OBSAN **RAPPORT**

04/2020

La santé dans le canton de Genève

Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017

Jonathan Zufferey

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

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
Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé
du canton de Genève (DSES)

Auteur
Jonathan Zufferey, Obsan

Direction du projet à l'Obsan
Laila Burla, Damian Hedinger, Sacha Roth, Isabelle Sturny,
Jonathan Zufferey

Série et numéro
Obsan Rapport 04/2020

Référence bibliographique
Zufferey, J. (2020). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017* (Obsan Rapport 04/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Langue du texte original
Français

Mise en page/graphiques
Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress / Print

Photo de couverture
iStock.com / Matjaz Slanic

Copyright
Obsan, Neuchâtel 2020
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS
874-2001

Téléchargement du fichier PDF
www.obsan.ch → Publications (gratuit)

ISBN
978-2-940502-90-5

© Obsan 2020

La santé dans le canton de Genève

Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017

Rédaction Jonathan Zufferey
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2020

La santé dans le canton de Genève

2017

OBSAN

Espérance de vie

86 ans

82 ans

L'écart entre les femmes et les hommes tend à se réduire

1/4

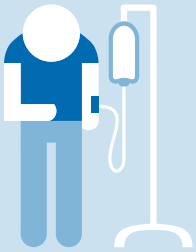
Plus de 1/4 des décès sont dus au cancer

Un peu moins de 1/4 des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires

83 % des habitantes et habitants du canton se sentent en (très) bonne santé

Aussi parmi les personnes âgées

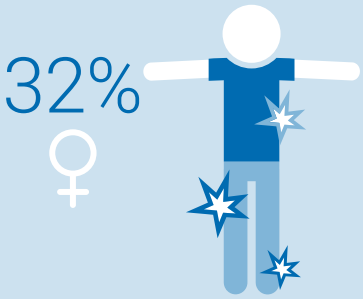
71%



29%

de la population souffre de problèmes de santé de longue durée

c'est moins qu'en moyenne suisse **(33%)**



Les troubles physiques importants touchent davantage les femmes

Prévalence au sein de la population genevoise

16%

Hypertension artérielle

15%

Taux de cholestérol trop élevé

6%

Diabète

24%

15–34 ans

26%

65 ans et plus

Ils affectent tant les plus jeunes que les aînés

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), Statistique des causes de décès et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© OBSAN 2020

La santé dans le canton de Genève

2017

OBSAN

Les problèmes psychiques
moyens à importants
sont plus répandus à Genève
que dans l'ensemble de la Suisse

	♀	♂
23%	29%	16%
15%	18%	12%

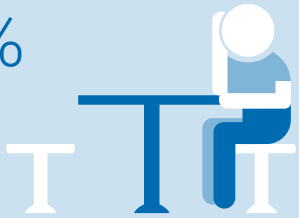
35%

de la population
du canton bénéficie
d'un soutien social fort

c'est moins
qu'en moyenne Suisse **(45%)**

2002	2017
33%	48%

Le sentiment de solitude
se généralise au sein
de la population genevoise

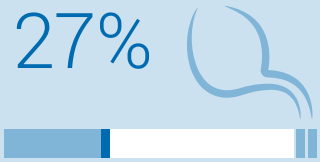


1992	2017
26%	42%

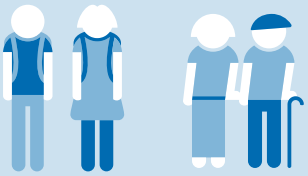
Forte croissance de la proportion
de personnes en surcharge pondérale

Baisse des personnes consommant du tabac

1992	2017
36%	27%

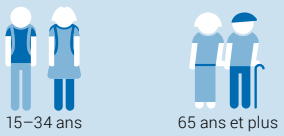


1%	35%
15–34 ans	65 ans et plus



Les personnes âgées
sont plus nombreuses
à consommer
quotidiennement de l'alcool

18%	9%
15–34 ans	65 ans et plus



mais les comportements
d'ivresse ponctuelle
(au moins
une fois par mois)
concernent davantage
les jeunes

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OBSAN 2020

La santé dans le canton de Genève

2017

OBSAN

51%

de la population est affectée
par des nuisances sonores
à son domicile

La fréquence des nuisances sonores
en Suisse s'élève à **34%**

Plus de 1/2

des actifs occupés
ayant été malades
sont allés travailler

55%

des actifs ont une haute
ou très haute satisfaction du travail

Cette proportion
est en baisse depuis 2002 **(64%)**

23%

des actifs du canton
subissent du stress au travail

En moyenne, on dénombre

2,6

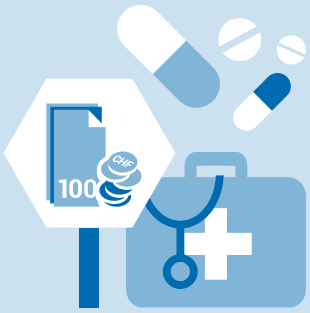
consultations chez un médecin
spécialiste par habitant
et par année

La moyenne suisse est à **1,5**

34%

des résidents du canton
ont eu recours à la médecine
complémentaire

♀ 44% ♂ 24%



Les coûts bruts
de l'assurance maladie obligatoire
dans le canton s'élèvent à

2,3 mrds CHF

Ils représentent **4755 CHF** par assuré
et placent Genève au 2e rang
des cantons les plus coûteux.

Ces coûts ont augmenté
annuellement de **4,6%**
entre 2013 et 2017

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS); SASIS SA – pool de données

© OBSAN 2020

Table des matières

Table des matières 7

Préambule 11

Résumé 12

1 Introduction 15

1.1 Un rapport sur la santé dans le canton de Genève 15

1.2 À quoi sert le rapport sur la santé? 15

1.3 Principale source des données utilisées: l'enquête suisse sur la santé 15
1.3.1 Présentation de l'ESS 15
1.3.2 Collecte des données et participation à l'enquête 2017 16
1.3.3 Avantages et limites de l'ESS 17
1.3.4 Autres sources de données 18

1.4 Cadre théorique 18

1.5 Méthodes et analyses 20
1.5.1 Définition des variables utilisées 20
1.5.2 Analyses descriptives 20

1.6 Le canton de Genève en comparaison nationale 23

2 État de santé 25

2.1 Espérance de vie et mortalité 25
2.1.1 Espérance de vie à la naissance 25
2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans 25
2.1.3 Mortalité et causes de décès 25

2.2 État de santé autoévalué 27

2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations dans les activités de la vie quotidienne 30
2.3.1 Problèmes de santé de longue durée 30
2.3.2 Limitations dans les activités 30
2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées 32

2.4 Santé physique 33
2.4.1 Troubles physiques 33
2.4.2 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires 35
2.4.3 Infarctus, attaques cérébrales et cancers 36
2.4.4 Accidents et chutes 38

2.5 Santé psychique 40
2.5.1 Problèmes psychiques 40
2.5.2 Symptômes dépressifs 42
2.5.3 Énergie et vitalité 43

2.6 Ressources de santé 44
2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie 45
2.6.2 Soutien social 45
2.6.3 Sentiment de solitude 45

2.7 Résumé 47

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé 49

3.1 Attention portée à la santé 49

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique 51
3.2.1 Surcharge pondérale 51
3.2.2 Attention portée à l'alimentation et habitudes alimentaires 53
3.2.3 Activité physique 56

3.3 Consommation de substances psychoactives 58
3.3.1 Consommation de tabac 58
3.3.2 Fumée secondaire 61
3.3.3 Consommation d'alcool 62
3.3.4 Consommation de cannabis 66
3.3.5 Consommation de médicaments 66

3.4 Utilisation problématique d'internet 68

3.5 Résumé 69

4 Santé, habitat et conditions de travail 70

4.1 Santé et lieu de vie 71

4.2 Santé et travail 74
4.2.1 Risques physiques 74
4.2.2 Risques psychosociaux 77
4.2.3 Épuisement émotionnel (burnout) 78
4.2.4 Influence du travail sur la santé 81
4.2.5 Satisfaction dans la vie professionnelle 83

4.3 Résumé 84

5 Recours aux services de santé 85

5.1 Recours aux consultations médicales en cabinet 86
5.1.1 Consultations médicales chez un médecin de premier recours 87
5.1.2 Consultations médicales chez un médecin spécialiste 89
5.1.3 Consultations pour des problèmes psychiques 89

5.2 Recours aux examens préventifs 91
5.2.1 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires 91
5.2.2 Examens de dépistage du cancer 92
5.2.3 Prévention de la grippe 93

5.3 Recours à la médecine complémentaire 94

5.4 Prestations hospitalières 96
5.4.1 Soins hospitaliers ambulatoires 96
5.4.2 Soins hospitaliers stationnaires 96

5.5 Soutien formel et informel à la maison 99

5.6 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées 101

5.7 Résumé 103

6 Évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins 104

6.1 Coûts de l'assurance obligatoire des soins 105
6.1.1 Coûts bruts AOS par prestataire de soins et par type de prestation 105
6.1.2 Coûts bruts AOS selon le sexe et l'âge des assurés 107
6.1.3 Participation aux coûts 108

6.2 Primes et modèles d'assurance 108

6.3 Résumé 112

7 Glossaire 114

8 Abréviations 116

9 Bibliographie 117

10 Annexe 125

Préambule

Comment vont les Genevois?

«À l'horizon 2030, le Canton de Genève se situe à l'avant-garde en matière d'espérance de vie en bonne santé et de bien-être physique, mental et social». Tel est l'objectif que poursuit le Conseil d'Etat. Cette vision guide le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que les plans d'actions quadriennaux qui le matérialisent.

Où en est-on aujourd'hui? Quelles actions doivent être priorisées? Qu'est-ce qui marche en matière de prévention? Comment évoluent les comportements des Genevois, sachant que ces habitudes de vie seront des facteurs déterminants de l'état de santé de la population? À toutes ces questions, le présent document apporte des éléments de réponse.

Le rapport sur la santé à Genève est tiré de «L'enquête suisse sur la santé», étude essentielle réalisée tous les cinq ans. Il nous donne un arrêt sur image. Et cette image offre bien des surprises. Ainsi par exemple, l'espérance de vie est sensiblement supérieure à Genève que ce qu'elle est en moyenne en Suisse. La mortalité y est inférieure. En revanche l'isolement social et les nuisances quotidiennes y sont clairement plus marqués. L'incidence des cancers est également supérieure à Genève, de même que les problèmes psychiques.

Plus surprenant, ce ne sont pas les personnes âgées qui souffrent le plus d'atteintes physiques mais bel et bien les jeunes femmes. Si la consommation d'alcool quotidienne est en constante diminution, il n'en va pas de même avec la consommation sporadique problématique. Le tabagisme, lui est en reflux. En revanche l'épidémie de surpoids et d'obésité se poursuit, y compris ces dernières années durant lesquelles pourtant l'activité physique est en regain. Tels sont à titre d'exemple le genre d'enseignements que nous apporte cette étude essentielle, qui permet de décrire notre canton de manière plus fine que par des évolutions générales constatées dans tous les pays occidentaux.

De façon générale on relèvera que l'auto-évaluation de la santé par la population reste bonne et le système de santé est performant. Les personnes âgées restent en santé plus longtemps que durant les dernières décennies du siècle dernier. Ceci est clairement lié à l'intégration au sein de la population des concepts de promotion de la santé et de prévention.

Ce document permet aux autorités, et à leurs partenaires sur le terrain, de disposer d'un état des lieux complet avant la mise en œuvre du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019–2023 (plan PSP). Une transition épidémiologique profonde est en marche. Contrairement aux siècles précédents, la plus grande partie de la morbidité et de la mortalité est de nos jours liée aux maladies non-transmissibles, telles que maladies cardiovasculaires, cancers, surpoids, etc. On peut agir pour prévenir ces maladies.

Adrien BRON
Directeur général

Résumé

Ce rapport dresse un tableau général de la santé de la population du canton de Genève, de ses comportements favorables ou délétères pour la santé, de ses conditions de vie et de travail, de son recours aux services de santé ainsi que des coûts imputables à l'assurances obligatoire des soins. Il constitue à cet égard un outil précieux permettant de soutenir les autorités du canton dans leurs efforts de prévention et de promotion de la santé ainsi que dans l'élaboration de la planification sanitaire. Il sert aussi de référence à un public large et intéressé aux questions de santé.

C'est la troisième fois que l'Observatoire suisse de la santé réalise un rapport sur la santé dans le canton de Genève. Les résultats présentés ici se basent essentiellement sur les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), une enquête représentative menée en 2017 auprès 22 134 personnes en Suisse dont 1214 à Genève. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 et en est aujourd'hui à sa sixième édition. Chaque fois que les indicateurs de l'ESS le permettent, le rapport propose des comparaisons temporelles afin de distinguer les tendances à long terme des évolutions récentes. D'autres sources, telles que la statistique médicale des hôpitaux, la statistique des institutions médico-sociales ou le pool de données SASIS SA, sont ponctuellement exploitées pour compléter les analyses.

La longévité des Genevoises et Genevois

L'espérance de vie à la naissance est particulièrement élevée dans le canton de Genève où elle atteint 85,9 ans pour les femmes et 81,7 ans pour les hommes. Il s'agit de valeurs supérieures à la moyenne suisse de près d'une année. L'espérance de vie a connu une forte augmentation ces dernières décennies, avec des gains plus marqués chez les hommes, si bien que les écarts entre les sexes se réduisent peu à peu. Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et sont à l'origine d'un décès sur deux. Comparé à l'ensemble de la Suisse, le canton se caractérise par des risques de décès plus faibles pour les maladies cardiovasculaires. Certes minoritaires dans l'ensemble des causes de décès, les suicides pour les hommes et les accidents dans l'ensemble de la population causent également moins de décès à Genève que dans le reste de la Suisse.

La bonne santé physique de la population du canton contraste avec des problèmes psychiques répandus

En 2017, plus de quatre habitantes et habitants du canton sur cinq s'estiment en bonne ou en très bonne santé. Cette proportion est relativement stable dans le temps et est comparable à la moyenne nationale. Au sein de la population du canton, une personne sur quatre déclare souffrir de troubles physiques importants et près d'une sur trois indique ressentir quelques troubles. Ces troubles physiques, qui affectent davantage les femmes que les hommes, sont toutefois en diminution dans le canton durant les 20 dernières années. L'état de santé physique est marqué par les inégalités sociales puisque tant pour la santé autoévaluée que pour les troubles physiques, les personnes ayant un haut niveau de formation sont moins affectées par des problèmes de santé que celles n'ayant que la scolarité obligatoire.

La santé psychique est quant à elle moins bonne dans le canton du bout du lac en comparaison de la moyenne nationale pour toute une série d'indicateurs. Par exemple, en 2017, 23% de la population du canton présente des problèmes psychiques moyens à importants – une proportion largement supérieure à la valeur helvétique (15%) mais proche de la moyenne romande. Au niveau des caractéristiques individuelles, les femmes sont plus nombreuses à présenter des problèmes psychiques que les hommes et des différences selon le niveau de formation sont observables. Enfin, précisons que l'importance des problèmes psychiques n'a que peu évolué dans le canton depuis 2007. Concernant les symptômes dépressifs, le constat d'ensemble est le même: 13% de la population du canton souffre de symptômes dépressifs modérés à graves contre 9% en moyenne Suisse.

Seul un tiers de la population du canton bénéficie d'un soutien social fort alors que près de la moitié éprouve des sentiments de solitude

À Genève, la proportion de la population qui bénéficie de ressources personnelles et sociales est la plus faible de Suisse. Ainsi, seulement 29% de la population présente un sentiment élevé de maîtrise de la vie, 35% bénéficie d'un soutien social fort, et 48% se sent parfois à très souvent seul. À noter que le sentiment de solitude a gagné en importance dernièrement puisque sa fréquence a connu une hausse de 15 points de pourcentage entre 2002 et 2017.

Forte augmentation du nombre de personnes en surpoids malgré la hausse du nombre de personnes physiquement actives

À Genève, la proportion de personnes en surpoids a fortement augmenté au cours des 25 dernières années et atteint 42% de la population, dont 11% est en état d'obésité. Les femmes et les personnes ayant une formation tertiaire sont moins concernées par des problèmes d'obésité. Alors que l'augmentation de l'obésité se produit dans un contexte où la proportion de personnes physiquement actives connaît une forte hausse, il demeure que près de la moitié des résidents du canton déclare ne pas faire attention à son alimentation et que les trois quarts ne consomment pas les cinq portions de fruits et légumes recommandées par jour.

Baisse de la consommation de tabac et d'alcool

Le nombre de consommatrices et consommateurs de tabac a connu une baisse de près de 10 points de pourcentage durant les 25 dernières années pour s'établir à 27% de la population du canton en 2017. Parallèlement à cette baisse, la consommation de cigarettes par fumeur a fortement diminué. Avec cette diminution de la consommation générale de tabac et les changements législatifs interdisant la fumée dans des lieux publics, la part de la population exposée à la fumée secondaire s'élève à 9% en 2017 – cette proportion était encore de 31% en 2002

Le nombre de personnes consommant quotidiennement de l'alcool a également suivi une tendance à la baisse à Genève, passant d'environ un résident sur quatre en 1992 à un peu plus d'un sur dix en 2017. Les hommes et les personnes âgées sont les plus grands consommateurs d'alcool au quotidien. Notons toutefois que la proportion de personnes ayant une consommation ponctuelle excessive au moins une fois par mois a doublé entre 2007 et 2017 pour atteindre près de 20% de la population. Le profil des consommateurs d'alcool ayant des comportements d'ivresse ponctuelle se caractérise en revanche par un jeune âge et un haut niveau de formation.

Les personnes ayant une utilisation problématique d'internet sont deux fois plus nombreuses dans le canton que dans l'ensemble de la Suisse: la surconsommation de contenu digital concerne en effet 6% des habitants du canton et monte même à 13% pour les 15–34 ans.

La population du canton est particulièrement affectée par le bruit

Plus d'un résident sur deux dans le canton de Genève est affecté par des nuisances sonores à son domicile en 2017; en Suisse, cette proportion s'élève à un sur trois. Or, les nuisances environnementales (bruits, gaz d'échappement, lumières, rejets industriels, etc.) peuvent être associées à davantage de problèmes de santé. Il ressort par exemple au niveau suisse que plus le nombre de nuisances environnementales est important, plus les habitants présentent un moins bon état de santé, des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil.

La satisfaction au travail tend à diminuer dans le canton de Genève

Dans le cadre professionnel, bien que la majorité des actifs et actives ont une haute ou très haute satisfaction au travail (55%), cette proportion est tendanciellement à la baisse sur cinq ans et se situe à un niveau plus bas que la moyenne suisse. Et, si deux travailleuses et travailleurs sur cinq estiment que le travail a une influence positive sur la santé, ils sont un sur cinq à penser que son influence est négative. Dans le cadre de son travail, la population active occupée du canton est en effet fortement confrontée à des risques physiques et psychosociaux pour la santé: environ quatre travailleuses et travailleurs sur cinq sont affectés par un ou plusieurs risques physiques et près de neuf sur dix par un ou plusieurs risques psychosociaux. Il n'en demeure pas moins que parmi les personnes âgées de moins de 65 ans, celles qui sont actives professionnellement se déclarent en meilleure santé que celles inactives, au chômage ou au foyer.

Fort recours à la médecine spécialisée dans le canton de Genève

Les habitantes et habitants du canton de Genève se situent exactement dans la moyenne suisse quant au nombre moyen de visites chez un médecin de premier recours (2,3 consultations par personne) mais, en comparaison avec les autres cantons, ils se caractérisent par le plus grand nombre de consultations chez des médecins spécialistes du pays (2,6 consultations par personne contre 1,5 en moyenne suisse).

Le recours à la médecine complémentaire est également bien plus répandu à Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton, plus d'un habitant sur trois déclare avoir eu recours à la médecine complémentaire durant les douze derniers mois (environ un sur quatre en Suisse). Ce sont les femmes et les personnes ayant une formation élevée qui consomment le plus de médecine complémentaire. À Genève, l'ostéopathie est la forme de médecine complémentaire la plus fréquente au sein de la population, suivie de l'homéopathie.

Les résidentes et résidents des EMS nécessitent des soins importants à Genève

Près de 40% de la population genevoise a eu recours à des prestations ambulatoires des hôpitaux lors des douze derniers mois. Il s'agit de la proportion la plus élevée de Suisse. À Genève, les femmes, les jeunes et les personnes les moins bien formées ont plus tendance à recourir aux prestations ambulatoires hospitalières. Pour les prestations stationnaires des hôpitaux, un peu plus d'un habitant sur dix y a eu recours à Genève – une proportion similaire à la moyenne suisse. Ce sont cette fois les personnes âgées qui recourent particulièrement à ces prestations.

Concernant les soins de longue durée en EMS, la proportion des 65 ans et plus séjournant en EMS est plus faible à Genève qu'en moyenne Suisse (4,8% contre 5,5%). À Genève, où la

politique de maintien à domicile est forte, la quasi-totalité des résidents bénéficie de soins modérés à élevés alors qu'en Suisse, près d'un quart ne reçoit que des soins légers.

Des coûts bruts de l'assurance obligatoires des soins parmi les plus élevés du pays

En 2017, les coûts bruts de l'assurance obligatoires des soins engendrés par la population genevoise s'élèvent à 2,3 milliards de francs, soit un coût brut par assuré de 4755 francs. Avec de tels coûts par assuré, Genève se situe au 2e rang des cantons suisses où les coûts sont les plus élevés (moyenne à 3842 francs). Un peu plus d'un tiers des coûts provient des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux. Les coûts de traitement des médecins, qui constituent un autre poste important (29%) sont en proportion bien plus élevés à Genève que dans l'ensemble de la Suisse (22%). Entre 2013 et 2017, les coûts de l'assurance obligatoires des soins ont augmenté de 370 millions de francs dans le canton.

Plus d'un assuré sur quatre bénéficie d'une réduction de prime à Genève

Au sein des assurés de 26 ans et plus, Genève est au deuxième rang des cantons ayant les primes d'assurance maladie les plus élevées (5323 francs en moyenne). Entre 2008 et 2017, la proportion d'assurés souscrivant au modèle d'assurance standard selon la LaMal connaît un fort recul dans le canton (de 83% à 47%) alors que le modèle de médecin de famille sans capitation gagne en importance. Cette tendance est toutefois moins marquée à Genève qu'en moyenne Suisse où le modèle standard a connu un plus fort recul et n'attire qu'un tiers des assurés. Plus d'un assuré sur quatre est bénéficiaire d'une réduction de prime. Cette proportion reste stable dans le canton entre 2013 et 2017, malgré l'augmentation continuelles des primes. En revanche, la contribution moyenne par bénéficiaire connaît une hausse importante et dépasse les 2700 francs en 2017.

1 Introduction

La santé publique a pour objectif de prévenir les maladies, d'allonger la durée de vie et de promouvoir la santé. À cet effet, il est indispensable de disposer d'informations sur l'état de santé de la population ainsi que sur les facteurs qui la déterminent. C'est par une collecte de données en continu et par la production régulière d'indicateurs et de chiffres-clés issus de ces données qu'il est possible de produire des informations pertinentes et fiables sur la santé de la population. Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés une vue d'ensemble de l'état de santé actuel de la population du canton de Genève et de ses comportements en matière de santé.

1.1 Un rapport sur la santé dans le canton de Genève

La Direction générale de la santé du canton de Genève a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'élaborer un rapport sur la santé, principalement basé sur les résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2017. Ce rapport exhaustif sur l'état de santé de la population du canton de Genève est le troisième à paraître après ceux publiés en 2010 et 2015 (Merçay, 2015; Obsan, 2010). Il procure une vue d'ensemble et contient des analyses détaillées sur diverses thématiques ayant trait à la santé. Le rapport vient compléter le Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève (Pahud et Zufferey, 2019), également élaboré par l'Observatoire suisse de la santé, qui est une exploitation standardisée de l'ESS dans le canton de Genève au moyen de nombreux tableaux et graphiques mais sans explications détaillées.

1.2 À quoi sert le rapport sur la santé?

Le présent rapport a pour but de mettre à disposition des informations complètes sur l'état de santé de la population du canton de Genève et sur son comportement en matière de santé. Voici ses principaux objectifs:

- proposer une étude de référence sur différentes questions de santé publique dans le canton de Genève;
- identifier des groupes à risque ou des groupes-cibles en vue d'actions préventives, curatives ou de promotion de la santé;
- repérer et décrire les changements intervenus depuis 1992 dans le canton en matière de santé et de son évolution;
- mettre en évidence les spécificités du canton de Genève pour ce qui est des indicateurs de la santé ainsi que sur le plan sociodémographique et structurel.

Dans le contexte genevois, le rapport sur la santé constitue un support au développement de l'action publique en lien avec la santé. En particulier, il permet de disposer d'un état des lieux complet avant la mise en œuvre du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention (PSP) 2019–2023.

1.3 Principale source des données utilisées: l'enquête suisse sur la santé

Les analyses et les résultats présentés dans ce rapport se fondent pour l'essentiel sur l'enquête suisse sur la santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Cette enquête est décrite dans les trois prochaines sous-sections alors que le tableau 1.3 présente brièvement les autres sources de données prises en compte dans ce rapport.

1.3.1 Présentation de l'ESS

L'ESS explore de nombreuses thématiques ayant trait à la santé. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 auprès de personnes de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés (voir le tableau 1.1 pour une présentation succincte de l'ESS). L'enquête est d'abord conduite par téléphone et est complétée par un questionnaire écrit. En 2017, l'interview téléphonique a duré en moyenne 35 minutes. Les participants ont ensuite eu le choix de répondre à un questionnaire en ligne ou sur papier.

L'univers de base de l'ESS est constitué de la population résidante permanente en Suisse (Suisses et étrangers possédant une autorisation de résidence ou séjournant en Suisse pendant 12 mois au moins), âgée de 15 ans et plus et vivant dans un ménage privé (OFS, 2019a). L'enquête ne tient pas compte des personnes vivant en ménage collectif (établissements d'exécution de peines, internats, hôpitaux, homes pour personnes âgées, EMS, couvents, etc.) et des personnes dans le processus d'asile.

Le plan d'échantillonnage de l'ESS 2017 prévoyait à l'origine un échantillon de 10 000 interviews réparties de manière proportionnelle entre les cantons. Les cantons qui le souhaitaient ont pu augmenter le nombre de répondants dans leur canton afin de

Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé (ESS) **T1.1**

Producteur de données:	Office fédéral de la statistique (OFS), section Santé de la population
Bases légales	Ordonnance du 19 décembre 2008 sur le recensement fédéral de la population (RS 431.112.1)
	Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1)
Objectif de l'enquête	L'enquête suisse sur la santé livre des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladies, sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance. Sa périodicité permet d'observer l'évolution dans ces domaines de même que les effets des mesures de politique sanitaires.
Personnes interrogées	Échantillon aléatoire représentatif formé de personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé.
Échantillon	L'ESS est une enquête par échantillonnage. Les personnes sont sélectionnées aléatoirement dans le cadre de l'échantillonnage de l'OFS pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH), qui se base sur les registres cantonaux et communaux des habitants.
	Dans le cadre de l'ESS 2017, 22 134 personnes ont répondu à l'interview téléphonique. Sur ce total, 18 832 personnes ont encore rempli le questionnaire écrit complémentaire. Pour le canton de Genève, l'échantillon de l'interview téléphonique se compose de 1214 personnes, dont 981 ont rempli le questionnaire complémentaire écrit.
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017. Prochaine enquête: 2022.
Pertinence	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

Source: OFS (2016) © Obsan 2020

pouvoir effectuer des analyses représentatives à l'échelon cantonal. En 2017, dix-huit cantons[1], dont celui de Genève, et la ville de Zurich, ont eu recours à la densification de leur échantillonnage, augmentant ainsi le nombre de répondants à l'enquête. Des interviews financées par l'OFSP ont encore été réalisées auprès de 1000 personnes de nationalité étrangère. Cet échantillon supplémentaire qui comprend des personnes réparties dans toute la Suisse et provenant pour les trois quarts de pays d'Europe du Sud-Est et d'Europe de l'Est et pour un quart de pays d'Europe du Sud-Ouest.

L'OFS a tiré l'échantillon de l'ESS 2017 à partir du cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH). Celui-ci se base sur les données provenant des registres cantonaux et communaux des habitants, qui sont complétées chaque trimestre par les informations des fournisseurs de services téléphoniques (OFS, 2014). Le plan d'échantillonnage comprend un échantillon aléatoire simple, stratifié, de personnes et de ménages. Les strates sont formées par les cantons et des demi-cantons, avec une séparation de la ville de Zurich du reste du canton. L'échantillon est réparti entre les strates de telle sorte que les grandes régions[2] se voient attribuer une taille d'échantillon minimale (au minimum 900 interviews par grande région).

1.3.2 Collecte des données et participation à l'enquête 2017

La collecte de données de l'ESS s'est déroulée tout au long de l'année 2017 de façon à tenir compte de l'influence des saisons et des comportements sur l'état de santé. L'enquête a été réalisée par l'institut Link de recherche marketing et sociale à Lucerne. Dans l'ensemble, 75% des enregistrements dans le registre des habitants ont pu être appariés avec un numéro de téléphone valable (OFS, 2019a). Les personnes en question ont reçu une lettre les informant du fait qu'elles avaient été sélectionnées par un échantillonnage aléatoire et qu'elles seraient contactées les jours suivants pour une interview téléphonique. Les personnes sans numéro de téléphone (25%) ont reçu une carte-réponse sur laquelle elles pouvaient indiquer leurs coordonnées et proposer un jour et une heure pour qu'on les appelle; 52% de ces envois sont restés sans réponse.

En 2017, un total de 22 134 personnes ont pris part à l'ESS, ce qui représente un taux de participation de 50,6% (OFS, 2019a). Un peu moins d'un tiers des personnes contactées (30,0%) n'ont pas pu être atteintes et 15,1% ont refusé de répondre à l'enquête. Le taux de participation a atteint 57,4% des personnes parmi celles dont le numéro de téléphone était connu et 29,6% parmi celles dont le numéro n'était pas connu au début de l'enquête. Sur les 22 134 personnes ayant répondu à l'interview téléphonique, 11 671 étaient des femmes et 10 463 des hommes; 17 277 personnes étaient de nationalité suisse et 4857 de nationalité étrangère mais établies en Suisse. Les interviews ont été menées dans les trois langues officielles: 14 308 en allemand, 5840 en français et 1986 en italien. Après l'interview téléphonique, les personnes interrogées ont reçu un questionnaire écrit pour l'enquête complémentaire. Au total, 18 832 personnes ont rempli ce questionnaire, dont 60,5% en ligne. Pour le canton de Genève, l'interview téléphonique se compose de 1214 personnes, dont 981 ont rempli le questionnaire écrit.

[1] Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Campagne, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Obwald, Saint-Gall, Schwyz, Tessin, Thurgovie, Uri, Valais et Vaud.

[2] Il y a en Suisse sept grandes régions: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et Tessin (TI).

Échantillon et population résidante du canton du Genève selon le sexe, l'âge et la formation, en 2017 (personnes âgées de 15 ans et plus) **T1.2**

	Echantillon cantonal ESS						Population résidente permanente		
	Effectif			Pourcentage			Pourcentage		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Classe d'âge									
15–34 ans	201	150	351	28,0	29,6	28,9	29,6	32,1	30,8
35–49 ans	178	143	321	26,7	26,2	26,4	26,5	27,6	27,0
50–64 ans	145	138	283	25,8	21,4	23,3	22,1	23,3	22,7
65 ans et plus	155	104	259	19,4	22,8	21,3	21,7	17,0	19,5
Total	**679**	**535**	**1214**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Niveau de formation*									
Obligatoire	166	124	290	24,9	23,3	24,2	29,6	27,2	28,4
Secondaire II	266	209	475	39,8	39,3	39,6	31,8	31,1	31,5
Tertiaire	236	199	435	35,3	37,4	36,3	38,6	41,7	40,1
Total	**668**	**532**	**1200**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

* Les données du niveau de formation pour la population cantonale sont des estimations. Elles ont été calculées sans les fonctionnaires internationaux, les diplomates et les membres de leur famille bien qu'ils fassent partie de la population

Sources: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), Statistique de la population et des ménages (STATPOP); OCSTAT/OFS – Relevé structurel © Obsan 2020

Le tableau 1.2 montre la distribution par sexe de l'échantillon genevois de l'ESS selon la classe d'âge et le niveau de formation[3] en comparaison de la distribution des 417 604 habitantes et habitants âgés de 15 ans et plus au 31 décembre 2017. La distribution par âge est similaire entre l'échantillon de l'ESS et la population cantonale. Un léger écart apparaît parmi les populations âgées mais s'explique en partie par le fait que l'ESS ne considère que des ménages privés. Des différences apparaissent[4] selon le niveau de formation, avec une sous-représentation des personnes ayant une formation obligatoire et une surreprésentation du secondaire II dans l'ESS par rapport aux estimations issues du relevé structurel. Ces différences, qui sont dans la marge d'erreur, trouvent aussi leur source dans une méthodologie d'enquête différente entre les deux sources (échantillonnage, mode de relevé et questions posées).

1.3.3 Avantages et limites de l'ESS

L'ESS a le mérite d'élargir les connaissances sur l'état de santé de la population suisse. En effet, contrairement aux registres des maladies et aux données médicales administratives, l'ESS permet de tirer des conclusions concernant l'ensemble de la population et non seulement les personnes qui ont fait appel au système de santé. Dans l'analyse des données, l'état de santé individuel peut être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie, les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou la manière de faire face aux problèmes de santé.

Comme toutes les enquêtes auprès de la population, l'ESS a aussi ses limites. Les renseignements fournis par les personnes interrogées peuvent contenir des imprécisions ou des distorsions, dues en particulier à des souvenirs imparfaits, au refus de répondre et à la désirabilité sociale. Par ailleurs, l'ESS interroge uniquement des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé. Cette délimitation engendre divers effets de sélection typiques des enquêtes auprès de la population: les personnes vivant dans des établissements médico-sociaux et autres (homes pour personnes âgées, prisons, etc.) ne sont pas interrogées, si bien que l'enquête risque de conclure sur un état de santé de la population globale plus positif qu'il ne l'est en réalité. Un autre effet de sélection – tendant à sous-représenter les personnes en mauvaise santé – résulte du fait que les individus malades, dans certains cas, ne sont pas en mesure ou pas désireuses de participer à une telle enquête. Sont également sous-représentées les personnes qui vivent dans des conditions précaires (sans domicile fixe, sans autorisation de séjour valable, etc.). De plus, les personnes qui ne maîtrisent aucune des trois langues officielles sont de facto exclues de l'enquête. Bien que 1000 interviews supplémentaires aient été réalisées auprès de personnes de nationalité étrangère dans l'enquête 2017 (OFS, 2019a), les migrants aux connaissances linguistiques insuffisantes demeurent sous-représentés.

Des facteurs de pondération distincts ont été calculés pour les enquêtes téléphonique et écrite de l'ESS en vue d'extrapoler les données à l'ensemble de la population vivant dans un ménage privé. Ces facteurs tiennent compte de la région de domicile, du sexe, de l'âge, de la nationalité, de l'état civil et de la taille du ménage (OFS, 2019a). Ces pondérations permettent de compenser, en partie au moins, les distorsions évoquées plus haut.

[3] Voir le tableau T 1.4 pour une définition des niveaux de formation.

[4] Les chiffres présentés ici sont non pondérés mais les différences subsistent après la pondération de l'échantillon.

Autres sources de données **T1.3**

Source de données	Description
Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT)	La statistique BEVNAT de l'OFS est l'une des principales statistiques permettant de suivre l'évolution du mariage et de la famille en Suisse. Elle fournit en outre des données de référence utiles à la statistique de la population et des ménages (STATPOP), aux scénarios démographiques et au calcul d'indicateurs démographiques.
Statistique de la population et des ménages (STATPOP)	La statistique de la population et des ménages de l'OFS fait partie du système de recensement de la population. Elle livre des informations sur l'effectif et la structure de la population résidante à la fin d'une année ainsi que sur les mouvements de la population pendant l'année en cours.
Statistique des causes de décès	La statistique des causes de décès, établie par l'OFS, fournit une vue d'ensemble de la mortalité ainsi que des informations sur les causes de décès en Suisse.
Statistique médicale des hôpitaux (MS)	La statistique médicale des hôpitaux, établie par l'OFS, recense chaque année toutes les hospitalisations enregistrées dans les hôpitaux suisses. Elle collecte les informations sociodémographiques des patients, les données administratives et les informations médicales les concernant.
Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)	La statistique des institutions médico-sociales, établie par l'OFS, est une statistique administrative qui sert avant tout à décrire l'infrastructure et les activités des institutions accueillant des personnes âgées et handicapées. Outre des informations sur les prestations fournies, elle collecte notamment des données sur la clientèle prise en charge et sur le personnel.
Statistique de l'aide et des soins à domicile	La statistique de l'aide et des soins à domicile, établie par l'OFS, relève chaque année des informations sur l'offre de prestations, le personnel, la clientèle, les prestations fournies ainsi que sur les recettes et les dépenses des services concernés. Depuis 2010, cette statistique ne porte plus seulement sur les organismes à but non lucratif, mais aussi sur les entités à but lucratif et les infirmières et infirmiers indépendants.
Pool des données SASIS SA	Ce pool comprend les données des assurances-maladie recueillies par SASIS SA et fournit des informations sur l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), par groupe de prestataires de soins et par type de prestation.
Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER)	La fondation NICER collecte et agrège les données recueillies par les différents registres suisses cantonaux et régionaux des tumeurs. En 2019, tous les cantons sauf trois (Soleure, Schaffhouse et Schwyz) disposaient de tels registres.

© Obsan 2020

1.3.4 Autres sources de données

Des données autres que celles de l'ESS sont exploitées dans certains chapitres de ce rapport (notamment les chapitres 2, 5 et 6); elles sont tirées des sources décrites dans le tableau 1.3.

1.4 Cadre théorique

Les indicateurs analysés dans ce rapport ont pour objectif de présenter les facteurs qui déterminent la santé et à mesurer leur influence et les relations qu'elles entretiennent avec d'autres variables. Les différents facteurs d'influence sur la santé sont illustrés dans le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991), un modèle qui reste largement utilisé en raison de sa simplicité et de sa solidité (G 1.1).

Au centre du modèle, on trouve des déterminants physiques et génétiques (l'âge, le sexe et l'hérédité). Les autres facteurs, également appelés déterminants sociaux, sont répartis sur quatre niveaux qui interagissent entre eux:

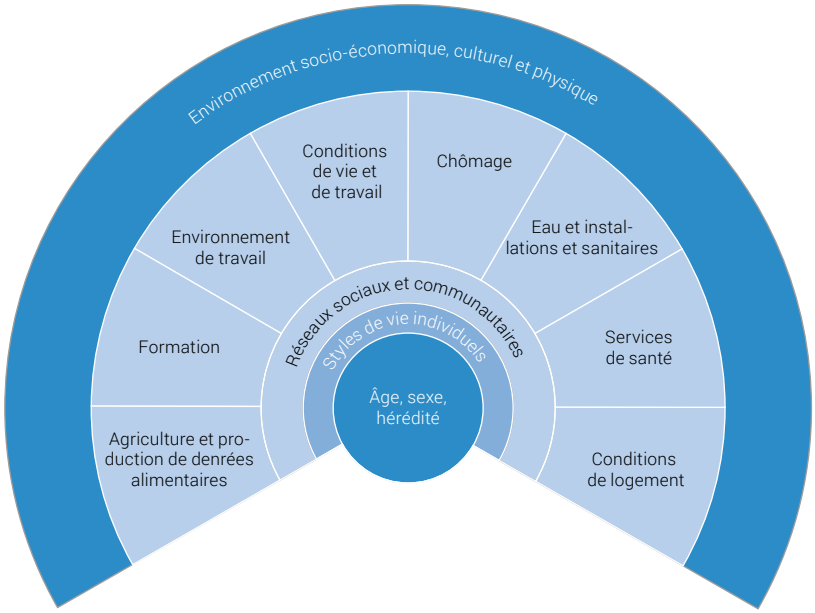
1. styles de vie individuels (habitudes alimentaires, activité physique, etc.),
2. réseaux sociaux et communautaires (famille, cercle d'amis, voisins, etc.),
3. conditions de vie et de travail (conditions de logement et de travail, accès aux soins, etc.),
4. environnement socio-économique, culturel et physique (situation économique, conditions environnementales, politique sociale, systèmes éducatif et de santé, assurances sociales, etc.).

Selon ce modèle, la santé ne dépend pas seulement de facteurs génétiques et biologiques mais est dans une large mesure déterminée par le style de vie individuel. Or, ce dernier subit l'influence des autres niveaux (2 à 4) qui, à leur tour, sont façonnés par des interactions et interdépendances avec les autres niveaux. Dans une approche de santé publique, il est important de relever que certains facteurs individuels – tels que le style de vie et les déterminants sociaux – peuvent être influencés et représentent ainsi un champ d'action essentiel pour les politiques publiques de la santé.

On parle d'inégalité de santé lorsque des écarts systématiques en matière de santé peuvent être observés entre des groupes de population. Du point de vue de la politique sanitaire, il est donc essentiel de savoir quels sont les groupes les plus vulnérables. Au sein des populations contemporaines, des différences importantes en termes d'état de santé peuvent être observés entre groupes socio-économiques (Marmot, 2005, 2010). Ces inégalités sociales ont par ailleurs déjà été constatées au 17e siècle à Genève et perdurent depuis lors (Schumacher et Oris, 2011). Elles se retrouvent actuellement dans la quasi-totalité des pays européens (Mackenbach et al., 2008).

Cette relation entre statut socio-économique et santé s'explique, d'une part, par le fait que les conditions de vie dépendent dans une large mesure de la position sociale. Les personnes ayant un statut socio-économique bas sont plus souvent confrontées à des conditions précaires au travail (par exemple concernant les efforts physiques, les horaires, le stress social) et dans leur environnement de vie (par exemple au niveau du bruit, de la pollution, d'un logement exigu). D'autre part, le statut socioéconomique influence indirectement la santé par des comportements en matière de santé plus ou moins favorables selon les

Principaux déterminants de la santé **G1.1**



Source: selon Dahlgren et Whitehead (1991)

© Obsan 2020

groupes (Camenzind et Wiedenmayer, 2016). Avec des moyens financiers limités, l'accès à des médicaments ou à une nourriture équilibrée peut être moins facile. En outre, les personnes ayant une position socio-économique basse bénéficient plus rarement d'un fort soutien social; ils ont également moins de ressources, notamment pour acquérir et comprendre des informations sur la santé. L'inégalité sociale a enfin des conséquences sur la santé à travers l'accès aux soins: par exemple, l'offre de thérapies est plus restreinte dans les milieux socialement défavorisés et, on peut constater des différences au niveau de l'assurance-maladie (assurance complémentaire, niveau de la franchise) mais aussi dans la relation entre le médecin et son patient (Janssen et al., 2006; Verlinde et al., 2012).

Outre les inégalités liées au statut socio-économique, il importe de tenir compte d'inégalités fondées sur des caractéristiques telles que le sexe, l'âge et le statut migratoire qui découlent de la conception du partage des rôles ou des attributs, ainsi que de certains droits, obligations ou normes sociales. Dans l'idéal, les analyses devraient associer ces différents facteurs afin de comprendre les inégalités à l'intersection des déterminants sociaux (Crenshaw, 1991), mais pour des raisons pratiques (taille de l'échantillon) et de généralisation, c'est souvent impossible. Les paragraphes ci-après proposent une description des déterminants majeurs que sont le sexe, l'âge, le statut migratoire et la région d'habitation.

Sexe

De nombreuses études démontrent l'existence d'écarts entre femmes et hommes au niveau de l'incidence et de la prévalence de maladies, mais aussi au niveau de l'évolution des maladies et de leur pronostic. Si les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes, elles souffrent plus souvent de problèmes physiques et psychiques (Crimmins et al., 2010; OFSP, 2008; Schumacher et Vilpert, 2011; Vallin, 2002). Bien que ces écarts aient une base biologique, l'influence sociale est déterminante (Luy, 2003). Certains risques sont ainsi répartis de manière inégale entre les sexes, tant dans l'exercice d'une activité lucrative (conditions de travail précaires, risque de maladies et d'accidents professionnels, double charge résultant de l'exercice d'une profession en plus du travail domestique), que sur le plan des conditions de vie en général (charge d'un ménage monoparental ou soins aux proches, par exemple). Les femmes et les hommes se distinguent en outre par leur perception de symptômes, leur définition de la maladie, leur recours aux prestations médicales et, en général, par leur approche de la maladie. Des écarts importants les séparent en matière de comportements liés à la santé (alimentation, consommation de tabac ou d'alcool, etc.). Si une partie de ces écarts s'explique par le statut socio-économique, une autre est due à des différences dans la conception de la répartition des rôles, des attributs et des normes.

Pour ce qui est du déterminant «sexe», il importe de relever que les personnes dont le sexe est physiquement mal défini et celles dont l'identité sexuelle ne coïncide pas avec le sexe qui leur est attribué courent des risques spécifiques en matière de santé. Ceux-ci sont notamment dus à la discrimination dans le quotidien, mais aussi dans la prise en charge médicale (Association PREOS, 2012; Promotion santé suisse, 2017; Reisner et al., 2018).

Âge
La morbidité et la mortalité varient avec l'âge. Les enfants ne souffrent pas des mêmes maladies que les adultes. Les ennuis de santé tendent à s'accumuler avec l'âge, restreignant souvent l'activité et entraînant la multimorbidité (OFS, 2019b). Cette évolution est certes d'origine physiologique et biologique, mais l'âge correspond aussi à différentes étapes du parcours de vie (formation, emploi, vie de famille et retraite). Ces étapes, ainsi que les périodes de transition entre elles, sont associées à certains risques et à la disposition de certaines ressources en matière de santé.

Personnes issues de la migration
La migration est considérée comme un facteur important en matière d'inégalités de santé dans les pays d'accueil occidentaux (Lampert et al., 2016). Les trois phases de la migration (avant, pendant et après) peuvent en effet entraîner des problèmes spécifiques. En Suisse aussi, l'état de santé de la population issue de la migration s'avère à bien des égards plus mauvais que celui de la population indigène (OFSP, 2013c), alors que, paradoxalement, la mortalité des migrants est plus basse (Zufferey, 2017). Il est important de tenir compte du fait que des différences importantes distinguent les migrants entre eux, en fonction de l'origine, des raisons de la migration ainsi que de leurs statuts socio-économique et juridique.

Déterminants régionaux: degré d'urbanisation, canton et région linguistique
Si des différences démographiques, sociales, culturelles et géographiques existent en Suisse, des disparités apparaissent aussi entre régions linguistiques, cantons et, au sein des cantons, entre zones urbaines et rurales. Ces écarts peuvent s'expliquer tant par un accès aux soins et des politiques de santé qui dépendent de chaque lieu d'habitation, que par des populations ayant des caractéristiques et des comportements – notamment en matière de santé – différenciés. Ces écarts spatiaux sont révélateurs d'inégalités et permettent le développement de politiques publiques ciblées.

Le cadre théorique défini dans cette section sert de base aux facteurs d'influence étudiés dans ce rapport. En effet, des enjeux tels que les ressources, les comportements, les conditions de vie et de travail ainsi que le recours à des prestations médicales sont croisés avec les variables principales (sexe, âge, formation, statut migratoire, canton de résidence) et présentés pour une sélection de variables dans les annexes à la fin du rapport.

Idéalement, il faudrait pouvoir combiner les différents facteurs individuels de la santé (statut socio-économique, sexe, âge, statut migratoire, etc.) afin de concevoir des interventions adaptées aux groupes cibles. Des analyses multivariées (comme des modèles de régression) permettent certes d'associer différents déterminants mais, compte tenu de l'échantillon relativement faible dans le canton de Genève, leur application au niveau cantonal demeure limitée. Les analyses bivariées présentées dans le rapport permettent toutefois de mettre en évidence certains écarts en vue d'identifier des groupes à risque ou des groupes cibles en lien avec les thématiques de la santé.

1.5 Méthodes et analyses

1.5.1 Définition des variables utilisées

Les dimensions analysées dans cette étude seront expliquées au fur et à mesure du rapport. Le tableau 1.4 décrit l'opérationnalisation des principales variables explicatives que l'on retrouve dans l'ensemble du rapport (sexe, âge, formation, statut migratoire, type de ménage). En raison d'une qualité de données insuffisante, l'ESS 2017 ne permet plus de représenter le revenu de manière correcte, de sorte que seul le niveau de formation couvre désormais l'aspect socio-économique.

1.5.2 Analyses descriptives

Les résultats présentés pour le canton de Genève dans ce rapport sont essentiellement d'ordre descriptif. Chacun des chapitres fournit et décrit les principaux résultats d'intérêt. Pour les variables les plus importantes, les annexes (en fin d'ouvrage) proposent quelques tableaux de résultats détaillés comme référence. Ces tableaux donnent aussi à titre de comparaison les valeurs de la Suisse. Chaque fois que les données le permettent, une comparaison temporelle graphique est proposée.

