainsi que de la promotion de la santé.

Points forts:

- Cette enquête détaillée s'intéresse à un thème rarement abordé dans d'autres études.
- Elle offre une possibilité de comparaison internationale.

Points faibles:

- La taille de l'échantillon est relativement restreinte.
- Les données auto-déclarées sont susceptibles d'être imprécises ou biaisées.
- Les personnes vivant en institution ne sont pas interrogées.
- Les personnes en situation précaire (p. ex. sans domicile fixe, sans autorisation de séjour valable ou en cours de procédure d'asile) sont sous-représentées, voire exclues.
- Les personnes ne maîtrisant pas suffisamment l'une des langues officielles de la Suisse sont *de facto* exclues.

A.2 Explications sur les caractéristiques sociales présentées

L'introduction du présent rapport met en évidence l'impact de la situation sociale sur les iniquités en matière de santé (G E2). Les caractéristiques sociales en fonction desquelles les indicateurs sont évalués dans ce rapport sont détaillées dans les pages suivantes. Chaque paragraphe commence par la liste des bases de données utilisées pour évaluer ces caractéristiques, suivie d'explications sur les variables et les catégories ainsi que d'informations essentielles pour l'interprétation des résultats.

Revenu/pauvreté monétaire

Évaluations basées sur: SILC, Health Literacy Survey

Dans l'enquête SILC, le revenu est défini comme le revenu disponible équivalent. Celui-ci est calculé sur la base du revenu disponible du ménage (revenu brut du ménage moins les cotisations d'assurance sociale, les impôts, les primes d'assurance-maladie pour l'assurance de base, les pensions alimentaires et autres contributions d'entretien à verser), en tenant compte de la taille et de la composition des ménages par l'application d'une échelle d'équivalence. Ce procédé permet de tenir compte des économies réalisées grâce à la gestion commune d'un ménage composé de plusieurs personnes.

Pour les analyses, la population est divisée en cinq groupes de revenu de taille égale (quintiles). Chacun de ces groupes comprend donc 20% des personnes interrogées. Les quintiles de revenus pour l'année 2023 sont définis comme suit:

1^{er} quintile: < 33 748 francs

2^e quintile: 33 748 à 45 838 francs

3^e quintile: 45 839 à 58 149 francs

4^e quintile: 58 150 à 76 987 francs

5^e quintile: > 76 988 francs

La pauvreté monétaire est évaluée selon les directives de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS). En 2022, le seuil de pauvreté était fixé à 2284 francs par mois pour une personne seule et à 4010 francs pour un couple avec deux enfants.

Dans l'enquête Health Literacy Survey, le revenu correspond au revenu mensuel du ménage.

Sexe

Évaluations basées sur: ESS, SILC, Health Literacy Survey HBSC, MS/CoD/RS et NKS/RS

Pour SILC, Health Literacy Survey et dans les jeux de données MS/CoD/RS et NKS/RS, le sexe des personnes interrogées est repris du registre des habitants.

Pour l'enquête ESS, le sexe est défini en principe à l'aide des variables relatives à l'identité de genre et non à l'aide de la variable du registre. Ce choix s'accompagne de certaines restrictions méthodologiques: la variable relative à l'identité de genre est collectée dans le questionnaire écrit, que toutes les personnes interrogées n'ont pas rempli. Les résultats sont donc basés sur un nombre de cas plus faible que ceux qui sont basés sur la variable du registre. En outre, la pondération et la standardisation sont basées sur la variable du registre. Les limitations méthodologiques qui en découlent sont toutefois considérées comme acceptables. Une comparaison des résultats par sexe (selon identité de genre) montre qu'ils ne diffèrent guère ou que très peu des résultats basés sur la variable du registre. Ce constat est d'autant plus vrai que les valeurs du rapport sont présentées sans décimales. Voici quelques exemples pour l'illustrer – les valeurs entre parenthèses se réfèrent à la variable du registre:

	Femmes	Hommes
Surpoids	32,5% (33,1%)	51,8% (52,3%)
Symptômes de dépression	11,8% (12,0%)	7,6% (7,8%)
Faire attention à son alimentation	75,3% (75,7%)	65,7% (65,3%)

Des analyses plus différenciées, par exemple en fonction du sexe et du niveau d'éducation, révèlent de légères différences qui ont parfois un impact sur la significativité statistique. Dans les cas où les différences sont plus importantes, la variable du registre a donc été utilisée.