Pour les résultats statistiques (graphiques et tableaux), le rapport donne autour de chaque donnée un intervalle de confiance qui indique, avec une probabilité prédéfinie, la zone de valeurs dans laquelle doit se situer la valeur effective de l'univers de base (voir encadré 1.1). Cet intervalle permet d'apprécier si un écart est attesté par les données statistiques ou s'il pourrait relever du hasard (voir encadré 1.2 qui présente un exemple de lecture d'un graphique). De manière générale, toute différence ou tout lien analysé et discuté dans ce rapport est statistiquement significatif au seuil de 5%. Le terme «tendance» est pour sa part utilisé lorsqu'un résultat est suffisamment intéressant pour être commenté mais qu'il est formellement non significatif. Ces résultats sont en général proches du seuil de significativité ou sont attestés par des écarts significatifs à l'échelle nationale ou romande ou par des résultats similaires obtenus dans le passé.

Les modalités des questions qui n'ont réuni qu'entre 10 et 29 répondants (n) sont indiquées entre parenthèses, car leur validité statistique est limitée. Les résultats où le nombre de cas (n) est inférieur à 10 ne sont pas indiqués, mais remplacés par un point. Les résultats ou fréquences relatives sont toujours arrondis à une décimale. Les nombres étant arrondis, la somme des fréquences relatives de toutes les réponses possibles n'équivaut pas toujours à 100,0%. Les intervalles de confiance sont fortement liés au nombre de cas: plus le nombre de cas est petit, plus l'intervalle de confiance et l'incertitude statistique sont grands. Mentionnons à ce propos que les intervalles de confiance équivalent à zéro pour des fréquences relatives de 0,0% et de 100,0% et que leur valeur n'est donc pas précisée.

Pour les principales variables de ce rapport, des analyses multivariées (régressions logistiques) complémentaires ont été menées. Contrairement à l'approche descriptive, le multivarié permet de considérer simultanément l'influence de plusieurs facteurs sur un phénomène d'intérêt. Les variables explicatives

Définition des principales variables d'analyse T1.4

Variable	Définition
Sexe	Dans l'ESS, la variable «sexe» fait l'objet d'un relevé binaire (homme/femme) et elle est interprétée comme telle dans les analyses.
Âge	L'ESS porte uniquement sur des personnes de 15 ans et plus, de sorte que le présent rapport ne peut pas analyser la situation des enfants. Les interprétations sont établies pour des classes d'âge relativement larges, qui correspondent aux principales étapes de la vie des femmes et des hommes: 15 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus.
Formation	Dans le présent rapport, le niveau de formation correspond à la formation la plus élevée acquise au cours de la vie et qui est validée par un certificat de capacité ou un diplôme. École obligatoire: Personnes qui fréquentent l'école obligatoire ou qui n'ont pas encore achevé leur scolarité obligatoire celles qui n'ont pas achevé d'autre formation post-obligatoire ou celles ayant effectué une 10e année de scolarité, une formation élémentaire ou école d'économie domestique. Secondaire II: Personnes ayant achevé l'une des formations post-obligatoires suivantes: école de commerce sur deux ans, apprentissage professionnel, maturité professionnelle, maturité gymnasiale, école de degré diplôme, école de culture générale ou école du secondaire II formant à l'enseignement. Tertiaire: Personnes qui ont achevé une formation professionnelle supérieure avec brevet fédéral, une école technique ou professionnelle, une haute école spécialisée (HES), une haute école pédagogique (HEP) ou un cursus universitaire. Les personnes qui suivent une formation au moment de l'enquête (par exemple un apprentissage ou des études universitaires) sont considérées dans la catégorie de la dernière formation achevée et non dans la formation en cours. Cela concerne les plus jeunes qui se retrouvent dans les catégories «école obligatoire» ou «secondaire II» en fonction de leur âge.
Statut migratoire	Dans les rapports précédents sur la santé établis par l'Obsan, les résultats étaient présentés selon la nationalité. Cette distinction étant discutable (en particulier pour les personnes de 2e ou 3e génération), elle est remplacée par le statut migratoire, qui tient compte de l'expérience directe ou indirecte de la migration internationale, en s'appuyant sur l'expérience migratoire des parents (OFS, 2017a). Le statut migratoire est déterminé par une combinaison des variables «nationalité à la naissance», «lieu de naissance» et «lieu de naissance des parents». Le nombre de cas recensés étant petit, il n'est pas possible au niveau cantonal de distinguer la première et la deuxième génération pour les personnes présentant un statut migratoire. Pour la même raison, il s'avère impossible de procéder à une analyse selon le pays d'origine. Les personnes ayant répondu à l'ESS via un questionnaire proxy n'ont pas pu être catégorisées selon leur statut migratoire. Il en résulte, pour cette variable, un peu plus de 900 données manquantes dont 62% le sont en raison d'une méconnaissance des langues nationales.
Type de ménage	On distingue les quatre types de ménages ci-après: – Ménages d'une personne – Couples sans enfants – Couples avec enfant(s) – Famille monoparentale D'autres types de ménages (ménages multifamiliaux et ménages non familiaux de plusieurs personnes) ne sont pas spécifiés en raison de leur petit nombre.

© Obsan 2020

prises en considération ici sont les principaux déterminants individuels et sociaux de la santé (âge, sexe, formation, statut migratoire et composition du ménage). La relative faible taille de l'échantillon cantonal de l'ESS conduit à un manque de puissance statistique et rend les analyses multivariées à l'échelle d'un canton délicates à interpréter. Pour cette raison, mais aussi à cause de leur complexité, les résultats des analyses multivariées ne sont pas présentés en détail dans ce rapport. Les conclusions essentielles sont néanmoins évoquées dans le texte.

Encadré 1.1: La significativité statistique

Les enquêtes statistiques par échantillonnage, telle l'ESS, partent de l'idée qu'il est possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population étudiée. Or, les résultats d'une enquête peuvent dans une certaine mesure être dus au hasard inhérent à la sélection aléatoire de l'échantillon. Afin de garantir la fiabilité des résultats, il est d'usage de définir un seuil, qui correspond à la marge d'erreur: plus ce seuil est bas (il se situe en général à 5%, et c'est le cas dans le présent rapport), plus la probabilité d'une erreur est faible. À partir du seuil défini, il est possible de calculer un intervalle dit de confiance pour délimiter le domaine qui contient le résultat «correct» avec une probabilité de 95% par exemple.

De manière générale, l'étendue de l'intervalle de confiance est déterminée par la taille de l'échantillon (plus ce dernier est grand, plus l'intervalle est étroit), la variabilité des données (moins celles-ci sont dispersées, plus l'intervalle est petit) et le seuil choisi (plus celui-ci est bas, plus l'intervalle de confiance est large). Les calculs de l'intervalle de confiance permettent de tirer des conclusions quant à la significativité statistique des résultats obtenus. Dans le présent rapport, cette significativité est principalement utilisée pour analyser les différences entre deux ou plusieurs groupes de population.

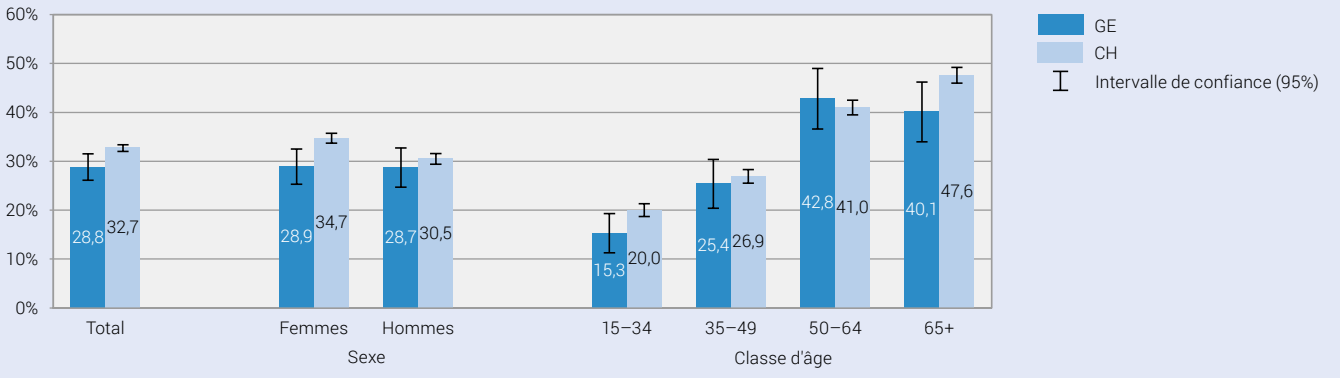
Encadré 1.2: Comment lire les graphiques?
Les diagrammes en barres (qui n'ont pas de barres empilées) sont représentés avec des intervalles de confiance (voir encadré 1.1). Des différences entre des sous-populations (selon le sexe, le groupe d'âge ou le niveau de formation par exemple) ou encore des différences entre le canton de Genève et le reste de la Suisse peuvent être interprétés comme statistiquement significatives lorsque les intervalles (les lignes verticales noires) ne se recoupent pas. Les paragraphes ci-après illustrent avec un exemple l'interprétation d'un graphique.

Comparaison du canton de Genève avec l'ensemble de la Suisse
Le graphique 1.2 montre la proportion de personnes ayant des problèmes durables de santé dans le canton de Genève (en bleu foncé) et dans toute la Suisse (en bleu clair). En regardant le total, il apparaît que la population du canton est moins affectée que l'ensemble de la Suisse par des problèmes durables de santé (28,8% contre 32,7%). Comme les intervalles de confiance ne se recoupent juste pas (maximum à 31,5% à Genève et minimum à 31,9% en Suisse), la différence est statistiquement significative. Chez les femmes, les Genevoises se distinguent des Suissesses par une valeur significativement plus basse, mais on ne peut pas relever une différence significative chez les hommes car les intervalles de confiance du canton et de la Suisse se chevauchent. De même, au sein de chaque classe d'âge, il n'y a pas de différences significatives entre la population du canton et du reste de la Suisse.

Comparaison selon le sexe et l'âge
Le graphique 1.2 permet de tirer des conclusions sur les différences entre des sous-populations dans le canton ou en Suisse. Par exemple, à Genève il n'y a pas de différence entre femmes et hommes quant à l'occurrence de problèmes durables de santé (28,9% pour les femmes et 28,7% pour les hommes). Or une différence significative apparaît à l'échelle nationale avec respectivement 34,7% et 30,5%. Concernant l'évolution par âge, on peut relever une augmentation graduelle des problèmes durables de santé à Genève entre les 15–34, les 35–49 et les 50–64 ans. En revanche, l'écart entre les 50–64 ans et les 65 ans et plus n'est pas significatif. En raison, d'un échantillon plus grand, l'incertitude sur les résultats est plus faible au niveau suisse: les intervalles de confiance sont donc plus étroits et l'on peut, d'une manière générale, plus souvent conclure sur des différences significatives entre groupes à l'échelle nationale.

L'interprétation de différences significatives n'est possible que si les groupes considérés s'excluent mutuellement. Par exemple, la différence entre les «hommes» et la «classe d'âge des 15 à 34 ans» ne peut pas être interprétée comme étant significative (bien que les intervalles ne se recoupent pas) parce que ces deux groupes ont une population commune: les «15–34 ans» incluent des observations de la catégorie «hommes» et vice versa. Les différences ne peuvent ainsi être interprétées qu'entre les modalités d'une même variable.
Si l'on suit ce raisonnement, les différences entre le canton de Genève et la Suisse ne devraient pas non plus être interprétées en termes de significativité puisque le canton est une partie de la Suisse. Au sens strict, il faudrait calculer les résultats de la Suisse en faisant abstraction du canton mais, pour des raisons pragmatiques de comparabilité et afin d'avoir des indicateurs de santé qui représentent l'ensemble de la Suisse, les valeurs nationales incluent l'ensemble des 26 cantons (y compris Genève). L'imprécision qui en résulte est donc connue et admise.

Problèmes durables de santé, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G1.2**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

1.6 Le canton de Genève en comparaison nationale

La section 1.4 de ce chapitre sur les déterminants sociaux de la santé a mis en évidence que les facteurs sociodémographiques et structurels ont une influence prépondérante sur l'état de santé ainsi que sur les comportements pouvant l'influencer. Le rôle du système de santé qui, en Suisse, est dans une large mesure piloté à l'échelle cantonale, a aussi été évoqué. Le tableau 1.5 présente des chiffres-clés permettant de situer le canton de Genève par rapport au reste de la Suisse. Les données présentées dans ce tableau concernent 2017, qui est l'année durant laquelle les données de la source principale de ce rapport, l'enquête suisse sur la santé, ont été collectées

Un fort dynamisme démographique 2012–2017

Le canton de Genève abrite une population urbaine qui atteint presque 500 000 habitantes et habitants en 2017, ce qui le place au 6e rang des cantons les plus peuplés de Suisse. Genève connaît une évolution démographique particulièrement dynamique (+6,9% entre 2012 et 2017) qui, d'après l'OCSTAT, s'appuie dans une large mesure sur des flux migratoires internationaux. En 2017, 62,5% de la population est issue de la migration alors que cette proportion est de 37,2% dans toute la Suisse. La population genevoise est de surcroît relativement jeune – les individus de moins de 49 ans représentent 64,5% de la population contre 61,1% en Suisse.

Un tissu économique dominé par le secteur tertiaire

Le tissu économique du canton est dominé par le secteur tertiaire, qui occupe 86,2% de la population active (1er rang de Suisse) et par des emplois hautement qualifiés (40% de la population est titulaire d'un diplôme universitaire). Bien qu'ayant un produit intérieur brut par habitant parmi les plus élevés de Suisse (98 350 francs), le taux de chômage (5,3%) et d'aide sociale (5,9%) sont aussi supérieurs à la moyenne suisse (3,2% et 3,3%).

Une forte densité de prestataires de soins

Dans le domaine de la santé, le canton de Genève se distingue par une densité élevée de prestataires de soins: le nombre de médecins généralistes (13,1 pour 10 000 habitants) mais encore plus de spécialistes (24,7 pour 10 000 habitants) dépasse largement la densité de praticiens à l'échelle nationale (respectivement 9,4 et 12,4 pour 10 000). La densité de pharmacies est aussi élevée dans le canton. En revanche, le taux d'hospitalisation est l'un des plus faibles de Suisse, tout comme le nombre de places en maison pour personnes âgées et homes médicalisés.

Quelques chiffres-clés dans le canton de Genève et en Suisse **T1.5**

Indicateur	GE	CH	Rang GE[1]	Description de l'indicateur et des sources
Population résidante 2017				
Femmes	255 135	4 277 696	5	Population résidante permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – STATPOP 2017)
Hommes	240 114	4 206 434	6	
Total	**495 249**	**8 484 130**	**6**	
Évolution démographique 2012–2017 (en %)				
Femmes	6,6	5,1	5	Hausse entre 2012 et 2017 de la population résidante permanente à la fin de l'année, selon le sexe (OFS – STATPOP 2012–2017)
Hommes	7,3	6,0	5	
Total	**6,9**	**5,5**	**5**	
Structure par âge 2017 (en %)				
0–14 ans	15,7	15,0	4	Population résidante permanente à la fin de l'année par classe d'âge (OFS – STATPOP 2017)
15–34 ans	26,0	24,7	3	
35–49 ans	22,8	21,4	3	
50–64 ans	19,1	20,7	25	
65 ans et plus	16,4	18,3	24	
Naissances 2017				
Taux de natalité (pour 1000 habitants)	11,0	10,3	3	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants et nombre moyen d'enfants par femme (OFS – STATPOP 2017, BEVNAT 2017)
Indicateur conjoncturel de fécondité	1,49	1,52	21	
Proportion de la population en régions urbaines 2017 (en %)	100,0	84,8	1	Proportion de la population en régions urbaines rapportée à l'ensemble de la population résidante permanente (OFS – STATPOP 2017)

[1] Le rang 1 signifie la plus haute valeur pour l'indicateur en question.

© Obsan 2020

Quelques chiffres-clés dans le canton de Genève et en Suisse T1.5

Indicateur	GE	CH	Rang GE[1]	Description de l'indicateur et des sources
Proportion de la population issue de la migration 2017 (en %)	62,5	37,2	1	Proportion de la population issue de la migration (1ère et 2e génération) dans la population résidente permanente de 15 ans et plus (OFS – ESPA 2017)
Structure des ménages 2017				Nombre moyen de personnes vivant en ménage privé; proportion des ménages d'une seule personne rapportée à l'ensemble des ménages (OFS – Relevé structurel 2017)
Nombre de personnes par ménage	2,4	2,2	3	
Ménages d'une seule personne (en %)	37,2	35,5	5	
Niveau de formation 2017 (dès 15 ans, en %)				
Sans formation post-obligatoire	28.6	23,6	7	Proportion de personnes titulaires du diplôme le plus élevé rapportée à l'ensemble de la population, à l'exclusion de celles qui n'ont pas donné d'indication (OFS – Relevé structurel 2017)
Secondaire II	31.4	45,3	26	
Tertiaire	40,0	31,1	2	
Structure de l'emploi 2016 (en %)				
Salariés dans le secteur primaire	0,5	3,2	25	Proportion de salariés selon les trois secteurs économiques (OFS – Statistique structurelle des entreprises 2016)
Salariés dans le secteur secondaire	13,3	21,0	26	
Salariés dans le secteur tertiaire	86,2	75,8	1	
Taux d'activité net 2017 (15–64 ans, en %)	75,3	81,6	25	Proportion de personnes actives dans la population résidante permanente entre 15 et 64 ans (OFS – Relevé structurel 2017)
Taux de chômage 2017 (en %)	5,3	3,2	2	Proportion de chômeurs inscrits en 2017 rapportée au nombre de personnes actives selon le relevé structurel 2012–2014 (SECO – Statistique du chômage 2012–2014; OFS – Relevé structurel 2017)
Produit intérieur brut par habitant 2016 (en CHF)	98 350	78 869	3	PIB par habitant (OFS – Comptes nationaux 2016, données provisoires)
Taux d'aide sociale 2017 (en %)	5,9	3,3	3	Proportion de bénéficiaires de l'aide sociale rapportée à l'ensemble de la population résidante permanente (OFS – Statistique de l'aide sociale 2017, STATPOP 2017)
Densité de médecins 2017 (pour 10'000 habitants)				Nombre de médecins exerçant en cabinet privé (FMH – Statistique médicale 2017)
Médecine de premier recours	13,1	9,4	2	Médecine de premier recours: médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfant et de l'adolescent
Médecine spécialisée	24,7	12,4	2	Médecine spécialisée: toutes les autres spécialisations
Densité de pharmacies 2017 (pour 10'000 habitants)	3,5	2,1	4	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 10'000 habitants (pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens 2017)
Taux de lits d'hôpitaux occupés 2017 (pour 1000 habitants)	2,4	2,1	3	Nombre de lits occupés dans les hôpitaux pour 1000 habitants et par jour; sorties en 2017 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2017, STATPOP 2017)
Taux d'hospitalisation 2017 (pour 1000 habitants)	129,1	145,6	25	Taux standardisé d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins aigus pour 1000 habitants; sorties en 2017 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2017, STATPOP 2017)
Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus 2017 (en jours)	6,2	5,3	1	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus; sorties en 2017 (OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2017)
Places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés 2017 (pour 1000 habitants dès 65 ans)	50,0	61,8	23	Nombre de places en maisons pour personnes âgées et homes médicalisés, occupées ou non, au 1er janvier de l'année du relevé, pour 1000 habitants dès 65 ans (OFS – Statistique des institutions médico-sociales 2017, STATPOP 2017)

[1] Le rang 1 signifie la plus haute valeur pour l'indicateur en question.

© Obsan 2020

2 État de santé

Dans le préambule de sa constitution, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste donc pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). Selon le sociologue Aaron Antonovsky, on ne peut pas simplement opposer les individus selon des catégories «malade» ou «sain», mais on doit considérer que chacun a un état de santé qui se situe entre ces deux pôles (Antonovsky, 1997). Par conséquent, les approches qui traitent de la santé doivent être globales et aussi bien étudier les facteurs favorisant un bon état de santé que les causes de la maladie. Ce chapitre s'appuie sur ce type d'approche et a pour objectif d'offrir une vision nuancée de la santé des populations. Il présente ainsi différents indicateurs de la santé, mais aussi une sélection de facteurs de risque et de ressources qui peuvent affecter positivement ou négativement la santé durant le parcours de vie.

2.1 Espérance de vie et mortalité

2.1.1 Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur de la durée de vie moyenne d'une population à un moment donné. Il indique le nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les conditions de vie actuelles, ou celle de l'année prise en considération, se prolongeaient durant toute sa vie. Cette mesure est largement utilisée – presque tous les pays ont des données de qualité sur sa population – et permet de comparer l'état de santé de différents groupes en différents lieux. Il reflète ainsi l'effet cumulé des facteurs de risque, des maladies, des accidents et du système de santé d'un pays ou d'une région.

Dans le canton de Genève, comme en moyenne suisse, l'espérance de vie à la naissance a connu une hausse progressive lors des trente dernières années (G 2.1): elle atteint 85,9 pour les femmes et 81,7 pour les hommes en 2014 (lissage sur cinq ans, 2012–2016), soit une augmentation de respectivement 5,6 et 8,0 ans en trente ans. Cela représente des gains moyens de durée de vie de 2 à 3 mois chaque année. En 2014, pour l'ensemble de la Suisse, l'espérance de vie est plus basse qu'à Genève de près d'une année (à 85,0 ans et 80,9 pour les femmes et les hommes).

La croissance de l'espérance de vie étant plus forte chez les hommes, l'écart entre les sexes s'est réduit ces dernières décennies, passant, en Suisse comme à Genève, de quelque 7 années supplémentaires pour les femmes au début des années 1990 à un peu plus de 4 années vingt ans plus tard. Cette tendance s'observe dans les autres États de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2018). Elle s'explique notamment par une convergence de comportements de santé (alcool, consommation de tabac, conditions de travail difficiles, etc.) qui étaient autrefois des maux typiquement masculins (Omran, 1971). À cela s'ajoute une baisse récente du taux de mortalité des maladies cardiovasculaires chez les hommes (OCDE, 2017a).

2.1.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans

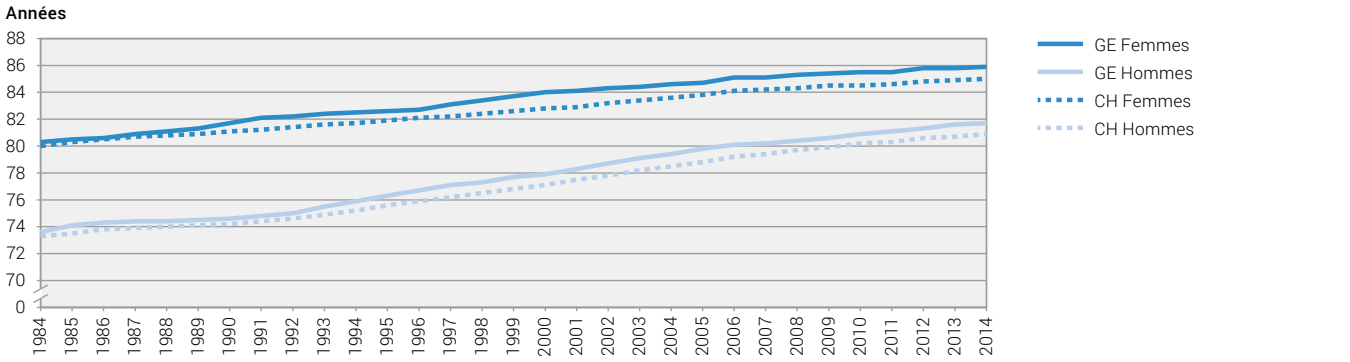
L'espérance de vie à l'âge de 65 ans donne une indication de la durée moyenne de vie d'une population qui a déjà atteint un âge avancé. Cet indicateur renseigne à la fois sur la santé des aînés mais donne aussi une estimation de la longévité d'une population qui est, en partie, à la charge du système d'assurance sociale. Comme l'espérance de vie à la naissance, celle à l'âge de 65 ans connaît une forte croissance durant les trois dernières décennies (G 2.2). C'est grâce à la baisse de la mortalité aux grands âges que l'espérance de vie à la naissance a autant augmentée. À Genève en 2014 (moyenne sur cinq ans, 2012–2016), l'espérance de vie à l'âge de 65 ans atteint 23,1 ans pour les femmes et 20,1 ans pour les hommes. La moyenne suisse est un peu plus basse (respectivement 22,3 et 19,4 ans) alors que les pays européens de l'OCDE se situent en moyenne à 21,6 ans pour les femmes et 18,2 ans pour les hommes (OCDE, 2018).

2.1.3 Mortalité et causes de décès

Le taux brut de mortalité représente le nombre de décès pour 100 000 habitants. Mais comme ce taux ne tient pas compte de la structure par âge de la population et que cette structure évolue dans le temps et selon les régions, il est nécessaire de standardiser le taux sur la base d'une population de référence puisque l'âge est l'un des déterminants les plus forts de la mortalité. Pour faciliter les comparaisons, pour cette section et la suite de ce rapport, la référence est la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013).

En Suisse, la mortalité varie passablement entre les cantons (G 2.3). Le taux standardisé de mortalité du canton de Genève (2012–2016) est le plus bas de Suisse (749 décès pour 100 000 habitantes et habitants) et se situe significativement sous la moyenne helvétique (846 décès pour 100 000 habitantes et habitants). Dans le classement des cantons, il est difficile de déceler des logiques régionales puisque Genève est suivi par le

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, moyenne sur cinq ans, de 1984 à 2014 **G2.1**

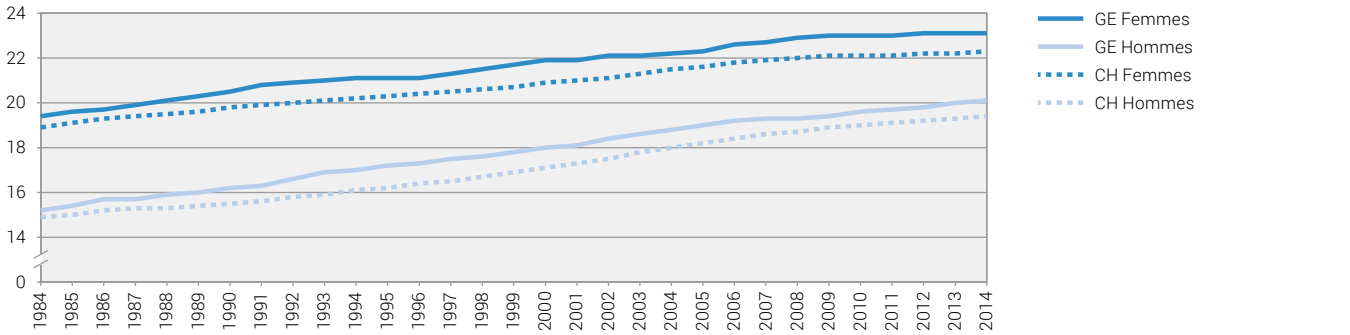


Note: les années indiquées correspondent à une moyenne sur cinq ans (p.ex. 2014=2012–2016).

Sources: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT), Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Espérance de vie à l'âge de 65 ans, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, moyenne sur cinq ans, de 1984 à 2014 **G2.2**

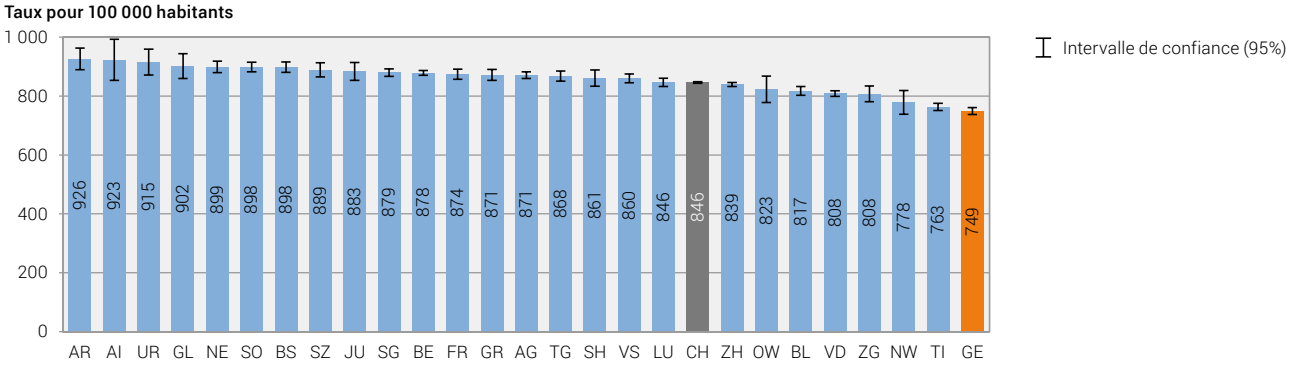


Note: les années indiquées correspondent à une moyenne sur cinq ans (p.ex. 2014=2012–2016).

Sources: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT), Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Taux de mortalité standardisé, Suisse et cantons, moyenne de 2012 à 2016 **G2.3**



Sources: OFS – Statistique des causes de décès, Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Nombre et proportion des cas de décès par cause selon le sexe, canton de Genève en comparaison avec la Suisse, moyenne sur cinq ans, de 2012 à 2016 **T 2.1**

	Femmes				Hommes			
	Nombre annuel de décès	Part en %	SMR[a]	Sig.[b]	Nombre annuel de décès	Part en %	SMR[a]	Sig.[b]
Maladies infectieuses	19	1,1	–		21	1,4	104,9	*
Cancer du poumon ou des bronches	77	4,5	114,4	*	105	6,9	103,5	
Cancer du sein	78	4,5	98,9		.	–	–	
Autres tumeurs malignes	274	16,0	96,1		367	23,9	95,0	
Maladies cardiovasculaires	438	25,5	63,4	*	351	22,9	66,8	*
Maladies de l'appareil respiratoire	139	8,1	116,7	*	111	7,2	96,8	
Maladies alcooliques du foie	7	0,4	–		17	1,1	–	
Anomalies congénitales ou causes périnatales	7	0,4	–		9	0,6	–	
Accidents, toutes formes	57	3,3	80,2	*	56	3,6	76,9	*
Suicide	13	0,8	–		31	2,0	72,6	*
Autres causes de décès	609	35,5	100,6		466	30,4	117,3	*
Total	**1717**	**100**	**87,6**	*	**1535**	**100**	**90,6**	*

[a] Standardized mortality ratio (SMR): Rapport entre les taux de mortalité standardisés selon la population européenne de 2010 du canton de Genève et de la Suisse. Un SMR de 100 indique une même incidence entre Genève et la Suisse, une valeur inférieure une moindre incidence à Genève, et une valeur supérieure une plus forte incidence à Genève. Le SMR n'a pas été calculé lorsque le nombre de cas de décès cumulé sur la période 2012 à 2016 est inférieur à 100.
[b] Significativité (*): Différence significative entre la Suisse et le canton de Genève (p<0,05).

Sources: OFS – Statistique des causes de décès, Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Tessin et Nidwald, alors que les deux Appenzell et Uri ont les taux de mortalité les plus élevés. Les causes de ces différences sont en effet multiples et relèvent de la structure sociale (caractéristiques sociodémographiques et secteurs d'emploi de la région), de comportements de santé et d'exposition à des risques différenciés, et de différences dans le système de santé et dans l'accès aux soins (Wanner et al., 2012).

Le tableau 2.1 montre pour une sélection de causes le nombre moyen de décès dans le canton de Genève, pour les hommes et pour les femmes. Ce tableau propose aussi un indice permettant de comparer l'incidence des décès à Genève avec celle de la Suisse. À Genève, sur la période 2012 à 2016, on dénombre quelque 3252 décès par année: 1717 femmes et 1535 hommes. Les maladies cardiovasculaires causent la plus importante proportion de décès chez les femmes (25,5%) et se situent au second rang chez les hommes (22,9%). Pour ces derniers, les autres tumeurs malignes qui sont à l'origine de près d'un décès sur quatre (23,9%) dominent le classement auxquels on peut ajouter encore 6,9% de décès par cancer du poumon ou des bronches. Chez les femmes, la part du cancer parmi l'ensemble des causes est sensiblement moins prépondérante: 16,0% des décès proviennent d'autres tumeurs malignes, 4,5% du cancer du sein et 4,5% du cancer du poumon ou des bronches. Notons encore que les accidents tuent un peu plus de 100 personnes par année (à peu près autant de femmes que d'hommes) et que les suicides sont plus fréquents parmi les hommes (31 cas annuels) que parmi les femmes (13 cas).

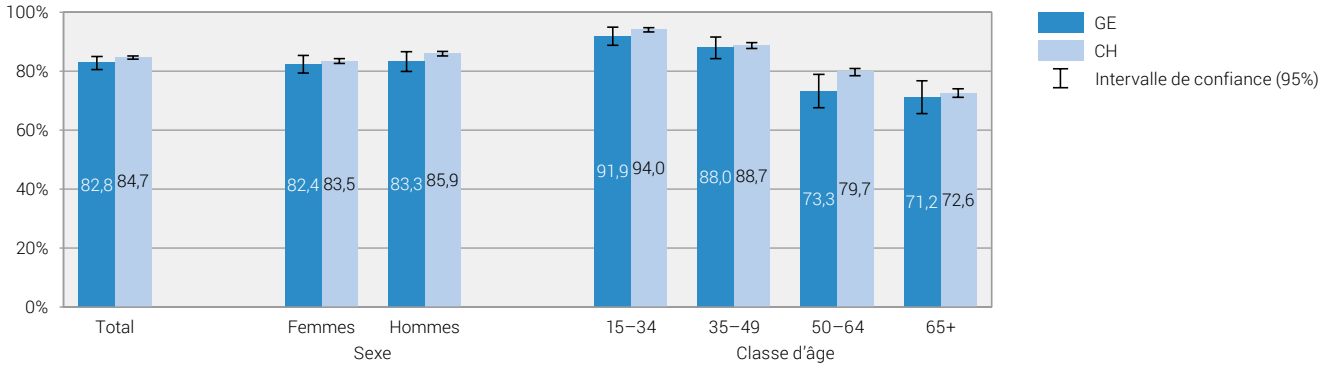
Comme cela a été observé plus haut, la mortalité est plus faible à Genève qu'en Suisse et ce, tant pour les femmes que pour les hommes: les risques relatifs standardisés (SMR) par rapport à la Suisse sont en effet inférieurs à 100 et s'élèvent à 87,6 pour les femmes et 90,6 pour les hommes. Au niveau des causes de décès, il ressort que les maladies cardiovasculaires ont une incidence bien moins forte à Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Les risques relatifs standardisés s'élèvent à 63,4 pour les femmes et à 66,8 pour les hommes, ce qui représente des risques de décès de cette cause environ 35% moindres comparé au niveau suisse. Les décès par accidents causent également moins de décès à Genève qu'en Suisse, tout comme le suicide pour les hommes[1]. Certaines causes ont en revanche une plus forte incidence à Genève: pour les femmes, on notera les maladies de l'appareil respiratoire et le cancer du poumon ou des bronches, alors que pour les hommes, ce sont les autres causes de décès ainsi que les maladies infectieuses.

2.2 État de santé autoévalué

L'état de santé autoévalué reflète un état de bien-être physique et psychique. Il s'agit d'une mesure souvent utilisée à travers le monde pour fournir une appréciation générale de l'état de santé des populations. Cet indicateur subjectif est précieux dans la mesure où il est en relation avec toute une série de mesures objectives liées à l'état de santé actuel ou futur d'une personne. Il est ainsi considéré comme un bon prédicteur de la mortalité ou de la morbidité (Berchick et Lynch, 2017; Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009). Cette capacité prédictive tient au fait qu'il s'agit d'une

[1] Pour les femmes, le nombre de cas n'est pas suffisant à Genève pour pouvoir les comparer avec la Suisse.

(Très) bon état de santé autoévalué, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.4**



n=1 210 (GE), n=22 122 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

mesure inclusive permettant au répondant de rendre compte d'une grande variété d'informations, que ce soit sur la base de critères objectifs ou de perceptions subjectives.

Dans l'Enquête suisse sur la santé, l'état de santé autoévalué est approché par la question: «comment est votre état de santé en général?». Cinq modalités de réponse sont alors proposées allant de «très bon» à «très mauvais». En 2012, pour les questionnaires en français et en italien, la modalité de réponse intermédiaire précédemment qualifiée de «moyen» a été remplacée par «assez bon». Cela a eu pour conséquence davantage de réponses pour la catégorie intermédiaire au détriment d'un état de santé «bon» ou «très bon». Cette modification temporaire – en 2017 la modalité intermédiaire est revenue à «moyen» – rompt les séries temporelles pour la suisse latine et ne permet pas d'inclure 2012 dans les comparaisons.

Près de 83% de la population genevoise se déclare en bon ou très bon état de santé

Selon l'ESS 2017, 82,8% des répondants du canton de Genève estiment que leur état de santé se situe entre bon et très bon; une valeur comparable à la moyenne suisse (G 2.4). Depuis 1992, les valeurs cantonales ont peu évolué et fluctuent entre 81,1% et 84,8% sans que l'on puisse déceler une tendance (voir annexe TA-2.1). Au niveau international, la moyenne des pays de l'OCDE est légèrement plus basse à 68,2% (OCDE, 2017a); selon l'OCDE[2], l'état de santé autoévalué des Suisses se situerait dans le premier quart des pays membres de l'organisation.

Dans le canton de Genève, on ne peut pas relever de différences significatives entre les proportions de femmes et d'hommes qui se déclarent en bonne ou très bonne santé (82,4% pour les femmes et 83,3% pour les hommes). En revanche, la différence est suffisamment marquée au niveau national (+2,4 points de pourcentage à l'avantage des hommes) pour révéler une différence entre les sexes. Malgré une espérance de vie plus longue, l'état de santé autoévalué plus bas pour les femmes se retrouve sur le plan international (OCDE, 2018). Les femmes évalueraient davantage leur santé au regard de facteurs qui les invalident, alors que les hommes tiendraient davantage compte de leurs conditions de vie et des facteurs de risque ayant des conséquences fatales (Deeg et Kriegsman, 2003). La proportion de personnes qui évaluent leur santé entre bonne et très bonne diminue avec l'âge: dans le canton de Genève, on passe de 91,9% parmi les 15–34 ans, à 71,2% parmi les 65 ans et plus – une valeur qui demeure haute dans l'absolu. Le fait que des personnes âgées évaluent positivement leur état de santé malgré des problèmes de santé en augmentation s'explique notamment par le fait que ces personnes se comparent à leurs contemporains et à des individus ayant une plus mauvaise santé (Idler et Cartwright, 2018).

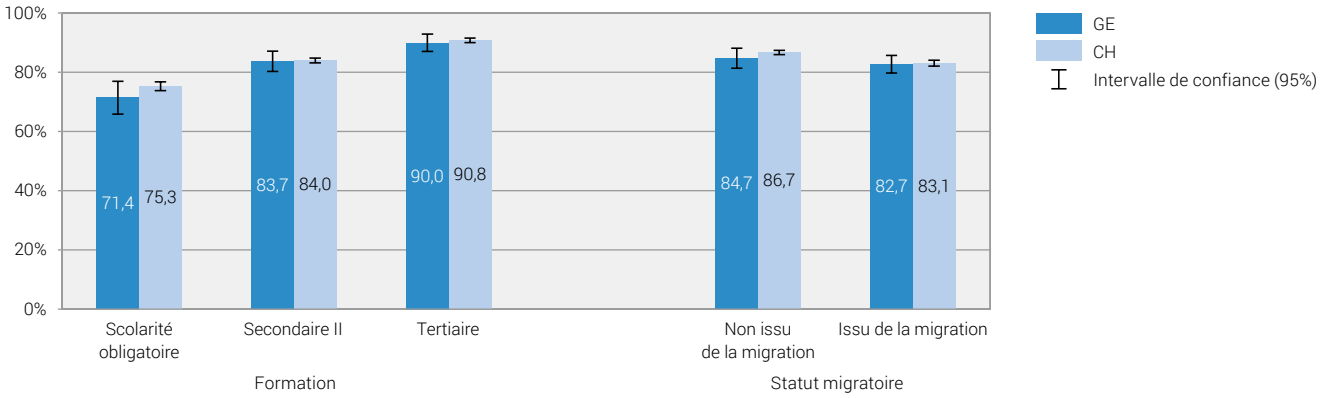
Forte association entre la santé autoévaluée et le niveau de formation

Dans le canton de Genève comme dans le reste de la Suisse, l'état de santé autoévalué est fortement associé avec le niveau de formation (G 2.5). Plus celui-ci est haut, plus la proportion de personnes qui considèrent leur état de santé comme bon ou très bon est importante (71,4% pour la scolarité obligatoire, 83,7% pour le secondaire II et 90,0% pour le tertiaire à Genève). Cette relation, qui a été observée internationalement, illustre l'importance de la formation dans les désavantages sociaux ayant un impact sur la santé (Borgonovi et Pokropek, 2016; Mackenbach et al., 2008). Il apparait en outre, mais la différence n'est significative qu'au niveau helvétique, que la population issue de la migration se déclare en moins bonne santé que celle non issue de la migration (G 2.5).

À l'échelle nationale, des analyses multivariées approfondies, expliquant la santé autoévaluée par les différents facteurs individuels présentés plus haut, ont été réalisées. Ces analyses confirment dans l'ensemble les tendances esquissées à partir

[2] Les données helvétiques utilisées par l'OCDE estiment à 79,3% la proportion de personnes ayant un (très) bon état de santé. Les données proviennent de l'enquête «Statistics on Income and Living Conditions (SILC)» dont la méthodologie d'échantillonnage diffère de l'ESS, ce qui peut expliquer les légères différences observées.

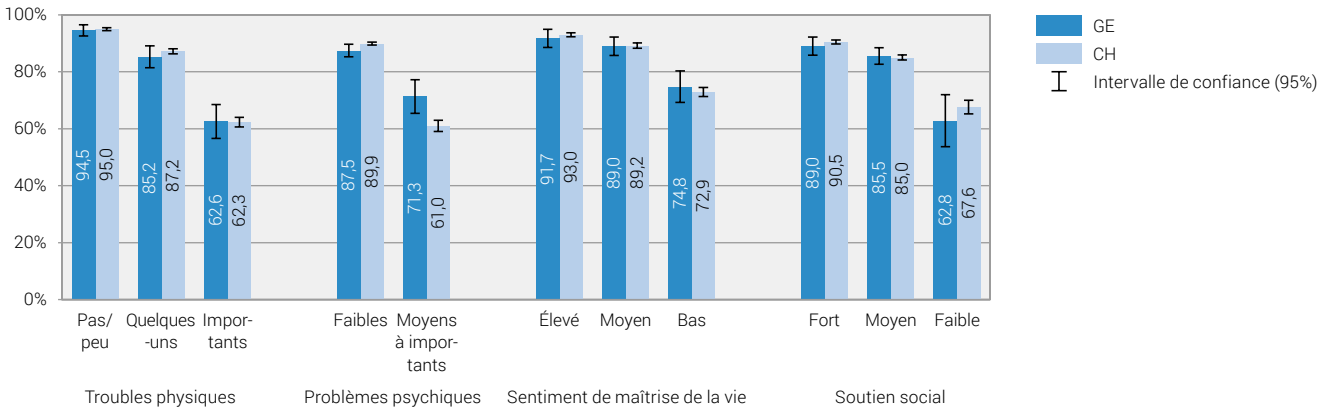
(Très) bon état de santé autoévalué, selon la formation et le statut migratoire, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.5**



n=1 156 (GE), n=21 152 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

(Très) bon état de santé autoévalué, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.6**



troubles physiques: n=1 137 (GE), n=20 921 (CH); problèmes psychiques: n=1 128 (GE), n=20 933 (CH); sentiment de maîtrise de la vie n=930 (GE), n=18 152 (CH); soutien social: n=1 084 (GE), n=20 328 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

de l'analyse descriptive. Elles font néanmoins ressortir que le différentiel entre femmes et hommes évolue au cours de la vie lorsque l'on tient compte simultanément du niveau de formation et de la composition du ménage[3]. Nos analyses démontrent ainsi que parmi les plus jeunes (15–34 ans), les hommes sont plus nombreux que les femmes à se déclarer en (très) bonne santé mais, à mesure que l'âge augmente, l'effet s'inverse et devient favorable aux femmes qui, à partir de la classe 50–64 ans, se déclarent en meilleure santé que les hommes.

[3] Les femmes en général, et plus particulièrement les femmes âgées, vivent en effet plus souvent dans un ménage d'une seule personne et ont un niveau de formation plus bas que les hommes. Comme il s'agit de deux facteurs importants de la santé, tenir compte de ces deux dimensions modifie la perception des inégalités de santé par âge et sexe.

L'état de santé autoévalué a des dimensions physiques et psychiques

Comme l'illustre le graphique 2.6, l'état de santé autoévalué est un indicateur lié à la fois à des mesures de l'état santé physique et psychique, et des ressources de santé tels que le sentiment de maîtrise de la vie ou le soutien social (voir la section 2.6 qui présente ces différentes ressources). Dans le canton de Genève et en Suisse, on observe une claire diminution de la proportion de personnes indiquant un bon ou très bon état de santé à mesure que les troubles physiques ou psychiques augmentent. Parmi les habitants du canton qui n'ont pas ou peu de problèmes physiques, 94,5% déclarent avoir un bon ou très bon état de santé et, parmi les personnes qui ont des troubles physiques importants, cette proportion passe à 62,6%. Bien que la diminution soit conséquente, la part de personnes en (très) bonne santé

malgré la présence de troubles – près des deux tiers – indique bien que l'on peut vivre avec des troubles importants et se sentir en bonne santé. Cette constatation se retrouve également parmi les problèmes psychiques: à Genève, 87,5% des personnes ayant de faibles problèmes psychiques se déclarent en (très) bonne santé contre 71,3% de celles jugeant leurs problèmes psychiques moyens à importants.

Concernant les ressources de santé et conformément à la littérature scientifique (Mackenbach et al., 2002), tant pour le sentiment de maîtrise de la vie que pour le soutien social, la santé se dégrade à mesure que ces ressources deviennent moins importantes (G 2.6). Mais c'est en particulier lorsque ces ressources sont faibles que la part de personnes se disant en (très) bonne santé baisse fortement[4].

2.3 Problèmes de santé de longue durée et limitations dans les activités de la vie quotidienne

2.3.1 Problèmes de santé de longue durée

Les problèmes durables de santé – physiques ou psychiques – ont une grande influence sur le bien-être des personnes concernées et peuvent avoir des conséquences sur les différentes sphères de la vie quotidienne. Dans l'ESS, on considère qu'un problème de santé est de longue durée lorsqu'il a duré ou devrait probablement durer au minimum 6 mois. Les problèmes de santé de longue durée incluent les maladies chroniques.

Près de 29% des Genevois souffrent d'un problème durable de santé

Dans le canton de Genève, 28,8% de la population est affectée par un problème de santé de longue durée (G 2.7). Il s'agit d'une proportion comparable à celle de 2012 (voir annexe TA-2.1) mais c'est sensiblement moins que dans l'ensemble de la Suisse en 2017, où près d'une personne sur trois souffre de problèmes de santé de longue durée.

Si aucune différence entre femmes et hommes ne ressort dans le canton (28,9% pour les femmes contre 28,7% pour les hommes), les femmes sont plus touchées par des problèmes durables de santé à l'échelle nationale (34,7% contre 30,5%). Concernant l'effet de l'âge, on observe une augmentation graduelle à Genève: 15,3% des 15–34 ans sont touchés par des problèmes de santé de longue durée, 25,4% des 35–49 ans et 42,8% des 50–64 ans. En revanche, contrairement à ce qui aurait pu être attendu et à ce qui s'observe à l'échelle nationale, il n'y a pas de progression de la prévalence des problèmes durables de santé chez les 65 ans et plus. Ce résultat étonnant a déjà été observé à Genève en 2012 (Merçay, 2015).

Notons aussi que des différences selon le niveau d'éducation apparaissent (voir annexe TA-2.1) mais restent relativement faibles comparées, par exemple, à celles observées pour la santé autoévaluée; à Genève, les écarts ne sont pas significatifs alors qu'au niveau national, les personnes ayant une formation tertiaire ont un peu moins de problèmes durables de santé que les autres. Enfin, il est intéressant de relever que les personnes issues de la migration déclarent moins de problèmes durables de santé que celles n'ayant pas d'origine migratoire (différence significative au niveau suisse). Ce phénomène, que l'on ne retrouve pas pour les autres indicateurs de santé, pourrait s'expliquer par une forte sélection à la migration, impliquant que ce sont surtout des personnes en bonne santé au moment de la migration – n'ayant par exemple pas de problèmes durables de santé – qui immigrent en Suisse (Zufferey 2017, pp.143–155). Ce biais de sélection, que l'on retrouve également dans la littérature internationale (Razum, 2008), concerne particulièrement les migrants qui s'installent en Suisse pour y travailler.

2.3.2 Limitations dans les activités

Cette section évalue dans quelle mesure la population est limitée dans sa vie quotidienne en raison d'un problème durable de santé. Les résultats fournissent un aperçu général du degré d'invalidité et reflètent bien le niveau d'activité et de handicap existant au sein d'une population (Jagger et al., 2010). Dans l'ESS, c'est par un indice auto-reporté qu'on estime le degré de limitation des activités que les gens font habituellement («fortement limité», «limité mais pas fortement» et «pas limité du tout»).

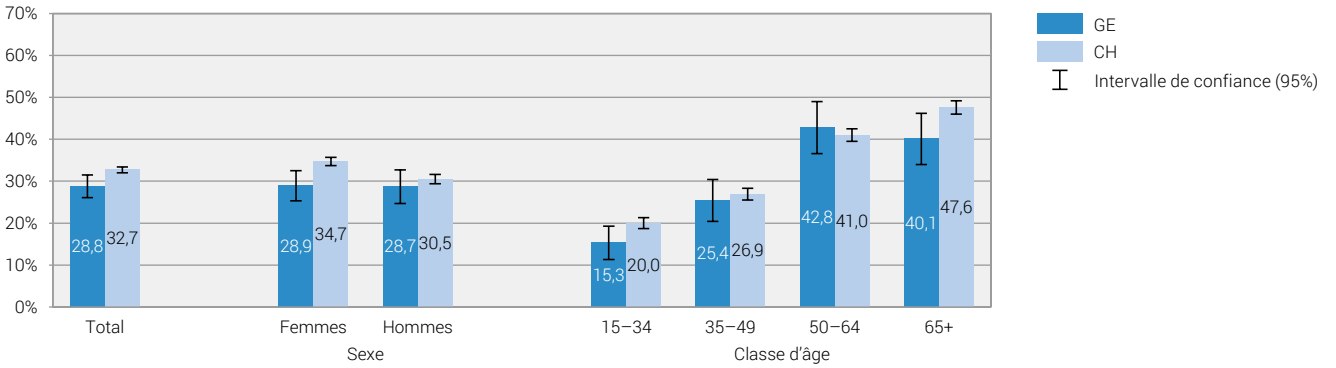
Le graphique 2.8 montre que 22,0% de la population genevoise s'estime limitée en raison d'un problème de santé dans ses activités de la vie quotidienne, dont 5,8% fortement. Cette proportion n'a pas significativement évolué depuis 2012 (voir annexe TA-2.2). Au niveau des caractéristiques individuelles, des différences apparaissent entre femmes et hommes mais ne sont significatives qu'à l'échelle nationale (G 2.8). En revanche, on distingue nettement une hausse des limitations lorsque l'âge augmente. À Genève, 35,9% des 65 ans et plus indiquent devoir faire face à des limitations dans la vie quotidienne, alors que cette proportion est plus de deux fois inférieure chez les moins de 50 ans.

En comparaison cantonale, la population genevoise est moins confrontée à des limitations qu'en Suisse et se situe proche des autres cantons romands tels que Fribourg, Valais et Vaud (G 2.9). Les cantons ayant les plus fortes proportions de personnes indiquant des limitations se trouvent en Suisse septentrionale et orientale: Bâle-Campagne, St-Gall et Argovie ont des proportions proches ou supérieures à 28%.

Les limitations dans les activités quotidiennes sont surtout liées à des troubles physiques (G 2.10). Mais lorsque ces limitations sont considérées comme fortes, des troubles psychiques sont impliqués dans un tiers des cas – soit seuls (16,0%), soit en combinaison avec des troubles physiques (15,7%).

[4] Les associations entre variables présentées ici sont descriptives et ne démontrent pas de causalité: à partir du G 2.6, il n'est pas possible de déduire si c'est une mauvaise santé qui conduit à une baisse des ressources ou si, au contraire, ce sont de faibles ressources qui engendrent une mauvaise santé (ou si les deux choses sont dues à une cause située en amont).

Problèmes de santé de longue durée, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.7**

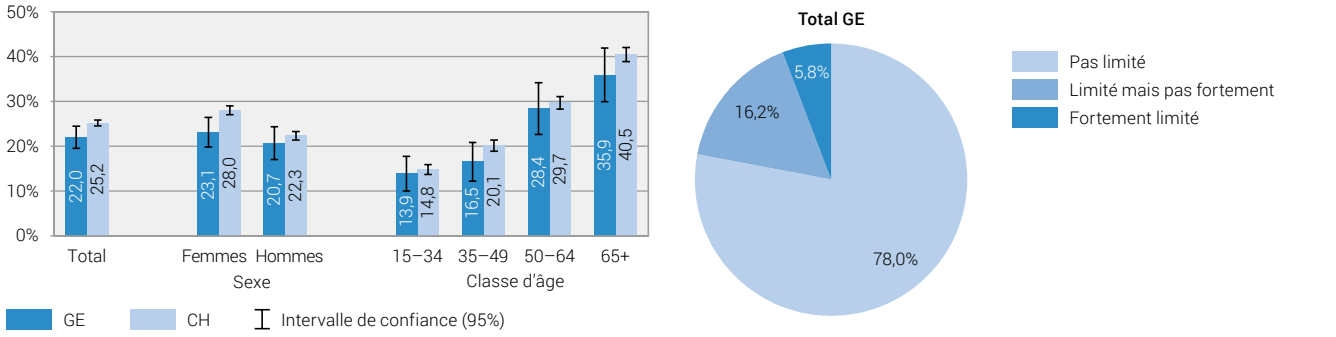


n=1 211 (GE), n=22 089 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Limitations en raison de problèmes de santé dans les activités que les gens font habituellement, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.8**

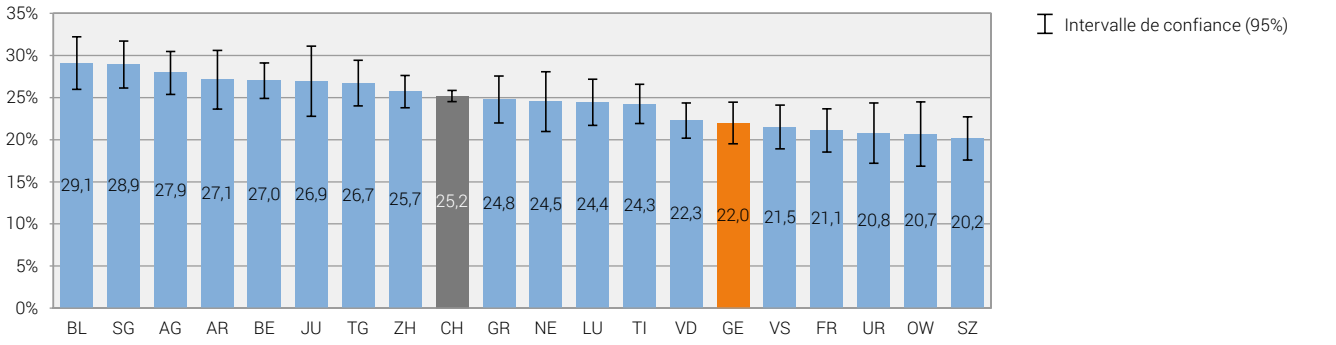


n=1 203 (GE), n=22 036 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

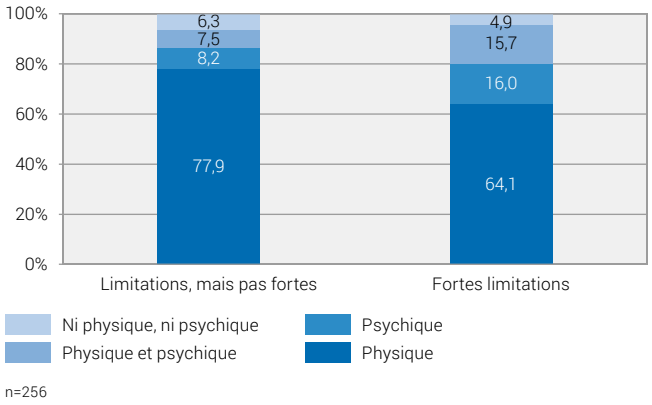
Limitations en raison de problèmes de santé dans les activités que les gens font habituellement, Suisse et cantons, en 2017 **G2.9**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Limitations en raison de problèmes de santé dans les activités que les gens font habituellement, selon la cause, canton de Genève, en 2017 **G2.10**



n=256

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

2.3.3 Limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées

Comme vu plus haut (G 2.8), les personnes âgées sont particulièrement exposées à des limitations dans leur vie quotidienne. Afin de qualifier l'impact des problèmes de santé sur le niveau d'indépendance et d'autonomie d'un individu, on distingue les activités de base des activités instrumentales (Katz, 1983; Lawton et Brody, 1970). Les activités de base sont celles dont la réalisation est nécessaire pour vivre de façon indépendante; par exemple manger, prendre une douche, s'habiller ou aller aux toilettes. Les activités instrumentales mobilisent les capacités cognitives et sociales de l'individu et couvrent une large gamme d'activités annexes telles que faire des courses, cuisiner, s'occuper de son ménage ou de ses finances (OMS, 2004).

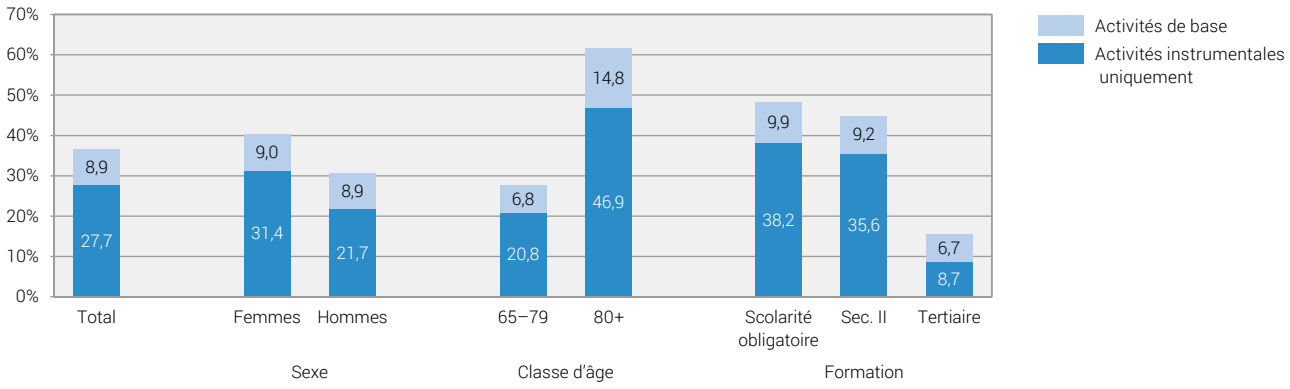
L'ESS recense cinq activités de base de la vie quotidienne (se nourrir, se coucher et se lever du lit ou d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, et prendre un bain ou une douche) et huit activités instrumentales (préparer les repas, téléphoner, faire des achats, faire la lessive, effectuer de petits travaux ménagers, effectuer occasionnellement de gros travaux ménagers, tenir ses comptes, et utiliser les transports publics) qui doivent pouvoir être effectuées sans aide pour ne pas être considérées comme une limitation. La plupart des personnes limitées dans les activités de base sont également limitées dans les activités instrumentales, c'est pourquoi les résultats présentés ci-après distinguent les personnes ayant des limitations instrumentales uniquement de celles ayant des limitations de base avec ou sans limitations instrumentales.

Dans le canton de Genève, 36,7% des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent de limitations dans l'accomplissement d'activités quotidiennes et, pour 8,9%, il s'agit d'activités de base (G 2.11). Les femmes sont tendanciellement plus touchées (40,3%) que les hommes (30,6%) mais la différence n'est due qu'aux activités instrumentales car les limitations de bases sont équivalentes entre les deux groupes.

Comme attendu, on peut constater une forte augmentation des limitations avec l'âge. En effet, 46,9% des 80 ans et plus souffrent de limitations instrumentales et 14,8% de limitations de base, contre respectivement 20,8% et 6,8% au sein des 65–79 ans. La formation est fortement associée avec les limitations puisque seulement 15,5% des seniors de formation tertiaire ont des limitations, contre 44,8% parmi ceux de formation secondaire II et 48,2% parmi ceux n'ayant terminé que la scolarité obligatoire.

En comparaison cantonale, Genève est au troisième rang des cantons ayant les niveaux de limitation les plus élevés parmi les aînés, derrière le Tessin et le canton de Vaud (G 2.12). En raison des faibles effectifs, l'écart entre Genève et la moyenne suisse n'est pas statistiquement significatif. De même, la forte diminution à Genève de la proportion de personnes âgées souffrant de limitations dans les activités de base et instrumentales entre 2012 et 2017 (–11,8 points de pourcent; voir annexe TA-2.3) ne peut pas être considérée que comme une tendance significative.

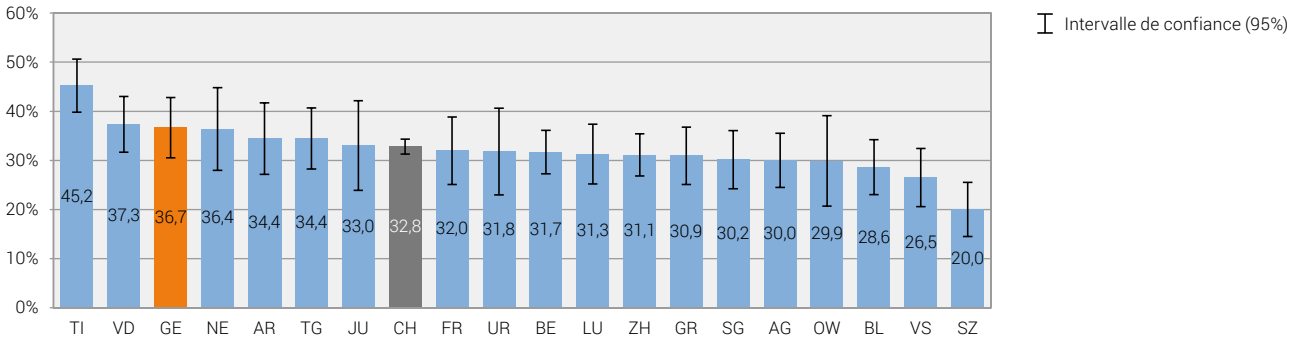
Difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales parmi les 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G2.11**



n=249

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales parmi les 65 ans et plus,
Suisse et cantons, en 2017 **G 2.12**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

2.4 Santé physique

La santé physique des populations genevoise et suisse est présentée dans cette section qui aborde d'abord les troubles physiques, puis certains facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (pression artérielle, cholestérol et diabète) et une sélection de diagnostics (infarctus, attaques cérébrales et cancers), et se termine avec les accidents et les chutes. Les analyses présentées proviennent principalement de données auto-rapportées de l'ESS et sont complétées par des chiffres de la statistique médicale des hôpitaux, de la statistique médicale des causes de décès ainsi que de registres des tumeurs, afin d'estimer l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde, de l'attaque cérébrale et de différents cancers.

2.4.1 Troubles physiques

Les troubles physiques – tels que la fatigue, les insomnies, les maux de dos et les autres douleurs locales – peuvent fortement affecter le bien-être des personnes concernées. Ces troubles, dont les symptômes sont physiques, ont des causes aussi bien physiques que psychiques. Par exemple, les troubles du sommeil et les maux de dos sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes de dépression (Baer et al., 2013).

Plus de la moitié de la population du canton souffre de troubles physiques

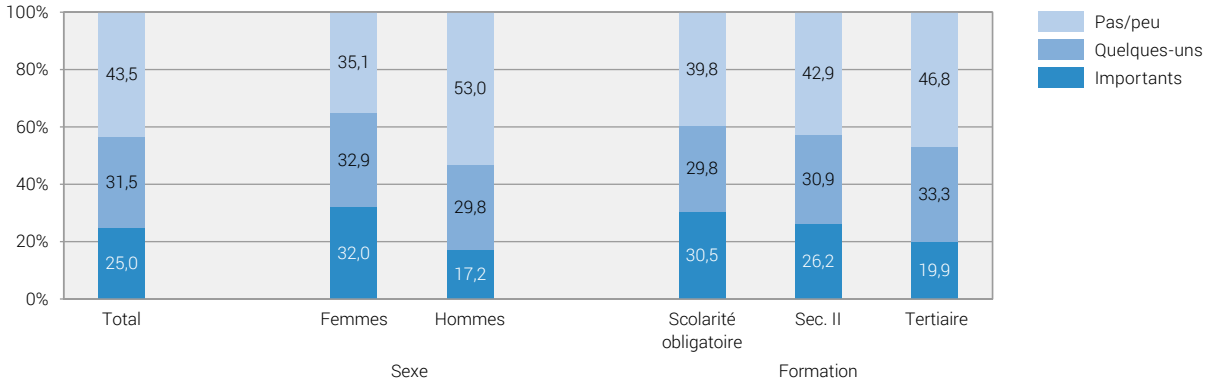
En 2017, 56,5% de la population genevoise déclare avoir souffert de troubles physiques durant les quatre semaines précédant l'enquête – pour 25,0% de la population ces troubles étaient importants alors que les 31,5% restants indiquent quelques troubles (G 2.13). Genève est ainsi proche de la moyenne nationale (55,9%; voir annexe TA-2.4). Les femmes souffrent plus souvent de troubles physiques que les hommes. C'est en particulier pour des troubles importants que la différence est grande puisque 32,0% des femmes du canton ont des troubles physiques importants contre 17,2% des hommes. Concernant le niveau de formation, la présence de troubles physiques importants diminue avec la longueur des études: ils concernent 30,5% des personnes n'ayant que la scolarité obligatoire, 26,2% pour le secondaire II et 19,9% pour le tertiaire. Le risque d'avoir peu ou pas de troubles augmente avec la formation, alors que le risque de faire face à des troubles importants diminue fortement. Il est encore intéressant de relever qu'à Genève, il n'y a pas de lien clair entre les troubles physiques et le vieillissement (annexe TA-2.4) mais que des différences apparaissent lorsque l'on combine âge et sexe – ce sont en effet les jeunes femmes (15–34 ans) qui souffrent le plus de troubles physiques (données non montrées).

L'évolution temporelle des troubles physiques fait apparaître une tendance à la baisse dans le canton (G 2.14) puisque la part de personnes déclarant des troubles a diminué de quelque 10 points de pourcentage en 20 ans. En revanche, on notera une augmentation, certes non statistiquement significative, entre 2012 et 2017 pour les troubles physiques importants qui passent de 20% à 25%.

Les maux de dos, une faiblesse généralisée et les insomnies sont les troubles physiques les plus fréquents à Genève

Les trois troubles physiques les plus fréquents à Genève (maux de dos ou de reins, faiblesse généralisée ou lassitude et insomnies) concernent chacun plus de deux habitants du canton sur cinq (voir G 2.15). Entre 7,4% et 9,1% des personnes ayant répondu à l'enquête indiquent souffrir beaucoup de ces troubles. Les maux de ventre ainsi que les maux de tête affectent en outre près de 30% des résidents genevois alors que la diarrhée ou la constipation sont mentionnées par 20,6%. Les douleurs à la poitrine et les irrégularités cardiaques sont plus rares et sont évoquées par un habitant sur dix. On retrouve des proportions similaires au niveau suisse (données non montrées), sauf pour les insomnies et les maux de ventre qui sont plus fréquents à Genève (respectivement 40,2% contre 34,3% et 29,2% contre 17,1%).

Troubles physiques, selon le sexe et la formation, canton de Genève, en 2017 (au cours des quatre dernières semaines) **G2.13**

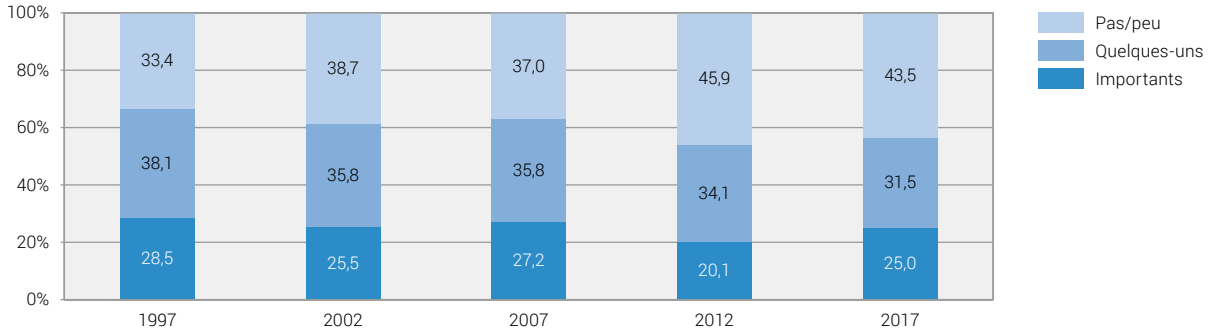


n=1 141

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Troubles physiques, selon l'année, canton de Genève, de 1997 à 2017 (au cours des quatre dernières semaines) **G2.14**

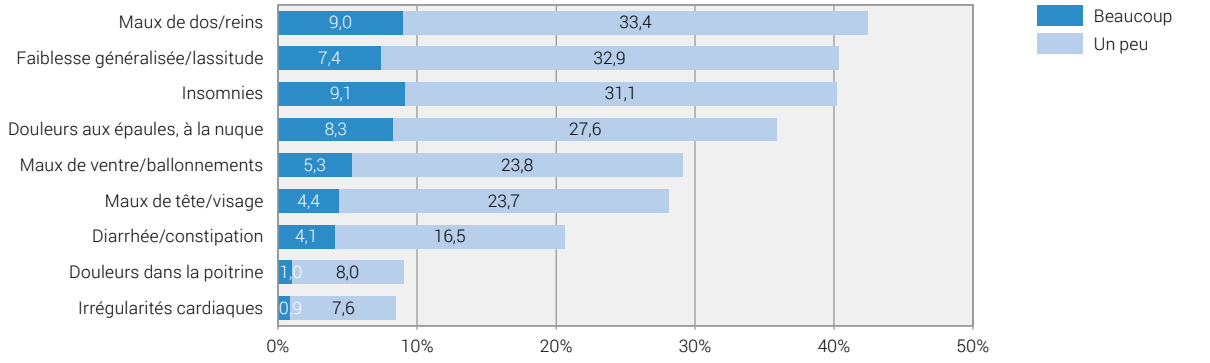


1997: n=940; 2002: n=946; 2007: n=952; 2012: n=1 076; 2017: n=1 141

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Troubles physiques, canton de Genève, en 2017 (au cours des quatre dernières semaines) **G2.15**

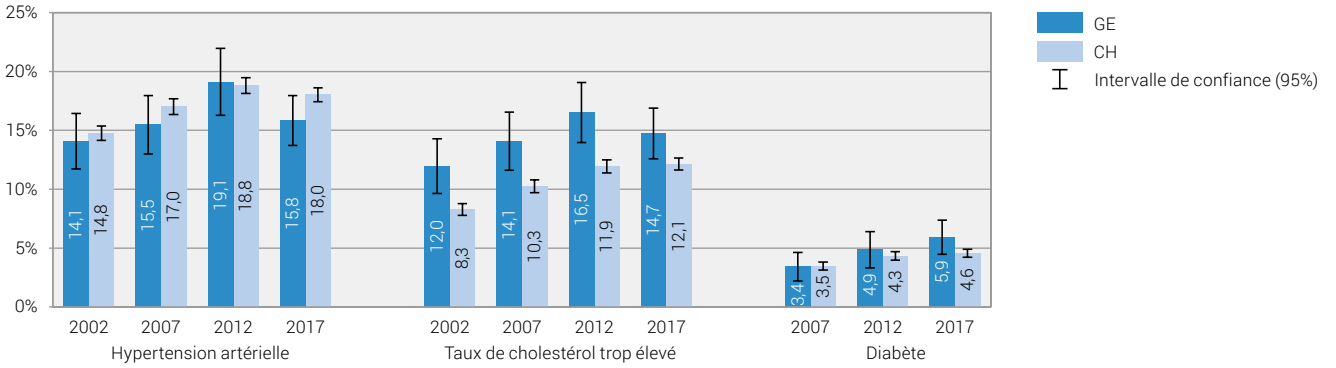


n=1 205

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017 **G2.16**

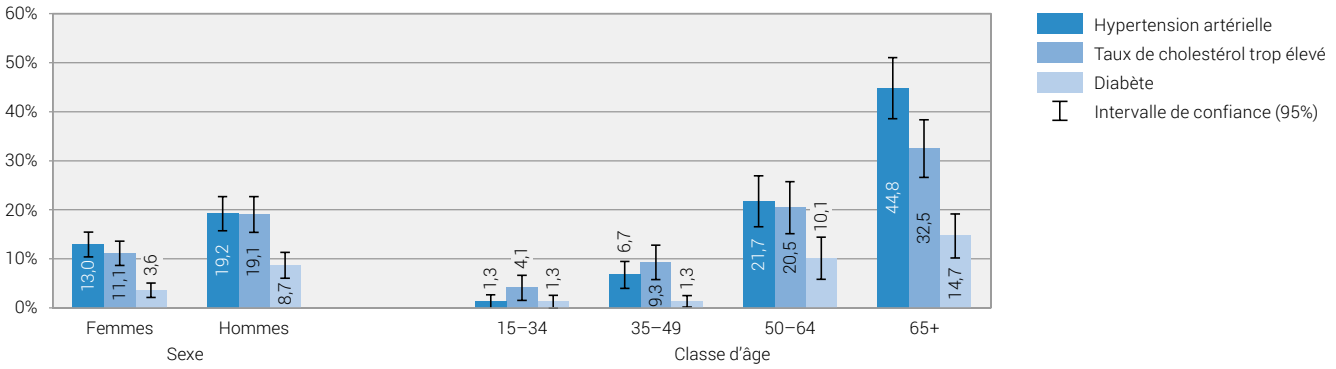


2002: n=917 (GE), n=16 990 (CH); 2007: n=932 (GE), n=16 377 (CH); 2012: n=1 055 (GE), n=19 619 (CH); 2017: n=1 136 (GE), n=20 425 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète,
selon le sexe et l'âge, canton de Genève, en 2017 **G2.17**



hypertension artérielle: n=1 172; cholestérol: n=1 136; diabète: n=1 133

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

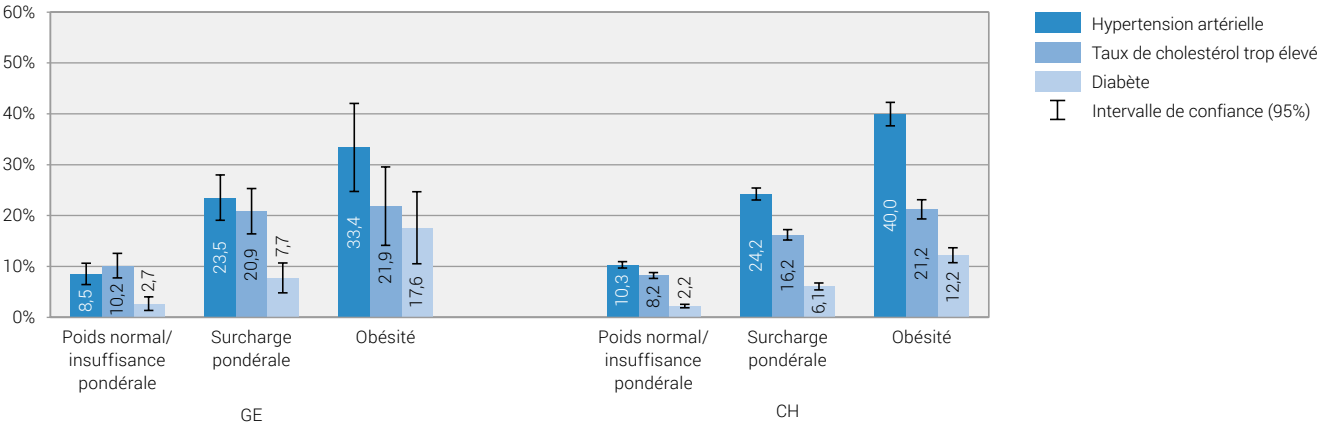
2.4.2 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

Grâce à une meilleure prise en charge ainsi qu'à une réduction des facteurs de risque, les taux de mortalité des maladies cardiovasculaires ont connu une baisse importante depuis les années 1990 dans les pays occidentaux (OCDE, 2018). Les maladies cardiovasculaires demeurent néanmoins la cause de décès la plus fréquente en Suisse et dans d'autres pays occidentaux (OFS, 2019b), mais rappelons qu'elles tuent moins dans le canton de Genève qu'en moyenne suisse (voir T 2.1). Les facteurs de risque comportementaux les plus prépondérants sont le tabagisme, un manque d'activité physique, une mauvaise alimentation (riches en sel, graisses et calories) et une consommation excessive d'alcool. Ces différents comportements à risque sont en effet associés à des facteurs de risque métaboliques des maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète et le cholestérol (Mendis et al., 2011; Raeside et al., 2019). Selon la Fondation suisse de cardiologie, neuf infarctus du myocarde sur dix sont dus à des facteurs que l'on peut mesurer et contrôler. Il est donc possible de prévenir ou retarder la grande majorité des cas de maladies cardiovasculaires en agissant sur des facteurs de risque évitables.

Les hommes réunissent davantage de facteurs de risque métaboliques des maladies cardiovasculaires que les femmes

Le graphique 2.16 illustre, pour le canton de Genève et la Suisse, l'évolution temporelle de la proportion de personnes qui déclarent souffrir d'hypertension artérielle, d'un taux trop élevé de cholestérol et de diabète ou qui prennent des médicaments contre ces problèmes. Pour le canton de Genève, après une tendance à la hausse entre 2002 et 2012 pour les deux premiers indicateurs, on observe une baisse de l'hypertension artérielle et du cholestérol en 2017 (mais la différence n'est pas statistiquement significative); entre 2012 et 2017, la prévalence de l'hypertension artérielle passe de 19,1% à 15,8% et celle du cholestérol de 16,5% à 14,7%. À titre de comparaison, en 2002, la proportion de personnes

Hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète,
selon le poids, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.18**



hypertension artérielle: n=1 163 (GE), n=21 168 (CH); cholestérol: n=1 128 (GE), n=20 274 (CH); diabète: n=1 126 (GE), n=20 660 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

atteintes par ces deux facteurs de risque était respectivement de 14,1% et de 12,0%. La prévalence du diabète tend quant à elle à augmenter entre 2007 et 2017 dans le canton (passage de 3,4% à 5,9%). Par rapport à l'ensemble de la Suisse, Genève se caractérise par des valeurs élevées pour le cholestérol sur l'ensemble de la période 2002–2017; on ne peut en revanche attester de différences pour l'hypertension et le diabète entre la Suisse et le canton du bout du lac.

Des différences importantes entre les sexes apparaissent pour les trois facteurs de risque des maladies cardiovasculaires présentés ici (G 2.17). Comparées aux hommes, les femmes connaissent une prévalence moindre d'hypertension artérielle (13,0% contre 19,2%), de taux élevé de cholestérol (11,1% contre19,1%) et de diabète (3,6% contre 8,7%). Ces trois facteurs de risque métaboliques des maladies cardiovasculaires augmentent par ailleurs fortement avec l'âge. L'hypertension touche en effet 44,8% des 65 ans et plus à Genève alors que 32,5% ont un taux de cholestérol trop élevé et 14,7% ont du diabète. Ces proportions sont toutes inférieures à 5% parmi les 15–34 ans et inférieures à 10% parmi les 35–49 ans (G 2.17). Il est encore intéressant de relever que, dans le canton, ces facteurs de risque ne semblent pas influencés par la formation (annexe TA-2.5). En revanche, au niveau Suisse, les personnes ayant une formation tertiaire se distinguent par une moindre prévalence de l'hypertension artérielle, du cholestérol élevé et du diabète. En fait, comme déjà relevé par la recherche scientifique (Laaksonen et al., 2007), le lien de causalité entre le niveau de formation et la prévalence de maladies cardiovasculaires ressort clairement chez les femmes mais peu ou pas chez les hommes.

Le surpoids – mais c'est encore plus marqué pour l'obésité – est considéré comme un important facteur associé aux maladies cardiovasculaires (voir aussi la section 3.2.1 qui approfondit la thématique du poids corporel). Le graphique 2.18 illustre la relation entre le poids corporel et trois facteurs de risque des maladies cardiovasculaires pour le canton de Genève et la Suisse. Parmi les habitants du canton avec un poids dans la norme ou une insuffisance pondérale, 8,5% ont de l'hypertension artérielle, 10,2% un taux de cholestérol trop élevé, et 2,7% du diabète. Parmi les répondants en surcharge pondérale, les proportions font plus que doubler (respectivement 23,5%, 20,9% et 7,7%) et sont encore plus élevées pour les cas d'obésité (33,4%, 21,9% et 17,6%). Si les différences de prévalence des facteurs de risque entre les différents poids corporels ne sont pas toujours statistiquement significatives à Genève, elles le sont en Suisse où le nombre de cas pris en considération est plus important.

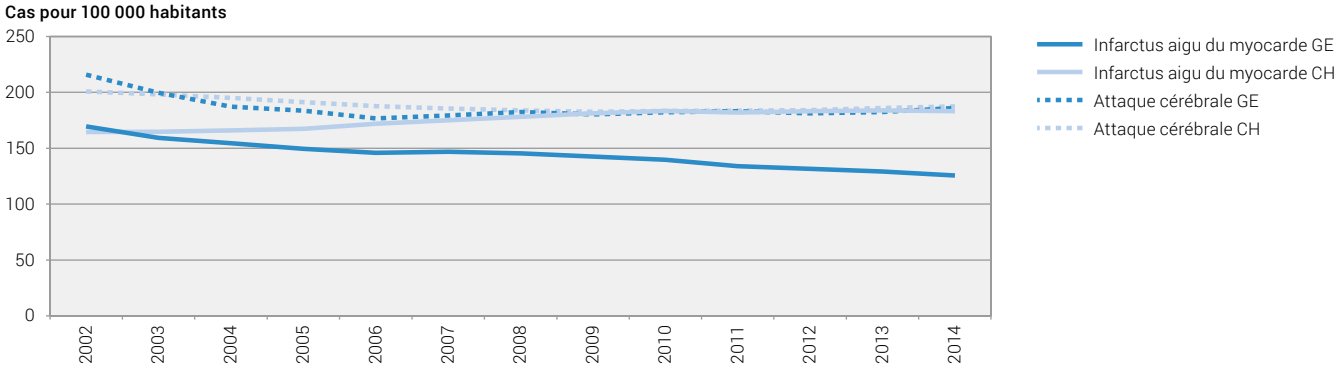
2.4.3 Infarctus, attaques cérébrales et cancers

Cette section présente l'évolution temporelle de l'incidence de deux maladies du système cardiovasculaire, l'infarctus aigu du myocarde et l'attaque cérébrale (voir encadré ci-après), ainsi que des nouveaux cas de cancer pour le canton de Genève et la Suisse. En Suisse, les maladies cardiovasculaires représentent 33,7% des causes de décès des femmes et 29,9% des causes

L'Infarctus aigu du myocarde est provoqué par l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires qui empêche l'irrigation du tissu musculaire cardiaque et provoque la mort des cellules. Cet accident entraîne des limitations de la fonction de pompage du cœur qui peuvent se traduire ultérieurement par d'autres problèmes tels qu'une insuffisance cardiaque ou de graves troubles du rythme cardiaque.

L'attaque cérébrale est causée par une interruption de l'irrigation du cerveau due, dans la plupart des cas, à une ischémie ou à une hémorragie. Outre de nombreux décès, l'attaque cérébrale peut entraîner un handicap et peut notamment être à l'origine de démence.

Infarctus aigu du myocarde et attaque cérébrale, incidence standardisée par âge, canton de Genève et Suisse, moyenne sur cinq ans, de 2002 à 2014 **G2.19**

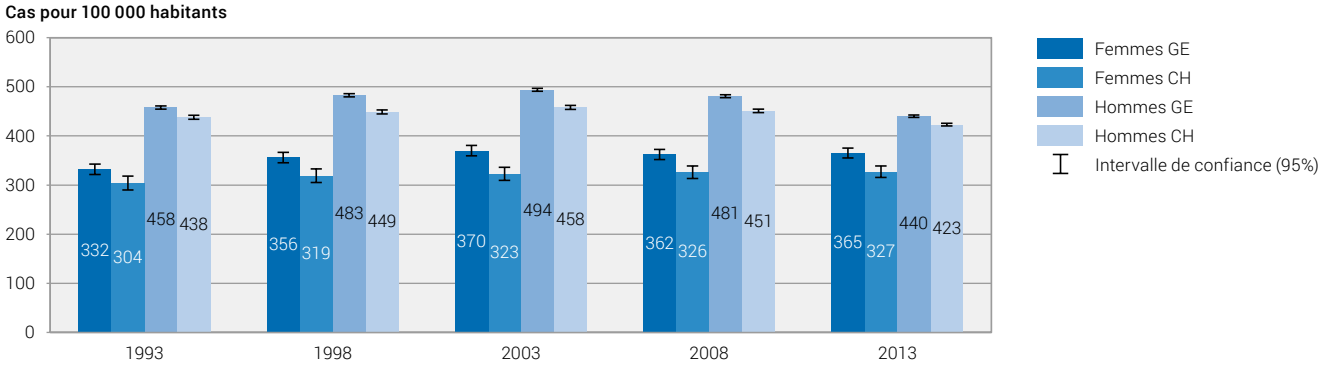


Note: les années indiquées correspondent à une moyenne sur cinq ans (p.ex. 2014=2012–2016).

Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistiques des causes de décès, Statistiques de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Cancer, incidence standardisée par âge, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, moyenne sur cinq ans, de 1993 à 2013 **G2.20**



Note: les années indiquées correspondent à une moyenne sur cinq ans (p.ex. 2013=2011–2015).

Source: Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER)

© Obsan 2020

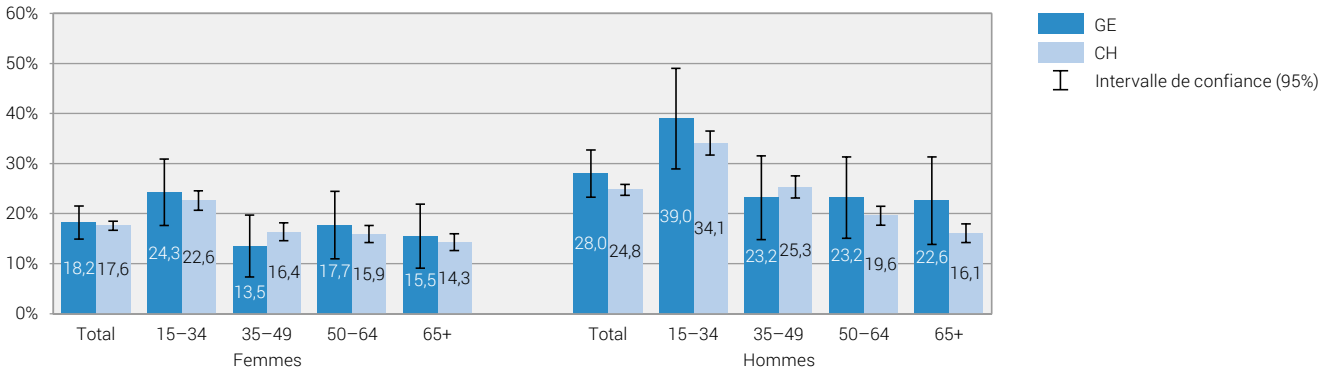
de décès des hommes (OFS, 2019b). La part de la mortalité due au cancer est plus haute chez les hommes (30,0%) que chez les femmes (23,2%). Notons toutefois que le cancer cause davantage de décès parmi les jeunes: pour les personnes décédées avant 75 ans, le cancer représente 47,3% des années de vie perdues chez les femmes et 29,5% chez les hommes; ces valeurs sont respectivement de 9,3% et 16,1% pour les maladies cardiovasculaires (OFS, 2019b). Compte tenu de l'ampleur démographique des maladies cardiovasculaires et du cancer, les actions de promotion de la santé, de prévention, ainsi que les mesures curatives qui leur sont liées sont susceptibles d'avoir un impact très fort sur la qualité de vie ainsi que sur l'espérance de vie de la population.

Forte baisse de l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde dans le canton de Genève

Le graphique 2.19 illustre l'évolution temporelle de l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde et de l'attaque cérébrale pour le canton de Genève et la Suisse. L'incidence est calculée sur le nombre de cas hospitalisés moins le nombre de décès à l'hôpital auxquels s'ajoute le nombre total de décès. Les données sont regroupées par intervalle de 5 ans, puis standardisées par âge sur la base de la population européenne de 2010 et rapportées à 100 000 habitants.

Concernant l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde, il y a une forte baisse entre 2002 et 2014 à Genève: le nombre de cas pour 100 000 habitants passe progressivement de 169 à 126 sur la période. À l'échelle nationale s'observe au contraire une une croissance marquée jusqu'en 2011 (164 à 183 cas pour 100 000 habitants) puis l'incidence stagne lors des dernières années d'observation.

Accidents, selon l'âge et le sexe, canton de Genève et Suisse, en 2017 (au cours des douze derniers mois) **G2.21**

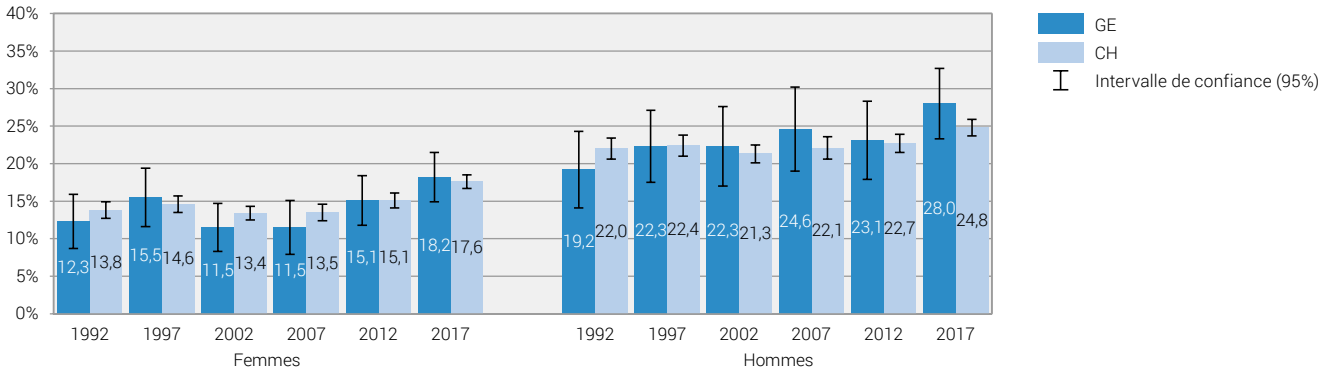


femmes: n=548 (GE), n=9 885 (CH); hommes: n=420 (GE), n=8 763 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Accidents, selon le sexe et l'année, canton de Genève et Suisse, en 2017 (au cours des douze derniers mois) **G2.22**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

L'incidence de l'attaque cérébrale connaît une baisse à Genève et en Suisse au début des années 2000, puis les valeurs stagnent. Sur l'ensemble de la période 2002 à 2014, le nombre de cas pour 100 000 habitants passe de 216 à 186 à Genève et de 201 à 187 en Suisse.

L'incidence du cancer est plus élevée à Genève qu'en Suisse

Le terme cancer s'applique à un grand groupe de maladies pouvant affecter n'importe quelle partie de l'organisme. L'une des caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme puis essaimer dans d'autres organes. Ce processus est la principale cause des décès par cancer (OMS, 2014).

Selon le Registre genevois des tumeurs, pour l'année 2013 (moyenne 2011–2015), l'incidence standardisée par âge du cancer – c'est-à-dire le taux de nouveau cas –est de 365 cas pour 100 000 habitants chez les femmes et de 440 cas pour 100 000 habitants chez les hommes (G 2.20). Ces valeurs sont supérieures à celles observées en moyenne nationale (respectivement 327 et 423 cas pour 100 000 habitants).

À Genève, on peut relever une hausse progressive de la prévalence du cancer chez les femmes entre 1993 et 2003 (passage de 332 cas pour 100 000 habitants à 370 cas) puis à une stagnation jusqu'en 2013. Chez les hommes, si une hausse comparable s'observe dans les années 1990 (458 cas pour 100 000 habitants en 1993 contre 494 cas en 2003), on observe depuis une baisse de l'incidence pour atteindre les 440 cas pour 100 000 habitants en 2013.

2.4.4 Accidents et chutes

En 2017, les assureurs-accidents en Suisse ont dénombré 546 289 accidents non professionnels, 268 837 accidents professionnels (y compris les maladies professionnelles) et 17 663 accidents de personnes en recherche d'emploi (CSAA, 2018). Le bureau de prévention des accidents estime quant à lui à 1 062 630 le

nombre d'accidents non professionnels pour l'année 2016 (bpa, 2019), dont la grande majorité (96,5%) entraînent des blessures légères ou moyennes. La section ci-après présente à partir des données de l'ESS 2017 les accidents survenus dans le canton de Genève et en Suisse et se focalise ensuite sur l'occurrence de chutes chez les personnes âgées.

Les hommes plus souvent victimes d'accidents

En 2017, quelque 22,8% des habitants du canton de Genève ont été victimes d'un accident; 44,1% d'entre eux ont soigné eux-mêmes leur blessure alors que 55,9% se sont rendus chez un médecin ou à l'hôpital. Les hommes sont plus nombreux à être victimes d'un accident (28,0%) que les femmes (18,2%) dans le canton. Il en va de même pour les plus jeunes: par rapport aux personnes âgées de plus de 35 ans, la classe d'âge des 15–34 ans est sensiblement plus touchée par les accidents, tant chez les femmes que chez les hommes (G 2.21 et annexe TA-2.6). À l'échelle nationale, on retrouve les mêmes logiques dans la structuration des accidents par âge et sexe, mais à un niveau tendanciellement inférieur. En combinant âge et sexe, la proportion de personnes victimes d'un accident atteint son maximum (39,0%) parmi les hommes de 15–34 ans à Genève (G 2.21). Cette large proportion de victimes d'accidents parmi les jeunes hommes s'explique dans la littérature par une plus grande propension à avoir des comportements à risque (Sass et al., 2017) et explique par ailleurs, dans une large mesure, la surmortalité des jeunes adultes (Remund et al., 2018).

Le nombre d'accidents par habitant a augmenté durant les 25 dernières années, passant de 15,7% en 1992 à 22,8% en 2017 à Genève. Cette croissance du nombre d'accidents s'observe tant chez les femmes que chez les hommes (G 2.22), mais n'est significative qu'à l'échelle nationale. On constate à Genève une hausse importante des accidents entre 2012 et 2017 (+3,1 points de pourcentage chez les femmes et +4,9 points de pourcentage chez les hommes).

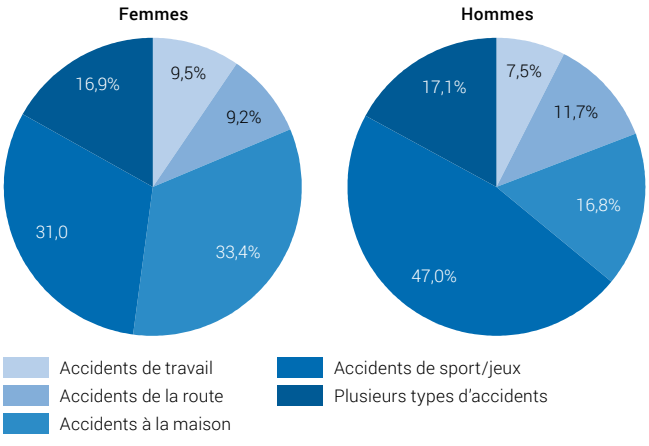
Le graphique 2.23 approfondit la question des accidents dans le canton de Genève en présentant la distribution par sexe des accidents selon leur cause. Ainsi, si près de la moitié des accidents des hommes a pour origine le sport ou les jeux (47,0%), cette proportion n'est que d'un tiers parmi les femmes (31,0%). Parmi les sports et les jeux, selon le bureau de prévention des accidents, ce serait le football (19,7%) et le ski alpin (12,7%) qui causeraient le plus grand nombre d'accidents (bpa, 2019). Selon l'ESS, les femmes sont en revanche davantage victimes d'accidents au sein du domicile ou dans le jardin que les hommes (33,4% contre 16,8%). Concernant, les accidents de la route, il n'y a pas de différence significative entre les sexes (ils représentent 9,2% et 11,7% des accidents pour les femmes et les hommes respectivement). La proportion d'accidents de la route peut sembler faible, mais ils sont particulièrement létaux puisqu'ils ont engendré 230 décès en 2017 en Suisse (bpa, 2018). Enfin les accidents de travail représentent 9,5% et 7,5% de tous les accidents pour les femmes et les hommes respectivement.

Plus de 25% de la population âgée de 65 ans et plus est victime d'une chute chaque année

Les chutes, les risques de chute et la peur des chutes font souvent partie du quotidien des personnes âgées. Au sein d'une population fragile, une chute peut mener à des limitations importantes de la vie de tous les jours ou, dans certains cas, nécessiter un placement dans un établissement médico-social. Chaque année en Suisse, quelque 225 000 personnes se blessent lors d'une chute de plain-pied, d'une marche ou dans les escaliers; environ un tiers d'entre elles sont des personnes de 65 ans ou plus (bpa, 2019). Les décès à la suite d'une chute concernent essentiellement les plus âgés: en 2017, 193 des 208 victimes avaient 65 ans ou plus. Le risque de chute augmente d'ailleurs fortement chez les personnes âgées qui ont des problèmes de mobilité ou des vertiges, chez celles atteintes de la maladie de Parkinson ou encore celles qui prennent des médicaments antiépileptiques (Dhargave et Sendhilkumar, 2016; Etangsale et Ratiney, 2019).