La variable relative à l'identité de genre offre plus de possibilités de réponse que la variable binaire du registre. En raison du faible nombre de cas dans les catégories «non binaire» et «autre», seules les catégories «femmes» et «hommes» sont prises en compte dans les analyses.

Dans l'étude HBSC, cette variable repose sur la question: «Es-tu un garçon ou une fille?». Il est toutefois difficile de déterminer si les jeunes répondent en fonction du sexe assigné à leur naissance ou de leur identité de genre.

Formation

Évaluations basées sur: ESS, SILC, Health Literacy Survey, MS/CoD/RS, NKS/RS

Le niveau de formation correspond au diplôme le plus élevé obtenu. Il est classé en trois catégories:

- *École obligatoire*: personnes n'ayant pas poursuivi d'études au-delà de la scolarité obligatoire.
- *Degré secondaire II*: personnes ayant achevé une formation élémentaire, une école ménagère, une école de commerce sur deux ans, un apprentissage, une maturité professionnelle, une maturité gymnasiale, une école préparant au diplôme, une école de culture générale ou une école de commerce, ou encore celles ayant suivi un séminaire destiné aux professionnels.
- *Degré tertiaire*: personnes ayant suivi une formation professionnelle supérieure avec brevet fédéral ou ayant obtenu un diplôme auprès d'une école technique ou supérieure, d'une haute école spécialisée (HES), d'une haute école pédagogique (HEP) ou d'une université.

Pour éviter d'attribuer à la catégorie «école obligatoire» des jeunes encore en formation, seules les personnes âgées de 25 ans et plus sont incluses dans les analyses.

Privations matérielles et sociales ou financières

Évaluations basées sur: SILC, Health Literacy Survey

Dans l'enquête SILC, cet indicateur mesure les restrictions du niveau de vie et de la participation sociale en raison de contraintes financières. Deux catégories sont définies:

- *En situation de privation*: restrictions dans au moins 5 domaines sur 13.
- *Pas en situation de privation*: aucune restriction ou restrictions dans moins de 5 domaines.

Dans l'enquête Health Literacy Survey, la privation financière est évaluée à travers un indice basé sur les questions suivantes: Est-il facile ou difficile...

- ... de payer ses factures à la fin du mois?
- ... de pouvoir s'offrir des médicaments en cas de besoin?
- ... de se payer des examens et des traitements médicaux?

Situation financière

Évaluations basées sur: ESS

La variable de revenu de l'enquête ESS ne peut pas être analysée en raison de données incorrectes. À la place, une autre variable est utilisée, qui se fonde sur une question relative à la situation financière du ménage (libellé de la question: «En tenant compte de ce revenu global, dans quelle mesure votre ménage peut-il joindre les deux bouts?»). Si l'évaluation subjective de la situation financière n'est pas comparable aux indicateurs matériels objectifs, elle constitue néanmoins une alternative pertinente et un complément utile aux analyses liées au niveau de formation.

Bien-être familial

Évaluations basées sur: HBSC

L'étude HBSC utilise une variable de bien-être familial fondée sur la *Family Influence Scale*. Cet indice a été établi à partir de différentes questions relatives au ménage: nombre de véhicules dans le ménage, chambre individuelle, ordinateur dans le ménage, nombre de salles de bains dans le ménage, lave-vaisselle dans le ménage et vacances à l'étranger. Les points attribués ont été catégorisés comme suit:

- *Faible/modéré*: 0 à 9 points
- *Élevé*: 10 à 13 points

Orientation sexuelle

Évaluations basées sur: ESS, HBSC

Dans l'enquête ESS, l'orientation sexuelle a été définie sur la base de l'auto-identification des personnes interrogées, avec la catégorisation suivante:

- *Hétérosexuel*: hétérosexuel(le)
- *Homosexuel/bisexuel*: gay, lesbienne ou bisexuel(le)

Les personnes ayant choisi «Autre» ou «Je ne sais pas» n'ont pas été incluses dans les analyses.