Dans le canton de Genève, 26,6% des 65 ans et plus ont été victimes d'au moins une chute durant les douze derniers mois, contre 25,8% dans toute la Suisse (G 2.24 et annexe TA-2.6). À l'échelle nationale, on peut relever une augmentation de la proportion de chutes entre 2002 et 2017 (+4,9 points de pourcentage). Cette tendance s'observe aussi à Genève (+4,7 points de pourcentage) mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Cette augmentation peut en partie s'expliquer par le vieillissement de la population, puisque la classe des 65 ans et plus comprend de plus en plus d'individus âgés, voire très âgés. Or, la fréquence des chutes augmente fortement avec l'âge. À Genève, 25,2% des 65–79 ans ont été victimes d'une chute contre 30,3% des 80 ans et plus. Le graphique G 2.24 montre que les femmes sont tendanciellement davantage affectées par les chutes que les hommes (30,2% contre 20,8% à Genève).

Accidents, selon le sexe, canton de Genève, en 2017 (au cours des douze derniers mois) **G 2.23**

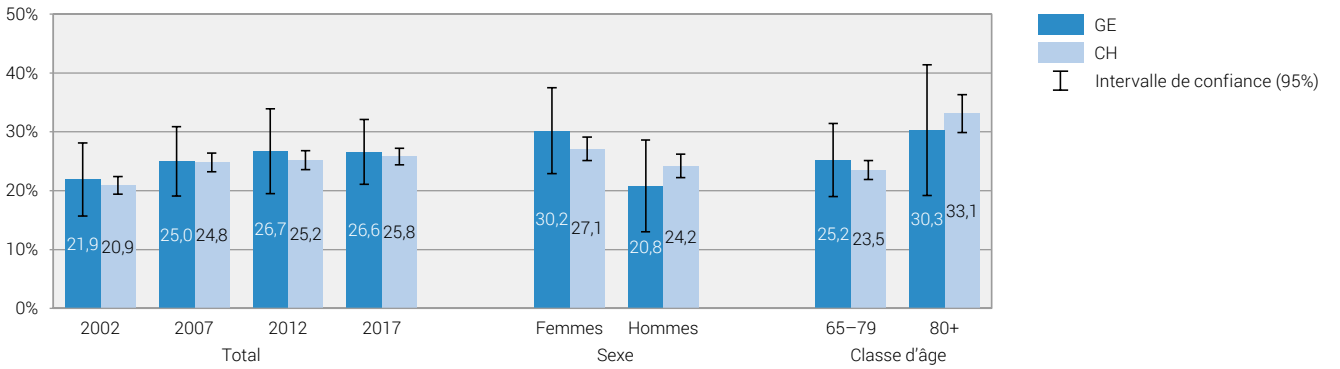


femmes: n=107, hommes: n=116

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Personnes de 65 ans et plus victimes d'une chute, selon l'année, le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017 (au cours des douze derniers mois) **G2.24**



2002: n=213 (GE), n=7 766 (CH); 2007: n=241 (GE), n=4 488 (CH); 2012: n=266 (GE), n=4 794 (CH); 2017: n=258 (GE), n=5 106 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

2.5 Santé psychique

La santé psychique constitue une dimension essentielle du bien-être des individus. L'OMS estime qu'au cours de l'année précédente plus d'un tiers de la population adulte européenne a souffert d'un désordre de santé psychique, dont les principaux sont la dépression, l'anxiété, la psychose, les troubles alimentaires et les problèmes de toxicomanie (OMS, 2015). Ces troubles constituent un important enjeu financier pour le système de santé: par exemple, les coûts liés aux maladies mentales dépassent les 2% du PIB en France et même les 4% au Canada (OCDE, 2014).

2.5.1 Problèmes psychiques

Dans l'ESS, les problèmes psychiques sont mesurés à l'aide d'un indice de santé psychique qui cumule la fréquence de différents états (nervosité, cafard, calme, abattement/dépression, se sentir heureux). La catégorisation présentée ici – problèmes psychiques faibles, moyens ou importants – ne reflète donc pas un diagnostic médical. Il est néanmoins vraisemblable que des personnes ayant des problèmes psychiques moyens ou importants soient cliniquement atteintes d'une maladie psychique (Schuler et al., 2016).

Fortes variations de l'importance des problèmes psychiques entre cantons

En 2017, les 22,7% de la population du canton de Genève souffrent de problèmes psychiques moyens à importants, ce qui est significativement plus que la moyenne nationale (15,1%). Une comparaison régionale des problèmes psychiques fait apparaître des différences importantes entre cantons[5] (G 2.25): les cantons latins ont systématiquement des valeurs supérieures à la moyenne alors que les cantons alémaniques ont tous des valeurs sous la moyenne nationale. Genève se retrouve ainsi au troisième rang des cantons ayant le plus de problèmes psychiques derrière le Tessin (24,3%) et Vaud (22,9%).

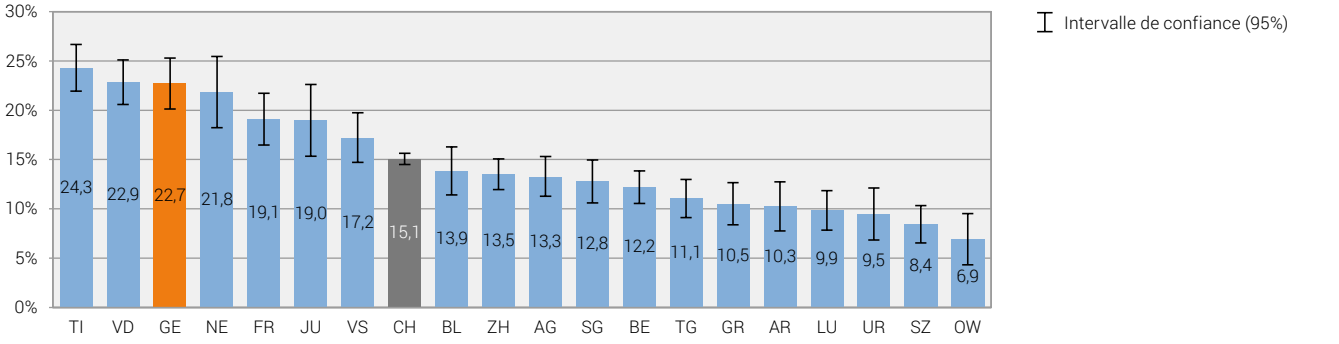
Concernant l'évolution temporelle 2007-2017 (annexe TA-2.7), le canton de Genève se caractérise par une proportion stable de personnes atteintes de problèmes psychiques moyens à importants. En Suisse en revanche, après une hausse marginale entre 2007 et 2012, les problèmes psychiques suivent une baisse importante durant les cinq années suivantes.

Au niveau des caractéristiques individuelles, on peut relever une forte différence concernant l'ampleur des problèmes psychiques entre femmes et hommes (G 2.26). Dans le canton de Genève, 28,5% des femmes souffrent de problèmes psychiques contre 16,3% des hommes. Les personnes âgées de 65 ans et plus déclarent moins souvent avoir des problèmes psychiques que les 50–64 ans (15,8% contre 28,0%); les 15–34 ans et les 35–49 ans se situent quant à eux à un niveau intermédiaire (22,4% et 23,7%). Concernant le niveau de formation, un gradient apparaît: plus le niveau d'éducation est élevé moins la prévalence de problèmes psychiques est marquée. À Genève, 29,3% des personnes n'ayant effectué que la scolarité obligatoire ont des problèmes psychiques moyens à importants, contre 22,9% pour le secondaire II et 18,5% pour le tertiaire (mais seule la différence entre l'obligatoire et le tertiaire est statistiquement significative).

En Suisse, on observe encore des différences importantes selon l'origine – les personnes issues de la migration ont davantage de problèmes psychiques que celles non issues de la migration – et selon le type de ménage: les personnes vivant seules et les familles monoparentales ont davantage de problèmes psychiques que les autres. À Genève, des tendances similaires apparaissent mais elles sont moins marquées et statistiquement non significatives (annexe TA-2.7).

[5] Seuls les cantons ayant augmenté la taille de l'échantillon de l'ESS sont représentés ici.

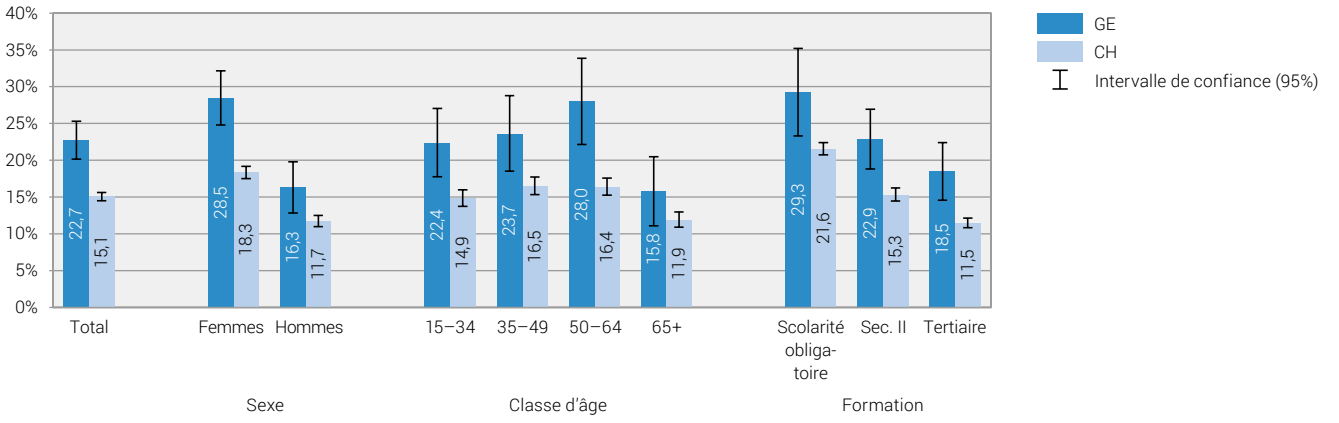
Problèmes psychiques moyens à importants, Suisse et cantons, en 2017 **G2.25**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Problèmes psychiques moyens à importants, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.26**

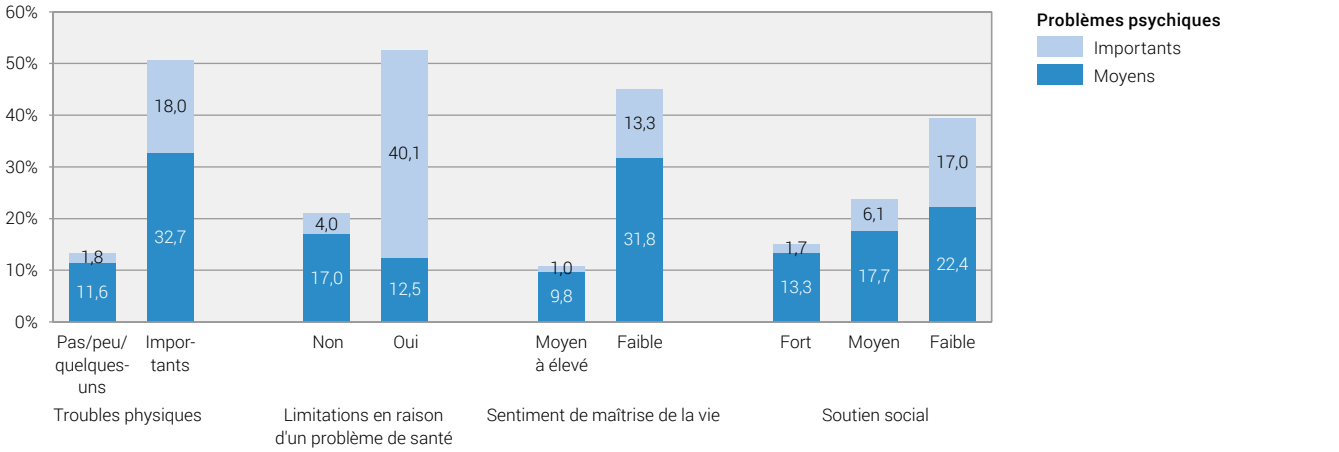


n=1 130 (GE), n=20 941 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Problèmes psychiques, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, en 2017 **G2.27**



troubles physiques: n=1 068; limitations: n=1 124; sentiment de maîtrise: n=911; soutien social: n=1 057

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les troubles de santé psychiques accompagnent souvent des problèmes physiques

Les problèmes psychiques sont souvent associés à des problèmes de santé physique ou des ressources de santé déficientes. Le graphique 2.27 illustre pour le canton de Genève la relation entre les problèmes psychiques et les troubles physiques (voir section 2.4.1) ainsi qu'avec les limitations en raison d'un problèmes de santé (voir section 2.3.2), le sentiment de maîtrise de la vie (voir section 2.6.1) et le soutien social (voir section 2.6.2).

Les personnes souffrant de troubles physiques importants doivent souvent composer avec des problèmes psychiques; 32,7% ont des problèmes psychiques moyens et 18,0% importants, contre respectivement 11,6% et 1,8% parmi les personnes n'ayant pas ou seulement quelques troubles physiques. De fortes limitations dans la vie quotidienne en raison de problèmes de santé ont également un lien marqué avec les problèmes psychiques (40,1% des personnes vivant avec des limitations ont des problèmes psychiques importants contre 4,0% parmi celles n'ayant pas de limitations). Enfin, notons que deux ressources de santé, le sentiment de maîtrise de la vie et le soutien social, sont fortement associées avec les problèmes psychiques et qu'elles apparaissent comme des facteurs protecteurs face aux maladies mentales.

2.5.2 Symptômes dépressifs

Les dépressions sont des maladies psychiques fréquentes dans les sociétés occidentales actuelles et mènent à des handicaps importants dans la vie de tous les jours, dans les contacts relationnels et dans l'exercice d'un emploi (Malhi et Mann, 2018). Selon l'OMS, plus de 300 millions de personnes seraient affectées par la dépression dans le monde (OMS, 2017). Et, durant sa vie, on estime même qu'une personne sur cinq serait touchée (Baer et al., 2013). Les dépressions ont souvent un caractère chronique (Hardeveld et al., 2010) et se développent en parallèle à d'autres problèmes psychiques ou physiques. D'une manière générale, il a été démontré que la dépression est associée à une plus courte durée de vie (Colman et al., 2018; Gilman et al., 2017)

Les données de l'ESS comprennent depuis 2012 un module, le Patient Health Questionnaire (Kroenke et Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001), qui est reconnu et exploité internationalement, et qui cible les symptômes des maladies dépressives. C'est donc sur la base d'un indice mondialement reconnu que l'on peut rendre compte ici de la fréquence et de la gravité de la dépression au sein de la population, mais il ne s'agit en aucun cas d'un diagnostic clinique.

Des symptômes dépressifs marqués à Genève

En 2017, 13% de la population du canton de Genève souffre de symptômes dépressifs modérés à graves (G 2.28), une proportion largement supérieure à la moyenne suisse (8,6%). Contrairement au reste de la Suisse où les femmes sont plus nombreuses à souffrir de symptômes dépressifs que les hommes (9,5% contre 7,8%), on ne constate pas de différence entre les sexes à Genève (13,0% pour les deux sous-populations). Si le lien entre sexe et dépression a été décrit par la littérature scientifique (Kuehner, 2017), cette particularité genevoise provient de la forte croissance des symptômes dépressifs chez les hommes: entre 2012 et 2017, la proportion d'hommes ayant des symptômes dépressifs a doublé dans le canton, passant de 6,0% à 13,0%.

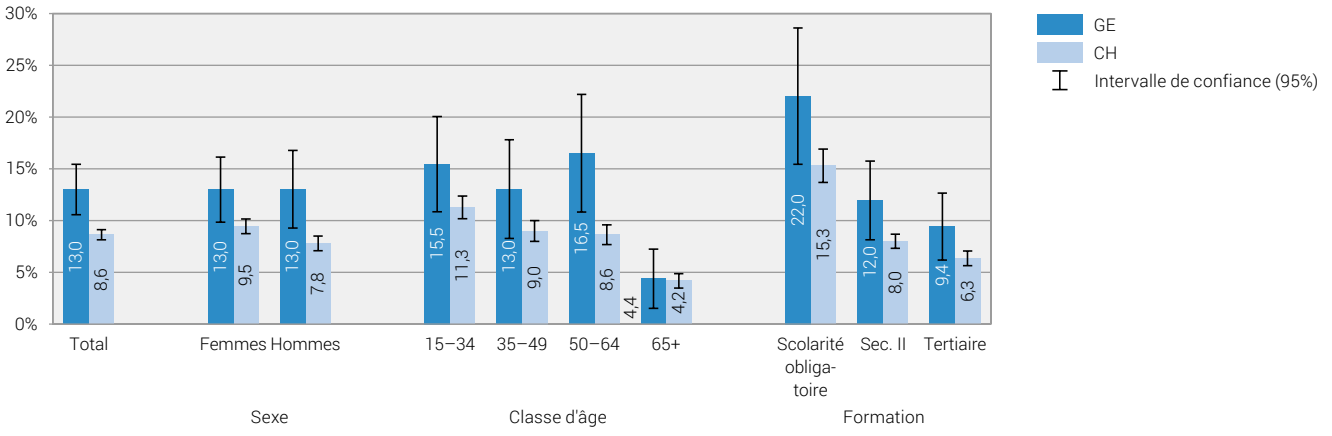
Concernant l'âge, il est intéressant de noter que les aînés sont moins affectés par les symptômes dépressifs: seuls 4,4% des 65 ans et plus ont des symptômes modérés à graves, contre des proportions qui fluctuent entre 13,0% et 16,5% parmi les plus jeunes classes d'âge. Ce résultat se retrouve aussi dans la littérature internationale (OMS, 2017; Regan et al., 2013). Les symptômes dépressifs diminuent fortement avec le niveau de formation: à Genève, 22,0% des personnes n'ayant pas de diplôme post-obligatoire souffrent de symptômes dépressifs modérés à graves, contre 12,0% parmi les personnes ayant un diplôme du secondaire II et 9,4% parmi celles ayant une formation tertiaire. Des recherches internationales ont déjà établi cette relation et relèvent, en plus de l'éducation, les rôles négatifs du chômage, des difficultés financières et de la précarité sociale (Bretschneider et al., 2017; OMS, 2017).

Une analyse de l'évolution temporelle des symptômes dépressifs montre qu'à Genève la proportion de personnes atteintes passe de 8,9% à 13,0% entre 2012 et 2017 (différence non significative) alors qu'en Suisse, la croissance est plus modeste (6,5% à 8,6%) mais statistiquement significative en raison de la taille plus importante de l'échantillon (annexe TA-2.7).

La dépression est fortement associée avec l'état de santé physique et les ressources sociales et psychosociales

Comme cela a été démontré pour les problèmes psychiques (section 2.5.1), les symptômes dépressifs sont fortement associés avec des indicateurs de santé physique et des ressources de santé (G 2.29). Dans le canton de Genève, les personnes atteintes d'importants troubles physiques, mais aussi celles ayant de fortes limitations en raison d'un problème de santé, font plus souvent état de symptômes dépressifs modérés à graves (elles sont respectivement 34,7% et 47,5% contre 5,8% et 11,2% pour celles qui n'ont pas de problèmes physiques ou de limitations). Le sentiment de maîtrise de la vie ainsi que le soutien social apparaissent comme des ressources protectrices face à la dépression. D'une part, seules 3,5% des personnes ayant un sentiment de maîtrise de la vie entre moyen et élevé souffrent de symptômes dépressifs, contre 33,0% lorsque ce sentiment est faible. D'autre part, les personnes bénéficiant d'un fort soutien social sont 6,3% à avoir des symptômes dépressifs alors que cette proportion monte à 14,4% et 28,1% lorsque ce soutien est moyen ou faible. Le rôle protecteur du soutien social a été validé par la littérature scientifique (Gariepy et al., 2016) et apparaît à tous les âges de la vie, allant des adolescents (Possel et al., 2018) aux aînés (Adams et al., 2016). La question de la causalité demeure – est-ce le manque de soutien social qui cause la dépression ou la dépression qui induit une absence de soutien social ? – mais il existe de fortes évidences que les deux dimensions s'influencent mutuellement (Cacioppo et al., 2006).

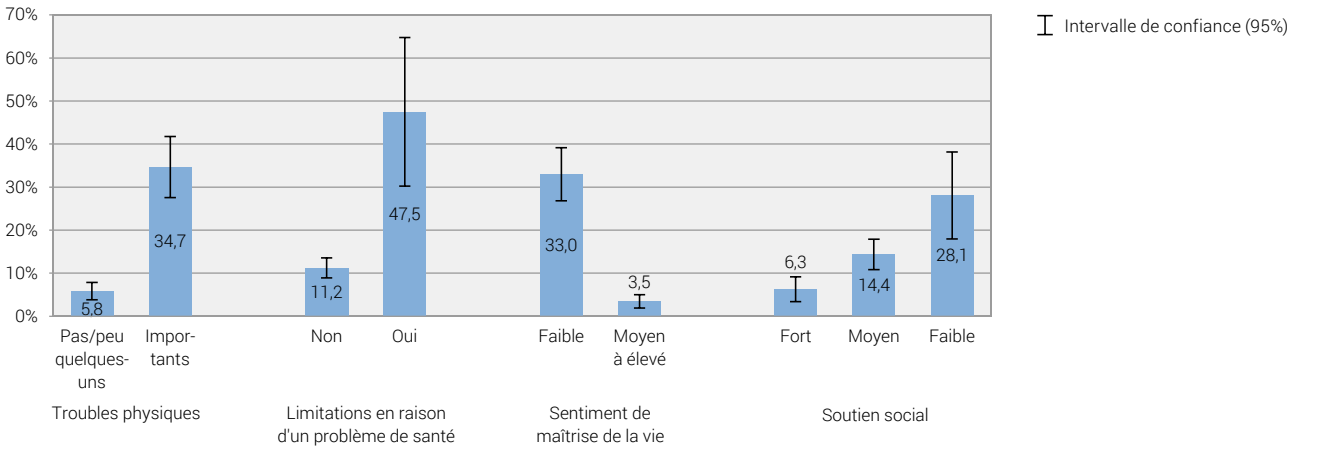
Symptômes dépressifs modérés à graves, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.28**



n=948 (GE), n=18 230 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Symptômes dépressifs modérés à graves, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, en 2017 **G2.29**



troubles physiques: n=898; limitations: n=942; sentiment de maîtrise: n=916; soutien social: 887

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

2.5.3 Énergie et vitalité

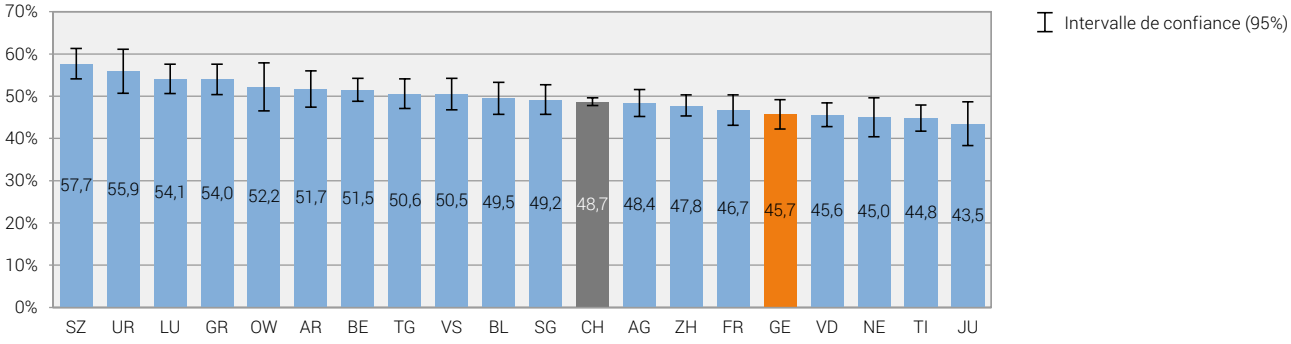
L'échelle d'énergie et de vitalité renvoie à une dimension positive de l'état de santé psychique de la population. Cet indicateur est construit à partir de différentes questions de l'ESS sur l'état de vitalité, d'énergie, d'épuisement et de fatigue[6].

Dans le canton de Genève, 45,7% de la population présente un niveau élevé d'énergie et de vitalité. C'est légèrement moins que la moyenne suisse (48,7%) mais de façon non significative. Genève se trouve néanmoins parmi les cinq cantons ayant les plus bas niveaux d'énergie et de vitalité avec trois autres cantons romands (Jura, Neuchâtel, Vaud) et le Tessin (G 2.30). C'est en Suisse centrale (Schwyz, Uri, Lucerne) et aux Grisons qu'on observe les plus fortes proportions.

Concernant les caractéristiques individuelles, à Genève, les hommes indiquent des niveaux d'énergie et de vitalité plus élevés que les femmes (52,8% contre 39,3%). Notons encore que, de façon surprenante, le sentiment d'énergie et de vitalité augmente avec l'âge (voir annexe TA-2.8) et c'est parmi les 65 ans et plus qu'il est le plus généralisé (significatif au niveau suisse). Le rapport sur la santé des aînés en Suisse latine (Merçay, 2020) montre en effet qu'il y a un fort sentiment d'énergie et de vitalité parmi les jeunes retraités qui ont à la fois du temps libre, un bon état de santé et des ressources financières. En revanche, selon cette même étude, le sentiment d'énergie et de vitalité décline fortement au grand âge lorsque l'état de santé baisse.

[6] Dans l'ESS de 2017, les questions relatives à l'énergie et la vitalité ont été posées par téléphone, alors qu'en 2012, lorsque cet indicateur a été mesuré pour la première fois, elles l'étaient par écrit. Cela a induit d'importantes variations, c'est pourquoi aucune comparaison temporelle n'est proposée ici.

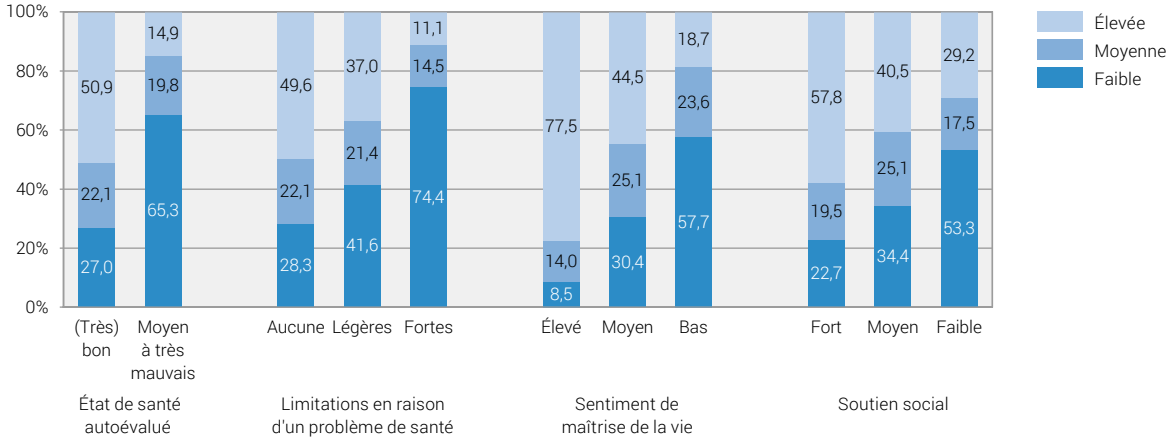
Niveau d'énergie et de vitalité élevé, Suisse et cantons, en 2017 **G2.30**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Énergie et vitalité, selon différents indicateurs de santé, canton de Genève, en 2017 **G2.31**



santé autoévalué: n=909; limitations: n=905; sentiment de maîtrise: n=903; soutien social: n=856

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Le sentiment d'énergie et de vitalité est fortement associé avec différents indicateurs de la santé physique, psychique et sociale. Le graphique 2.31 illustre ces relations pour Genève, en présentant la distribution des niveaux d'énergie et de vitalité en fonction de l'état de santé autoévalué, de limitations en raison d'un problème de santé, du sentiment de maîtrise de la vie ainsi que du soutien social.

Plus de la moitié des Genevoises et Genevois (50,9%) qui s'évaluent en (très) bonne santé ont un niveau d'énergie et de vitalité élevé; ils sont en revanche 22,1% et 27,0% à avoir des niveaux moyen et faible. Parmi les habitants du canton qui ont un état de santé autoévalué entre très mauvais et moyen, les niveaux d'énergie et de vitalité sont bien plus bas: 14,9% déclarent une énergie et vitalité élevée, 19,8% une moyenne et 65,3% une faible. Les limitations dans la vie quotidienne en raison d'un problème de santé ont une relation marquée avec l'énergie et la vitalité, puisque les personnes sans aucune limitation sont 49,6% à indiquer une énergie et vitalité élevée, 22,1% une moyenne et 28,3% une faible, contre respectivement 11,1%, 14,5% et 74,4% parmi les fortes limitations. Le sentiment de maîtrise de la vie ou le soutien social apparaissent aussi comme fortement associés à l'indicateur d'énergie et de vitalité: pour ces deux dimensions, plus les ressources sont importantes plus le niveau d'énergie et de vitalité est marqué.

2.6 Ressources de santé

L'état de santé général d'une personne est affecté par l'exposition à des charges – qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales – ayant une influence négative sur l'individu. Les ressources de santé sont des facteurs dont chacun dispose afin d'atténuer l'influence négative de ces charges sur la santé (Hartung, 2011; Rico-Uribe et al., 2016). Mais les ressources de santé peuvent avoir une influence directe sur la santé et produire des effets bénéfiques sans que l'individu soit confronté à des charges négatives. Ces ressources sont tant des caractéristiques de la personne – des traits de caractères par exemple – que des attributs de l'environnement: les contacts sociaux par exemple (Schuler et al., 2016). Cette section présente trois dimensions ayant trait aux ressources de santé, ou à l'absence de ces dernières: le sentiment de maîtrise de la vie, le soutien social et le sentiment de solitude.

2.6.1 Sentiment de maîtrise de la vie

Les personnes qui ont un fort sentiment de maîtrise de la vie sont convaincues de pouvoir déterminer le cours de leur vie alors que celles qui ont un sentiment de maîtrise plus faible la considèrent comme conditionnée par des facteurs extérieurs tels que la fatalité, le hasard, le contrôle d'autres personnes ou les normes sociales, si bien qu'elles jugent leur propre influence comme mineure. Le sentiment de maîtrise de la vie renvoie donc à l'influence relative de facteurs extérieurs sur le contrôle intérieur de sa propre vie (Rotter, 1990). Dans l'Enquête suisse sur la santé, le sentiment de maîtrise de la vie est approché par l'évaluation de quatre affirmations: la capacité à surmonter ses problèmes, l'impression d'être balloté dans tous les sens, le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui arrive et le sentiment d'être submergé par les problèmes.

En 2017, dans le canton de Genève, le sentiment de maîtrise de la vie est élevé pour 28,8% de la population, moyen pour 40,4% et bas pour 30,8%. Ces chiffres contrastent avec les valeurs moyennes helvétiques où pour 37,4% de la population ce sentiment est élevé, 39,2% moyen et 23,4% bas. Si la différence est marginale pour la catégorie intermédiaire, l'écart entre Genève et la Suisse se situe entre les deux catégories extrêmes. Pour cet indicateur, on peut en effet relever un profond Röstigraben puisque la proportion de personnes ayant un bas sentiment de maîtrise est de plus de 10 points de pourcentage moins important en Suisse alémanique (20,8%) qu'en Suisse romande (29,2%) et au Tessin (33,6%). Entre 2002 et 2012, la proportion d'habitants du canton de Genève ayant un bas niveau de maîtrise de la vie fluctue entre 27,9% et 26,4%, mais cette proportion est tendanciellement plus élevée en 1997 et 2017 (33,0% et 30,8%); cette augmentation conjoncturelle s'observe aussi à l'échelle helvétique avec la présence de valeurs significativement plus élevées pour ces deux années (annexe TA-2.9).

Concernant les caractéristiques individuelles liées au sentiment de maîtrise de la vie (voir G 2.32), on peut relever à Genève que les femmes ont tendanciellement un sentiment de maîtrise de la vie moins marqué que les hommes (la différence est significative à l'échelle nationale seulement). Il est encore intéressant d'observer que les personnes âgées de 65 ans et plus, alors que la santé de ce groupe tend à se dégrader, ont un sentiment de maîtrise de la vie plus développé que les classes d'âge plus jeunes (la différence est significative à l'échelle nationale seulement). Ce phénomène pourrait s'expliquer par la fin des obligations professionnelles et une plus grande liberté sur son emploi du temps au sein de la population âgée. Enfin, une association entre le sentiment de maîtrise de la vie et le niveau de formation apparaît (différence significative à l'échelle nationale seulement), puisque les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire sont proportionnellement moins nombreuses à avoir un sentiment de maîtrise élevée et plus nombreuses à avoir un bas sentiment. L'écart est moins marqué entre le secondaire II et le tertiaire, mais un sentiment bas est tout de même plus généralisé au sein du premier groupe.

2.6.2 Soutien social

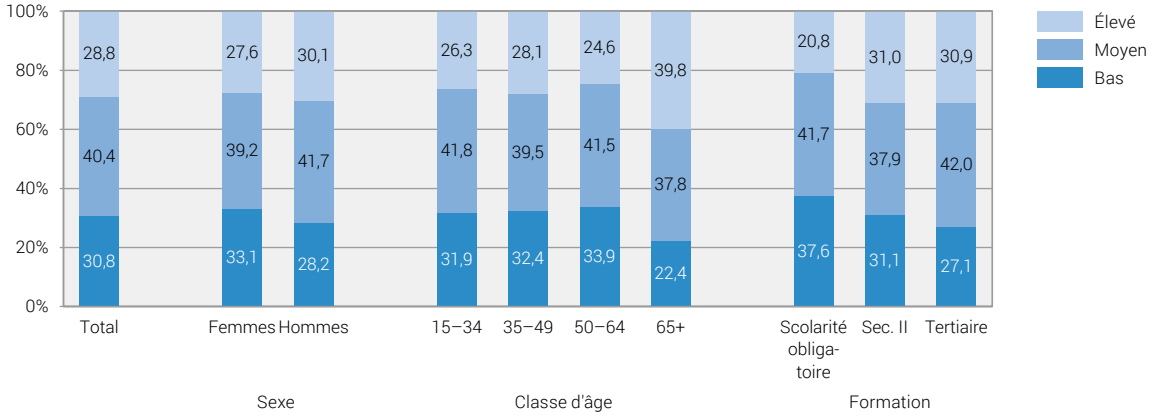
Le soutien social mesure le degré selon lequel un individu peut s'appuyer sur son environnement social. Il a été démontré que le soutien social a une influence importante sur la santé des individus, en ayant non seulement un effet positif sur l'état de santé (santé physique, mentale ou santé autoévaluée) mais aussi sur les comportements de santé et les décisions relatives à la santé (Bachmann, 2014; Berkman et Glass, 2000; Borgmann et al., 2017). Dans l'ESS, le soutien social est approché au moyen de l'échelle d'Oslo (Brevik et Dalgard, 1996) qui se base sur les réponses à trois questions (nombre de personnes sur lesquelles un individu peut compter en cas de problèmes personnels sérieux, intérêt porté par l'entourage aux activités menées et aide reçu de voisins en cas de besoin). En raison d'une modification dans les réponses possibles, il n'est malheureusement pas possible d'étudier l'évolution temporelle de cet indicateur.

Environ un tiers (34,6%) des habitants du canton de Genève bénéficient d'un soutien social fort en 2017; c'est la proportion la plus basse de Suisse, dont la moyenne se situe à 45,4%. Genève se caractérise ainsi par une majorité de la population qui bénéficie d'un soutien social moyen (52,8% contre 44,7% en Suisse) alors que la proportion de soutien faible demeure très minoritaire (12,6% contre 10,0% en Suisse). Concernant les caractéristiques individuelles (G 2.33), il ressort tout d'abord que le soutien social diminue avec l'âge: parmi les personnes plus âgée, on constate à la fois une diminution de la proportion de personnes ayant un soutien social fort et une augmentation de la proportion de personnes ayant un soutien social faible. À Genève, pour le soutien social fort, les proportions passent de 40,6% pour les 15–34 ans à 28,4% pour les 65 ans et plus et, pour le soutien social faible, de respectivement 9,9% à 18,5%. Concernant le niveau d'éducation, un gradient s'observe également. Les personnes ayant un niveau de formation élevé bénéficient de davantage de soutien social, mais la différence n'est significative qu'à l'échelle nationale. Enfin, pour le canton de Genève, il semble que les femmes soient un peu plus nombreuses que les hommes à bénéficier d'un soutien fort (36,8% contre 32,2%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative et ne s'observe pas à l'échelle nationale (voir annexe TA-2.10).

2.6.3 Sentiment de solitude

Le sentiment de solitude indique que les attentes en termes de relation sociales d'une personne ne correspondent pas aux besoins ressentis (Salimi, 2011); il s'agit donc d'une mesure subjective d'un manque quantitatif ou qualitatif de relations sociales. Quand ils persistent, ces sentiments peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé et la qualité de vie des personnes concernées. L'ESS approche la solitude en demandant à la personne dans quelle mesure il lui arrive de se sentir seule (jamais, parfois, assez souvent ou très souvent).

Sentiment de maîtrise de la vie, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 2.32**

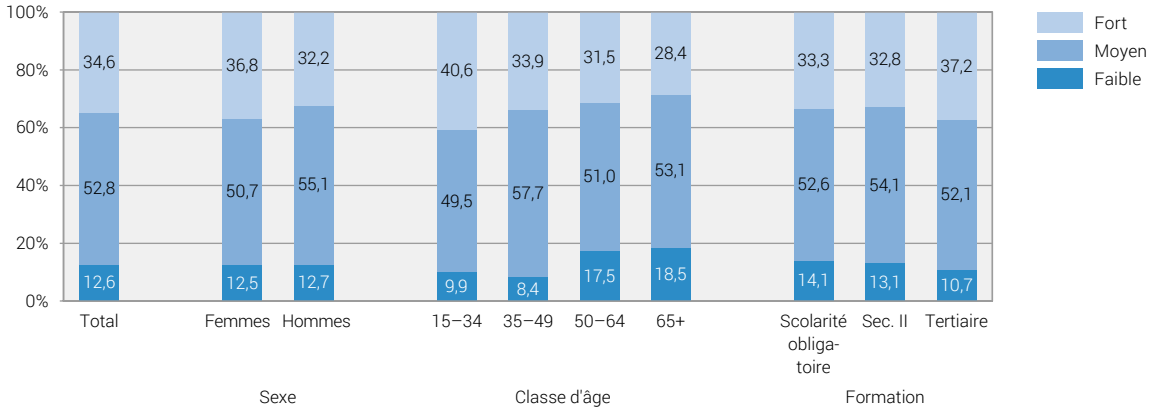


n=932

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Soutien social, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 2.33**



n=1 086

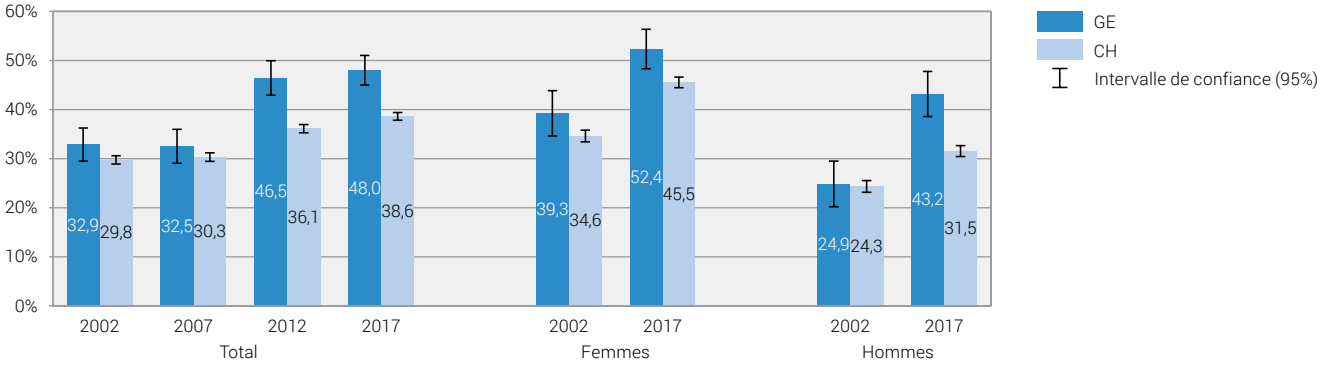
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

En 2017, près de la moitié des habitantes et habitants du canton (48,0%) déclare se sentir entre parfois et très souvent seul (G 2.34). Cette proportion est largement supérieure à la moyenne Suisse (38,6%) et place même Genève au premier rang des cantons ayant le plus de sentiments de solitude. Comme pour les autres indicateurs de ressources de santé, c'est dans la partie latine de la Suisse que le sentiment de solitude est le plus répandu (46,2% en Suisse romande, 44,9% au Tessin contre 35,6% en Suisse alémanique). L'évolution temporelle du sentiment de solitude montre une forte hausse entre 2007 et 2012 – à Genève particulièrement (+14,0 points de pourcentage) mais aussi dans l'ensemble de la Suisse (+5,8 points de pourcentage). Au niveau des différences selon le sexe, les femmes sont plus nombreuses à ressentir de la solitude que les hommes (52,4% contre 43,2% à Genève). Relevons enfin que la différence dans les sentiments de solitude entre Genève et la Suisse était peu marquée en 2002, mais que l'écart observé provient en partie de la très forte augmentation du sentiment de solitude entre 2007 et 2012 chez les hommes à Genève (G 2.34).

Au niveau des caractéristiques individuelles (G 2.35), le sentiment de solitude diminue avec l'âge (différences statistiquement significatives uniquement à l'échelle suisse). Ce résultat est étonnant dans la mesure où il va dans le sens contraire de celui obtenu concernant la force du soutien social en fonction de l'âge (voir G 2.33). Cela s'explique notamment par le fait que la solitude au grand âge ne dépend pas uniquement du réseau social mobilisable mais reflète aussi la satisfaction du mode de vie (Singh et Misra, 2009). Concernant d'autres caractéristiques, il apparaît que les personnes issues de la migration font plus souvent part d'un sentiment de solitude que celles non issues de la migration (50,4% contre 44,3% à Genève mais cette différence n'est significative qu'à l'échelle nationale) et que les personnes vivant seules (65,5%) ainsi que celles vivant au sein d'une famille monoparentale (60,6%) se sentent plus souvent seules que les couples avec enfant(s) (43,0%) et les couples sans enfant (33,0%).

Sentiment de solitude, selon le sexe et l'année, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017 **G2.34**

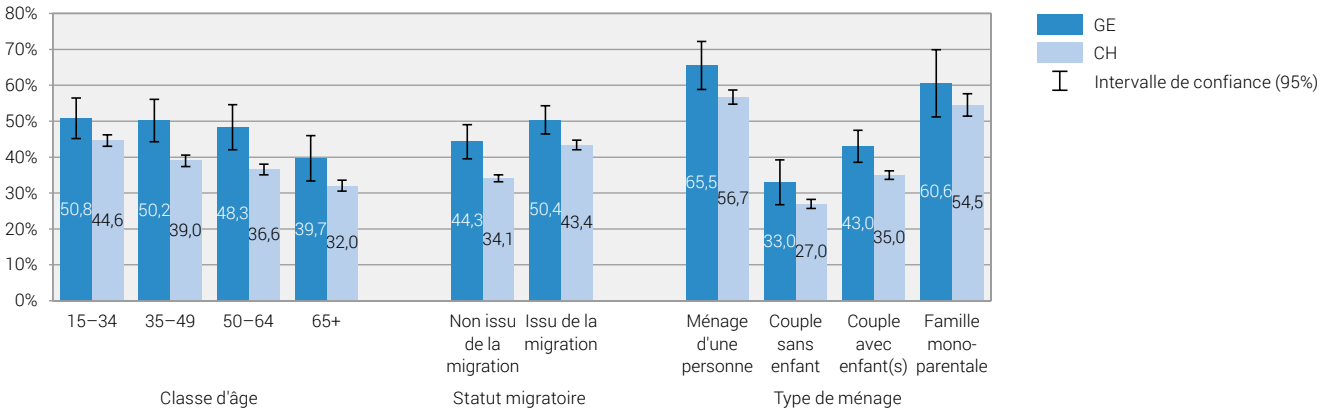


2002: n=985 (GE), n=18 735 (CH); 2007: n=975 (GE), n=17 890 (CH); 2012: n= 1 103 (GE), n=20 841 (CH); 2017: n=1 162 (GE), n=21 171 (CH)

Souce: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Sentiment de solitude, selon l'âge, le statut migratoire et le type de ménage, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G2.35**



n=1 162 (GE), n=21 171 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

2.7 Résumé

Ce second chapitre du rapport cantonal genevois analyse tout d'abord plusieurs indicateurs de durée de vie et les principales causes de décès au sein de la population du canton. Puis, il s'intéresse aux différents aspects de la santé physique et psychique. Une dernière partie traite encore des ressources de santé.

L'espérance de vie à la naissance est élevée dans le canton de Genève, où elle atteint 85,9 ans pour les femmes et 81,7 pour les hommes. Ces valeurs sont supérieures de près d'une année à la moyenne nationale. L'espérance de vie est en forte augmentation ces dernières décennies et, comme les gains sont plus marqués chez les hommes, les écarts entre les sexes s'amenuisent peu à peu. Dans le canton, durant les trente dernières années, les femmes ont gagné 5,6 années d'espérance de vie contre 8,0 pour les hommes. Les tumeurs sont les principales causes de décès à Genève: elles représentent 25% des décès des femmes, dont 4,5% pour le cancer du sein, et 29,8% des décès des hommes, dont près de 7% pour le cancer du poumon ou des bronches. Les maladies cardiovasculaires sont la seconde cause de décès à Genève (près d'un décès sur quatre). Comparé à la Suisse, le canton se caractérise par des risques de décès nettement inférieurs pour les maladies cardiovasculaires, qui contribuent ainsi à expliquer une grande part de la plus faible mortalité observée à Genève. Certes minoritaires dans l'ensemble des causes de décès, les suicides pour les hommes et les accidents causent également moins de décès à Genève que dans le reste de la Suisse.

Quelque quatre habitants sur cinq dans le canton estiment que leur état de santé est bon ou très bon. Cette proportion est relativement stable dans le temps et est comparable au reste de la Suisse. L'état de santé autoévalué diminue fortement avec l'âge puisqu'environ 92% des 15–34 ans se déclarent en (très) bonne santé contre 71% parmi les 65 ans et plus. Le fait qu'autant de personnes âgées évaluent positivement leur état de santé malgré des problèmes de santé en augmentation s'explique notamment par le fait que ces personnes se comparent à leurs contemporains et à des individus ayant une plus mauvaise santé. Les analyses

effectuées dans ce rapport montrent en outre qu'il n'y a à Genève pas de différences entre les sexes quant à la santé autoévaluée mais qu'un fort gradient apparaît selon le niveau de formation.

Des problèmes de santé de longue durée affectent près de 29% des habitantes et des habitants du canton. Il s'agit d'une proportion qui n'a pas évolué depuis 2012, et qui est demeure inférieure à la moyenne suisse (32,7%). On observe globalement une augmentation des problèmes durables de santé avec l'âge. Cependant, contrairement à l'ensemble de la Suisse, il n'y a à Genève pas d'augmentation de la prévalence de problèmes durables entre les 50–64 ans et les 65 ans et plus. Ce résultat étonnant a déjà été observé dans le canton en 2012. Quant aux limitations dans des activités que les gens font habituellement, on estime qu'elles concernent 22,0% des résidents du canton, dont 5,8% souffrent de limitations importantes. Ici, c'est surtout l'âge qui contribue à créer des différences au sein de la population puisque les limitations affectent 35,9% des 65 ans et plus du canton contre 28,4% chez les 50–64 ans et environ 15% chez les moins de 50 ans.

Des problèmes physiques plus ponctuels peuvent aussi affecter la population tels que, par ordre d'importance, les maux de dos/reins, une faiblesse généralisée/lassitude, des insomnies ou encore d'autres maux localisés. En 2017, un habitant sur quatre déclare souffrir de troubles physiques importants et près d'un sur trois indique ressentir quelques troubles. Les troubles physiques sont toutefois en diminution dans le canton durant les 20 dernières années (baisse de 10 points de pourcentage). On notera par ailleurs que les femmes sont plus affectées par les troubles physiques que les hommes et que des écarts apparaissent en fonction du niveau de formation.

Contrastant avec des tendances positives en matière de longévité et de santé physique en général, la santé psychique est quant à elle plus basse dans le canton du bout du lac comparé à la moyenne nationale pour toute une série d'indicateurs. Ainsi, à Genève en 2017, 22,7% de la population déclare souffrir de problèmes psychiques moyens à importants – une proportion largement supérieure à la valeur helvétique (15,1%) mais proche de la moyenne romande (21,7%). Au niveau des caractéristiques individuelles, les femmes sont plus nombreuses à déclarer des problèmes psychiques que les hommes et des différences selon le niveau d'éducation sont observables. Enfin, précisons que l'importance des problèmes psychiques n'a que peu évolué dans le canton depuis 2007. Concernant les symptômes dépressifs, le constat d'ensemble est le même: 13,0% de la population du canton souffre de symptômes dépressifs modérés à graves, contre 8,6% en Suisse. Concernant les caractéristiques individuelles, il est intéressant de relever qu'à Genève, la proportion de personnes ayant des symptômes dépressifs est identique entre femmes et hommes. Cette particularité genevoise est due à la forte croissance des symptômes dépressifs chez les hommes entre 2012 et 2017 (passage de 6,0% à 13,0%, alors que chez les femmes, les proportions sont respectivement de 11,6% et 13,0%). Les symptômes dépressifs sont fortement associés avec le niveau de formation – les personnes ayant un diplôme tertiaire étant moins affectées que celles n'ayant pas de formation post-obligatoire – et avec l'âge, puisque la classe des 65 ans et plus souffre moins de symptômes dépressifs que les plus jeunes. Notons enfin que tant les problèmes psychiques que les symptômes dépressifs ou encore l'indicateur d'énergie et de vitalité sont associés avec des mesures de la santé physique des individus, ainsi qu'avec des ressources sociales et psychosociales ayant un effet protecteur sur la santé.

Certaines ressources de santé sont moins répandues au sein de la population genevoise que dans l'ensemble de la Suisse. Que ce soit pour le sentiment de maîtrise de la vie, le soutien social et le sentiment de solitude, Genève se retrouve systématiquement au dernier rang des cantons avec seulement 28,8% de la population ayant un sentiment élevé de maîtrise de la vie, 34,6% bénéficiant d'un soutien social fort, mais 48,0% se sentant parfois à très souvent seul.

3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

Dans une approche de santé publique, il est essentiel de suivre l'évolution des comportements ayant une influence positive ou négative sur la santé. Les comportements individuels défavorables à la santé (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) sont en effet des facteurs de risque responsables des pathologies connues pour causer la plupart des décès évitables. Selon une étude de l'OMS, six des huit principaux facteurs de risque de la mortalité prématurée dans les pays européens sont liés aux habitudes alimentaires et à l'activité physique. Il s'agit de l'hypertension artérielle, du surpoids et de l'obésité, du manque d'exercice, de l'hypercholestérolémie, de l'hyperglycémie et de la consommation insuffisante de fruits et légumes (OMS, 2009). Les deux autres facteurs majeurs de la mortalité prématurée sont aussi comportementaux: le tabagisme et la consommation d'alcool. Une étude récente, exploitant notamment des données suisses, confirme que l'hypertension artérielle, la surcharge pondérale et la consommation d'alcool et de tabac sont à l'origine de la plupart des décès prématurés et de maladies chroniques (Foreman et al., 2018). Il est aussi avéré que les dommages pour la santé augmentent de manière significative lorsque plusieurs de ces facteurs comportementaux sont combinés (Åkesson et al., 2014).

Ce chapitre examine les comportements à risque pour la santé, à l'exception de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie et du diabète, qui ont déjà été analysés à la section 2.4.2. Ces facteurs sont mis en lien avec différents indicateurs de santé ainsi qu'avec le profil sociodémographique des populations genevoise et suisse. En effet, ces facteurs comportementaux sont sous-jacents aux inégalités sociales de santé car les personnes ayant un bas statut socioéconomique ont davantage de comportements défavorables à la santé que les personnes ayant un haut statut socioéconomique (Boes et al., 2016). Les comportements sont donc considérés comme des causes primaires des différentiels sociaux de santé.

3.1 Attention portée à la santé

On peut considérer que l'attention portée à la santé constitue un indicateur des compétences de santé (Zheng et al., 2018). L'intérêt manifesté par les personnes à l'égard de leur santé donne en effet de précieuses informations sur la signification qu'elles attribuent à cet aspect de leur vie.

Les personnes qui s'intéressent particulièrement à leur santé sont davantage susceptibles d'être attentives à des messages de promotion de la santé et, en général, d'adopter un mode de vie favorable à la santé. Mais c'est parfois seulement lorsque des problèmes de santé surviennent que l'on commence à s'intéresser à la thématique et à y porter attention. Toutefois, une partie des personnes atteintes dans leur santé peut ne pas manifester d'intérêt pour sa santé en raison d'autres préoccupations considérées comme prioritaires (logement, travail, moyens financiers, problèmes personnels).

Dans l'ESS, les personnes interrogées sur l'importance que revêt la santé pouvaient choisir l'une des trois réponses suivantes:

1) «Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé» (insouciant);
2) «Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé» (attentif);
3) «Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre» (très attentif).

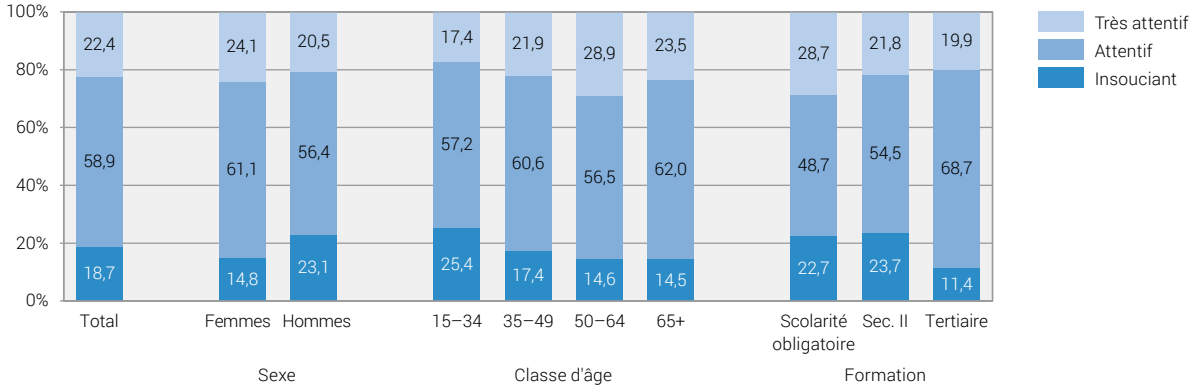
Un habitant sur cinq du canton ne se soucie pas de sa santé

Dans le canton de Genève, 81,3% de la population fait attention à sa santé: 22,4% est «très attentive» alors 58,9% est «attentive» (G 3.1). La part «d'insouciants», qui représente 18,7% de la population, est plus élevée à Genève que dans l'ensemble de la Suisse (12,4%). Depuis 1992, cet indicateur présente des variations sans que l'on puisse établir de tendance particulière, tant au niveau du canton qu'au niveau suisse (annexe TA-3.1).

L'attention portée à la santé varie en fonction du sexe, de l'âge et de la formation (G 3.1). Les femmes dans le canton ont tendance à être moins «insouciantes» face à leur santé (14,8%) que les hommes (23,1%). Les plus jeunes portent quant à eux moins d'attention à leur santé. Dans le canton, les «insouciants» représentent 25,4% des 15–34 ans, alors que cette catégorie s'approche des 15% pour les autres classes d'âge. Notons encore que dans le canton les personnes «très attentives» tendent à augmenter avec l'âge pour atteindre un maximum à la classe des 50–64 ans (28,9%) et diminuer ensuite parmi les ainés (23,5%).

On observe également des différences en fonction du niveau de formation. Les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire et celles ayant suivi une formation de degré secondaire II sont nettement plus nombreuses à être «insouciantes» (environ 23%) que les personnes de niveau tertiaire (11,4%). Or, les personnes sans scolarité post-obligatoire se retrouvent plus souvent dans le profil «très attentif» (28,7%) que le secondaire II (21,8%) et le tertiaire (19,9%). Le résultat très polarisé de la catégorie scolarité obligatoire s'explique en partie par une surreprésentation dans ce groupe de personnes âgées qui sont plus attentives et de jeunes qui sont plus insouciants.

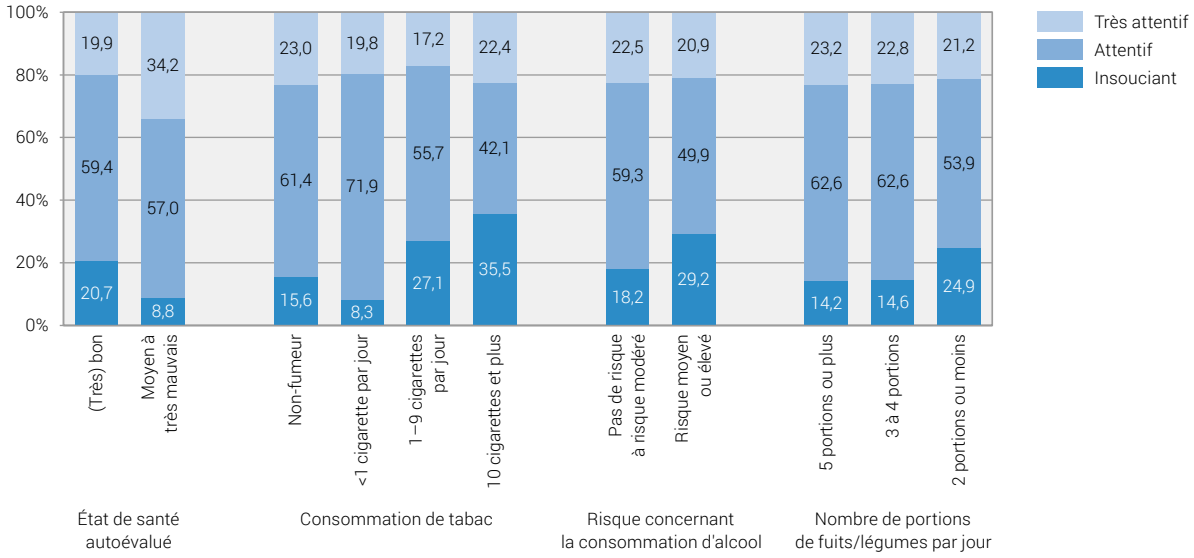
Attention portée à la santé, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G3.1**



n=969

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Attention portée à la santé, selon l'état de santé et les comportements, canton de Genève, en 2017 **G3.2**



état de santé autoévalué: n=966; consommation de tabac: n=963; consommation d'alcool: n=969; fruits/légumes: n=956

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Un mauvais état de santé s'accompagne souvent d'une plus grande attention vis-à-vis de la santé

Les habitants du canton dont l'état de santé autoévalué est bas portent plus d'attention à leur santé: 34,2% des personnes qualifiant leur état de santé de moyen à très mauvais sont très attentives à leur santé, alors que chez les personnes en meilleure santé, cette proportion s'élève à 19,9% (G 3.2). De même, la part d'insouciants est de 8,8% pour les premiers et de 20,7% pour les seconds.

Toutefois, les résultats montrent que les personnes qui adoptent des comportements peu favorables à la santé sont plus nombreuses à ne pas se soucier de leur état de santé. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la consommation de tabac: la part «d'insouciants» est de 35,5% parmi les personnes qui fument dix cigarettes ou plus par jour, contre 15,6% parmi les non-fumeurs. Concernant la consommation quotidienne à risque d'alcool (voir section 3.3.3), 29,2% des consommateurs d'alcool à risques moyen ou élevé appartiennent à la catégorie «insouciant» alors que, chez les consommateurs ayant des risques plus faibles, cette proportion s'élève à 18,2%. Enfin, la part «d'insouciants» est plus élevée au sein des personnes qui consomment moins de 3 fruits ou légumes par jour (24,9%) que parmi les autres (environ 14,5%). Si le nombre d'insouciants est très différent entre les catégories présentées ici, il est intéressant de mentionner que la part de personnes très attentives à leur santé varie peu selon les comportements adoptés – qu'ils soient favorables ou défavorables.

3.2 Poids corporel, habitudes alimentaires et activité physique

Dans le cadre des programmes nationaux de prévention, l'Office fédéral de la santé publique a élaboré un programme national alimentation et activité physique (PNAAP). Le PNAAP qui a démarré en 2008, pour une durée initiale de 4 ans et qui a ensuite été reconduit jusqu'en 2016, vise à promouvoir l'adoption au sein de la population d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière (OFSP, 2013b). Il s'agit ainsi de lutter efficacement contre le surpoids, l'obésité et les autres maladies non transmissibles liées à ces facteurs. Le PNAAP entendait donner à tous les groupes de la population la possibilité et l'envie de bouger au quotidien. Depuis 2017, la nouvelle stratégie de prévention des maladies non transmissibles (MNT) de l'OFSP a repris de nombreuses préoccupations du PNAAP, assurant ainsi la continuité des efforts antérieurs. De nouvelles priorités ont également été fixées; il s'agit par exemple de mieux ancrer la prévention dans le domaine des soins pour les personnes présentant un risque accru et les personnes atteintes de maladies chroniques (OFSP, 2016).

3.2.1 Surcharge pondérale

L'excès pondéral consiste en une accumulation excessive de graisse dans le tissu adipeux, pouvant avoir des conséquences néfastes pour la santé. La surcharge pondérale apparaît lorsque l'apport énergétique dépasse les besoins. Ces dernières années, la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité a fortement augmenté en Suisse et dans le monde, jusqu'à devenir l'un des principaux problèmes de santé publique (OCDE, 2017c). L'obésité peut mener à de nombreux problèmes de santé tels que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires (Wirtz et al., 2009), les maladies musculo-squelettiques et certaines formes de cancer (Faeh et al., 2018; OCDE, 2018). Une étude sur la population suisse a toutefois démontré que seule l'obésité (et non le surpoids) serait associée à un risque plus élevé de mortalité toutes causes confondues ainsi que de mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancer, suggérant que les interventions de santé publique devraient surtout prévenir les personnes ayant un poids normal ou en surpoids de devenir obèses (Faeh et al., 2011).

Outre les conséquences sur la santé, l'impact économique de la surcharge pondérale et de l'obésité[1] est important. Selon l'Office fédéral de la santé publique, les coûts de la surcharge pondérale et de l'obésité s'élèvent à près de 8 milliards de francs en 2012. Ces coûts comprennent des coûts directs de 77 millions de francs pour les traitements, les interventions et les consultations, auxquels il convient d'ajouter 4,7 milliards supplémentaires pour englober les coûts directs des maladies liées au surpoids – notamment le traitement du diabète ou de l'hypertension – et 3,3 milliards de francs pour les coûts indirects des maladies liées au surpoids comme les décès prématurés ou les pertes de travail (Schneider et Venetz, 2014).

L'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport entre la masse corporelle et la taille au carré (voir encadré ci-après), est largement utilisé dans des études de population. Ses principaux avantages sont sa facilité et rapidité de mesure. Son inconvénient principal est qu'il ne mesure pas directement la composition corporelle, puisqu'il n'évalue pas la quantité de masse grasse et de masse maigre des personnes. Il a toutefois été démontré que l'IMC est corrélé au pourcentage de masse grasse, à la morbidité et à la mortalité et qu'il est capable de prédire les risques futurs pour la santé des personnes en surpoids (Malatesta, 2013). En Suisse, les données auto-reportées montrent une sous-évaluation importante de l'obésité, en particulier chez les personnes âgées, par rapport à des données mesurées. Toutefois les données auto-reportées n'en demeurent pas moins pertinentes pour montrer l'augmentation de l'obésité dans la population ainsi que pour identifier les groupes de population les plus exposés.

L'indice de masse corporelle (IMC) est défini comme suit:
IMC = (poids corporel en kg) / (taille en m)^2
L'Organisation mondiale de la santé a défini les catégories suivantes pour les personnes de 18 ans et plus (OMS, 2000):

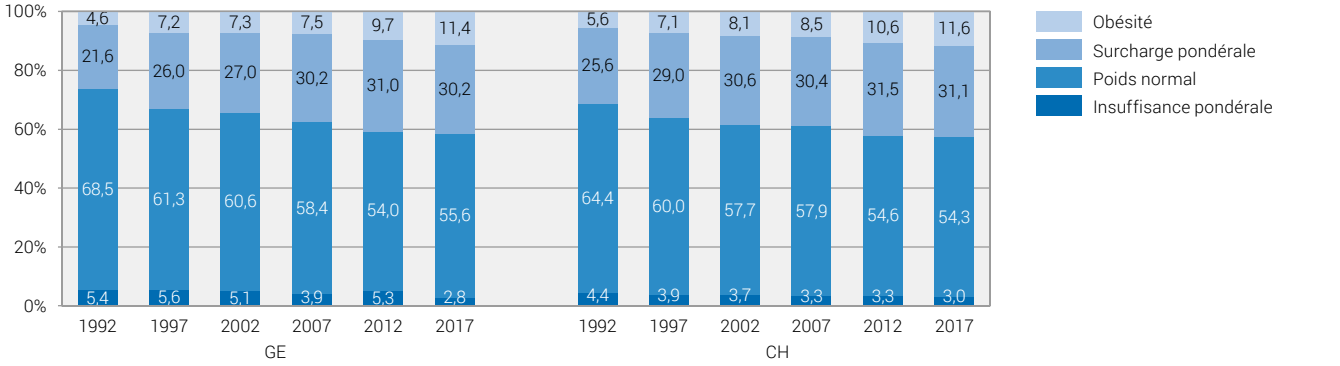
Pour un IMC <18,5 kg/m^2:	insuffisance pondérale
Pour un IMC de 18,5 à <25 kg/m^2:	poids normal
Pour un IMC de 25 à <30 kg/m^2:	surcharge pondérale
Pour un IMC de 30 kg/m^2 et plus:	obésité (forte surcharge pondérale)

Dans le canton de Genève, la proportion de personnes en surpoids augmente et atteint 41,6% de la population en 2017

Une part de plus en plus importante de la population du canton de Genève et de la Suisse présente un excès de poids (G 3.3). En 2017, 41,6% de la population du canton est en surpoids dont 11,4% en état d'obésité. Il s'agit de proportions similaires à ce qui s'observe en moyenne suisse. Tant en Suisse qu'à Genève, la proportion de personnes en surpoids a connu une forte augmentation ces dernières décennies. Dans le canton, la part de personnes obèses est passée de 4,6% en 1992 à 11,4% en 2017 et celle des personnes en surcharge pondérale (sans l'obésité) de 21,6% à 30,2% sur la même période. Quant à l'insuffisance pondérale, il est à noter qu'elle est en diminution à Genève puisqu'elle touchait 5,4% de la population en 1992 contre 2,8% en 2017.

[1] https://www.bag.admin.ch → Vivre en bonne santé → Promotion de la santé et prévention → Poids corporel → Surpoids et obésité → Coûts occasionnés par l'obésité en Suisse (consulté le 12.11.2019)

Poids corporel (IMC), canton de Genève et Suisse, de 1992 à 2017 (personnes de 18 ans et plus) **G 3.3**

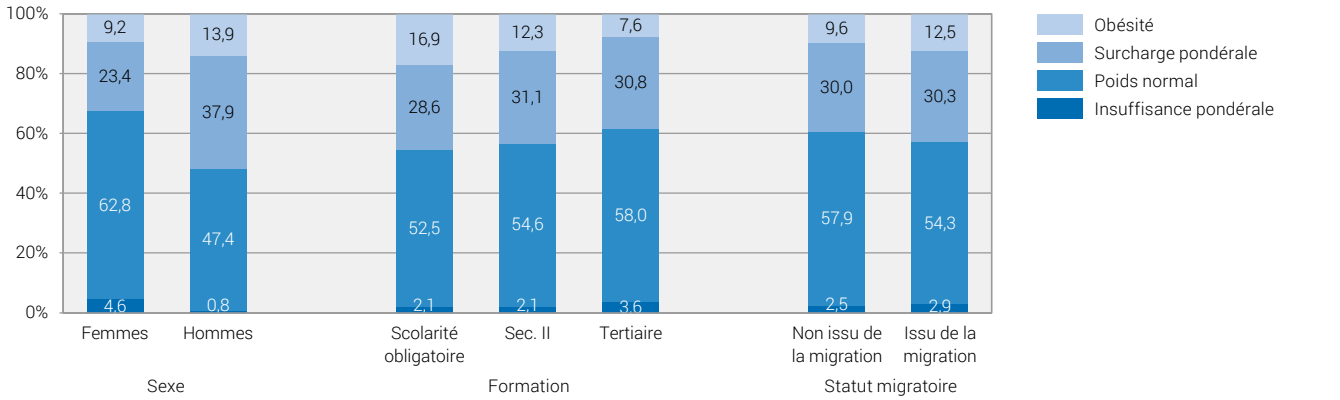


1992: n=980 (GE) n=14 521 (CH); 1997: n=1 019 (GE), n=12 474 (CH); 2002: n=969 (GE) n=18 908 (CH); 2007: n=1 003 (GE), n=17 879 (CH); 2012: n=1 087 (GE), n=20 537 (CH); 2017: n=1 144 (GE), n=21 046 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Poids corporel (IMC), selon le sexe, la formation et le statut migratoire, canton de Genève, en 2017 (personnes de 18 ans et plus) **G 3.4**



n=1 144

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

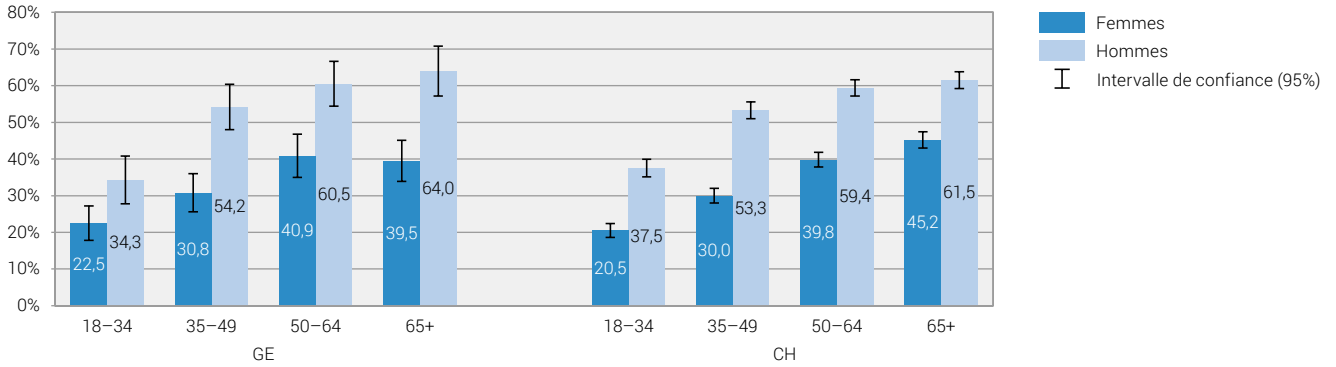
© Obsan 2020

L'obésité affecte moins les personnes ayant un haut niveau de formation

L'IMC est associé avec des caractéristiques individuelles telles que le sexe, le niveau de formation et le statut migratoire (G 3.4 mais voir aussi annexe TA-3.2). Les hommes dans le canton de Genève sont davantage affectés par le surpoids (37,9% sont en surcharge pondérale et 13,9% obèses) que les femmes (respectivement 23,4% et 9,2%). En revanche, l'insuffisance pondérale est plus répandue chez les femmes que les hommes. Ces résultats se retrouvent à l'échelle nationale. En outre, un gradient social s'observe pour l'obésité: dans le canton 16,9% des personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire sont obèses contre 12,3% pour le secondaire II et 7,6% pour le tertiaire. S'il n'y a à Genève pas de différence de surcharge pondérale (sans l'obésité) selon le niveau de formation, on observe en Suisse le même gradient que pour l'obésité. Les personnes issues de la migration sont tendanciellement plus obèses (12,5%) que celles qui ne sont pas issues de la migration (9,6%) mais la différence n'est significative qu'à l'échelle nationale. Notons encore qu'une étude récente a montré que le surpoids dans le canton de Genève touche davantage certaines zones urbaines et se concentre dans des quartiers moins favorisés sur le plan socio-économique (Joost et al., 2019).

Dans le canton de Genève, comme en Suisse, la part des personnes en surcharge pondérale augmente avec l'âge (G 3.5). Parmi les 65 ans et plus, 39,5% des Genevoises et 64,0% des Genevois sont en surcharge pondérale, alors que cette proportion n'est respectivement que de 22,5% et 34,3% pour les 18–34 ans. Les personnes en surcharge pondérale sont plus souvent insatisfaites de leur poids (G 3.6). Mais l'insatisfaction concerne davantage les femmes que les hommes: 70,9% des Genevoises en surcharge pondérale sont insatisfaites de leur poids, alors que cette proportion est de 44,5% pour les Genevois. Parmi les personnes en insuffisance pondérale ou avec un poids normal, la différence de satisfaction entre les sexes (6,5 points de pourcentage) n'est pas significative à Genève en raison des faibles effectifs mais elle l'est en Suisse.

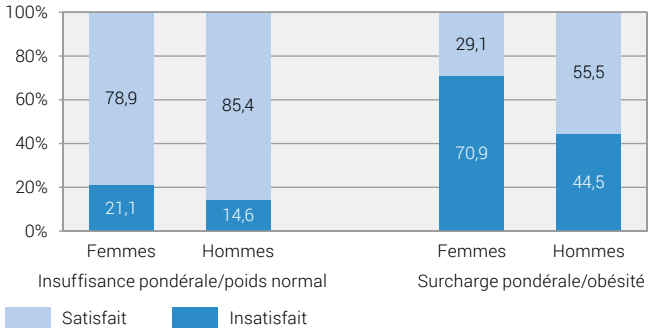
Surcharge pondérale (obésité incluse), selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017
(personnes de 18 ans et plus) **G3.5**



n=1 144 (GE); n=21 046 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Poids corporel (IMC) et satisfaction à l'égard de son propre poids,
selon le sexe, canton de Genève, en 2017
(personnes de 18 ans et plus) **G3.6**



n=1 094

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Selon les résultats de l'enquête nationale sur la nutrition menu CH 2014, la consommation alimentaire réelle des Suisses ne correspond toutefois pas aux recommandations et est souvent déséquilibrée. Les aliments sucrés et salés sont par exemple trop souvent consommés. Les recommandations concernant la consommation d'huiles, de graisses et de fruits à coques sont à peu près suivies, alors que la consommation de produits laitiers est trop faible et celle de viande trop élevée. Les boissons telles que l'eau, le café et le thé sont néanmoins consommées en quantité suffisante (Chatelan et al., 2018). Ces résultats devraient contribuer au développement de la stratégie nutritionnelle de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV). Conformément aux objectifs de la Stratégie suisse pour la nutrition 2017–2024, tous les individus doivent pouvoir faire le choix d'une alimentation équilibrée et diversifiée et disposer d'un environnement leur permettant d'opter d'eux-mêmes pour un mode vie sain[2]. Ces objectifs passent notamment par de l'information et par la formation de la population suisse sur les questions alimentaires.

3.2.2 Attention portée à l'alimentation et habitudes alimentaires

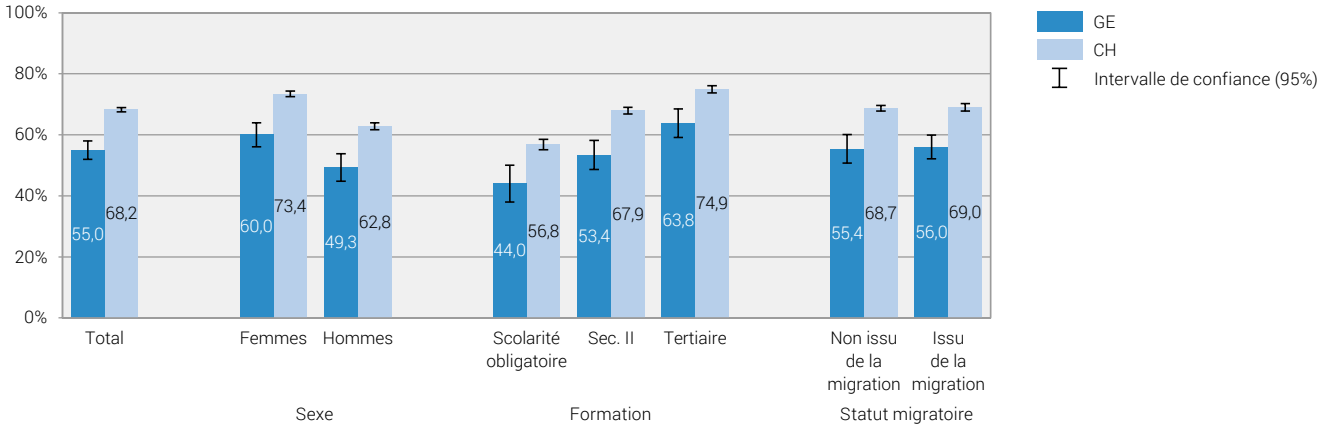
Le sixième rapport sur la nutrition en Suisse stipule qu'une alimentation équilibrée fait partie de tout mode de vie tendant à promouvoir la santé et qu'elle influence à la fois le bien-être physique et mental (Keller et al., 2012). Selon les recommandations élaborées par la Société suisse de nutrition, les grandes lignes d'une alimentation favorable à la santé forment une pyramide. Une alimentation équilibrée comprend par ordre d'importance: 1) un apport suffisant de liquide non alcoolisé et non sucré, 2) une grande part de légumes et fruits, 3) des produits céréaliers, des pommes de terres et des légumineuses, 4) des produits laitiers, de la viande, du poisson et des œufs, 5) peu de graisses et d'huiles végétales, 6) des sucreries, snacks salés, alcool en très faibles quantités (OSAV, 2017).

Plus de la moitié de la population du canton déclare faire attention à son alimentation

L'ESS demande aux répondants s'ils portent une attention particulière à leur alimentation. En 2017, 55,5% de la population genevoise déclare faire attention à son alimentation (G 3.7); c'est toutefois moins que dans l'ensemble de la Suisse (68,2%). Les femmes disent plus souvent faire attention à leur alimentation (GE: 60,0%; CH: 73,4%) que les hommes (GE: 49,3%; CH: 62,8%). Plus le niveau de formation est élevé, plus l'attention à l'alimentation est répandue, par contre il n'y a pas de différences significatives selon le statut migratoire. Concernant l'évolution temporelle, la proportion de personnes faisant attention à l'alimentation fluctue mais on ne peut relever de tendance claire (annexe TA-3.3).

[2] https://www.blv.admin.ch → Stratégies → Stratégie suisse de nutrition (consulté le 12.11.2019)

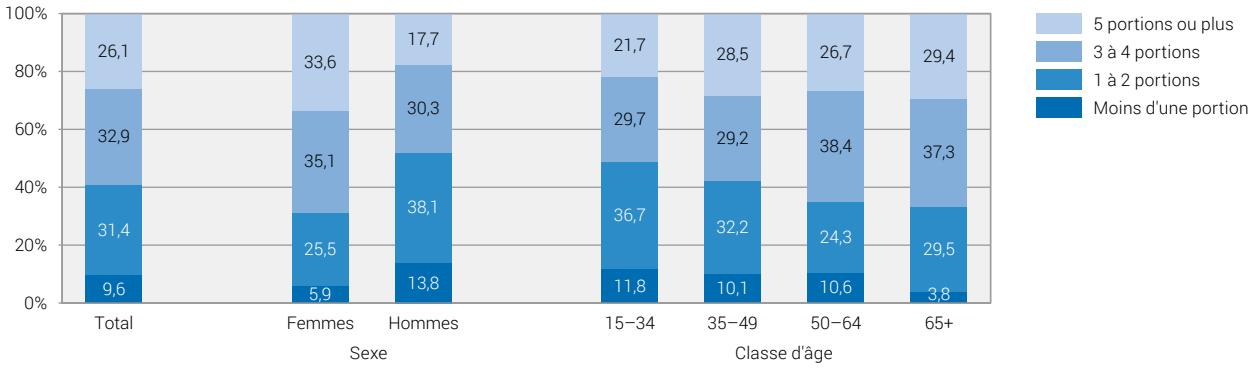
Attention portée à l'alimentation, selon le sexe, la formation et le statut migratoire, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G3.7**



n=1 213 (GE), n=22 107 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Respect de la recommandation «cinq par jour», selon le sexe et l'âge, canton de Genève, en 2017 **G3.8**



n=1 149

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Un quart de la population du canton respecte la recommandation «cinq par jour»

Des études ont mis en évidence le rôle des fruits et légumes dans la prévention des cancers et des maladies cardiovasculaires (IARC, 2003). Il est recommandé de manger chaque jour cinq portions de fruits et légumes de couleurs différentes. Une portion comporte 120 g de fruits ou de légumes. Une portion par jour peut être remplacée par 2 dl de jus sans adjonction de sucre.

Dans l'ESS 2017, une certaine marge est donnée puisqu'on considère que la recommandation est respectée lorsque les cinq fruits et légumes sont mangés au moins cinq jours dans la semaine. À Genève, elle est suivie par un peu plus d'un habitant sur quatre (26,1%), ce qui est plus élevé qu'au niveau suisse (21,5%). On peut encore relever que 9,6% de la population du canton ne mange même pas une portion de fruits et légumes par jour et 31,4% en absorbent une ou deux – ces proportions sont respectivement de 10,4% et 34,6% pour la Suisse dans son ensemble (TA-3.4).

Concernant les caractéristiques individuelles, un tiers des habitantes du canton (33,6%) respectent la recommandation «cinq par jour», ce qui n'est le cas que de 17,7% des habitants. L'âge joue un faible rôle dans le respect ou non de la recommandation «cinq par jour», mais l'on peut tout de même relever une plus forte consommation de fruits et légumes avec l'âge (G 3.8).

Seuls 5,5% des habitants du canton ne consomment jamais ou que rarement de la viande

Selon les recommandations de la Société suisse de nutrition, une portion d'un aliment contentant des protéines devrait être consommée tous les jours. Il peut s'agir de viande rouge, de volaille, de poisson, de tofu, de quorn, de seitan, d'œufs, mais aussi de fromage. Idéalement, il faudrait alterner entre différentes sources de protéines. Selon ces recommandations, la consommation de viande devrait être de deux à trois portions (y compris

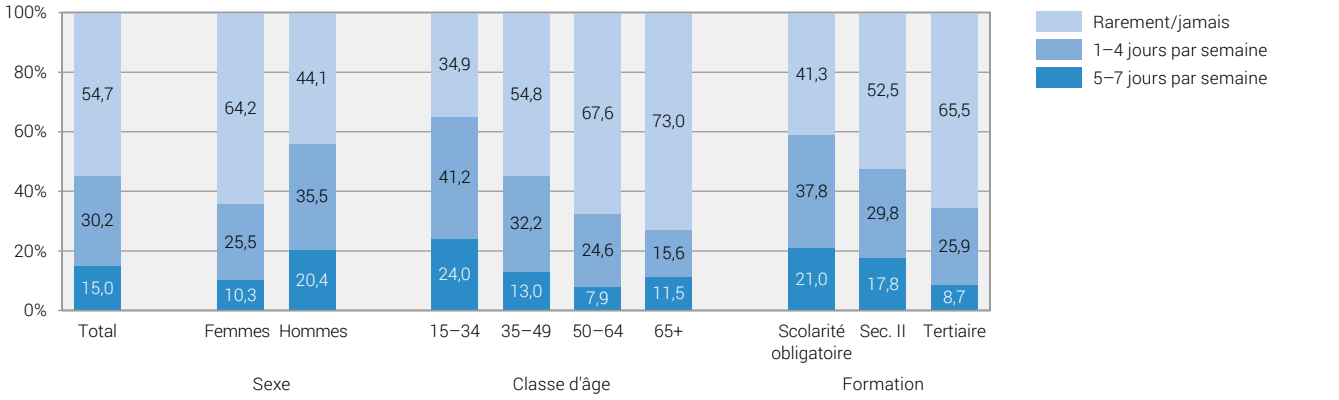
Consommation de viande et de poisson, canton de Genève et Suisse, en 2017 **T 3.1**

	6–7 jours par semaine		4–5 jours par semaine		1–3 jours par semaine		Rarement/jamais	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Viande et charcuterie	17,9	22,2	28,1	30,6	48,6	41,5	5,5	5,7
Poisson	0,8	0,4	5,4	1,6	74,3	62,3	19,4	35,8

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consommation de boissons sucrées, selon le sexe et l'âge, canton de Genève, en 2017 **G 3.9**



n=1 212 (GE), n=22 114 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

la volaille et les produits transformés) par semaine. Les produits carnés transformés tels que les saucisses, charcuteries, produits de salaison (par exemple viande séchée, jambon) et de fumaison (par exemple gendarmes) ne devraient être consommés qu'une fois par semaine.

Dans le canton de Genève, 45,9% de la population dépasse la recommandation sur la consommation hebdomadaire de viande en en consommant quatre jours ou plus par semaine (28,1% pour 4–5 jours par semaine et 17,9% pour 6–7 jours par semaine). En Suisse, cette proportion est encore plus élevée et atteint 52,8% de la population (T 3.1). Environ un habitant sur vingt (GE : 5,5%, CH : 5,7%) ne consomme que rarement ou jamais de viande.

La consommation de poisson est moins fréquente que celle de viande. La majorité des habitants du canton de Genève consomme du poisson un à trois jours par semaine (74,3%) et près d'un cinquième n'en consomme rarement ou jamais. Relevons toutefois que la consommation moyenne de poisson est plus élevée à Genève qu'en Suisse.

Les hommes, les jeunes et les personnes ayant un bas niveau de formation consomment plus fréquemment des boissons sucrées

L'ESS 2017 relève pour la première fois la fréquence de la consommation de boissons sucrées. Dans le canton de Genève, 15,0% des habitants déclarent consommer des boissons sucrées[3] cinq à sept jours par semaine et 30,2% en consomment au moins une fois par semaine (G 3.9). Il s'agit d'un niveau de consommation comparable à la moyenne suisse. Des différences de consommation apparaissent selon les caractéristiques individuelles. Les hommes sont 55,9% à boire des boissons sucrées hebdomadairement contre 35,8% parmi les femmes. La consommation diminue avec l'âge: deux tiers des 15–34 ans consomment des boissons sucrées chaque semaine, contre un peu plus d'un quart des 65 ans et plus. Concernant le niveau de formation, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire consomment plus fréquemment des boissons sucrées que celles de niveau secondaire II, qui elles-mêmes en consomment davantage que celles du niveau tertiaire (G 3.9 et voir aussi annexe TA-3.5).

[3] Sont compris dans les boissons sucrées: les limonades, les thés froids, les sirops, les boissons énergisantes ainsi que les boissons labélisées «light».

3.2.3 Activité physique

Une activité physique régulière améliore la qualité de la vie et est associée à de nombreux bénéfices en termes de santé, tant sur le plan psychique que physique. Ces bénéfices sont par exemple une diminution des cardiopathies coronariennes, de la sensibilité à l'insuline, de l'ostéoporose, du cancer du côlon et de la dépression (Department of Health, 2011; White et al., 2017). On considère que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6% des décès), juste après l'hypertension (13%), le tabagisme (9%) et un taux élevé de glucose dans le sang (6%) (OMS, 2011). De plus, l'exercice physique est un élément essentiel de la dépense énergétique, ce qui permet un meilleur contrôle du poids.

Indice d'activité physique
Cet indice est basé sur les questions relatives à l'ampleur des activités modérées («provoquant un léger essoufflement») et intenses («occasionnant une transpiration»), ces dernières n'étant cependant recensées dans l'ESS que pour les loisirs. L'indice distingue cinq niveaux d'activité physique dont les trois premiers satisfont les recommandations de l'OFSPO en matière d'activité physique et constituent le groupe des personnes suffisamment actives.

- **entraîné:** activité physique allant jusqu'à la transpiration au moins 3 jours par semaine.
- **actif régulier:** activité physique d'intensité moyenne (léger essoufflement) au moins 5 jours par semaine pendant 30 minutes.
- **actif irrégulier:** au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou 2 jours par semaine jusqu'à la transpiration.
- **actif partiel:** 30 à 149 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par semaine ou 1 jour par semaine jusqu'à la transpiration.
- **inactif:** pas d'activité physique notable.

En 2011, l'inactivité physique a engendré en Suisse plus de 300 000 cas de maladies et plus de 1100 décès. Les coûts médicaux directs s'y rapportant s'élèvent à 1,2 milliard de francs et représentent ainsi 1,8 % des dépenses totales de la santé en Suisse. Les coûts indirects sont quant à eux d'environ 1,4 milliard de francs (Mattli et al., 2014).

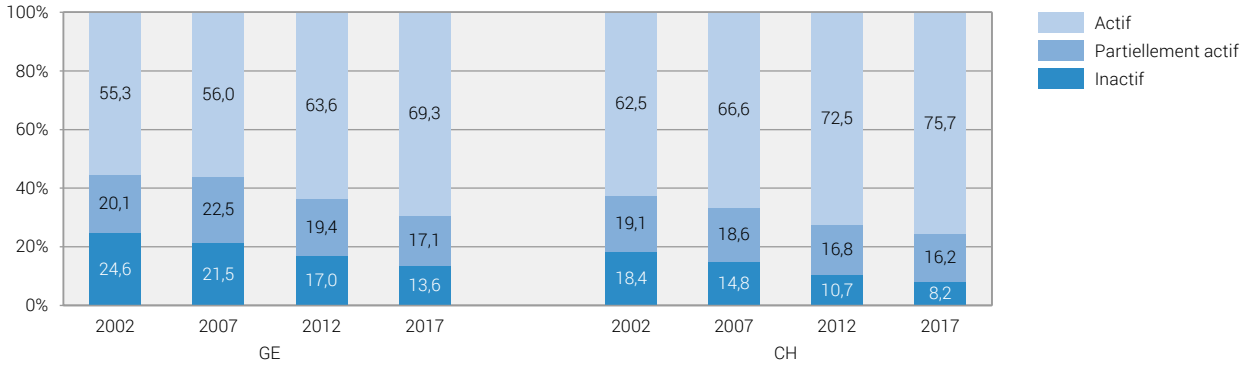
L'Office fédéral du sport, en collaboration avec plusieurs associations, a fixé des recommandations quant à l'activité physique de la population suisse (hepa.ch, 2013; OFSP, 2013b). Aux hommes et aux femmes en âge de travailler, il est conseillé de pratiquer une des trois alternatives suivantes: 1) au moins deux heures et demie de mouvement par semaine, sous forme d'activité physique quotidienne ou de sport d'intensité moyenne, 2) une heure et quart de sport ou d'activité physique d'intensité élevée, 3) une combinaison d'activités d'intensité différente.

Une activité d'intensité moyenne entraîne un essoufflement sans faire systématiquement transpirer. Il peut s'agir de marche rapide, de vélo, de jardinage et d'autres activités quotidiennes ou de loisir. Une activité d'intensité élevée accélère la respiration tout en faisant transpirer, au moins un peu. Les auteurs des recommandations mentionnent qu'il est préférable de répartir l'activité physique sur plusieurs jours et que toute activité de 10 minutes au moins peut être comptabilisée dans le total de la journée. L'encadré ci-contre présente l'indice de l'activité physique basé sur les recommandations du Réseau santé et activité physique suisse (hepa.ch, 2013).

Une activité physique de plus en plus fréquente

La population genevoise – de même que la population suisse dans son ensemble – est de plus en plus active au fil du temps. À Genève, la proportion de personnes actives est passée de 55,3% en 2002 à 69,3% en 2017 (G 3.10). Dans le même temps, la proportion de personnes partiellement actives n'a que peu diminué, mais celles considérées comme inactives a fortement baissé, passant de 24,6% à 13,6% en 15 ans. Si la même évolution temporelle s'observe au niveau suisse, durant toute la période d'observation, la proportion de personnes actives y est plus

Activité physique, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017 **G 3.10**

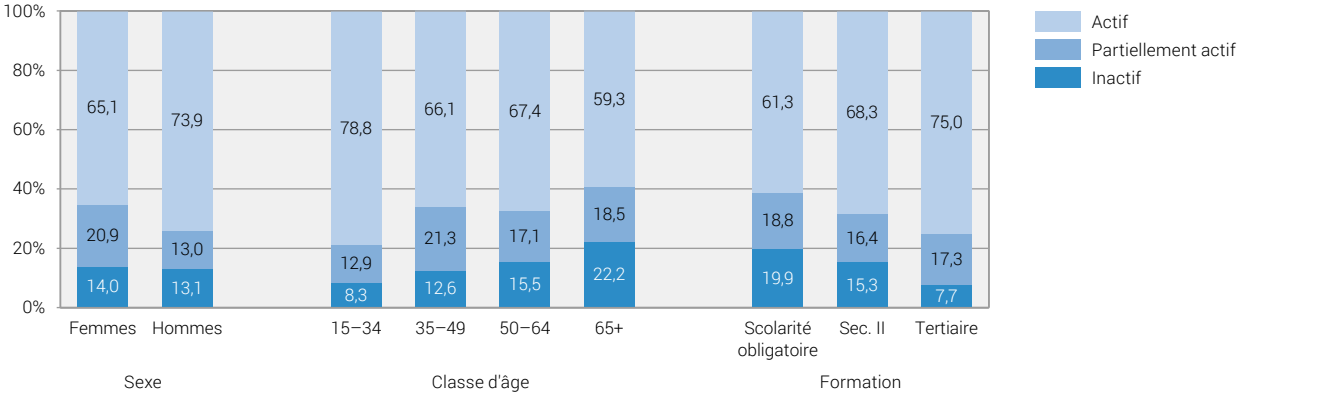


2002: n=962 (GE), n=18 241 (CH); 2007: n=954 (GE), n=17 387 (CH); 2012: n=1 087 (GE), n=20 625 (CH); 2017: n=1 145 (GE), n=20 869 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Activité physique, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 3.11**

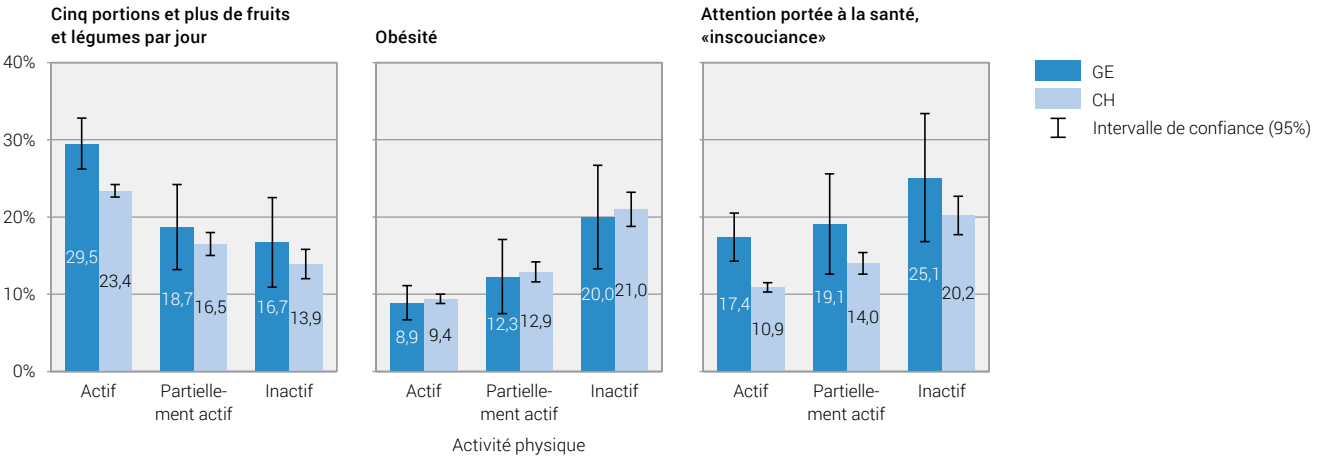


n=1 145

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Respect de la recommandation «cinq par jour», obésité et insouciance vis-à-vis de la santé selon l'activité physique, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 3.12**



fruits/légumes: n=1 134 (GE), n=20 772 (CH); IMC: n=1 137 (GE), n=20 733 (CH); attention portée à la santé: n=953 (GE), n=18 332 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

élevée que dans le canton de Genève. En 2017, on dénombre en effet qu'un peu plus de deux-tiers des Genevois satisfont les recommandations en matière d'activité physique contre trois-quarts des Suisses.

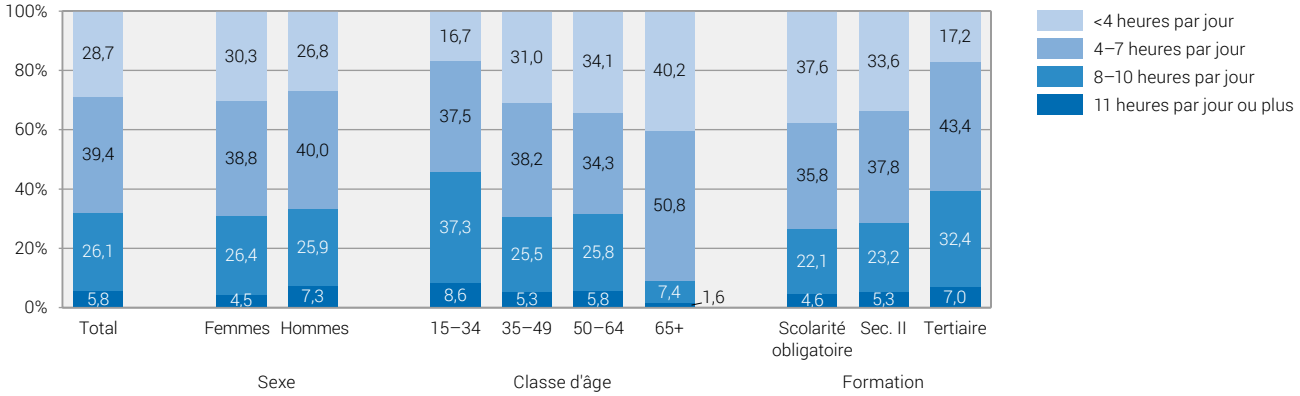
Dans le canton de Genève, les hommes, les plus jeunes et les personnes ayant un haut niveau de formation sont plus souvent actives physiquement que les autres (G 3.11). Il y a entre les sexes une différence de près de 9 points de pourcentage quant à la part de la population qui est considérée comme suffisamment active et de près de 20 points entre les 15-34 ans et les 65 ans et plus. La fréquence de l'activité physique varie aussi en fonction de la formation. Plus elle est élevée, plus la proportion d'actifs est forte (61,3% pour les personnes ayant terminé l'école obligatoire, contre 75,0% de celles ayant une formation universitaire). En Suisse, on retrouve globalement les mêmes tendances que celles esquissées plus haut pour Genève (annexe TA-3.6).