Dans l'étude HBSC, l'orientation sexuelle a été définie sur la base de l'auto-identification des personnes interrogées âgées de 14 à 15 ans, avec la catégorisation suivante:

- *Hétérosexuel*: hétérosexuel ou principalement hétérosexuel
- *Non hétérosexuel*: bisexuel, gay, lesbienne ou autre
- Les personnes ayant choisi «Je ne suis pas sûr(e)» n'ont pas été incluses dans les analyses.

Nationalité

Évaluations basées sur: ESS

Dans l'enquête ESS, les analyses ont été effectuées selon la nationalité, les variables relatives au statut migratoire ne pouvant pas être exploitées pour des raisons méthodologiques.

La nationalité des personnes interrogées est issue du registre des habitants. Pour les analyses, les pays ont été regroupés en quatre catégories:

- Suisse: Suisse
- Europe du Nord et de l'Ouest: Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède, Allemagne, Autriche, Belgique, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Monaco
- Europe du Sud et de l'Est: Portugal, Espagne, Italie, Cité du Vatican, Malte, Saint-Marin, Estonie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Russie, Ukraine, Biélorussie, Pologne, Hongrie, Slovaquie, République tchèque, Grèce, Turquie, Chypre, Albanie, Bulgarie, Roumanie, Serbie, Croatie, Slovaquie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Macédoine, Kosovo
- Hors Europe: tous les pays situés en dehors du continent européen

Remarque:

Les analyses par nationalité, fondées sur ces catégories générales de pays, présentent des limites méthodologiques (cf. chap. 7.3). Une différenciation plus détaillée, notamment au sein de la catégorie «Hors Europe», n'est pas possible en raison de la taille restreinte des échantillons. Même avec ces regroupements, les analyses approfondies (p. ex. par niveau de formation et nationalité) ne peuvent être réalisées que de manière restreinte. Il est souvent difficile de déterminer si l'absence de différences entre certains (sous-)groupes est réelle ou simplement due à un nombre insuffisant de cas. Malgré ces limites, et en raison de l'importance du thème «Santé de la population migrante», des analyses par nationalité ont tout de même été effectuées. Cependant, les résultats obtenus doivent être considérés comme des indications préliminaires.

Connaissances linguistiques

Analyses avec: MS/CoD/RS, NKS/RS

La variable relative aux connaissances linguistiques est basée sur la variable du Relevé structurel (RS) relative aux 3 langues principales indiquées par les personnes interrogées. Pour les analyses, les catégories ont été regroupées comme suit:

- Langue officielle ou anglais: au moins une des trois langues principales est l'allemand, le français, l'italien/le romanche ou l'anglais.
- Aucune langue officielle/pas d'anglais: aucune des trois langues principales n'est l'allemand, le français, l'italien/le romanche ou l'anglais.

Statut migratoire

Évaluations basées sur: SILC, HBSC, MS/CoD/RS

Remarque: dans l'ESS, la variable «statut migratoire» n'a pas pu être évaluée. Les analyses ont donc été menées en fonction de la nationalité (cf. encadré sur la «nationalité»).

Dans l'enquête SILC et dans le jeu de données MS/CoD/RS, le statut migratoire d'une personne est déterminé par la combinaison des caractéristiques suivantes: pays de naissance, nationalité (actuelle et à la naissance) et pays de naissance des deux parents (cf. tableau ci-dessous; OFS, 2025c). La «population issue de la migration», telle que définie par l'OFS, comprend les personnes de nationalité étrangère ou naturalisées – à l'exception de celles nées en Suisse et dont les deux parents sont nés en Suisse (3^e génération) – ainsi que les Suisses de naissance dont les deux parents sont nés à l'étranger.