Un faisceau de comportements favorables à la santé

L'activité physique va de pair avec d'autres comportements de santé, comme la consommation de fruits et légumes et l'attention porté à la santé (G 3.12). Les habitants du canton de Genève physiquement actifs sont plus nombreux à respecter la recommandation de manger cinq fruits et légumes par jour (29,5%) que les inactifs (16,7%). De surcroît, parmi les personnes physiquement actives, 17,4% ne se soucient pas de leur santé, alors que cette proportion est de 25,1% chez les personnes inactives. Ces résultats que l'on retrouve aussi à l'échelle nationale démontrent que la pratique d'une activité physique s'inscrit souvent dans un faisceau plus large de comportements favorables à la santé.

L'activité physique est en outre fortement liée avec l'obésité (G 3.12). À Genève, 20,0% des personnes inactives physiquement sont obèses contre 12,3% des partiellement actives et 8,9% des

Nombre d'heures en position assise, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 3.13**



n=1 144

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

actives. Les différences entre chacune des catégories ne sont pas statistiquement significatives dans le canton mais le sont au niveau national. Précisons toutefois qu'il s'agit d'une association et non d'une causalité: on ne peut pas conclure que c'est l'inactivité qui cause l'obésité, ni le contraire, ni que ce sont d'autres facteurs (comme l'âge) qui influencent ces deux dimensions.

Près d'un habitant sur trois est assis au moins huit heures par jour

L'ESS s'intéresse pour la première fois en 2017 au nombre d'heures passées en position assise durant la journée. Dans le canton de Genève, 31,9% des habitants restent en position assise au moins huit heures par jour, dont 5,8% pour onze heures ou plus (G 3.13). En Suisse, la proportion est légèrement plus basse (27,4%; voir annexe TA-3.7). Les hommes ont tendance à être assis plus longtemps que les femmes. Les jeunes déclarent également être en position assise plus longtemps que les plus âgés: 40,2% des 65 ans et plus sont assis durant moins de quatre heures par jours alors que cette proportion n'est que de 16,7% parmi les 15–34 ans. Au sein de cette dernière classe, la position assise est très répandue puisque 45,9% des individus sont assis au moins huit heures par jour dont 8,6% le sont durant onze heures ou plus. On observe enfin que ce sont les personnes ayant une formation tertiaire qui demeurent assises le plus longtemps et qu'il n'y a que peu de différences entre la scolarité obligatoire et le degré secondaire II (G 3.13).

3.3 Consommation de substances psychoactives

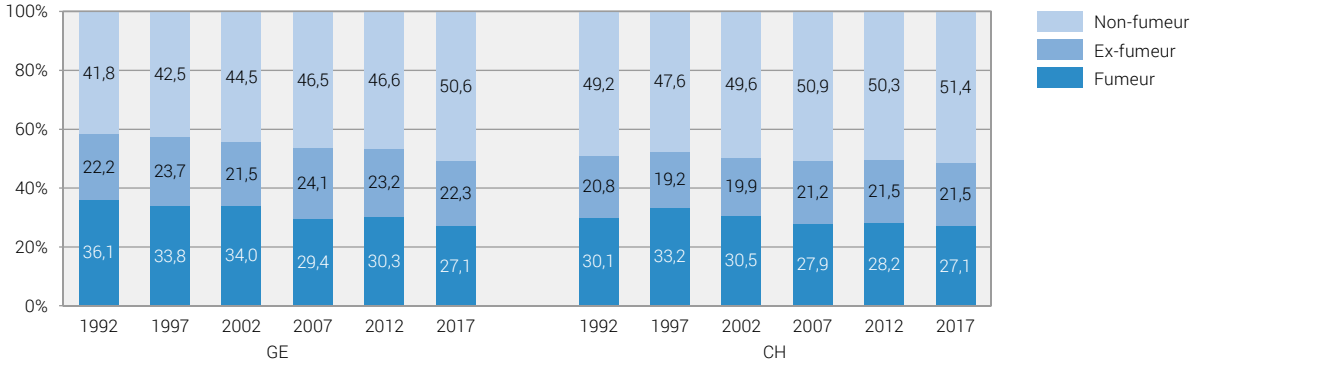
Les substances psychoactives perturbent le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, sentiments, humeurs, motricité) et sont susceptibles d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Il peut aussi bien s'agir de substances légales comme le tabac, l'alcool ou les médicaments que de substances illégales telles que le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne. Les drogues dures ne sont toutefois pas traitées dans ce rapport en raison du trop faible nombre de cas apparaissant dans l'ESS. En revanche, les sections suivantes traitent de la consommation de tabac (y compris à travers la fumée secondaire), d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes.

3.3.1 Consommation de tabac

La consommation de tabac est reconnue comme l'un des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles et constitue à ce titre une préoccupation importante de santé publique. La liste des maladies provoquées directement par la fumée est longue et, selon l'Association suisse pour la prévention du tabagisme, comprend plusieurs types de cancers (poumon, trachée et bronches, bouche et gorge, œsophage, larynx, estomac, vessie, reins et uretère, pancréas, utérus, gros intestin et rectum, foie et sang), les maladies cardiovasculaires ainsi que des maladies des voies respiratoires[4]. En 2015, 9535 décès – soit 14,1% de l'ensemble des décès de l'année – proviennent de maladies causées par la consommation de tabac (Mattli et al., 2019). La plupart de ces décès sont des cas de cancer (44%) ou de maladies cardiovasculaires (35%). Si les hommes sont plus touchés par les décès causés par le tabac (deux cas sur trois

[4] https://portal.at-schweiz.ch/index.php/fr/faits/sante/risques-pour-la-sante (consulté le 11.11.2019)

Consommation de tabac, canton de Genève et Suisse, de 1992 à 2017 **G 3.14**

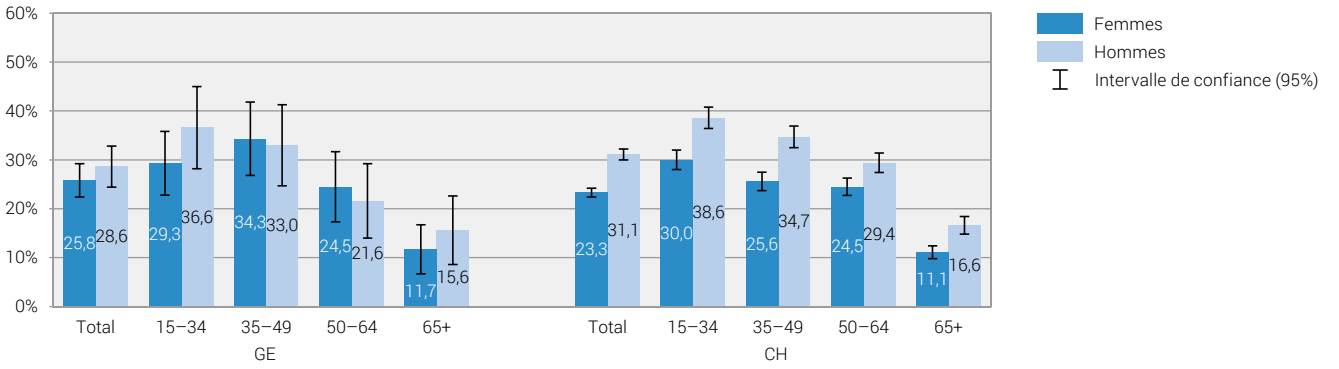


1992: n=1 035 (GE), n=15 282 (CH); 1997: n=1 046 (GE), n=12 994 (CH); 2002: n=1 017 (GE), n=19 698 (CH); 2007: n=1 044 (GE), n=18 747 (CH); 2012: n=1 149 (GE), n=21 591 (CH); 2017: n=1 214 (GE), n=22 131 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Fumeurs, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 3.15**



n=1 214 (GE), n=22 131 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

sont des hommes), le nombre de cas à diminué de 12% chez les hommes et augmenté de 38% chez les femmes entre 1995 et 2012 (OFS, 2015).

En 2015, quelque 9,9 millions de cigarettes ont été vendues en Suisse – en 2008, ce nombre s'élevait encore à 12 millions[5]. La taxe sur le tabac, prélevé lors de la vente des produits, participe au financement de l'AVS et de l'AI et a rapporté 2,2 milliards en 2015. Or, pour cette même année, la consommation de tabac a provoqué, en coûts médicaux directs, des frais estimés à 3 milliards de francs, soit environ 3,9% de l'ensemble des coûts de la santé (Mattli et al., 2019).

Confrontée à un taux élevé de fumeurs, la Suisse a élaboré à partir de 1996 différents plans d'action pour lutter contre le tabagisme. Afin de réduire la proportion de fumeurs et de personnes exposées à la fumée secondaire, un programme national quatriennal a été lancé en 2008 et a été prolongé en 2012. Sur mandat du Conseil fédéral, l'OFSP a ensuite élaboré un projet de loi sur les produits du tabac dont le vote final au parlement est prévu pour la fin 2020.

Dans le cadre de l'ESS, la consommation de tabac est mesurée par la question «fumez-vous, même occasionnellement?» Dans les analyses ci-après, sont considérées comme fumeuses les personnes qui fument régulièrement ou de façon ponctuelle.

Forte baisse de la proportion de fumeurs à Genève

En 2017, quelque 27,1% de la population du canton fume, 22,3% a fumé dans sa vie (régulièrement pendant plus de six mois) alors que 50,6% est non-fumeuse. Depuis les premières données de l'ESS collectées en 1992, le canton de Genève se caractérise par une forte baisse de la proportion de fumeurs (G 3.14) qui passe de 36,1% à 27,1% (–9 points de pourcentage) en 25 ans. Il y a en Suisse en 2017 la même proportion de fumeurs qu'à Genève mais l'évolution temporelle n'est pas aussi régulière et marquée. En effet, en 1992, il y avait moins de fumeurs en Suisse qu'à Genève (30,1% contre 36,1%).

[5] http://www.swiss-cigarette.ch/fr/qui-sommes-nous.html → Faits et Chiffres (consulté le 11.11.2019)

Les jeunes fument le plus

Dans le canton de Genève en 2017, la proportion de fumeuses s'élève à 25,8% et celle de fumeurs à 28,6%. Cette différence est faible et n'est pas statistiquement significative. En revanche, l'écart est bien plus important en Suisse où les proportions sont respectivement de 23,3% et de 31,1% (G 3.15). Par rapport à l'âge, il ressort que les plus jeunes fument le plus et que la proportion de fumeurs diminue ensuite à chaque classe d'âge. Cette diminution selon l'âge n'est pas significative à Genève en raison de la taille de l'échantillon mais est attestée par les données suisses. Il est encore intéressant de relever que, à Genève, il y a davantage de femmes qui fument que d'hommes au sein des classes d'âge 35–49 ans et 50–64 ans. Ce résultat, qui est certes non significatif, avait déjà été observé dans le canton en 2012, parmi les 50–64 ans.

Le tabagisme est plus répandu parmi les personnes issues de la migration ou qui travaillent dans l'industrie

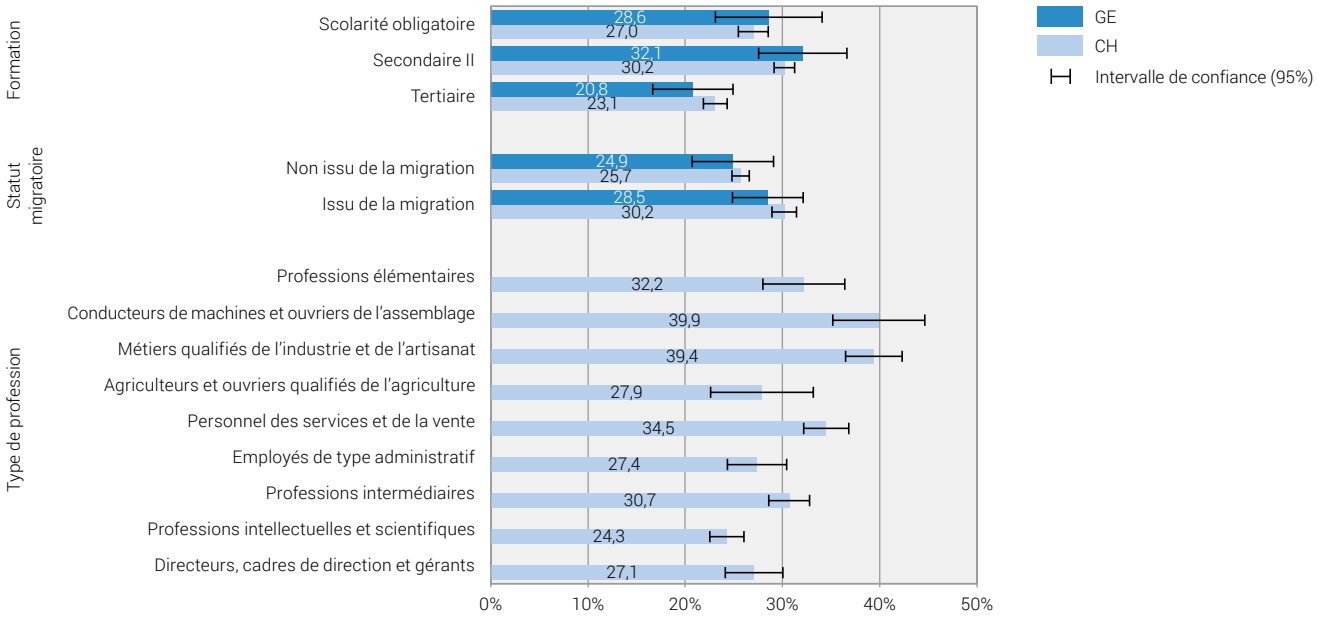
Le graphique 3.16 illustre la consommation de tabac en fonction de la formation, du statut migratoire et du type de profession. Les résultats pour les types de profession ne concernent que les personnes qui travaillent et sont présentés au niveau suisse en raison des faibles effectifs genevois.

À Genève comme en Suisse, ce sont les personnes ayant un niveau de formation tertiaire qui fument le moins: dans le canton, l'écart est marqué entre le tertiaire (20,8% de fumeurs) et le secondaire II (32,1%) alors que les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire se situent à un niveau intermédiaire (28,6%). Il est intéressant d'ajouter que les ex-fumeurs du canton sont plus nombreux parmi les personnes d'éducation tertiaire (25,3%) et secondaire II (23,6%) que parmi celles n'ayant que la scolarité obligatoire (16,0%) (annexe TA-3.8). Les personnes issues de la migration se caractérisent par une plus forte consommation de tabac (28,5% de fumeurs) que celles non issues de la migration (24,9%), mais la différence n'est significative qu'à l'échelle nationale. Concernant les types d'activité professionnelle, au niveau suisse ce sont les professions intellectuelles et scientifiques qui comptent le moins de fumeurs (24,3%) alors que les personnes travaillant dans l'industrie (conducteurs de machines et ouvriers de l'assemblage ou métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat) ont des proportions de fumeurs supérieures à 39%. De forts niveaux de consommateurs de tabac s'observent aussi parmi le personnel des services et de la vente (34,5%) et parmi les professions élémentaires (32,2%).

Forte diminution des grands consommateurs de tabac

Si la proportion de fumeurs a passablement baissé dans le canton depuis 1992, il s'avère en outre que la consommation de cigarettes parmi les fumeurs est en baisse (G 3.17). Ainsi, en 1992, 39,5% des fumeuses et 51,3% des fumeurs consomment un paquet ou plus par jour, alors que 25 ans plus tard, cette proportion n'est respectivement que de 18,6% et 24,1%. Parallèlement à cela, les fumeurs occasionnels – c'est-à-dire les personnes qui ne fument pas tous les jours et consomment ainsi moins d'une cigarette par jour en moyenne – passent d'environ de 1 fumeur sur 12 à 1 fumeur sur 5 entre 1992 et 2017, tant chez les femmes que chez les hommes.

Fumeurs, selon la formation, le statut migratoire et le type de profession, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 3.16**

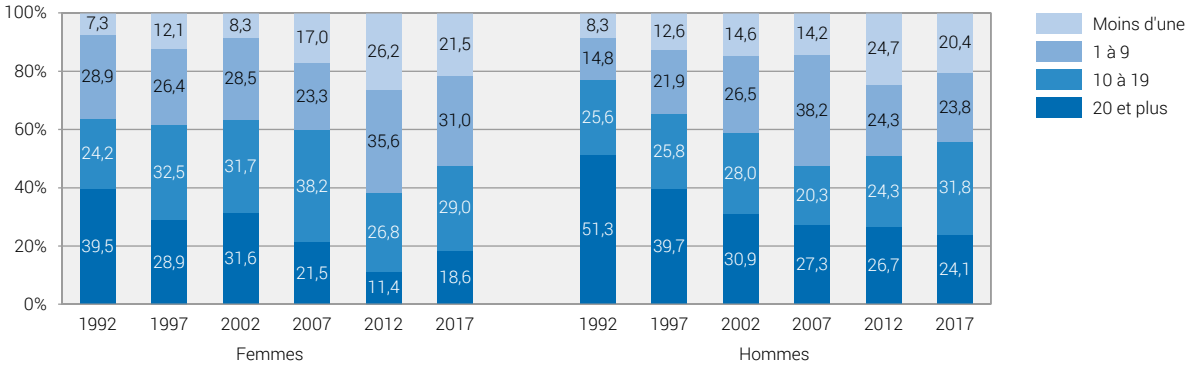


formation n=1 200 (GE), n=22 046 (CH); statut mgiratoire n=1 159 (GE), n=21 161 (CH); type de profession n=14 352 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Nombre de cigarettes fumées par jour parmi les fumeurs, canton de Genève, de 1992 à 2017 **G3.17**



1992: n=375; 1997: n=380; 2002: n=325; 2007: n=290; 2012: n=332; 2017: n=296

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Néanmoins, toute consommation, même faible, constitue un risque pour la santé. Une étude norvégienne a par exemple montré que consommer entre 1 et 4 cigarettes par jour multiplie par trois les risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire par rapport aux personnes qui ne fument pas, alors que celles qui consomment au moins un paquet par jour ont des risques quatre fois plus élevés. Par contre, le risque de décéder suite à un cancer du poumon augmente de façon plus linéaire au regard du nombre de cigarettes consommées (Bjartveit et Tverdal, 2005).

3.3.2 Fumée secondaire

La fumée secondaire est selon la définition de l'OMS «la fumée produite par la combustion d'une cigarette ou d'un autre produit du tabac à laquelle s'ajoute généralement la fumée exhalée par le fumeur». Cette fumée secondaire contient les mêmes substances toxiques à l'origine du cancer et des maladies cardiovasculaires que la fumée primaire. En Suisse, la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif, entrée en vigueur le 1er mai 2010, régit l'interdiction de fumer dans les espaces fermés accessibles au public ou servant de lieu de travail à plusieurs personnes. Néanmoins, dans le domaine de la restauration, les établissements de moins de 80m^2 peuvent être exploités comme établissements fumeurs et des fumoirs avec service peuvent être mis à disposition dans les établissements plus grands. Le canton de Genève a légiféré plus tôt et plus fermement que le reste de la Suisse avec la loi cantonale sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (LIF), entrée en vigueur en octobre 2009. À l'instar de plusieurs cantons romands, les lieux publics où il est autorisé de fumer sont définis de façon plus restrictive dans la loi cantonale que dans la loi fédérale.

Une étude basée sur les données hospitalières des Hôpitaux universitaires de Genève a estimé que la loi sur l'interdiction de fumer a fait chuter de 19% les hospitalisations pour pneumonie ou broncho-pneumopathie chronique obstructive et de 7% celles pour infarctus du myocarde (Humair et al., 2014). En outre, une autre étude démontre que l'introduction de la loi sur la fumée passive a permis de réduire le nombre de fumeurs dans le canton (Boes et al., 2014).

Forte diminution de l'exposition à la fumée secondaire dans la population

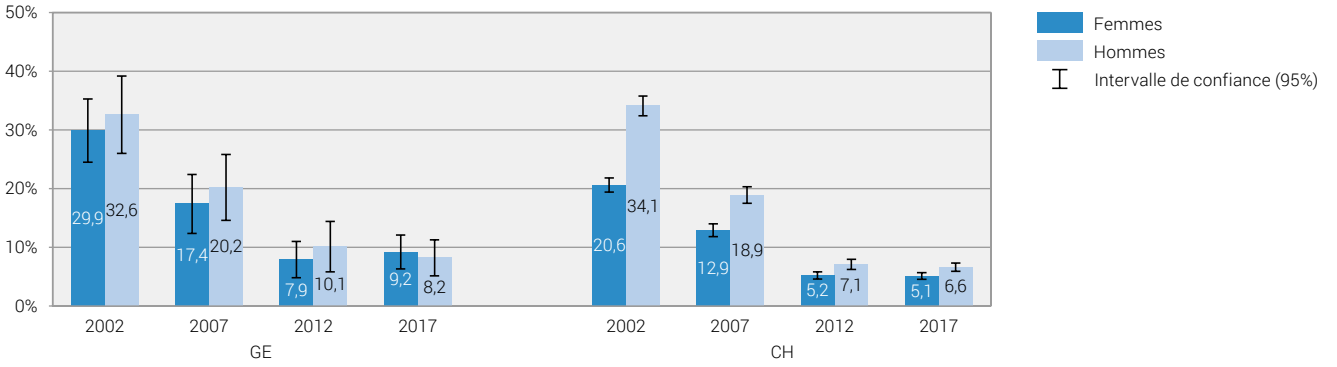
L'exposition durant une heure ou plus par jour à la fumée secondaire a fortement diminué depuis 2002 à Genève, mais aussi en Suisse (G 3.18). Si cette année-là 29,9% des femmes et 32,6% des hommes du canton déclarent être exposés à la fumée secondaire, on ne dénombre en 2017 plus que 9,2% des femmes et 8,2% des hommes[6]. La baisse précède le changement de législation, puisque la diminution est déjà marquée entre 2002 et 2007, mais se poursuit au même rythme entre 2007 et 2012 (baisse à chaque fois d'environ 10 points de pourcentage). Toutefois, entre 2012 et 2017, on ne constate plus de recul de la fumée secondaire dans le canton. Il est encore intéressant de relever qu'en Suisse, les hommes sont sur toute la période bien plus exposés que les femmes aux dommages de la fumée secondaire, alors que dans le canton de Genève l'écart entre femmes et hommes est marginal.

Les personnes sans formation post-obligatoire sont souvent exposées à la fumée secondaire au travail

La question relative à la fumée secondaire sur le lieu de travail est un thème de santé publique particulièrement important dans la mesure où l'environnement de travail est souvent imposé à l'employé. Or, il s'avère que des différences importantes quant à l'exposition à la fumée secondaire existent selon les caractéristiques sociodémographiques des travailleurs. Les résultats présentés graphiquement (G 3.19) pour l'année 2017 montrent des tendances similaires entre Genève et la Suisse, mais les différences ne sont pas toujours significatives dans le canton en raison de la taille restreinte de l'échantillon.

[6] Les données 2002 sur la fumée secondaire sont toutefois pas exactement comparables avec les années suivantes car, dès 2007, davantage de modalités de réponses ont été proposées.

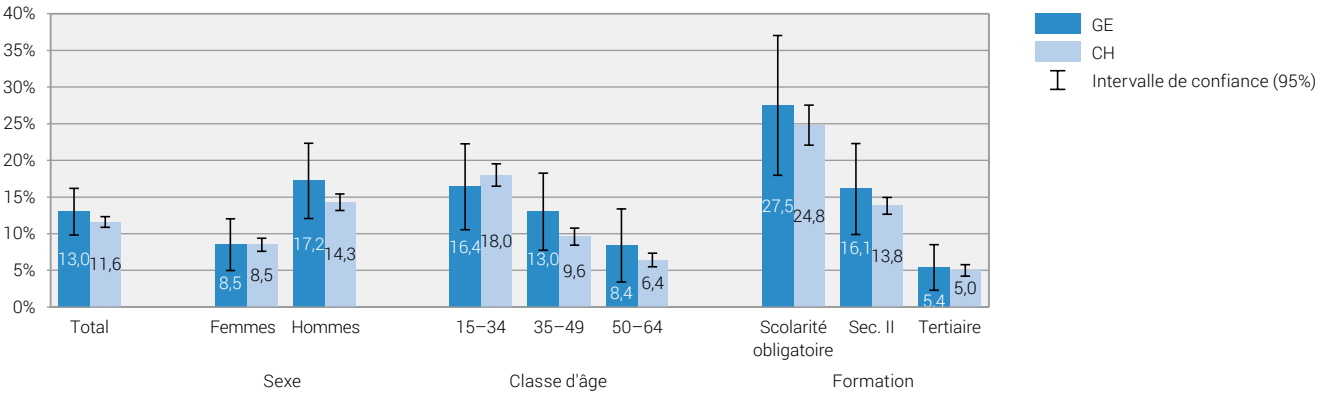
Exposition à la fumée secondaire (au moins une heure par jour), selon le sexe, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017 **G3.18**



2002: n=650 (GE), n=12 952 (CH); 2007: n=662 (GE), n=12 741 (CH); 2012: n=752 (GE), n=14 984 (CH); 2017: n=850 (GE), n=15 645 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Exposition à la fumée secondaire au travail (au moins un quart du temps), selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées) **G3.19**



n=543 (GE), n=11 594 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

À Genève, 13,0% des actifs occupés sont confrontés à de la fumée secondaire pendant au moins un quart du temps de travail. Les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes (17,2% contre 8,5%) alors que l'exposition diminue avec la classe d'âge (16,4% pour les 15–34 ans, 13,0% pour les 35–49 ans et 8,4% pour les 50–64 ans). Mais c'est en fonction du niveau de formation que les différences sont les plus marquées: la fumée secondaire au travail affecte 27,5% des actifs n'ayant pas de formation post-obligatoire, 16,1% de ceux ayant un diplôme du secondaire II et seulement 5,4% des actifs diplômés du tertiaire. Ces différences d'exposition à la fumée secondaire selon le niveau de formation – et dans une moindre mesure selon le sexe – sont révélatrices d'inégalités car elles ne correspondent pas aux proportions de fumeurs dans ces populations (voir G 3.15 et G 3.16).

3.3.3 Consommation d'alcool

En Suisse, comme dans de nombreux pays, la consommation d'alcool fait partie intégrante de la culture. En 2016, la consommation moyenne d'alcool pure en Suisse s'élève à 9,3 litres par habitant de plus de 15 ans (OCDE, 2018). Il s'agit certes d'une consommation inférieure à la moyenne de 28 pays européens (9,8 litres) mais elle reste élevée. Si une grande partie de la population a une consommation que l'on peut qualifier de non problématique, une consommation excessive ou inadaptée (par exemple avant de prendre le volant) peut être préjudiciable pour les consommateurs mais aussi pour leur entourage et la société. Entre 2008 et 2016, le Conseil fédéral a initié le Programme national alcool (PNA) dont l'objectif est de développer une politique cohérente aux niveaux fédéral et cantonal et de lutter contre la dépendance à l'alcool et les consommations problématiques, notamment auprès des jeunes (OFSP, 2013a). Les stratégies nationales Prévention des

Encadré 3.1 Repères des risques pour la santé selon la consommation d'alcool quotidienne moyenne

Hommes	Femmes	Risques pour la santé
Ne boit jamais d'alcool / abstinent / consomme de l'alcool moins d'une fois par mois		Abstinent
0 ≤ grammes d'alcool par jour ≤ 20	0 ≤ grammes d'alcool par jour ≤ 10	Risques faibles
20 < grammes d'alcool par jour ≤ 40	10 < grammes d'alcool par jour ≤ 20	Risques modérés
40 < grammes d'alcool par jour ≤ 60	20 < grammes d'alcool par jour ≤ 40	Risques moyens
60 < grammes d'alcool par jour	40 < grammes d'alcool par jour	Risques élevés

Un verre standard contient en général de 10 à 12 g d'alcool pur.
Les niveaux de risque se réfèrent à la consommation d'alcool quotidienne moyenne, indépendamment de la survenue d'épisodes d'ivresse ponctuelle. Source: CFAL (2018)

maladies non transmissibles et Addictions (2017–2024) ont ensuite pris le relais et déterminent la politique actuelle de la Confédération face à l'alcool (OFSP, 2015b, 2016).

L'alcool constitue avec le tabac l'une des principales causes d'incapacité ou de mortalité évitable. Selon l'Organisation mondiale de la santé, plus de trois millions de personnes sont décédées dans le monde en 2016 en raison de leur consommation d'alcool – soit environ 1 décès sur 20 (OMS, 2018a). En Suisse, pour l'année 2011, on estime à 1600 le nombre de personnes de moins de 75 ans décédés à cause de l'alcool, ce qui correspond à 1 décès prématuré sur 10 pour les hommes et 1 sur 17 pour les femmes (Marmet et al., 2013).

La consommation chronique d'alcool conduit notamment à des maladies du foie et de l'appareil digestif mais aussi à différentes formes de cancer, à de l'hypertension artérielle et des troubles du système nerveux périphérique. À ce jour, une relation causale a pu être établie entre la consommation d'alcool et plus de 230 maladies, intoxications ou traumatismes (Rehm et al., 2010). Une étude récente réunissant des données de près de 600 000 personnes a permis de déterminer qu'à partir de 100 grammes d'alcool par semaine, une consommation est dangereuse pour la santé (Wood et al., 2018). Mais, c'est surtout au-delà de 350 grammes que l'effet de l'alcool devient particulièrement fort, réduisant l'espérance de vie des personnes concernées de 4 à 5 années en moyenne. Relevons que ces effets concernent une population adulte. Pour les jeunes, une population particulièrement vulnérable, les effets d'une consommation chronique d'alcool pourraient même être plus nocifs.

L'ESS aborde la consommation d'alcool selon trois aspects; la fréquence de la consommation, le type de boisson (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie) et la quantité bue à chaque fois. Les données recueillies permettent de calculer la consommation d'alcool pur, en grammes par jour. L'OMS distingue deux type de comportements présentant un risque pour la santé (OMS, 2010): la consommation chronique excessive (boire régulièrement trop) et la consommation ponctuelle excessive ou suralcoolisation épisodique (absorber une grande quantité d'alcool en peu de temps). Après avoir présenté la fréquence de la consommation d'alcool dans la population, ces deux aspects sont passés en revue dans cette section. Précisons qu'il est possible que les résultats de l'ESS sous-estiment la véritable consommation en raison de la difficulté des répondants à évaluer leur comportement, de réponses biaisées par un effet de désirabilité sociale ou encore la difficulté de contacter les gros consommateurs.

Selon les repères formulés par la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), pour les adultes en bonne santé, on considère que jusqu'à deux verres par jour en moyenne pour les hommes et un verre pour les femmes, la consommation d'alcool présente de faibles risques pour la santé (CFAL, 2018). À mesure qu'augmente la consommation quotidienne moyenne, on parle de risque modéré, moyen et élevé (Encadré 3.1). Du fait de différences physiologiques entre les hommes et les femmes, une même quantité consommée entraîne une alcoolémie plus élevée chez les femmes. Les repères varient donc en fonction du sexe. L'OMS propose une classification moins restrictive établissant les seuils pour une consommation à faible risque à quatre verres par jour pour les hommes (40 grammes d'alcool[7]) et à deux verres pour les femmes (20 grammes) (Rehm et al., 2010). Il est utile de préciser qu'à toute consommation d'alcool correspond un certain niveau de risque. Ainsi la consommation des personnes buvant de l'alcool de façon occasionnelle et modérée est généralement considérée comme présentant un faible risque. On relève également que les personnes consommant de l'alcool chaque jour ne se situent pas forcément dans les catégories de risque les plus élevées, dans la mesure où cette consommation est modérée.

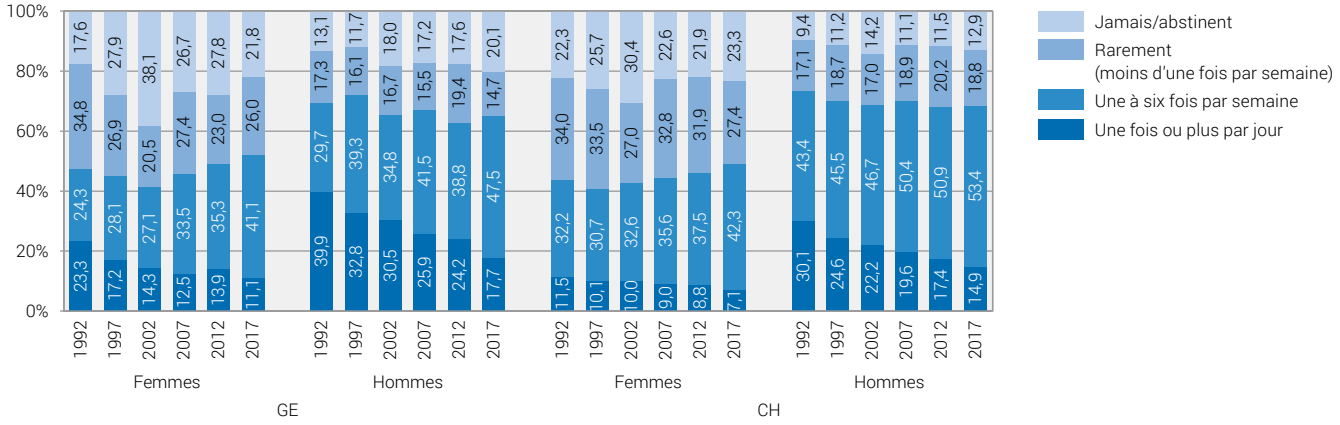
La consommation d'alcool ponctuelle excessive – ou l'ivresse ponctuelle – est définie comme la consommation en une seule occasion d'au moins 4 verres alcoolisés standards pour les femmes et 5 verres pour les hommes (Gmel et al., 2017).

Baisse des consommateurs quotidiens d'alcool

Dans le canton de Genève, mais aussi dans l'ensemble de la Suisse, les hommes sont davantage caractérisés par des consommations régulières d'alcool que les femmes (G 3.20). En 2017, à Genève, 11,1% des femmes consomment quotidiennement de l'alcool et 41,1% hebdomadairement, contre respectivement 17,7% et 47,5% des hommes. En revanche, il est intéressant de relever que la part d'abstinents par sexe est quasiment identique dans le canton en 2017 (21,8% pour les femmes contre 20,1% pour les hommes).

[7] Un verre d'une boisson alcoolisée (3dl de bière, 1dl de vin, 25cl d'eau-de-vie) contient 10 à 12g d'alcool pur.

Consommation d'alcool, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, de 1992 à 2017 **G 3.20**

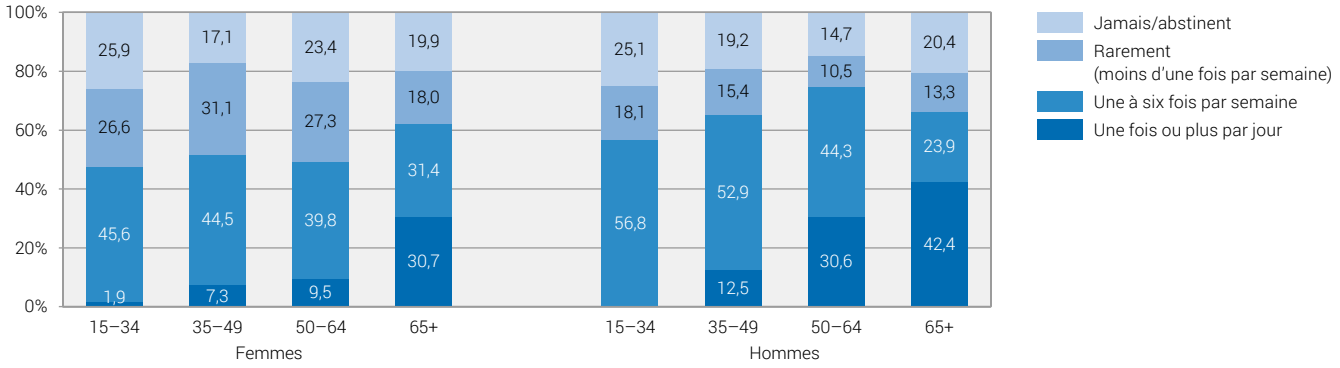


1992: n=1 035 (GE), n=15 282 (CH); 1997: n=1 046 (GE), n=12 997 (CH); 2002: n=1 016 (GE), n=19 677 (CH); 2007: n=1 043 (GE), n=18 731 (CH); 2012: n=1 149 (GE), n=21 581 (CH); 2017: n=1 214 (GE), n=22 124 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consommation d'alcool, selon l'âge et le sexe, canton de Genève, en 2017 **G 3.21**



n=1 214

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

C'est un résultat qui ne s'observait pas par le passé et qui ne se retrouve pas à l'échelle nationale, où les femmes sont plus nombreuses à être abstinentes (23,3%) que les hommes (12,9%).

La consommation quotidienne a diminué durant les 25 dernières années. En 1992, 23,3% des habitants du canton consomment de l'alcool tous les jours contre 11,1% en 2017. Chez les hommes, la baisse est encore plus marquée, passant de 39,9% en 1992 à 17,7% en 2017. Toutefois, cette baisse est à mettre en parallèle à la forte augmentation de la consommation hebdomadaire: la proportion de femmes qui consomment une à six fois par semaine de l'alcool passe de 24,3% en 1992 à 41,1% en 2017; des proportions qui sont de 29,7% et 47,5% pour les hommes.

La part d'habitants du canton ne consommant jamais d'alcool a passablement évolué dans le temps. Chez les femmes, la proportion d'abstinentes était de 17,6% en 1992 et a augmenté jusqu'à 38,1% en 2002 pour diminuer ensuite à 21,8% en 2017. Chez les hommes, l'évolution est marquée par une croissance entre 1992 et 2002 (de 13,1% à 18,0%) puis d'une stagnation jusqu'en 2017 pour atteindre 20,1%.

La consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge

À Genève, la consommation d'alcool est plus fréquente chez les classes d'âge plus avancées, tant pour les femmes que pour les hommes (G 3.21). C'est en particulier la consommation quotidienne qui augmente le plus avec l'âge. La consommation quotidienne est en effet marginale chez les moins de 35 ans et atteint, chez les 65 ans et plus, 30,7% des femmes et 42,4% des hommes.

La consommation d'alcool à risque pour la santé, telle que définie par la CFAL en considérant la consommation totale d'alcool pur selon le sexe (voir encadré 3.1), est présentée dans le graphique 3.22 pour le canton de Genève en 2017 et est détaillée plus largement dans l'annexe TA-3.9.

À Genève, quelque 20% de la population présente une consommation d'alcool chronique à risques modérés à élevés. Par rapport aux analyses précédentes, l'approche qui tient compte de la quantité d'alcool consommée selon le sexe contribue à atténuer les différences entre femmes et hommes ainsi que par classes

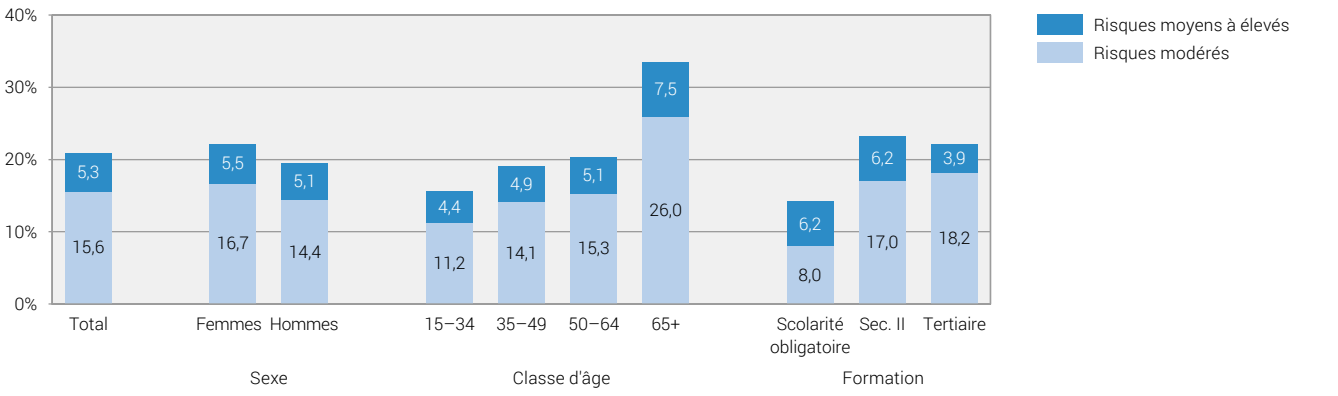
d'âge. Il demeure que les personnes de 65 ans et plus sont plus nombreuses à avoir des risques modérés ou supérieurs que les plus jeunes (33,5% des 65 ans et plus contre 15% à 20% pour les autres classes d'âge). Relevons encore la part des personnes ayant des risques modérés ou supérieurs est plus faible au sein des personnes sans formation post-obligatoire qu'au sein du secondaire II et du tertiaire.

La consommation ponctuelle excessive d'alcool augmente avec la formation

La consommation ponctuelle excessive au moins une fois par mois – c'est-à-dire en une occasion boire 4 verres pour les femmes et 5 verres pour les hommes – concerne 16,1% de la population du canton, dont 3,8% pour de l'ivresse ponctuelle chaque semaine (G 3.23). En Suisse, ces proportions sont respectivement de 15,9% et 3,3% (voir annexe TA-3.10 pour des chiffres détaillés).

Les femmes du canton sont moins à risque que les hommes (12,8% contre 19,8% pour une ivresse ponctuelle mensuelle). Contrairement à la consommation générale d'alcool, la consommation ponctuelle excessive concerne davantage les jeunes et moins les personnes ayant 50 ans ou plus. Une consommation ponctuelle excessive d'alcool n'arrive jamais à 72,5% des personnes âgées de 65 ans et plus, contre 56,6% des 50–64 ans, 44,3% des 35–49 ans et 43,0% des 15–34 ans. Un lien avec la formation existe également, puisque les personnes ayant une formation tertiaire ont davantage de comportements d'ivresse ponctuelle que les personnes du secondaire II qui en ont davantage que celles n'ayant que la scolarité obligatoire.

Consommation d'alcool à risque, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 3.22**

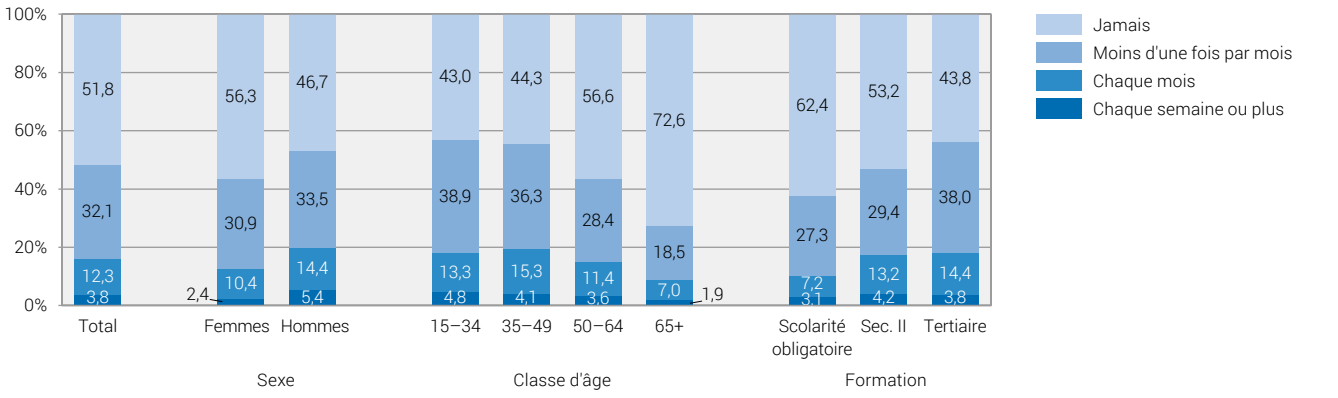


n=1 168

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consommation ponctuelle excessive d'alcool (douze derniers mois), selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 **G 3.23**

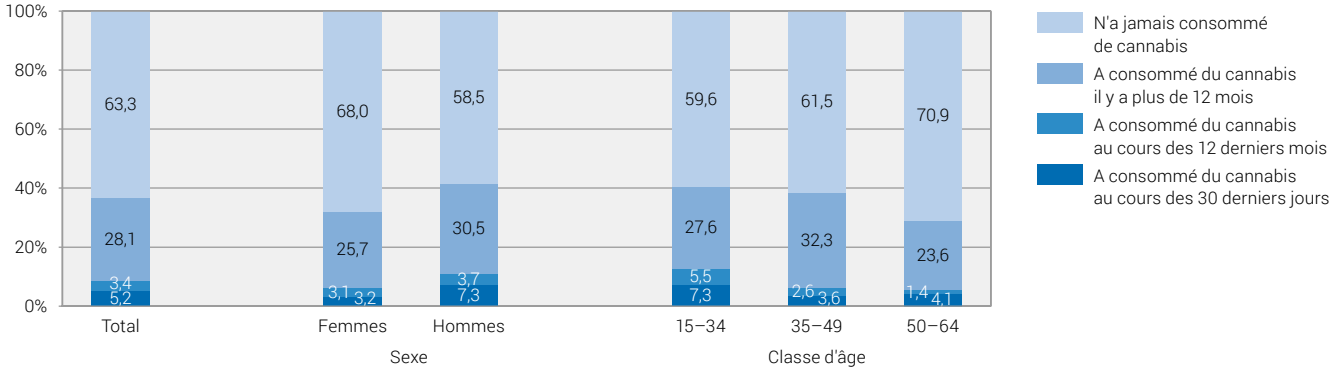


n=1 161

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consommation de cannabis, selon le sexe et l'âge, canton de Genève, en 2017 (personnes de 15 à 64 ans) **G 3.24**



n=955

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

3.3.4 Consommation de cannabis

Le cannabis est la drogue illégale la plus consommée de Suisse. Depuis le 1er octobre 2013 et la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants, la consommation par des adultes peut faire l'objet d'une amende d'ordre plutôt que d'être sanctionnée par une dénonciation en justice. En outre, la possession et la consommation de produits de cannabis contenant moins d'un pourcent de THC ne sont pas punissables. Le cannabis est utilisé sous la forme de marijuana (inflorescence, feuilles), de haschich (résine mélangée avec des parties de plante) ou d'huile (substance visqueuse) et est habituellement mélangé avec du tabac pour être fumé ou inhalé.

L'usage du cannabis est lié à de nombreux risques pour la santé, qui varient selon le dosage, le mode de consommation, les expériences antérieures de consommation, la personnalité, l'état psychique du moment et l'utilisation conjointe d'autres substances (Marmet et Gmel, 2017). Les effets négatifs de la consommation de cannabis sont notamment comparables à ceux de l'usage du tabac. Ainsi chez les consommateurs réguliers, on observe une augmentation des inflammations des voies respiratoires et des maladies cardiovasculaires (Hall, 2009). De même que pour la consommation d'alcool, le cannabis peut mener à de graves problèmes sociaux ou de santé, mais ne peut être analysée uniquement sous l'angle des problèmes car passablement de consommateurs n'en prennent que de façon occasionnelle ou expérimentale, avec rarement des conséquences graves pour la santé. Par conséquent, dans la littérature et dans la pratique, il n'y a pas d'unanimité pour déterminer à partir de quand une consommation de cannabis peut être jugée comme problématique (Marmet et Gmel, 2017). Étant donné que la consommation de cannabis reste pour l'essentiel illégale, il ne peut être exclu que les répondants à des enquêtes téléphoniques telles que l'ESS hésitent à annoncer leur consommation de cette substance.

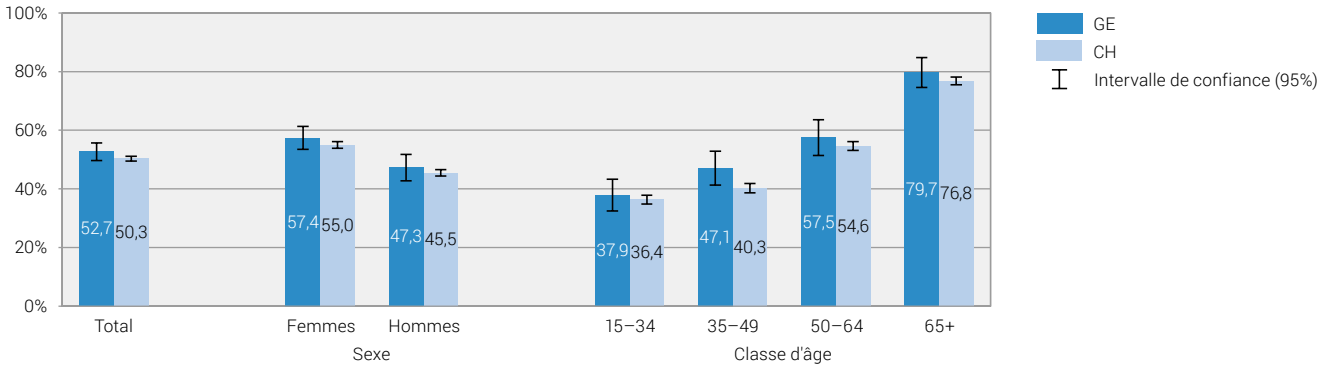
Les jeunes et les hommes sont les plus gros consommateurs de cannabis

Le graphique 3.24 montre la consommation de cannabis dans le canton de Genève selon le sexe et l'âge. Les différences entre les groupes ne sont pas toujours significatives mais elles le sont au niveau suisse où des tendances similaires sont observables. Dans le canton, 5,2% des personnes entre 15 et 64 ans ont consommé du cannabis au cours du dernier mois et 3,4% en ont consommé au cours des 12 derniers mois. En Suisse, ces chiffres s'élèvent respectivement à 4,0% et 3,7%. Les hommes en consomment plus régulièrement que les femmes: 3,2% des habitantes du canton ont consommé du cannabis durant les trente derniers jours contre 7,3% des habitants. La consommation diminue en outre avec l'âge: parmi les 15–34 ans, 7,3% et 5,5% du groupe a consommé du cannabis respectivement pendant les 30 derniers jours et pendant les 12 derniers mois. Ces proportions sont de 3,6% et 2,6% pour les 35–49 ans et de 4,1% et 1,4% pour les 50–64 ans. Quant aux personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis, elles sont 70,9% parmi les 50–64 ans et autour de 60% pour les 15–34 ans et les 35–49 ans.

3.3.5 Consommation de médicaments

Cela fait seulement un siècle que la pharmacologie s'est largement développée en proposant des centaines de molécules chimiques pour le traitement de multiples maladies. Selon le dernier rapport du groupe Helsana sur les médicaments en Suisse, les dépenses pour les médicaments sont chaque année en hausse et atteignent 7,5 milliards de francs en 2017 (Schneider et al., 2018). En moyenne, chaque résident suisse absorberait huit principes actifs par année. Dès lors, le médicament est devenu un produit central des sociétés modernes. D'un point de vue de santé publique, il ne fait aucun doute que l'utilisation de médicaments a contribué au prolongement de l'espérance de vie et à une amélioration de la qualité de vie au grand âge. Mais aujourd'hui, selon le Prof. Antoine Geissbuhler de l'Université de Genève, toutes maladies confondues, près de la moitié des patients se

Consommation de médicaments (sept derniers jours),
selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 3.25**



n=1 212 (GE), n=22 119 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

voient prescrire un médicament qui ne fonctionne pas mieux qu'un placebo (Geissbuhler, 2019). En outre, les médicaments peuvent provoquer des effets secondaires non désirables, en particulier lorsqu'ils sont consommés de manière abusive. Il existe aussi le risque que les médicaments soient consommés sans raison médicale ou même détournés de leur usage premier, par exemple dans un but récréatif. La limite entre une consommation recommandée d'un point de vue médical et un usage inapproprié est néanmoins difficile à établir; les résultats présentés ci-après ne cherchent d'ailleurs pas à déterminer si l'usage est adapté ou non, mais à quantifier la consommation.

Dans l'ESS, la consommation générale de médicaments est examinée en demandant aux répondants s'ils ont consommé au moins une fois au cours des sept derniers jours n'importe quel médicament. En outre, la consommation de quatre médicaments psychotropes – les analgésiques, les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs – est étudiée plus en détail. Comme cela a été présenté à la section 2.5.2, des troubles tels que la nervosité, l'insomnie et les angoisses sont très répandus en Suisse. Pour y faire face, certaines personnes font recours à des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs. Un usage prolongé de ces médicaments psychotropes peut conduire à une dépendance et entraîner des risques concernant le fonctionnement de la mémoire et de la coordination psychomotrice (Lader, 2011).

Une personne sur deux a pris un médicament dans les sept derniers jours

En 2017, 52,7% de la population du canton indique avoir consommé un ou plusieurs médicaments durant la semaine précédant l'enquête (G 3.25). Il s'agit d'une proportion comparable à la moyenne Suisse (50,3%). À Genève, cette proportion est restée relativement stable depuis 2007, mais était significativement plus basse en 1992 (44,7%). En Suisse, l'augmentation de la part de personnes ayant consommé un médicament a augmenté de manière progressive entre 1992 (38,3%) et 2017 (50,3%).

À Genève et en Suisse, la différence de consommation de médicament entre sexes dépasse les dix points de pourcentage (57,4% pour les femmes et 47,3% pour les hommes à Genève). Mais c'est sans surprise en fonction de l'âge que les différences sont les plus marquées. À Genève, on observe la graduation suivante: 37,9% de consommateurs de médicaments parmi les 15–34 ans, 47,1% parmi les 35–49 ans, 57,5% parmi les 50–64 ans et 79,7% parmi les 65 ans et plus.

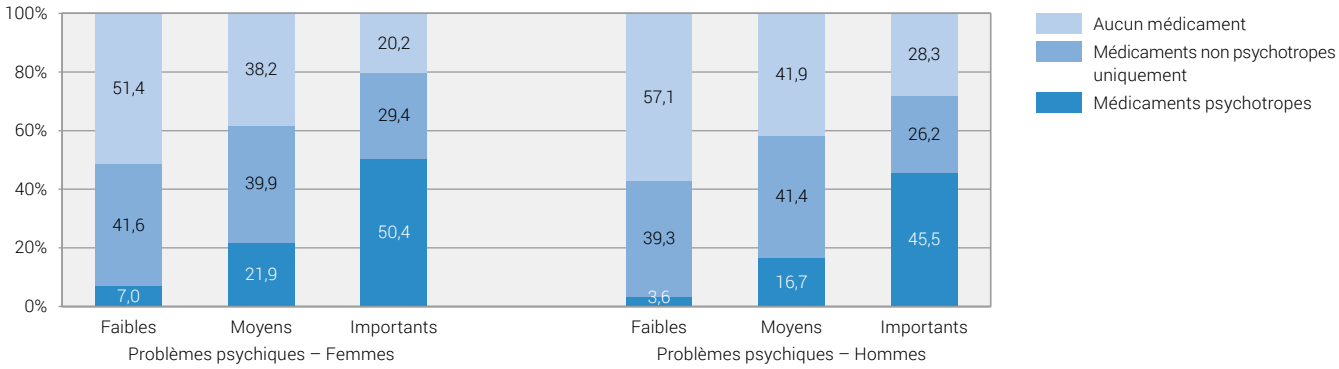
La consommation de médicaments psychotropes augmente lors de problèmes psychiques

Dans le canton de Genève, la consommation hebdomadaire d'analgésiques (29,5% en 2017) a fortement augmenté depuis 1992 (17,5%) mais n'a guère évolué depuis 2012 (29,4%). En Suisse, la prise d'antidouleurs est moins répandue (24,1% en 2017 et 12,4% en 1992). La consommation de tranquillisants s'élève à 5,7% au sein la population du canton en 2017 et celle de somnifères à 6,4%; il s'agit de proportions qui n'ont peu évolué depuis 1992 et qui sont tendanciellement plus élevées que la moyenne suisse (annexe TA-3.11). Concernant les antidépresseurs, environ 5,3% des résidents du canton en consomment, contre 4,6% en Suisse; les données n'étant disponibles que depuis 2007, il n'est pas possible de tracer leur évolution sur le temps long mais on relèvera une légère tendance à la hausse (significative à l'échelle nationale).

Pour tous ces médicaments, la consommation est tendanciellement plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente entre 15 et 64 ans. En revanche, entre la classe d'âge des 50-64 ans et celle des 65 ans et plus, il n'y a pas forcément d'augmentation de la consommation (annexe TA-3.11).

Le graphique 3.26 montre le lien existant entre la présence de problèmes psychiques et la prise de médicaments psychotropes et non psychotropes en Suisse en 2017. Parmi les personnes qui ont des problèmes psychiques qualifiés de faibles, les femmes sont 7% à consommer des médicaments psychotropes durant les sept derniers jours alors que cette proportion s'élève à 3,6% pour les hommes. Or, lorsque les problèmes psychiques sont

Consommation de médicaments (sept derniers jours), selon la présence de problèmes psychiques et le sexe, Suisse, en 2017 **G3.26**

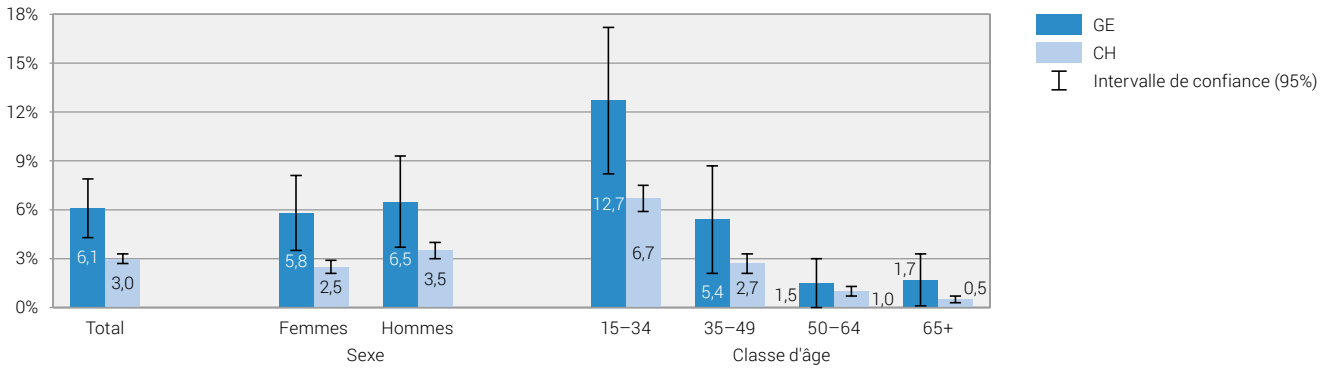


n=20 918

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Utilisation problématique d'internet, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G3.27**



n=969 (GE), n=18 500 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

importants, la consommation de psychotropes passe à 50,4% chez les femmes et à 45,5% chez les hommes. Il est encore intéressant de relever que la proportion de personnes qui ne consomment aucun médicament est en forte diminution, tant chez les femmes que chez les hommes, à mesure que les problèmes psychiques augmentent.

3.4 Utilisation problématique d'internet

L'utilisation d'internet a grandement augmenté durant les 20 dernières années et a profondément modifié la consommation de médias, que ce soit au travail, à l'école ou dans la vie privée. Avec l'élargissement des supports (smartphone, tablette, ordinateurs portables), les médias digitaux sont atteignables en permanence. Or, l'utilisation d'internet peut aussi induire des comportements dommageables pour la santé, tels que l'addiction à des jeux ou à des réseaux sociaux ou le cyberharcèlement. Aux États-Unis, l'addiction à internet a été reconnue comme une maladie psychique officielle (Petry et al., 2015). Selon une étude du monitorage suisse des addictions, les enfants et les jeunes sont particulièrement à risque d'un usage excessif. Les principaux problèmes sont la surutilisation de moyens de communication en ligne (47,1%), de vidéos (14,8%) et de jeux en ligne (12,8%) (Marmet et al., 2015).

L'utilisation d'internet a été ajouté dans le questionnaire de l'ESS pour la première fois en 2017; les questions ont expressément évité le contexte professionnel ou scolaire pour se concentrer sur des activités dans le cadre privé, tels que surfer, envoyer/recevoir des e-mails, chater et jouer. Un usage problématique d'internet est défini à partir d'un indice issu des réponses de huit questions sur une utilisation compulsive d'internet (Gmel et al., 2019)[8].

Dans le canton de Genève, 6,1% des résidents ont une utilisation problématique d'internet: c'est deux fois plus que dans l'ensemble de la Suisse (3,0%). Il existe toutefois des différences importantes selon les profils (G 3.27 et annexe TA-3.12). Les hommes sont davantage concernés par un usage problématique

[8] À noter que les résultats présentés ici diffèrent légèrement de ceux de Pahud et Zufferey (2019) car le seuil définissant une utilisation problématique a été revu vers le haut après une consultation d'experts.

d'internet que les femmes (6,5% contre 5,8%) mais la différence n'est pas statistiquement significative à Genève en raison des faibles effectifs. En revanche, des écarts nets apparaissent selon la classe d'âge. Dans le canton, 12,7% des 15–34 ans ont une utilisation problématique d'internet contre 5,4% des 35–49 ans et quelque 1,5% des 50 ans et plus.

3.5 Résumé

Les comportements individuels défavorables à la santé sont des facteurs de risque responsables de la plupart des décès évitables en Suisse. En 2017, un habitant du canton sur cinq ne se soucie pas particulièrement de sa santé, contre un sur huit dans toute la Suisse. Les personnes ayant une santé fragile se soucient davantage de leur état de santé alors que les personnes qui ont des comportements à risque pour la santé (tabac, alcool, alimentation) sont plus insouciantes face à la santé.

À Genève, la proportion de personnes en surpoids a fortement augmenté au cours des 25 dernières années (+15,5 points de pourcentage); le surpoids touche 41,6% de la population dont 11,4% est en état d'obésité. Si plus de la moitié des résidents du canton déclarent faire attention à l'alimentation, le régime alimentaire de la population genevoise n'atteint pas les recommandations: seulement 26,1% de la population mange 5 portions de fruits et légumes par jour alors que 45,9% de la population dépasse la recommandation sur la consommation hebdomadaire de viande. En outre, 15% des habitants consomment 5 à 7 jours par semaine des boissons sucrées. D'une manière générale, on constate que les femmes, les personnes âgées et celles ayant un haut niveau d'éducation ont une alimentation plus saine que les autres. Quant à l'activité, la proportion de personnes physiquement actives a fortement progressé dans le canton passant de 55,3% en 2002 à 69,3% en 2017.

Concernant la consommation de tabac dans le canton, la proportion de fumeurs a connu une baisse entre 1992 (36,1%) et 2017 (27,1%). Parallèlement à cela, la consommation de cigarettes par fumeur a fortement diminué: en 2017, 18,6% des fumeurs consument au moins 20 cigarettes quotidiennement, une proportion qui était plus de deux fois supérieure en 1992. Avec la diminution de la consommation de tabac et des changements législatifs interdisant la fumée dans des lieux publics, la proportion de personnes exposées à la fumée secondaire s'élève en 2017 à 8,7%. Cette proportion a fortement baissé depuis 2002 lorsqu'elle affectait 31% de la population, mais n'a pas évolué entre 2012 et 2017. Dans le cadre professionnel, la fumée secondaire affecte 13% des actifs et touche davantage les hommes, les jeunes ainsi que les personnes ayant un bas niveau de formation.

Concernant l'alcool, on constate ces dernières années une diminution des consommateurs quotidiens qui représentent 14,2% de la population genevoise en 2017. Ces derniers mais aussi les personnes ayant une consommation chronique excessive sont tendanciellement âgés et plutôt des hommes. Le profil des consommateurs d'alcool ayant une consommation ponctuelle excessive se caractérise en revanche par un jeune âge et un haut niveau de formation.

À Genève en 2017, un habitant sur deux a consommé un médicament au cours de la semaine précédente. Il s'agit d'une proportion dans la moyenne nationale et qui n'a peu évolué au cours des dix dernières années. Soulignons qu'il y a de fortes différences en fonction de l'âge puisque près de 80% des personnes âgées de 65 ans et plus ont consommé un médicament au cours des sept derniers jours.

Enfin, les personnes ayant une utilisation problématique d'internet sont deux fois plus nombreuses à Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Cette surconsommation concerne en effet 6,1% des habitants du canton et monte même à 12,7% pour les 15–34 ans.

4 Santé, habitat et conditions de travail

L'environnement joue un rôle déterminant sur la santé des populations. Selon des estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au niveau mondial, près d'un décès sur quatre peut être attribué à des causes environnementales (Prüss-Ustün et al., 2016). En Europe occidentale, le fardeau de l'environnement est moindre mais concerne tout de même quelque 12% des décès.

Au-delà des facteurs individuels et structurels présentés dans les chapitres précédents, l'individu – de même que son état de santé – est profondément influencé par l'environnement dans lequel il vit. La qualité de l'air, de l'eau et des sols, l'exposition à des bruits, l'écosystème et le changement climatique, de même que les conditions de travail, sont quelques-uns des facteurs environnementaux ayant une influence durable sur la santé. Ce chapitre prend une perspective environnementale et présente les principales caractéristiques des conditions de logement et de travail ainsi que leurs effets sur la santé. En se basant sur les données de l'ESS, une première partie explore les nuisances auxquelles sont exposées les populations suisse et genevoise à leur domicile, alors que la seconde traite des différents aspects des conditions de travail.

Les différences régionales ont toujours marqué un pays aussi décentralisé que la Suisse. En ce qui concerne la mortalité, au début du 20e siècle, les villes étaient caractérisées par des régimes plus protecteurs que les campagnes, principalement au niveau des conditions de vie et d'hygiène ainsi que pour la lutte contre les maladies infectieuses. Les disparités étaient importantes; par exemple l'écart d'espérance de vie entre Genève et le Valais s'élevait à plus de sept années en 1921 (Fei et al., 1998). Durant la seconde moitié du 20e siècle, les inégalités spatiales se sont fortement réduites en Suisse, et c'est dorénavant dans les zones périurbaines que les risques de décès sont les plus bas en raison de mode de vie et des comportements plus favorables (Lerch et al., 2017). Cela s'explique essentiellement par des effets structurels, car les espaces urbains, périurbains et ruraux abritent aujourd'hui des populations ayant des caractéristiques différentes, en termes de position sociale, d'âge et de composition familiale notamment (Zufferey et Oris, 2018).

Les problèmes environnementaux liés à l'hygiène, à la qualité de l'eau ou à encore à des pollutions industrielles ont fortement diminué depuis les années 1970 grâce à la mise en œuvre de politiques environnementales (AEE, 2015). Toutefois, les sociétés post-industrielles demeurent exposées à des défis sanitaires tels que la pollution atmosphérique (les particules fines et les oxydes d'azote en particulier) et les nuisances sonores. À cela s'ajoute une menace qui prend de l'ampleur: le changement climatique et ses conséquences. Il a été démontré que, sous nos latitudes, les vagues de chaleur et les périodes de canicule prolongées augmentent les risques de décès des populations les plus vulnérables, les personnes âgées, les enfants en bas âge et les malades chroniques (Lerch et Oris, 2018).

Concernant la qualité de l'air, des études épidémiologiques ont clairement démontré l'effet néfaste d'une concentration de particules fines sur la santé: elles favorisent l'asthme et le développement d'allergies, qui baissent la qualité de vie. Plus grave, elles sont la cause de maladies cardiovasculaires (Brook et al., 2010), mais aussi de cancers et de divers pathologies respiratoires qui touchent plus particulièrement les enfants (OMS, 2018b). Une exposition à long terme est un terreau pour l'augmentation de la mortalité, et ce, même à des niveaux d'exposition en dessous des normes européennes (Beelen et al., 2014).

En Suisse, bien que la qualité de l'air se soit sensiblement améliorée, près de 40% de la population reste exposée à des valeurs de particules fines trop élevées et 7% à des valeurs d'oxyde d'azote trop élevées (Felber Dietrich, 2014). Les zones urbaines et suburbaines sont davantage touchées par ce problème que les régions rurales et périphériques. On attribue ainsi à la pollution de l'air près de 2200 décès prématurés et 14'000 journées d'hospitalisation annuels, ce qui engendre un coût sanitaire évalué à 6,5 milliards de francs (Conseil fédéral suisse, 2018).

L'exposition au bruit a également une influence négative sur la santé. Elle est associée à des troubles du sommeil et du stress mais aussi à une augmentation des maladies cardiovasculaires, du diabète, des dépressions ou encore des troubles cognitifs chez l'enfant (Basner et al., 2014). Il s'agit d'une atteinte présente dans la société car, selon une étude récente, environ 40% de la population suisse est exposée durant la journée à un bruit routier supérieur à 55 décibels – soit au-dessus de la norme de l'OMS (45 décibels) dénotant une atteinte à la santé (Röösli et al., 2019). Malgré les progrès technologiques (véhicules plus silencieux) et des mesures d'aménagement (murs antibruit, revêtements routiers phonoabsorbants et infrastructure ferroviaire plus silencieuse), l'augmentation de la circulation, la croissance démographique et le développement territorial ont engendré une augmentation des personnes exposées au bruit (OFEV, 2018).

La santé de la population n'est pas influencée uniquement par des nuisances environnementales physiques. Pour la population active, l'environnement de travail – c'est-à-dire les conditions, les tâches et les horaires de travail – joue un rôle déterminant sur certaines pathologies. Les risques pour la santé sont de fait fortement stratifiés selon la position socioéconomique. À la fin des années 1970, une étude pionnière a démontré l'existence d'un gradient des risques de décès selon la position hiérarchique

parmi les employés de la fonction publique britannique, alors que ces derniers exercent dans un environnement de travail similaire (Marmot et al., 1978). Elle s'explique en grande partie par des comportements différenciés (voir chapitre 3) ou un stress psychosocial, si bien que pour certains auteurs, la position sociale est la cause fondamentale des inégalités de santé puisqu'elle est à la source des comportements et des attitudes qui protègent contre, ou au contraire qui favorisent, l'émergence de maladies (Phelan et al., 2010).

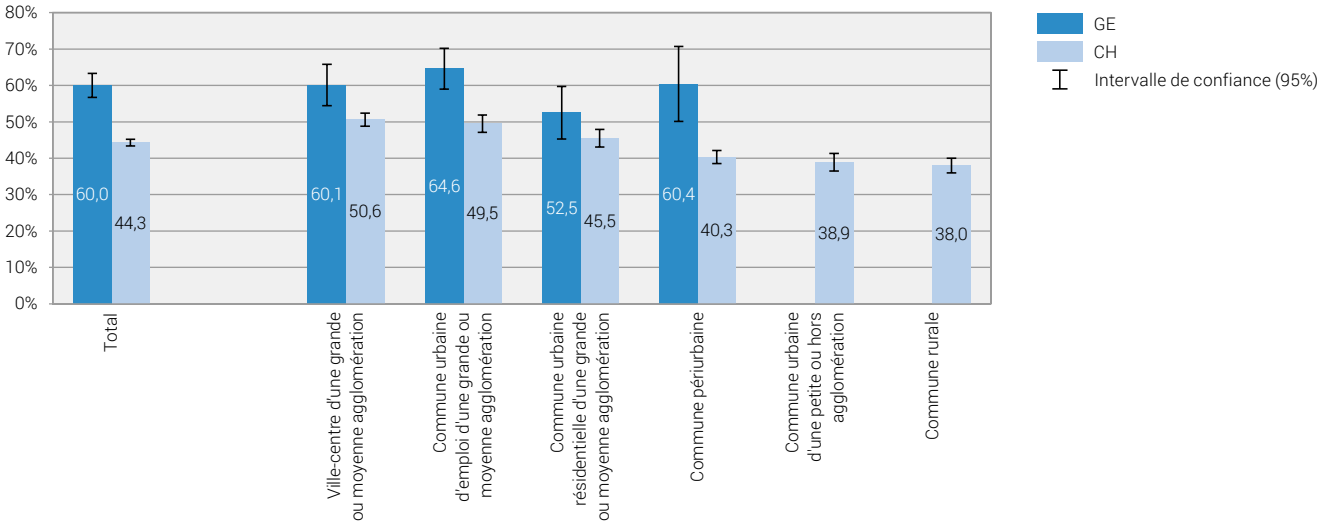
Il n'en demeure pas moins que le travail est la cause directe de quelque 270'000 accidents et maladies professionnels reconnus par les assureurs-accidents en Suisse (CSAA, 2018). Si seuls 40% de ces derniers ont nécessité des absences de travail de plus de trois jours, les coûts issus des accidents et maladies professionnels s'élèvent à plus de 1,5 milliards de francs annuels. Les conditions de travail engendrent également des problèmes de santé non répertoriés par les assurances, tels que les maux de tête et de dos, la fatigue ou l'anxiété. Ces situations, que l'on peut attribuer à des mouvements répétitifs, des positions douloureuses ou fatigantes ou au fait de porter des charges, sont toutefois moins fréquentes en Suisse qu'en moyenne européenne (Krieger et al., 2017). Avec la mondialisation économique et l'émergence de nouvelles technologies de l'information et de la communication, les modèles de travail et les exigences professionnelles ont subi de profondes mutations, se manifestant sous la forme d'une accélération générale des rythmes de travail, d'un accroissement de l'intensité de travail, d'une contrainte de temps permanente et du multi-tasking (Grebner et al., 2011). Les troubles psychiques au travail ont ainsi pris le pas sur les troubles physiques et connaissent une hausse importante depuis les années 1990 (OFSP, 2014c).

Des exigences élevées, une pression du temps, une faible marge de manœuvre ou encore des sollicitations émotionnelles dans l'environnement de travail sont autant des facteurs de risque pour le développement de troubles psychiques. Sur le long terme, les personnes exposées à des contraintes psychosociales peuvent développer des problèmes de santé tels que des troubles musculo-squelettiques, des maladies cardiovasculaires ou des troubles psychiques (SECO, 2014). Cela a aussi des conséquences professionnelles comme la perte de motivation, l'insatisfaction et la baisse de performance et peut se traduire par un mal de plus en plus commun, le burnout. Différentes mesures prises par les employeurs permettent de réduire les pressions psychiques et ainsi favoriser la santé des travailleurs. Parmi ces mesures figurent notamment une bonne gestion de l'entreprise, la valorisation du travail (participation des employés à la prise de décision, soutien des collègues de travail et de la direction) ou encore une conciliation entre vie professionnelle et vie privée (Grebner et al., 2011). Pour conclure, notons encore qu'en Suisse, la situation est plutôt positive puisque plus de trois salariés sur quatre se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leurs conditions de travail (Krieger et al., 2017).

4.1 Santé et lieu de vie

En Suisse, la prévalence de certains maux est plus accentuée dans certains lieux que dans d'autres – les variations entre cantons du taux de mortalité standardisé présenté précédemment (G 2.3) illustrent bien la diversité des situations. Ces différences peuvent être attribuées en partie à des comportements de santé différenciés mais aussi aux ressources sanitaires, aux infrastructures et à l'influence de l'environnement proche. Dans l'influence de l'environnement, on considère les nuisances telles que le bruit, la pollution ou encore le rayonnement magnétique qui peuvent affecter la santé des individus. Le graphique 4.1 montre la proportion de la population qui est exposé à la maison à au moins une nuisance environnementale, en fonction du type de commune de domicile à Genève ou en Suisse.

Nuisances à la maison, selon le type de commune, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 4.1**

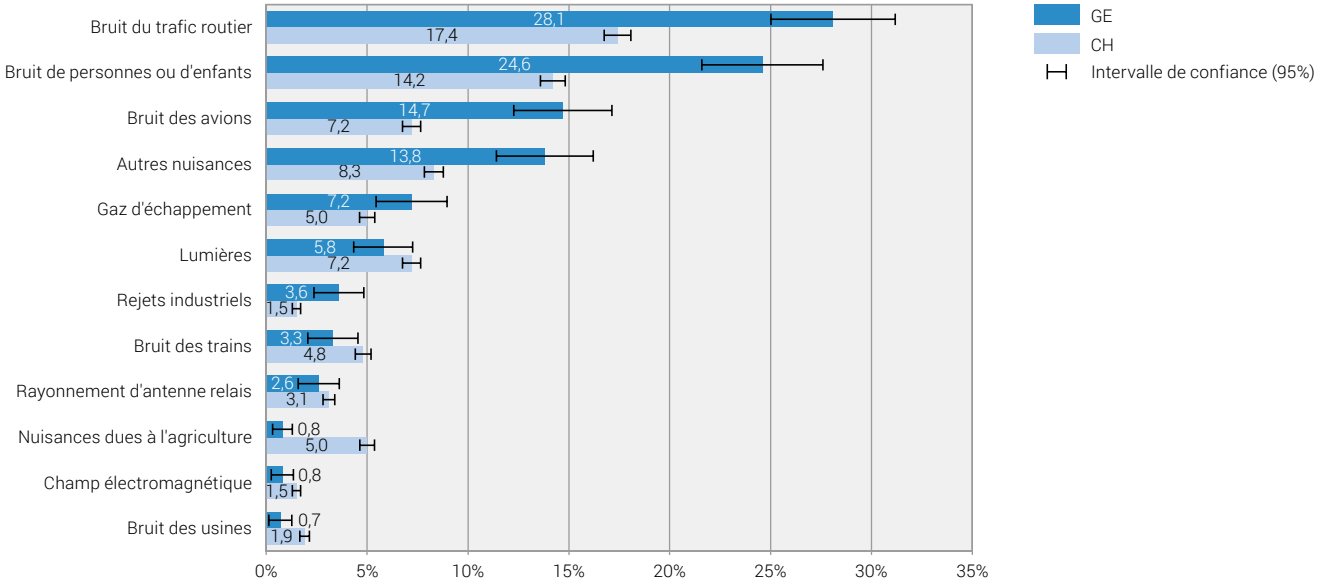


n=960 (GE), n=18 602 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Types de nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 4.2**



n=960 (GE), n=18 602 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Dans le canton de Genève, 60,0% de la population résidente se déclare exposée à des nuisances environnementales à la maison. Cette proportion, qui est bien supérieure à la moyenne suisse (44,3%), dépend dans une large mesure de la structure urbaine caractérisée par un territoire très dense, un réseau de transport en commun relativement peu développé en comparaison nationale et un nombre important de pendulaires se déplaçant avec un véhicule privé. Les habitants de la ville-centre de l'agglomération genevoise (60,1%) et ceux des communes urbaines d'emploi[1] (64,6%) sont par conséquent tout particulièrement affectés par des nuisances environnementales. En Suisse, les nuisances pour ces deux groupes s'élèvent à respectivement 50,6% et 49,5%. Dans le canton, les communes périurbaines sont également très affectées par des nuisances à la maison (60,4%) alors qu'elles sont plutôt préservées en Suisse (40,3%). Cette particularité genevoise s'explique dans une large mesure par la proximité des communes périurbaines avec l'Aéroport international de Genève et des nuisances sonores qu'il engendre. Les résidents des communes urbaines résidentielles sont, grâce à une moindre densité de population et à une localisation plus périphérique, tendanciellement moins confrontés à des nuisances à la maison (52,5% à Genève et 45,5% en Suisse).

[1] Il s'agit des communes suburbaines de l'agglomération genevoises qui offrent néanmoins passablement de places de travail (Carouge, Collonge-Bellerive, Lancy, Le Grand-Saconnex, Meyrin, Plan-les Ouates et Vernier). Voir la typologie des communes 2012 de l'OFS: (OFS, 2017b)

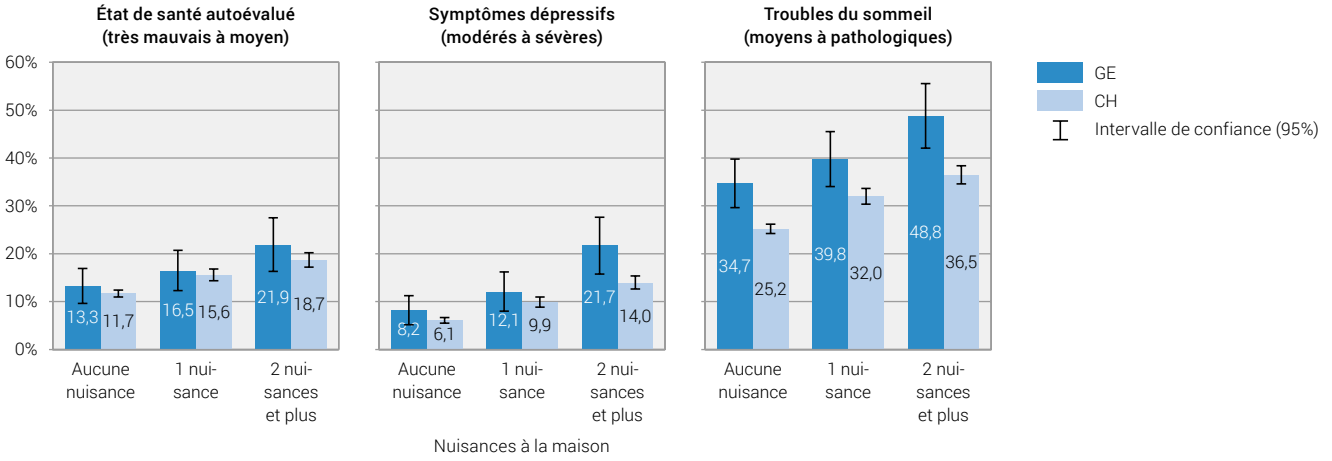
Plus de la moitié de la population genevoise est dérangée par un bruit à son domicile

Les répondants de l'enquête suisse sur la santé devaient préciser par quelles nuisances environnementales ils étaient affectés; ils pouvaient valider plusieurs choix dans une liste comprenant dix sources de nuisance. Le graphique 4.2 présente l'origine des nuisances environnementales à la maison parmi les personnes résidantes dans le canton de Genève et en Suisse.

Les principales nuisances environnementales sont sonores. À Genève comme en Suisse, le bruit du trafic routier et celui provenant des personnes habitant dans un autre ménage occupent les deux premières places, avec respectivement 28,1% et 24,6% de personnes concernées à Genève, et 17,4% et 14,2% dans toute la Suisse. À cela s'ajoute encore les nuisances du trafic aérien qui sont particulièrement élevées à Genève (14,7%) en raison de la proximité de l'aéroport et l'exiguïté du territoire. Pour ces trois nuisances sonores, Genève, en tant que canton fortement urbanisé, a des valeurs significativement plus élevées que la moyenne helvétique et est même le canton le plus affecté par chacune de ces nuisances (à l'exception des bruits du trafic aérien où Genève paraît en deuxième place juste derrière Zurich). En considérant toutes les nuisances sonores – y compris le bruit des trains et des usines – plus de la moitié de la population genevoise (51,4%) est affectée par un bruit à son domicile, contre un tiers dans toute la Suisse (33,8%).

D'autres nuisances environnementales dérangent aussi nombre de Genevoises et Genevois: 13,8% déclarent être affectés par une nuisance non proposée dans la liste, 7,2% par des gaz d'échappement, 5,8% par des lumières et 3,6% par des rejets industriels. L'influence négative du champ électromagnétique

Indicateurs de santé, selon les nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 4.3**



santé: n=958 (GE), n=18 593 (CH); dépression: n=934 (GE), n=18 073 (CH); sommeil: n=948 (GE), n=18 402 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

d'une ligne à haute tension ou du rayonnement d'antenne relais pour téléphones portables reste marginal et ne concerne que 0,8% à 2,6% de la population du canton.

Les nuisances environnementales à la maison sont fortement associées avec un mauvais état de santé

Lorsqu'on analyse le nombre de nuisances différentes qui affectent une même personne, il apparaît que 40,0% de la population genevoise ne mentionne aucune nuisance, 34,2% déclare une nuisance et 25,9% s'estime dérangée par deux nuisances ou plus (Annexe TA-4.1). Dans le canton, la proportion de personnes dérangées par des nuisances est tendanciellement en baisse depuis 2007, malgré une légère hausse en 2017 par rapport à 2012. C'est en particulier la proportion de personnes touchées par deux nuisances ou plus qui diminue de 38,9% en 2007 à 25,9% en 2017. Dans le reste de la Suisse, bien que les nuisances environnementales soient moins marquées, une baisse similaire s'observe. Concernant les profils sociodémographiques, on constate peu de différences entre les personnes atteintes ou non par les nuisances environnementales. Si à Genève, les personnes ayant accompli une formation tertiaire semblent moins affectées par les nuisances environnementales, c'est le contraire au niveau suisse. Cela renvoie à nouveau au paysage urbain-rural helvétique avec davantage de nuisances dans les villes où on retrouve la plupart des emplois du tertiaire.

Les nuisances environnementales ne sont pas sans conséquences. Le graphique 4.3 illustre l'association entre le nombre de nuisances environnementales et différents indicateurs de santé (état de santé autoévalué, symptômes dépressifs et troubles du sommeil). Pour les trois indicateurs, plus l'exposition à des nuisances environnementales est forte, plus les troubles sont importants.

L'état de santé autoévalué tend à baisser lorsque le nombre de nuisances augmente. À Genève, la proportion de personnes qui déclarent avoir un état de santé compris entre très mauvais et moyen passe de 13,3% pour les personnes exposées à aucune nuisance, à 16,5% pour une nuisance et à 21,9% pour deux nuisances ou plus. Cette dégradation de l'état de santé autoévalué se retrouve en fait pour chacune des sources de nuisance décrites au graphique 4.2 à l'exception des champs électromagnétiques et des sources lumineuses. Ces associations entre type de nuisance et état de santé autoévalué ne sont pas statistiquement significatives à Genève en raison des faibles effectifs mais elles le sont à l'échelle nationale.

Concernant la présence de symptômes dépressifs modérés à sévères, un gradient s'observe également en fonction du nombre de nuisances à Genève comme en Suisse. À l'échelle suisse seulement et à l'exception du bruit des avions et des champs électromagnétiques, l'ensemble des sources de nuisance à la maison sont significativement associées à des symptômes dépressifs. Enfin, les personnes atteintes de troubles du sommeil sont surreprésentées parmi les personnes dérangées à la maison par une ou deux nuisances. À Genève, où les troubles du sommeil sont particulièrement fréquents, 34,7% des personnes soumises à aucune nuisance ont des troubles du sommeil, contre respectivement 39,8% et 48,8% pour les personnes exposées à une et deux nuisances ou plus. On peut relever un effet marqué du bruit provenant d'autres personnes puisque 49,8% des Genevois exposés à ce type de bruit ont des troubles du sommeil contre 36,9% lorsqu'ils n'y sont pas exposés (données non montrées). Notons encore qu'en Suisse, parmi les nuisances présentées précédemment (G 4.2), toutes à part le bruit des trains, le bruit d'usine, les rejets industriels et le rayonnement d'antenne relais sont significativement associées avec les troubles du sommeil.

Il convient de rappeler que les chiffres présentés ci-dessus ne permettent pas de déduire une claire causalité entre les nuisances à la maison et l'état de santé. Premièrement, d'autres facteurs influencent à la fois le choix du lieu de domicile (et des

nuisances associées) et l'état de santé. Par exemple, les personnes ayant de faibles ressources financières sont susceptibles de vivre dans des logements à bas coût exposés aux nuisances alors que, parallèlement, ces mêmes personnes sont plus à risque de connaître des problèmes de santé. Deuxièmement, certaines caractéristiques influencent la perception des nuisances. Par exemple, dans certains contextes, les personnes inactives ou retraitées perçoivent davantage les nuisances à la maison car elles y sont exposées plus longtemps que les actifs occupés.

4.2 Santé et travail

Le travail est un élément central de la vie et constitue par là un déterminant important de la santé. Cette section examine la relation entre les conditions de travail et l'état de santé parmi les personnes professionnellement actives et occupées, âgées entre 15 et 64 ans[2]. Après avoir étudié les risques physiques (4.2.1) et psychosociaux (4.2.2) au travail, la partie 4.2.3 s'intéresse plus particulièrement à l'épuisement émotionnel (burnout) et la partie 4.2.4 au lien entre maladie et emploi. Enfin, la dernière partie (4.2.5) clôt ce chapitre en présentant la satisfaction dans la vie professionnelle.

4.2.1 Risques physiques

Les conditions de travail physiquement dures sont fréquentes. Dans l'enquête suisse sur la santé, plusieurs types de risques physiques liés à l'activité professionnelle sont étudiés. On peut y distinguer les risques ergonomiques (rester debout, effectuer des mouvements répétitifs), des charges physiques (position douloureuse ou fatigante, déplacer des charges ou des personnes), et des risques liés à l'environnement de travail (exposition au bruit, à des températures élevées ou basses, ou à des produits toxiques). Le graphique 4.4 illustre, pour la population genevoise et suisse en fonction du sexe, la fréquence de l'exposition pendant au moins un quart du temps de travail à onze types de risques physiques. Précisons que ces modes de travail ne sont pas forcément nocifs pour la santé mais chargent physiquement les travailleurs exposés, et peuvent à ce titre constituer des facteurs de risque pour certaines maladies. Les risques ergonomiques au travail sont les plus fréquemment déclarés dans l'ESS. Environ 60% des personnes actives occupées à Genève et en Suisse effectuent des mouvements répétitifs de la main ou du bras pendant au moins un quart de leur temps de travail. En outre, 52,0% des Genevoises et 59,7% des Genevois indiquent devoir rester en position debout au travail, contre respectivement 66,7% et 69,9% des Suissesses et des Suisses.

Les charges physiques affectent aussi de nombreuses personnes au travail: à Genève, elles sont 42,7% à indiquer des positions douloureuses ou fatigantes (41,4% pour les femmes et 44,0% pour les hommes), 29,5% à soulever ou déplacer de lourdes charges (22,1% pour les femmes et 36,5% pour les hommes) et 9,1% à soulever ou déplacer des personnes (9,6% pour les femmes et 8,6% pour les hommes). Ces valeurs sont légèrement inférieures à la moyenne suisse mais de façon non significative. Les risques liés à l'environnement de travail sont plus marginaux mais concernent tout de même une part non négligeable des personnes actives occupées à Genève – entre 27,2% (bruit fort) et 13,0% (fumée secondaire du tabac) tous sexes confondus.

Les risques physiques au travail sont plus souvent mentionnés par les hommes que les femmes: dans le canton de Genève, c'est particulièrement vrai pour le bruit fort (36,1% contre 17,8%), les vibrations (26,0% contre 11,5%) et le déplacement de lourdes charges (36,5% contre 22,1%). Le fait de déplacer et soulever des personnes fait office d'exception puisqu'il concerne davantage de femmes[3] et s'explique en partie par le fait que les femmes sont plus représentées au sein des professions de soins.

Existence d'un gradient des risques physiques selon le niveau de formation

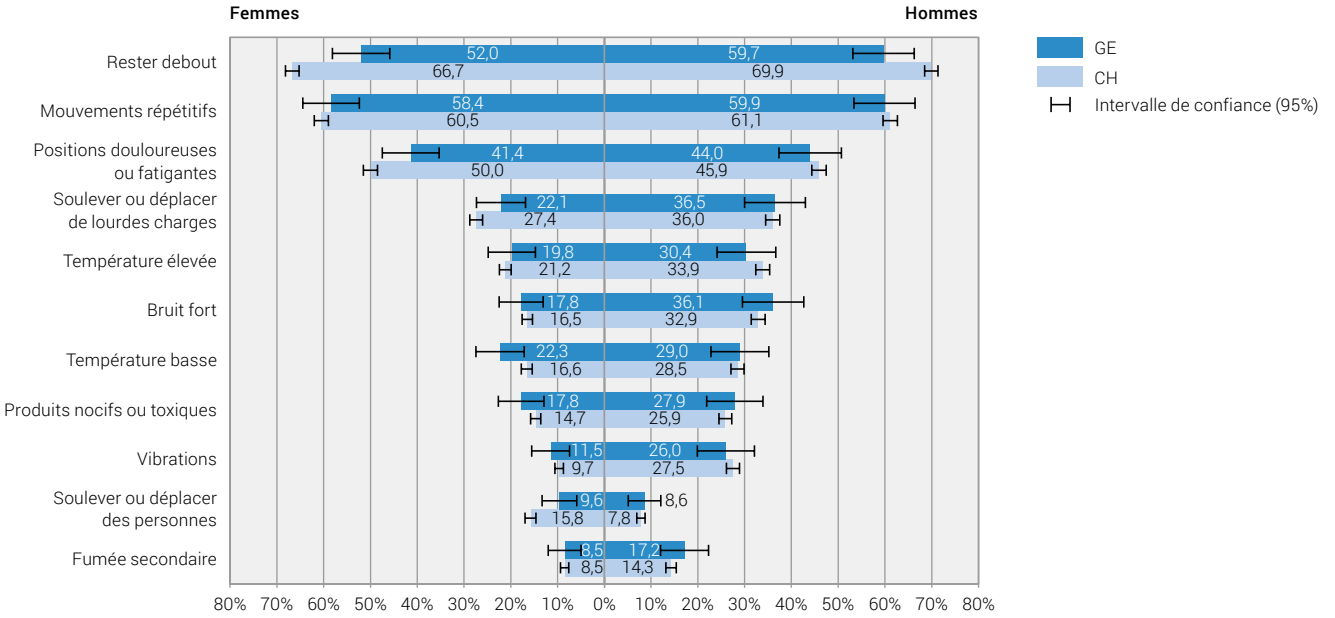
Le graphique 4.5 prolonge, pour le canton de Genève, l'étude des risques physiques en analysant le nombre de risques différents auxquels une même personne est exposée pendant au moins un quart de son temps de travail en fonction de trois caractéristiques sociodémographiques. L'indicateur utilisé est identique à celui présenté dans des enquêtes internationales (Eurofound, 2012) et réunit neuf des onze risques physiques présentés précédemment[4]. Il ressort tout d'abord que moins de 20% de la population active n'est soumis à aucun risque physique, près d'un tiers subit un ou deux risques et un peu moins de la moitié est confronté à trois risques ou plus. Les questions sur les risques physiques ayant été posées pour la première fois dans l'enquête suisse sur la santé en 2012, il n'est pas possible d'en suivre l'évolution sur le temps long, mais les valeurs 2017 sont similaires à celles de 2012 (Annexe TA-4.2). Au niveau de l'âge, les personnes de 15 à 34 ans tendent à être plus souvent exposées à trois risques physiques et plus (56,3%) que les personnes plus âgées (46,5% pour les 35–49 ans et 42,1% pour les 50–64 ans). Ces écarts ne sont pas significatifs dans le canton mais le sont en moyenne suisse. L'effet de la formation sur l'exposition aux risques physiques ressort clairement: dans le canton de Genève, les personnes sans formation post-obligatoire sont nettement plus nombreuses à être affectées par trois risques physiques ou plus (79,3%) que les personnes détenant un diplôme de degré secondaire II (59,6%), qui sont elles-mêmes plus exposées que les personnes ayant achevé une formation universitaire (28,4%). Enfin, des différences importantes apparaissent dans la distribution des risques selon

[2] Les actifs occupés comprennent les personnes qui, au cours de la semaine de référence, ont travaillé au moins une heure contre rémunération ou qui, bien que temporairement absentes de leur travail (absence pour cause de maladie, de vacances, de congé de maternité, de service militaire, etc.), avaient un emploi en tant que salarié ou indépendant ou qui ont travaillé dans l'entreprise familiale sans être rémunérée. Les personnes actives occupées et les chômeurs constituent la population active (site internet de l'OFS: définition des personnes actives occupées).

[3] En moyenne Suisse, les positions douloureuses ou fatigantes concernent davantage de femmes (50,0%) que d'hommes (45,9%).

[4] Les variables «soulever ou déplacer des personnes» et «fumée secondaire» n'ont pas été utilisées pour cet indicateur. Précisons en outre que la définition de la population active peut varier entre les études.