Lieu de naissance	Nationalité	Lieu de naissance des parents		
		2 en Suisse	1 en Suisse / 1 à l'étranger	2 à l'étranger
Suisse	Suisse de naissance	0	0	II
	Suisse naturalisé	0	II	II
	Étranger	0	II	II
Étranger	Suisse de naissance	0	0	I
	Suisse naturalisé	I	I	I
	Étranger	I	I	I

I Population issue de la migration de 1^{re} génération

II Population issue de la migration de 2^e génération

0 Population non issue de la migration

Dans l'enquête HBSC, le statut migratoire est défini sur la base du pays de naissance de la personne (Suisse vs étranger) et de celui de ses parents. La caractéristique «statut migratoire» est attribuée aux enfants et adolescents qui ne sont pas nés en Suisse et/ou dont au moins un des parents a immigré de l'étranger.

Remarque:

Le groupe des personnes issues de la migration, qu'elles aient ou non une expérience personnelle de la migration, est très hétérogène. Il se distingue notamment par le pays d'origine, le contexte socioculturel, le statut socioéconomique, la situation professionnelle et les compétences linguistiques (cf. chap. 7.3). Une différenciation plus détaillée, par exemple en fonction du niveau de formation, est souvent limitée en raison de la taille restreinte des échantillons. Malgré ces contraintes, des analyses basées sur le statut migratoire ont été intégrées dans le présent rapport en raison de l'importance du thème «Santé de la population migrante».

Modalité de genre*Évaluations basées sur: ESS*

Dans l'enquête ESS 2022, deux questions ont été posées: 1) «Quel est le sexe qui vous a été assigné à la naissance?» (Homme / Femme) et 2) «Vous identifiez-vous comme...» (Homme / Femme / Non binaire (ni exclusivement féminin, ni exclusivement masculin) / Autre / Je ne sais pas). Sur cette base, un indice sur la modalité de genre a été créé afin de distinguer:

- *Les personnes cisgenres*: celles dont le sexe assigné à la naissance correspond à leur identité de genre.
- *Les personnes transgenres / non binaires*: celles dont l'identité de genre diffère du sexe assigné à la naissance. Les personnes non binaires (personnes qui ne se situent pas dans le système binaire de genre homme-femme) sont également comprises dans cette catégorie.

Les personnes ayant choisi «Autre» ou «Je ne sais pas» n'ont pas été incluses dans les analyses.

Type de ménage*Évaluations basées sur: MS/CoD/RS*

La variable relative au type de ménage repose sur les déclarations des personnes interrogées concernant les membres de leur foyer. Sont considérées comme faisant partie du ménage toutes les personnes y résidant au moins quatre jours par semaine.

Les analyses distinguent deux catégories:

- *Ménage composé d'une personne*
- *Ménage de plusieurs personnes*

Statut professionnel*Évaluations basées sur: ESS*

Sur la base des données relatives à l'activité professionnelle (travail rémunéré), les personnes interrogées ont été réparties en trois catégories:

- *Personnes actives*
- *Chômeurs*
- *Personnes sans activité professionnelle*

Les collaborateurs d'une entreprise familiale sont classés dans la catégorie des personnes actives. Les chômeurs sont définis comme les personnes ayant activement recherché un emploi au cours des quatre semaines précédentes et étant disponibles immédiatement en cas d'offre d'emploi. Les personnes sans activité professionnelle regroupent les individus en formation, les femmes et hommes au foyer ainsi que les retraités.

Statut de séjour*Analyses avec: MS/CoD/RS*

La variable relative au statut de séjour se base sur la variable du relevé structurel (RS) relative à la catégorie d'étrangers. Pour les analyses, les catégories ont été regroupées comme suit:

- *Passeport suisse*: Suisses
- *Permis C/L*: étrangers titulaires d'une autorisation de séjour (C) ou d'une autorisation de courte durée (L)
- *Permis B*: étrangers titulaires d'une autorisation de séjour
- *Permis F/N*: requérants d'asile (N) et personnes admises à titre provisoire (F)

Catégorie d'assurance*Analyses avec: MS/CoD/RS*

La variable relative à la classe d'assurance se base sur la variable correspondante de la statistique médicale (MS). Pour les analyses, les catégories ont été regroupées comme suit: *commune, semi-privée, privée*.

Abréviations

CoD	Statistique des causes de décès et des mortinaissances
ESS	Enquête suisse sur la santé
FHNW	Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse
HBSC	Enquête sur la santé des élèves en Suisse (Health Behaviour in School-aged Children)
MS	Statistique médicale des hôpitaux
NKS	Statistique nationale sur le cancer
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Odds ratios
RS	Relevé structurel
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie

Bibliographie

- Bachmann, N. (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baier, D., Bühler, J., Hartman A. B. (2022). Ukrainische Flüchtlinge in der Schweiz. Ergebnisse einer Befragung zu Fluchterfahrungen und zur Lebenssituation. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Balaj, M., Béland, D., de Looper, M., Eikemo, T. A., Huijts, T., McNamara, C. L. et al. (2024). Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(3), e155–e165. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00311-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00311-3)
- Bartley, M., & Kelly-Irving, M. (2025). Health Inequality. An Introduction to Concepts, Theories and Methods. Cambridge: Polity.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N. & Zumbrunn, A. (2020). Situation sociale et hospitalisations pour maladies chroniques (Obsan Rapport 11/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bertram F., Hajek A., Dost K., Graf W., Brennecke A., Kowalski V., van Rùth V., König HH., Wulff B., Ondruschka B., Püschel K., Heinrich F. (2022): Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. Evidenz aus dem National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals (NAPSHI-Studie). *Deutsche Ärzteblatt* 119: 861–868.
- Blaser, A., Iyadurai, G., Schenk, U., Koller, T., Locher, G., Vetsch, N., Weber, A. (2021). Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit. Muttenez: HSA / FHNW.
- Bonvin, J.-M., V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, et U. Tecklenburg (2020). Dictionnaire de politique sociale suisse. Seismo Verlag.
- Bourdieu, P. (1976). *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Editions de Minuit.
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., zu Sayn-Wittgenstein (2017). Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz – REFUGEE. Bern: Berner Fachhochschule.
- Castañeda, H., et al. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(Volume 36, 2015), 375–392.
- Council of Europe's Committee (ADI-SOGIESC) of Experts on Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, and Sex Characteristics for the Council of Europe Steering Committee on Anti-discrimination, Diversity and Inclusion (CDADI) (2023). Right to the Highest Attainable Standard of Health and Access to Healthcare for LGBTI People in Europe.
- Courvoisier D., Bodenmann, P., Jackson, Y., Marti, J., Buclin, C.P., Morisod, K. et al. (2023). Measuring equity of care in Swiss hospitals: a feasibility study PRIORITY Study – Panorama of Indicators on Equity in Healthcare. Study mandated by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.
- Crenshaw, KW., S. Beaulieu, I. Aubert, et M. Bessone (2021). «Dé-marginaliser l'intersection de la race et du sexe: une critique féministe noire du droit antidiscriminatoire, de la théorie féministe et des politiques de l'antiracisme». *Droit et société* N° 108(2):465 87. doi: 10.3917/drs1.108.0465.
- CSCSP (2024). Santé: [Santé | CSCSP](#) (consulté le: 29.09.2025)
- Cullati, S., Kliegel, M., & Widmer, E. (2018). Development of reserves over the life course and onset of vulnerability in later life. *Nature Human Behaviour*, 2(8), 551–558.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht (V2) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich: Careum Stiftung.
- Delgrande Jordan M., Schmidhauser V. & Balsiger, N. (2023). Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 159). Lausanne: Addiction Suisse.
- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., Stringhini, S. (2022). Forgoing Healthcare in Switzerland Prevalence, determinants and consequences. Report mandated by the Swiss Federal Office of Public Health 2022. Bern: FOPH.
- Direktion für Bildung, Soziales und Sport Stadt Bern (2020). Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe. Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern. Direktion für Bildung, Soziales und Sport: Bern.
- Dittmann, J., Dietrich, S., Stroezel, H., Drilling, M., Young, C. & Roudit, S. (2022). Ausmass, Profil und Erklärungen der Obdachlosigkeit in 8 der grössten Städte der Schweiz. SNF-Studie. LIVES Working Paper No. 93.

- Duenkel, F., Zolondek, J., Storgaard, A., Giménez-Salinas, E., Romaní, J., Botella, L., Marteache, N. et al. (2005). Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und «best practice».
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L. et al. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 21:175.
- GFCH (2022). Monitoring des données pondérales effectué par les services de santé scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich 2020/21. Évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s au cours de l'année scolaire 2020/21 avec accent sur le thème «Comparaison nationale et internationale» (Feuille d'information 69). Berne: Promotion Santé Suisse.
- Graindorge, G. (2021). Expérience de santé des personnes détenues en milieu carcéral. Travail de Bachelor. Genève: Haute école de santé Genève.
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglings, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schlussbericht. Forschungsmandat im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Bern: BASS.
- Hamad, R., Elser, H., Tran, D. C., Rehkopf, D. H., & Goodman, S. N. (2018). How and why studies disagree about the effects of education on health: A systematic review and meta-analysis of studies of compulsory schooling laws. *Social science & medicine*, 212, 168–178.
- Hankivsky, O. et al. (2014). An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework: Critical Reflections on a Methodology for Advancing Equity.
- HBSC (2024). L'étude HBSC en Suisse. URL: [L'étude HBSC en Suisse - hbsc.ch](https://www.hbsc.ch) (consulté le: 29.09.2025)
- Höglings, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz. Eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Lausanne: UNIL, FORS und ZHAW.
- Huber, E., Le Pogam, M. A., & Clair, C. (2022). Sex-related inequalities in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Switzerland: Cross-sectional study. *BMJ Medicine*, 1, e000300. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000300>
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. PMID: 22013611.
- IOM (2011). The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson Y., Burton-Jeangros C., Duvoisin, A., Consoli, L. & Fakhoury, J. (2022). Vivre et travailler sans statut légal à Genève: premiers constats de l'étude Parchemins (Sociograph – Sociological Research Studies, 57 a). Genève: Université de Genève.
- Jackson Y., Courvoisier D. S., Duvoisin A., et al. (2019). Impact of legal status change on undocumented migrants' health and well-being (Parchemins): protocol of a 4-year, prospective, mixed-methods study. *BMJ Open* 9.
- Jones, J. M. (2025). LGBTQ+ Identification in U.S. Rises to 9.3%. Gallup News. <https://news.gallup.com/poll/656708/lgbtq-identification-rises.aspx> (consulté le: 29.09.2025)
- Joye, D., Lemel, Y., & Wolf, C. (2023). Le prestige des professions en Suisse. *Social Change in Switzerland*, 33, doi: 10.22019/SC-22023-00001.
- Kessler, D., Höglings, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024): Zur gesundheitlichen Lage sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Berlin. URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/materialien/publikationen-des-kooperationsverbundes (consulté le: 29.09.2025)
- La Barbera, MC., L. Cassain, et P. Caravantes (2024). «The Discursive Construction of Intersectionality in Public Policy Implementation». *Critical Discourse Studies* 21(5):555 72. doi: 10.1080/17405904.2023.2228937.
- Lampert & Kuntz (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 62: 1263–1274.
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., Gianola, G. (2018): Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Oatmealhealth (2025). The Cost of Inequality: Why Health Equity Should Be a Top Priority. URL: [The Cost of Inequality: Why Health Equity Should Be a Top Priority - Oatmeal Health](https://www.oatmealhealth.org/the-cost-of-inequality-why-health-equity-should-be-a-top-priority) (consulté le: 29.09.2025)
- Obsan (2024). Consommation d'alcool chronique à risque. URL: [Consommation d'alcool chronique à risque \(âge: 15+ | MonAM](https://www.obsan.ch/consommation-dalcool-chronique-a-risque-age-15-plus-mo-nam) (consulté le: 29.09.2025)
- OFS (2016). Pauvreté et privations matérielles des enfants. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2014. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

- OFS (2025a). Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC). URL: [Enquête sur les revenus et les conditions de vie \(SILC\) | Office fédéral de la statistique - OFS](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFS (2025b). Adultes détenus. URL: [Adultes détenus | Office fédéral de la statistique](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFS (2025c). Population selon le statut migratoire. URL: [Population selon le statut migratoire | Office fédéral de la statistique](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFS (2025d). Aide sociale économique. URL: [Aide sociale économique | Office fédéral de la statistique](#) (consulté le: 29.09.2025).
- OFS (2025e). Renoncement à des soins médicaux des personnes avec et sans handicap, en 2021. URL: [Renoncement à des soins médicaux des personnes avec et sans handicap, en 2021 - 2021](#) (consulté le: 29.09.2025).
- OFS (2024a). Population résidante permanente selon le sexe et la classe d'âges, résultats annuels définitifs, de 2015 à 2023. URL: [Population résidante permanente selon le sexe et la classe d'âges, résultats annuels définitifs, de 2015 à 2023 - 2015-2023](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFS (2024b). Exécution des peines et des mesures: effectif moyen des personnes âgées au-dessus de 49 ans. URL: [Exécution des peines et des mesures: effectif moyen des personnes âgées au-dessus de 49 ans - 1984-2023 | Tabelle](#) (Zugriff am 14.11.2025)
- OFSP (2024). Inégalités de santé chez les personnes âgées. Berne: Office fédéral de la santé publique. URL: [Inégalités de santé chez les personnes âgées](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFSP (2023). Accès aux soins de santé des sans-papiers. Berne: Office fédéral de la santé publique. URL: [Accès aux soins de santé des sans-papiers](#) (consulté le: 29.09.2025)
- OFSP (2016). Les soins de santé pour les migrants sans papiers en suisse. «vue juridique». Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2012). La santé en milieu carcéral. spectra 91. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2022). Recommandations suisses en matière d'activité physique. Bases. Macolin: Office fédéral du sport.
- OIM (2019). Glossaire sur la migration. Genève: Organisation internationale pour les migrations, URL: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Perriard, A. (2020). «Intersectionnalité» in Dictionnaire de politique sociale suisse, édité par J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, et U. Tecklenburg. Seismo Verlag.
- Plateforme santé sans-papiers (2025): <https://www.sante-sans-papiers.ch/about> (consulté le: 29.09.2025)
- Refle, J.-E., et al. (2024). Sortir de la clandestinité. Lausanne: Epistémé - Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Rissi, C. & M. Stalder (2020). Sans-Papiers im Kanton Zürich. Anzahl, Profile und Situation. Im Auftrag des Amtes für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich und des Migrationsamts des Kantons Zürich. Zürich: Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) und Migrationsamt des Kantons Zürich.
- RKI (2024). Alkoholkonsum: https://www.rki.de/DE/Content/Ge-sundAZ/A/Alkoholkonsum/Alkoholkonsum_in-halt.html?box=2¤t=Alkoholkonsum&lv2=12866486 (consulté le: 29.09.2025)
- SEM (2024). Statistique en matière d'asile: [Statistique en matière d'asile, octobre 2024](#) (consulté le: 29.09.2025)
- Spycher, J., Morisod, K., Egli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH.
- Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. (2021). Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St.Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich. Arbeitspapier 58. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Tinner, L., D. Holman, S. Ejegi-Memeh, et A. A. Laverty. (2023). Use of Intersectionality Theory in Interventional Health Research in High-Income Countries: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 20(14):6370. doi: 10.3390/ijerph20146370.
- Wagner, C., Carmeli, C., Jackisch, J., Kivimäki, M., van der Linden, B. W., Cullati, S., & Chiolerio, A. (2024). Life course epidemiology and public health. The Lancet Public Health, 9(4), e261 – e269.
- Weber, D. (2020). Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques. Rapport de base Berne: PSCH, OFSP, CDS.
- Weber, M. (2003). Economie et société. Paris: Pocket.

Rapport 10/25



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Obsan

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen
L'Observatoire suisse de la santé est une institution
commune de la Confédération et des cantons
L'Osservatorio svizzero della salute è un'istituzione
comune della Confederazione e dei Cantoni