Risques physiques au travail, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, en 2017
(personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.4**

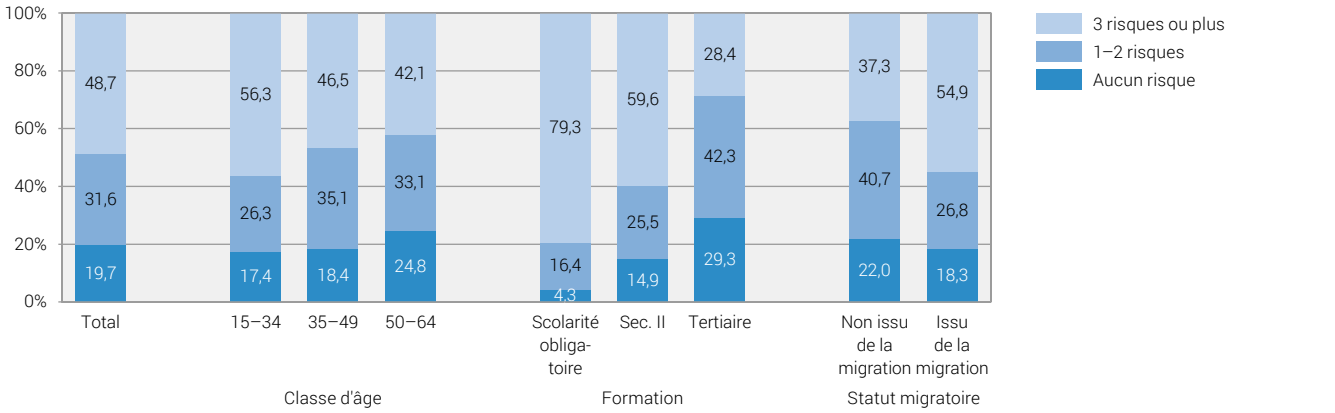


n=537 (GE), n=11 478 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Risques physiques au travail, selon l'âge, la formation et le statut migratoire, canton de Genève, en 2017
(personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.5**



n= 544

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

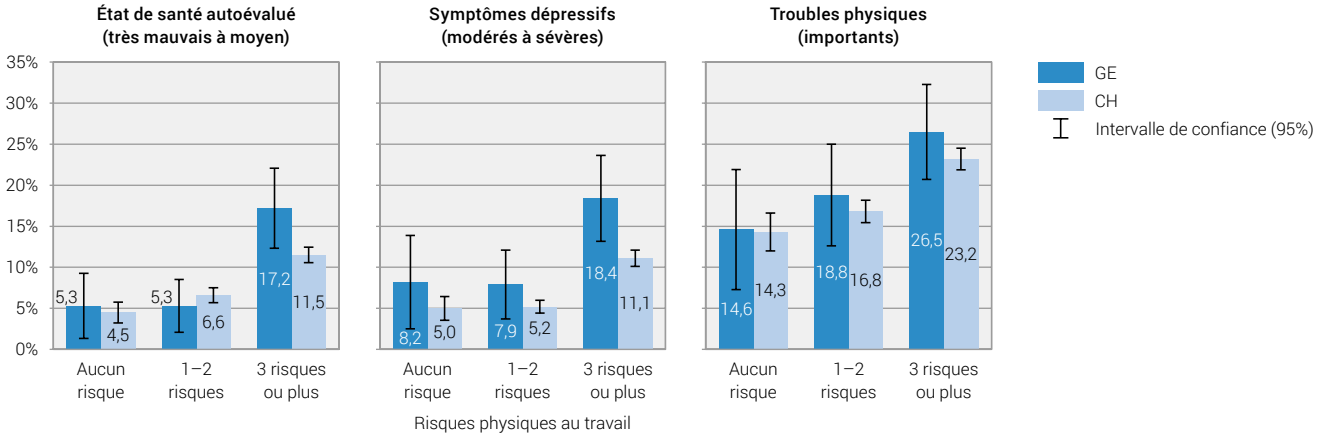
© Obsan 2020

le statut migratoire. Bien que les personnes non issues de la migration soient plus souvent exposées à un ou deux risques physiques que celles issues de la migration (40,7% contre 26,8%), les personnes issues de la migration sont davantage confrontées à des situations extrêmes avec trois risques physiques ou plus (54,9%) que celles non issues de la migration (37,3%). Il est intéressant de mentionner que parmi les personnes issues de la migration, aucune différence n'apparaît dans les risques entre la première et la deuxième génération (données non montrées).

Les risques physiques ont une influence négative sur la santé

Comme l'illustre le graphique 4.6, les risques physiques au travail peuvent être associés à des problèmes de santé, que ce soit pour la santé autoévaluée, les symptômes dépressifs et les troubles

Indicateurs de santé, selon les risques physiques au travail, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.6**

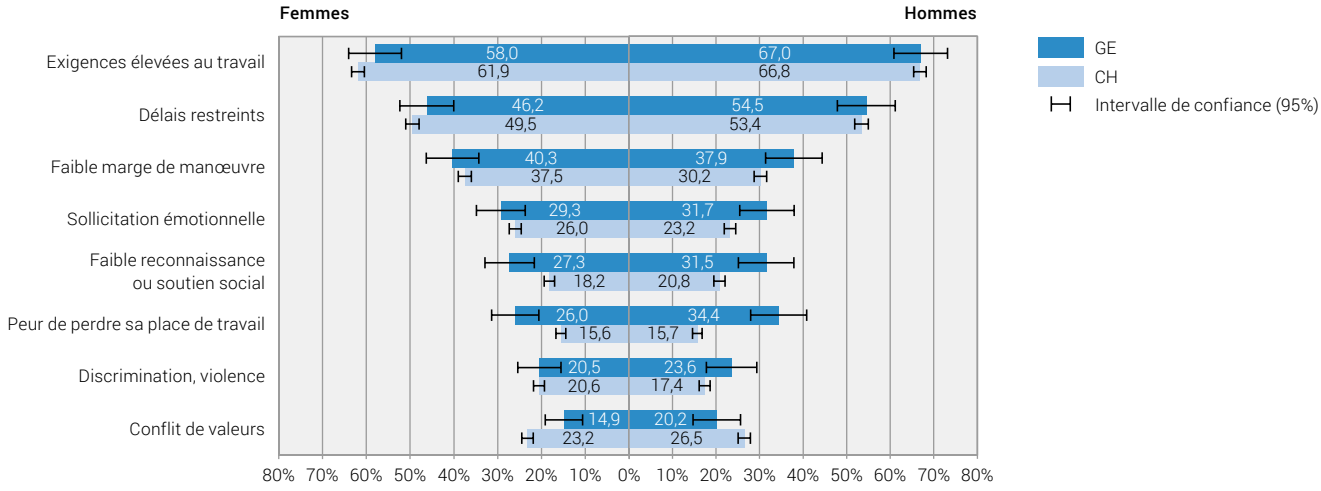


santé: n=543 (GE), n=11 643 (CH); dépression: n=538 (GE), n=11 505 (CH); troubles physiques: n=513 (GE), n=11 007 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Risques psychosociaux au travail, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.7**



n=538 (GE), n=11 593 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

physiques[5]. On observe des tendances similaires entre le canton de Genève et la Suisse, bien que pour le premier, les écarts ne soient pas toujours statistiquement significatifs. Pour les indicateurs sélectionnés, un effet de seuil apparaît et c'est lorsqu'on est exposé à trois risques physiques ou plus que les problèmes de santé sont beaucoup plus fréquents. Ainsi à Genève, 17,2% des personnes exposées à au moins trois risques physiques présentent un état de santé entre très mauvais et moyen, contre 5,3% pour celles exposées à zéro, un ou deux risques. Pour les symptômes dépressifs modérés à sévères, ces proportions passent respectivement de 18,4% à environ 8%. Concernant les troubles physiques, la relation avec les risques au travail est plus graduelle: 14,6% des travailleurs qui ne sont affectés par aucun risque physique au travail ont des troubles physiques importants, contre 18,8% pour ceux affectés par un à deux risques et 26,5% pour ceux affectés par trois risques ou plus. Il est encore intéressant de relever que les risques physiques au travail sont associés de façon significative avec les troubles du sommeil: à Genève, ils concernent 26,3% des personnes qui ont aucun risque physique au travail, 31,8% de celles exposées à un ou deux risques, et 45,9% de celles exposées à trois risques ou plus (données non montrées).

[5] Voir aussi l'encadré 4.1 qui met notamment en relation les risques physiques au travail et les troubles physiques avec le domaine d'emploi, le taux d'activité et la taille de l'entreprise.

4.2.2 Risques psychosociaux

Les risques psychosociaux, qui font référence aux interactions entre les êtres humains et au rapport que les individus entretiennent avec leur travail (conditions et organisation du travail notamment), touchent une large proportion de la population active. Dans cette partie, huit risques psychosociaux au travail sont présentés. Ils sont illustrés dans le graphique 4.7, qui distingue en outre ces risques selon le sexe.

Les deux risques psychosociaux au travail les plus cités sont des exigences élevées (devoir penser à trop de choses, devoir interrompre des tâches, recevoir des ordres contradictoires, se dépêcher, avoir des difficultés à concilier les obligations familiales avec le travail) et des délais restreints (délais courts et cadence de travail élevée). Dans le canton de Genève, ces deux risques sont évoqués par 62,6% (58,0% des femmes contre 67,0% des hommes) et 50,5% (46,2% des femmes contre 54,5% des hommes) de la population active occupée et ne se distinguent pas significativement de la moyenne helvétique. En revanche, on peut relever une différence entre les sexes puisque ces risques psychosociaux touchent sensiblement plus les hommes que les femmes.

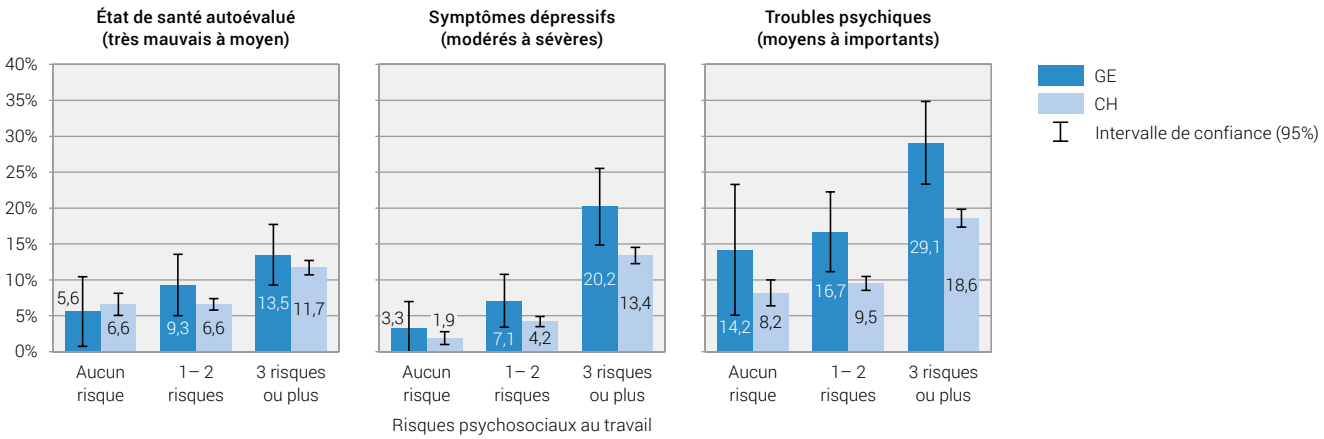
Une faible marge de manœuvre dans son travail est le troisième risque psychosocial le plus important et concerne 39,1% de la population active à Genève, mais cette fois légèrement plus de femmes (40,3%) que d'hommes (37,9%). Les sollicitations émotionnelles (par exemple vivre des tensions avec un public ou avoir un travail qui requiert de cacher ses émotions), une faible reconnaissance ou soutien social, ainsi que la peur de perdre son emploi arrivent ensuite et touchent environ 30% des Genevoises et Genevois. Il est intéressant de noter que ces trois risques sont supérieurs dans le canton de Genève par rapport à la moyenne suisse. L'écart est particulièrement marqué pour la peur de perdre son travail: elle est mentionnée par 26,0% et 34,4% des travailleuses et travailleurs à Genève, contre respectivement 15,6% et 15,7% en Suisse. Elle est aussi en nette augmentation dans le temps puisque ce risque fluctuait dans le canton entre 14,2% et 21,1% entre 2002 et 2012 (données non montrées). La violence et la discrimination ainsi que les conflits de valeurs sont les deux derniers risques psychosociaux présentés ici et concernent néanmoins une part non négligeable de la population active occupée du canton (22,1% et 17,6%).

En analysant le cumul de ces huit charges psychosociales au travail, seule 11,6% de la population active occupée à Genève n'est soumise à aucun risque, 36,6% est exposée à un ou deux risques et plus de la moitié (51,8%) à trois risques ou plus (Annexe TA-4.3). Des différences significatives apparaissent en fonction de l'âge, de la formation et du statut migratoire, mais uniquement à l'échelle nationale. Les charges psychosociales tendent en effet à diminuer avec l'âge et avec le niveau de formation, alors que les personnes issues de la migration sont plus exposées que celles non issues de la migration.

Effets négatifs de nombreux risques psychosociaux sur la santé

Le graphique 4.8 met en relation les risques psychosociaux avec trois indicateurs de santé (la santé autoévaluée, les symptômes dépressifs et les troubles psychiques)[6], et il en ressort une baisse progressive de l'état de santé lorsque le nombre de risques psychosociaux au travail augmente. Ainsi, à Genève, 5,6% de la population active occupée soumise à aucun risque psychosocial situe son état de santé entre moyen et très mauvais. Cette proportion augmente à 9,3% pour la population exposée à un ou deux risques, et à 13,5% pour celle exposée à trois risques ou plus. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives

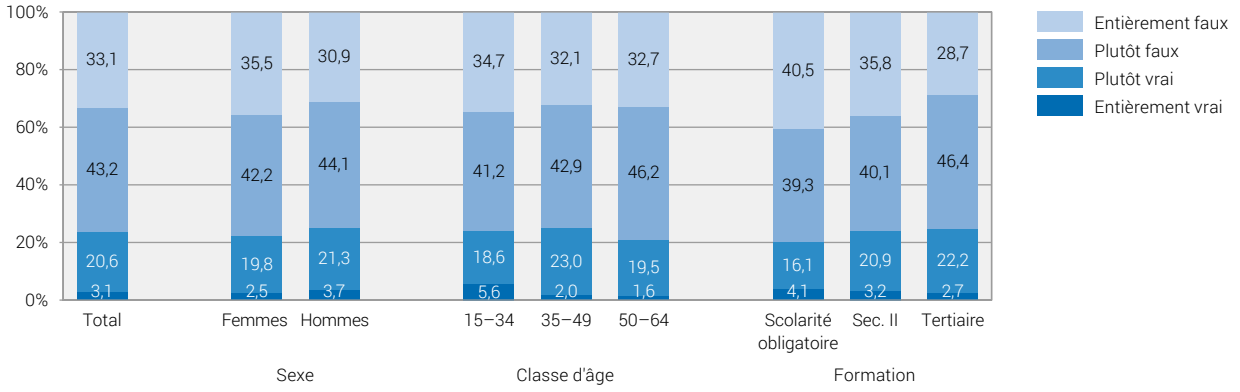
Indicateurs de santé, selon les risques psychosociaux au travail, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.8**



santé: n=544 (GE), n=11 717 (CH); dépression: n=539 (GE), n=11 564 (CH); troubles psychiques: n=530 (GE), n=11 619 (CH)

[6] Voir aussi l'encadré 4.1 qui met notamment en relation les risques psychosociaux au travail et les troubles psychiques avec le domaine d'emploi, le taux d'activité et la taille de l'entreprise.

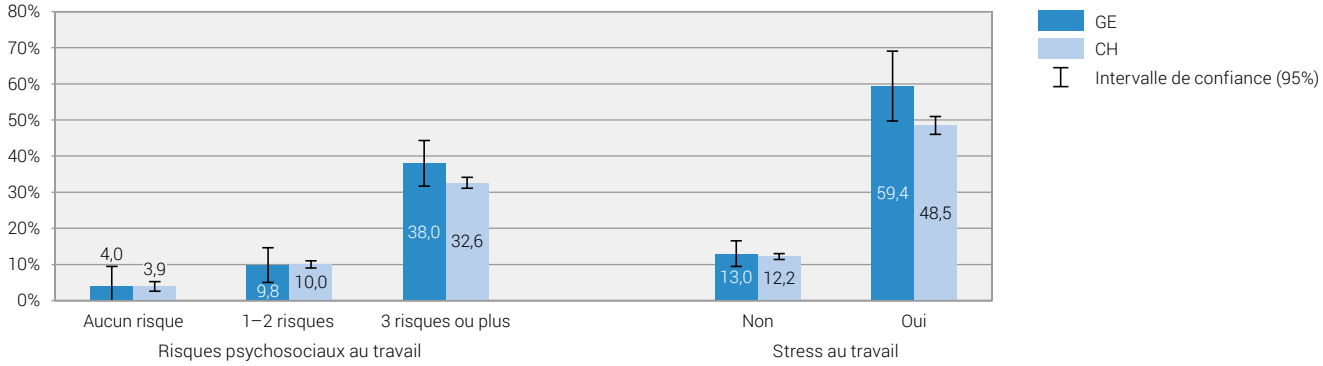
Épuisement émotionnel au travail, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G 4.9**



n=539

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Épuisement émotionnel au travail, selon les risques psychosociaux et le stress, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G 4.10**



n=539 (GE), n=11 605 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

à Genève mais le sont au niveau helvétique. En Suisse, parmi les facteurs de risque psychosociaux présentés plus haut (G 4.7), la peur de perdre son travail, des sollicitations émotionnelles, une faible reconnaissance, de la violence ou discrimination, une faible marge de manœuvre ainsi que des exigences élevées sont significativement associés avec une plus basse santé autoévaluée.

En outre, le fait d'être soumis à trois risques ou plus à son travail augmente de façon importante les symptômes dépressifs (3 risques ou plus: 20,2%; 1 ou 2 risques: 7,1%; aucun risque: 3,3%). En réalité, il apparaît pour la Suisse que chacun des facteurs de risque psychosocial présenté plus haut est significativement lié à la présence de symptômes dépressifs. Concernant les troubles psychiques, on constate à nouveau une forte association entre le nombre de facteurs de risque et l'émergence de troubles (3 risques ou plus: 29,1%; 1 ou 2 risques: 16,7%; aucun risque: 14,2%). Et c'est à nouveau la quasi-totalité des facteurs de risque – à l'exception du conflit de valeur et des délais restreints – qui sont séparément et individuellement associés avec la présence de troubles psychiques moyens ou importants.

4.2.3 Épuisement émotionnel (burnout)

Contrairement à la dépression, le burnout n'est pas une maladie officiellement reconnue et ne bénéficie pas d'une définition unanime. Les différentes définitions mentionnent toutes une fatigue marquée durant plusieurs mois et un sentiment d'épuisement physique et moral, dont une trop grande sollicitation professionnelle serait une des causes. Depuis 2012, l'ESS interroge les répondants sur un état de vide émotionnel au travail[7] qui peut dans une certaine mesure rendre compte du burnout ou des risques de le connaître. Les résultats pour le canton de Genève sont présentés au graphique 4.9 en fonction du sexe, de l'âge et du niveau de formation.

[7] Les répondants devaient évaluer l'affirmation suivante: «dans mon travail, j'ai de plus en plus souvent le sentiment d'être vidé émotionnellement».

L'épuisement émotionnel n'est pas lié au niveau de formation mais dépend fortement de l'environnement de travail

Dans le canton, 3,1% des actifs occupés se déclarent en état de vide émotionnel mais ils sont également 20,6% à être plutôt d'accord avec cette définition. C'est légèrement plus qu'en moyenne suisse (2,5% et 17,3%) mais de façon non significative. Le graphique 4.9 fait ressortir de légères variations du niveau d'épuisement émotionnel en fonction des principaux facteurs sociodémographiques à Genève. Or, parmi les personnes qui se reconnaissent dans la définition de l'épuisement émotionnel[8], il n'y a pas différence significative selon ces principaux facteurs sociodémographiques tant à Genève que dans l'ensemble de la

Encadré 4.1: Risques professionnels et état de santé de santé selon les caractéristiques de l'emploi

Le graphique 4.11 montre la proportion de certains troubles de santé et de risques au travail (axe horizontal) en fonction du taux d'activité et de la taille de l'entreprise (axe vertical) parmi les personnes actives occupées en Suisse en 2017. Les risques physiques et psychosociaux qualifient les personnes confrontées à au moins trois risques au travail, les troubles physiques celles ayant des troubles importants, et les problèmes psychiques celles ayant des troubles moyens ou élevés.

De cette visualisation, il ressort tout d'abord que la proportion de personnes confrontées à des risques professionnels (en orange) est bien supérieure à la proportion de personnes touchées par des problèmes de santé (en bleu): les risques professionnels, tant physiques que psychosociaux, fluctuent en effet autour des 50% alors que la prévalence des troubles de santé retenus se situe autour de 18%.

Il apparaît ensuite que l'état de santé (physique et psychique) ne varie que très peu selon la taille de l'entreprise mais que les risques physiques et psychosociaux y sont fortement liés. Ainsi, les risques psychosociaux augmentent avec la taille de l'entreprise (45,2% dans les petites entreprises et 51,3% dans les grandes), alors que les risques physiques diminuent (54,7% dans les petites entreprises et 49,0% dans les grandes entreprises).

Concernant le taux d'activité, les facteurs de risque professionnels physiques et psychosociaux sont plus marqués parmi les personnes travaillant à temps plein que celles à temps partiel (risques physiques 55,2% contre 46,0%, risques psychosociaux 49,0% contre 41,3%). Or, les troubles physiques et les problèmes psychiques sont plus importants chez les personnes à temps partiel que celles à plein temps. Ce résultat peut s'expliquer par une causalité inverse: ce n'est pas le fait de travailler à temps partiel qui affecte la santé, mais les personnes en mauvaise santé qui travaillent plus souvent à temps partiel.

Les quatre graphiques de type radar ci-après (G 4.12) prolongent l'analyse précédente en montrant l'intensité de certains troubles de santé (à gauche) et des risques au travail (à droite) en fonction de la position dans l'entreprise (en haut) et du domaine de l'emploi (en bas) pour l'ensemble de la Suisse en 2017. Les risques professionnels et les indicateurs de l'état de santé sont mesurés de la même façon que plus haut mais, afin d'avoir une échelle comparable, les graphiques proposent des valeurs indicées qui reflètent un certain niveau de risque ou de prévalence (pour la position: 100=directeurs et cadres de directions; pour le domaine: 100=management, administration, banque, assurances et justice).

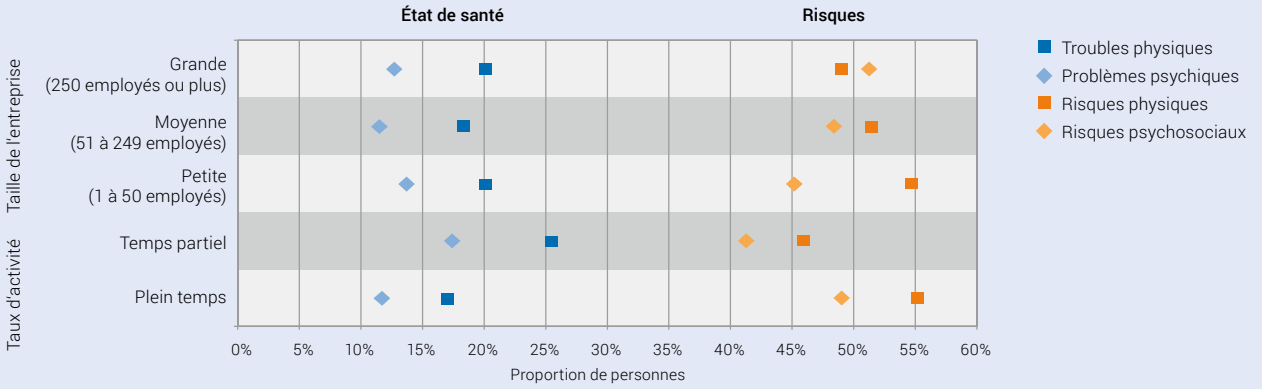
Pour chaque domaine ou position dans l'emploi, les courbes du graphique 4.12 indiquent l'intensité relative de troubles ou de risques pour la santé. Par exemple, dans le graphique en haut à gauche, la catégorie «autres professions» qui comprend principalement des professions manuelles (ouvriers qualifiés, ouvriers de l'assemblage, professions élémentaires, etc.) est, avec un indice de 158, environ 1,58 fois plus exposée aux problèmes psychiques que les directeurs (indice 100). Dans le graphique en haut à droite, le lecteur peut constater que les risques professionnels physiques sont trois fois supérieurs pour la catégorie «autres» que pour les directeurs (indice 299) et que les risques psychosociaux sont équivalents (indice 100). Dans l'ensemble, les graphiques illustrent l'assise de la prévalence des certains maux et risques professionnels en fonction du type d'emploi (position et domaine).

Globalement, il y a en Suisse plus d'écarts – tant dans les risques professionnels que concernant l'état de santé – entre les positions dans la profession qu'entre les domaines d'emploi. Certaines positions cumulent de forts taux de troubles physiques et de problèmes psychiques, comme les employés de type administratif ou le personnel des services (indices supérieurs à 150); d'autres sont légèrement moins affectées comme les professions intermédiaires (indices 130 et 146), alors que les professions intellectuelles et scientifiques ont un niveau relativement proche des directeurs (indices 118 et 116). Il n'y a que la catégorie «autres professions» qui présente une prévalence des problèmes psychiques largement supérieure aux troubles physiques (indices 112 et 158). Il est encore intéressant de noter une certaine déconnection entre les risques psychosociaux encourus et l'état de santé affiché. Par exemple, les employés de type administratif ne sont que peu affectés par des risques psychosociaux (indice de 83), alors que leurs problèmes psychiques sont relativement importants (indice de 154).

Concernant les domaines d'emploi, à l'exception de l'hôtellerie et la restauration qui présentent un indice de problèmes psychiques de 160, les différences d'état de santé et les risques professionnels psychosociaux sont similaires entre domaines. Les risques physiques sont quant à eux modestes dans la plupart des domaines sauf dans l'agriculture, l'industrie et la construction ainsi que dans l'hôtellerie et la restauration où ils sont très généralisés.

[8] C'est-à-dire les personnes qui ont déclaré «plutôt vrai» ou «entièrement vrai».

Risques professionnels et problèmes de santé, selon la taille de l'entreprise et le taux d'activité, Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G 4.11**



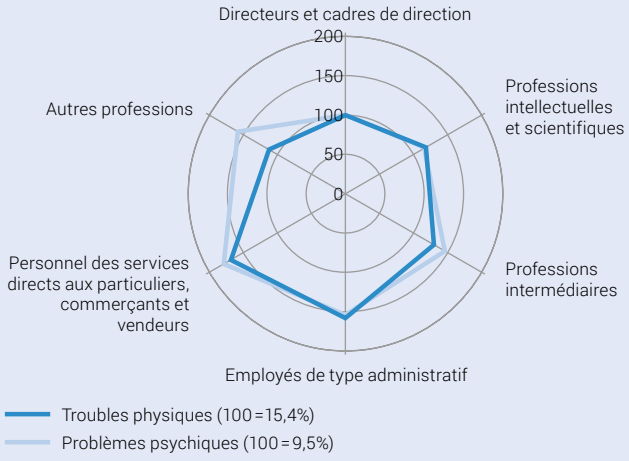
taille de l'entreprise: n = 9 445; taux d'activité: n = 11 031

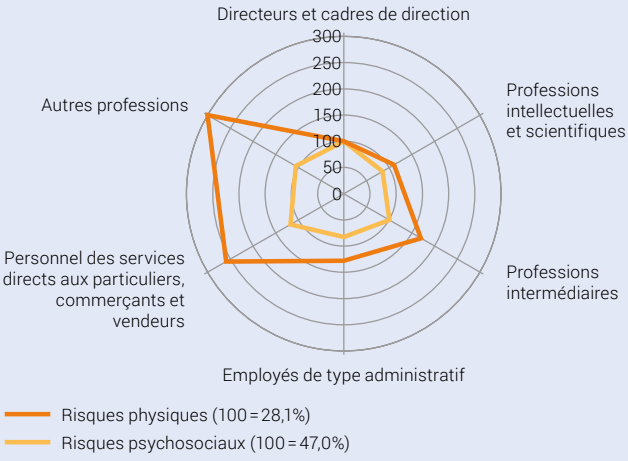
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

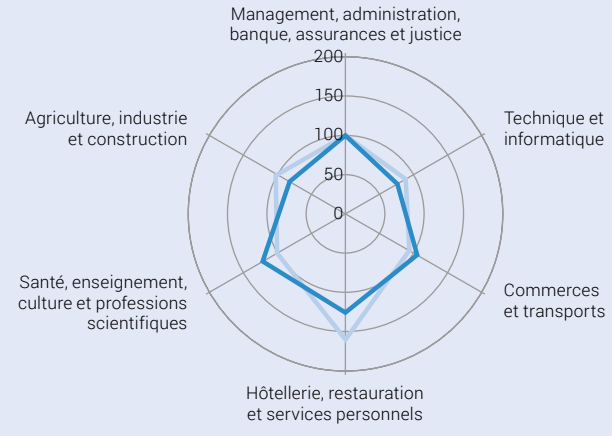
Risques professionnels et problèmes de santé, selon la position dans la profession et le domaine d'emploi, Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G 4.12**

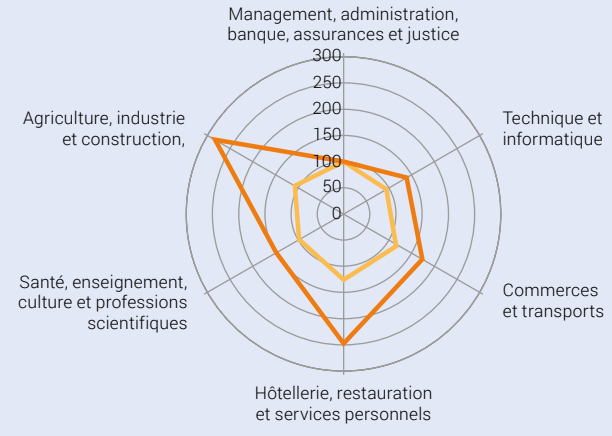
Position





Domaine



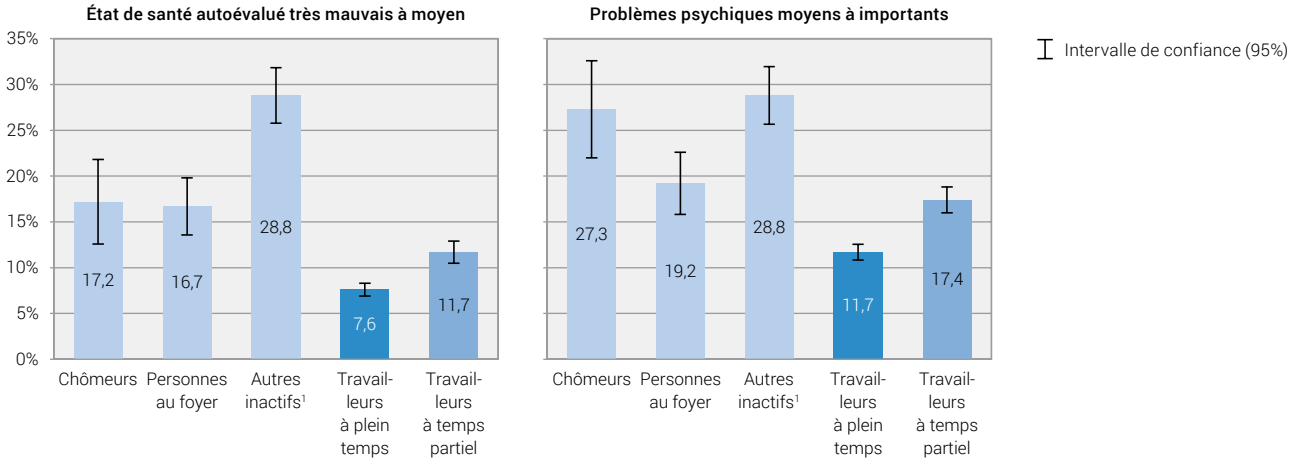


position: n = 11 025; domaine: n = 10 766

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Indicateurs de santé, selon le statut d'activité, Suisse, en 2017 (personnes de 15–64 ans) **G 4.13**



1 autres inactifs: en formation, invalide, militaire/civiliste, autres

santé autoévalulée: n=14 292; troubles psychiques: n=10 681

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Suisse (voir l'annexe TA-4.4 qui montre que deux variables font exception: les personnes issues de la migration sont significativement plus affectées par l'épuisement émotionnel, tout comme celles vivant dans un ménage d'une personne.). Ce résultat est révélateur de la complexité du phénomène, dont l'origine se trouve plus dans l'environnement de travail et les caractéristiques personnelles que dans la stratification sociale.

Le graphique 4.10 met en relation les risques psychosociaux présentés à la section 4.2.2 avec l'épuisement émotionnel[9] dans le canton de Genève et en Suisse. Il fait ressortir qu'un cumul de plusieurs risques psychosociaux favorisent l'épuisement émotionnel: à Genève 38,3% des personnes exposées à au moins trois risques psychosociaux au travail se reconnaissent, du moins partiellement, dans un état de vide émotionnel. Cette proportion est de 7,9% parmi les personnes exposées à un ou deux risques et de 4,0% parmi celles exposées à aucun risque. En fait, chacun des facteurs de risque psychosociaux présentés plus haut est significativement associé avec l'épuisement émotionnel (données non montrées). Par ailleurs, le stress qui peut aussi être une conséquence de pressions psychosociales – et dont la prévalence est de 23,4% parmi les travailleuses et travailleurs genevois – apparaît comme un facteur déterminant de l'épuisement émotionnel. L'épuisement émotionnel concerne en effet 59,4% des personnes stressées au travail mais ne touche que de 13,0% de celles qui ne mentionnent pas le stress (G 4.10).

[9] Sont considérées ici comme épuisées émotionnellement les personnes qui ont catégorisé comme «plutôt vrai» ou «entièrement vrai» leur sentiment de vide émotionnel.

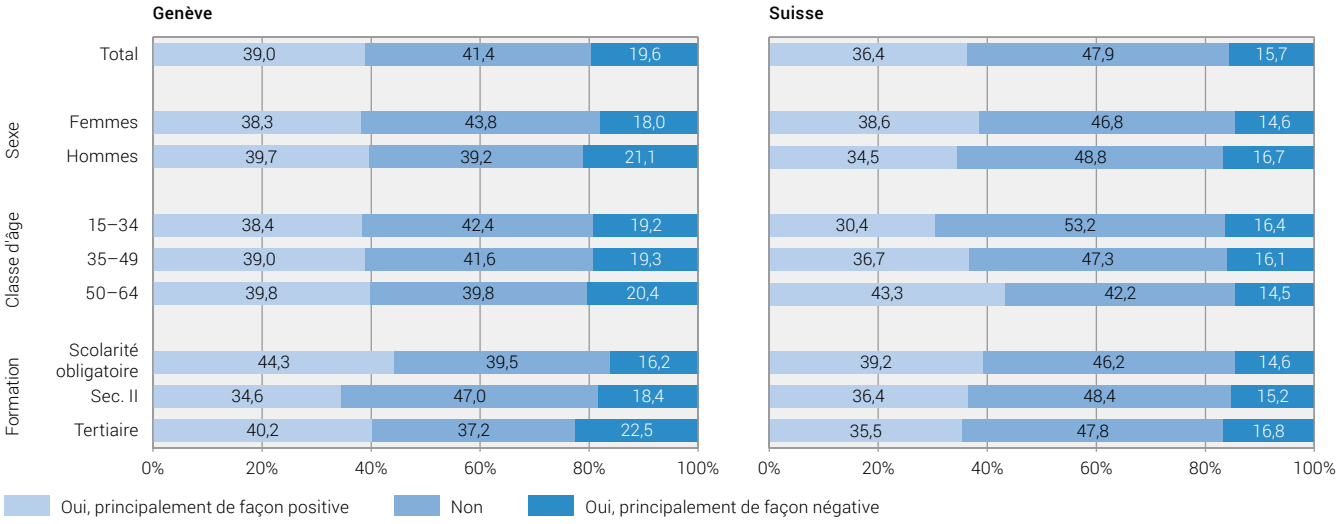
4.2.4 Influence du travail sur la santé

Comme l'ont montré les sections 4.2.1 et 4.2.2, l'activité professionnelle est associée avec divers risques physiques et psychosociaux découlant des tâches effectuées, mais l'emploi est aussi une ressource ayant des effets positifs sur la santé. Différentes études ont en effet montré que les personnes au chômage ou les inactifs ont davantage de problèmes de santé que celles actives professionnellement (Blasco et Brodaty, 2016; Cambois et al., 2015; Kim et von Dem Knesebeck, 2016). Les données de l'ESS 2017 confirment cette constatation pour la Suisse (G 4.13). La population active âgée de 15–64 ans travaillant à plein ou à temps partiel déclare en moyenne un meilleur état de santé et est affectée par moins de problèmes psychiques que les inactifs, les personnes au foyer ou les chômeurs.

Le graphique 4.14 illustre l'influence du travail pour différentes caractéristiques sociodémographiques à Genève et en Suisse. Pour la population active occupée dans son ensemble, à la question de l'influence du travail sur la santé, à Genève 39,0% indiquent qu'il a une influence positive, 41,4% qu'il n'a pas d'influence, et 19,6% que son influence est négative. Ces chiffres sont légèrement plus polarisés qu'en moyenne suisse où moins de personnes ressentent un impact positif (36,4%) ou négatif (15,7%) du travail.

Concernant les facteurs individuels, les tendances sont différentes entre le canton du bout du lac et l'ensemble du pays mais, en raison des faibles effectifs, les écarts entre groupes ne sont pas significatifs à Genève. Relevons néanmoins que les hommes sont plus nombreux à mentionner une influence négative du travail que les femmes (21,1% contre 18,0%), qu'il n'y a pas de différence entre les classes d'âge – une plus forte influence positive du travail apparaît en revanche au niveau Suisse avec l'augmentation de l'âge – et que l'influence négative du travail croît avec des études plus longues (16,2% pour l'obligatoire, 18,4% pour le secondaire II et 22,5% pour le tertiaire). Par rapport à 2012,

Impact du travail sur la santé, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.14**

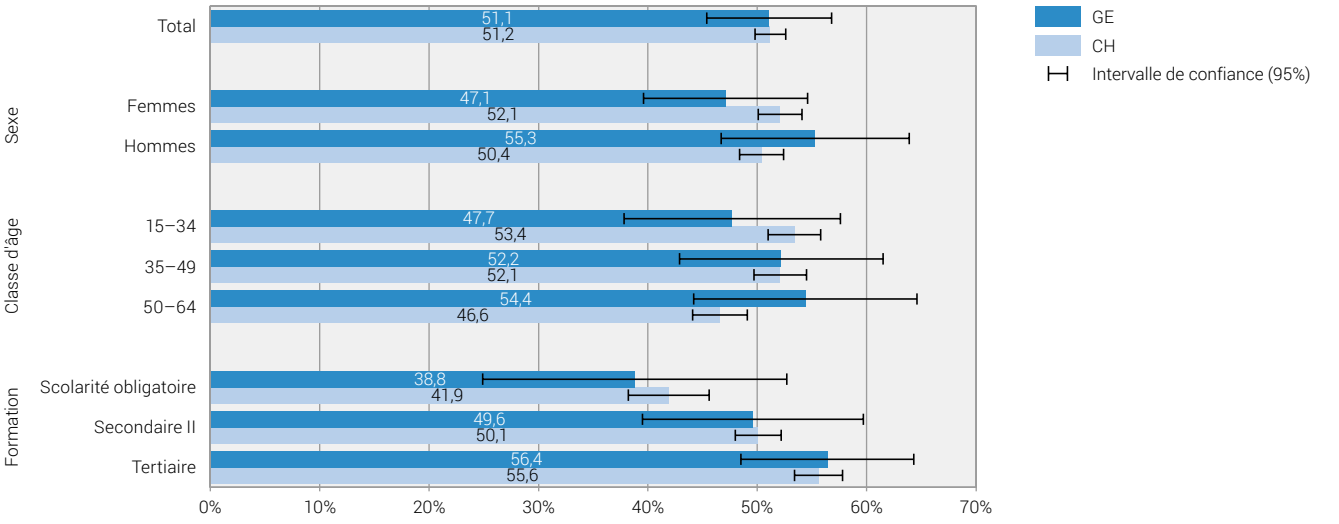


n=656 (GE), n=13 481 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Personnes allées travailler en étant malades, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes actives occupées 15–64 ans) **G4.15**



n=341 (GE), n=6 963 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

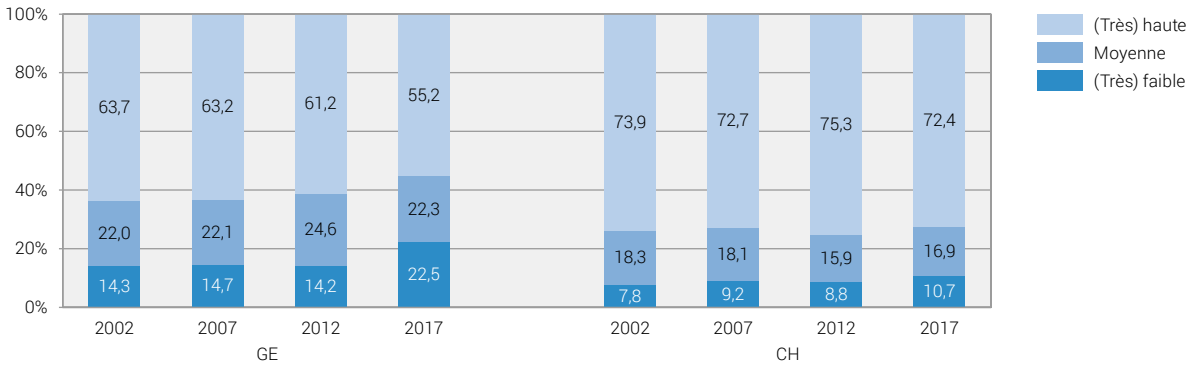
© Obsan 2020

lorsque ces données ont été récoltées pour la première fois, 2017 est caractérisée à la fois par une augmentation de l'influence positive (6,5 points de pourcentage) et négative (5,0 points de pourcentage) du travail sur la santé; c'est donc la proportion de personnes qui ne déclarent pas d'influence du travail sur la santé qui diminue. Au niveau Suisse, la tendance est plus préoccupante, puisqu'on constate une baisse de l'influence positive du travail de 8,5 points et une augmentation de 5,1 points de l'influence négative (annexe TA-4.5).

Plus de la moitié de la population genevoise s'est rendue au travail en étant malade

En 2017 pour la première fois, l'ESS interroge les répondants sur le fait d'être allé travailler en étant malade lors des douze mois précédant l'enquête. Le graphique 4.15 et l'annexe TA-4.6 décryptent ces comportements pour le canton de Genève et la Suisse parmi les actifs occupés qui sont tombés malades durant

Satisfaction général au travail, canton de Genève et Suisse, de 2002 à 2017
(personnes actives occupées 15–64 ans) **G 4.16**



2002: n=394 (GE), n=7 953 (CH); 2007: n=371 (GE), n=7 529 (CH); 2012: n=468 (GE), n=10 629 (CH); 2017: n=534 (GE), n=11 372 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

les douze derniers mois. Il en ressort en premier lieu que plus de la moitié de la population genevoise et suisse s'est rendue au travail en étant malade. Dans le canton, ce phénomène concerne moins de femmes que d'hommes (47,1% contre 55,3% mais la différence n'est pas significative) alors qu'en moyenne suisse les écarts entre sexes sont marginaux. À Genève, si les personnes plus âgées sont en proportion légèrement plus nombreuses à se rendre au travail en étant malade, à l'échelle nationale on peut observer une diminution avec l'âge. Enfin, concernant le niveau de formation, les personnes ayant achevé une formation tertiaire vont plus souvent travailler en étant malades que celles du secondaire, qui elles-mêmes s'y rendent davantage que les personnes ayant suivi la scolarité obligatoire. Ces différences sont significatives au niveau suisse avec respectivement 55,6%, 50,1% et 41,9%.

4.2.5 Satisfaction dans la vie professionnelle

Du fait de la place centrale du travail dans la société helvétique, la satisfaction concernant la vie professionnelle est une question fondamentale. En 2017, le niveau de satisfaction au travail[10] est sensiblement plus bas dans le canton de Genève qu'en moyenne helvétique: la proportion d'individus affichant une faible à très faible satisfaction est de 22,5% dans le canton de Genève contre 10,7% en Suisse, alors que ceux ayant une haute à très haute satisfaction sont 55,2% dans le canton et 72,4% en Suisse (G 4.16).

La satisfaction du travail est en recul dans le canton de Genève

En moyenne suisse, le niveau de satisfaction fluctue légèrement d'une année à l'autre mais est tendanciellement en baisse, en particulier en raison de l'augmentation de près de trois points de pourcentage de la faible à très faible satisfaction (de 7,8% en 2002 à 10,7% en 2017). Or, dans le canton de Genève, la baisse de la satisfaction au travail est bien plus accentuée: la proportion d'actifs occupés ayant une haute à très haute satisfaction se contracte de 8,4 points de pourcentage (63,7% en 2002 à 55,2% en 2017) alors que ceux ayant une faible à très faible satisfaction augmente de 8,2 points de pourcentage (14,3% en 2002 à 22,5% en 2017).

Concernant le lien entre les caractéristiques sociodémographiques et la satisfaction au travail, en raison des faibles effectifs aucun écart significatif n'apparaît dans le canton de Genève. À l'échelle nationale, où on trouve les mêmes tendances, des différences significatives sont notables pour l'âge et la formation (annexe TA-4.7): les personnes plus âgées sont plus satisfaites de leur situation professionnelle (la haute et très haute satisfaction concerne 78,5% des 50 à 64 ans contre seulement 67,0% des 15 à 34 ans) alors que les personnes ayant achevé de plus longues études sont plus satisfaites en moyenne (75,2% des personnes ayant une formation tertiaire ont une haute ou très haute satisfaction contre 66,7% pour celles ayant la scolarité obligatoire).

[10] Contrairement aux précédentes éditions, la satisfaction au travail n'est dans l'ESS 2017 plus déterminée par une seule question mais est construite à partir des réponses à sept différentes variables.

4.3 Résumé

Ce quatrième chapitre traite de l'environnement à la maison et des conditions de travail, et s'intéresse à l'influence possible de ces déterminants sur l'état de santé. Concernant l'habitat, la population genevoise est davantage affectée par des nuisances environnementales que le reste de la Suisse. Ce sont les nuisances sonores qui sont les plus prépondérantes dans le canton et affectent plus de la moitié des résidants. En interprétant les données au niveau suisse, ce chapitre montre une relation statistique entre les nuisances environnementales et un état de santé plus bas. Il ressort notamment que plus le nombre de nuisances environnementales est important, plus les habitants font part d'un bas état de santé, de symptômes dépressifs et de troubles du sommeil.

Concernant la situation dans le monde professionnel, le chapitre montre que la population active occupée du canton est fortement confrontée à des risques physiques et psychosociaux pour la santé, puisqu'environ quatre travailleurs sur cinq sont affectés par un ou plusieurs risques physiques et près de neuf sur dix par un ou plusieurs risques psychosociaux. Si les risques physiques concernent davantage des personnes ayant un bas niveau de formation, ce lien est moins clair pour les risques psychosociaux. Il demeure que ces facteurs de risque au travail apparaissent comme des déterminants d'une santé plus fragile. Il ressort par ailleurs que plus d'un travailleur sur deux ayant été malade durant l'année s'est rendu au travail en étant malade. Et, si 55,2% des actifs occupés à Genève ont une haute ou très haute satisfaction au travail, cette proportion est plus faible que la moyenne nationale (72,4%) et connaît une baisse importante depuis 2012 (61,2%). Relevons néanmoins qu'un peu plus de 80% des actifs occupés estiment que le travail a une influence positive ou neutre sur leur santé.

5 Recours aux services de santé

Selon l'OCDE, le système suisse de santé est performant et peut répondre à ses objectifs. En comparaison internationale, la Suisse se classe même parmi les meilleurs élèves quant à la couverture des services médicaux, la disponibilité des médecins et du personnel soignant. Mais cette excellence a son prix et le système suisse de santé est l'un des plus chers du monde. Une conséquence de cette cherté est que le renoncement aux services de santé pour des raisons financières est plus fréquent que dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2011, 2017b).

Ce chapitre décrit l'utilisation des services de santé par la population du canton de Genève et par celle de la Suisse. Il étudie notamment l'influence des caractéristiques individuelles, tels que l'âge, le sexe et l'état de santé, sur l'utilisation des services de santé. Des études antérieures ont déjà démontré que certains groupes – les femmes, les personnes âgées, les malades chroniques, les personnes qui se considèrent en mauvaise santé par exemple – recourent plus souvent à des prestations de santé (Schleiniger et Blöchlinger, 2012; Weaver, 2016). En outre, on dénombre de plus en plus de travaux démontrant une relation entre le statut socio-économique et le recours aux services de santé (Robert Koch Institut, 2017). Ces déterminants du recours aux services de santé, exprimés aux niveaux individuels et contextuels, ont par ailleurs été intégrés dans une approche théorique globale, le modèle comportemental proposé par Ronald Andersen (voir encadré 5.1).

Les données sur l'utilisation des services de santé présentées dans ce chapitre sont issues de l'enquête suisse sur la santé, à l'exception des résultats sur les soins de longue durée en

Encadré 5.1 : Le modèle comportemental d'Andersen

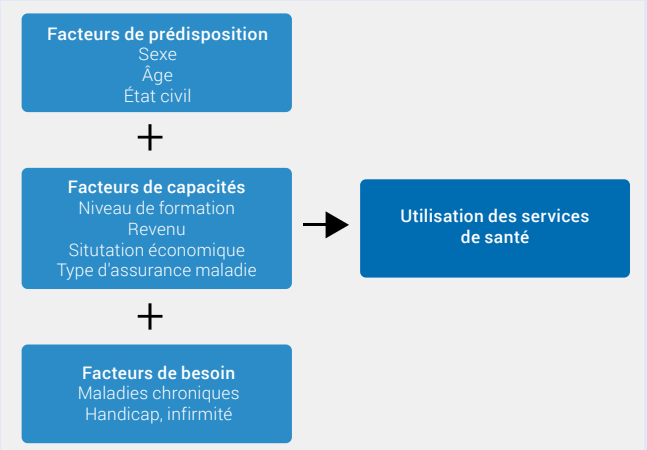
Le modèle comportemental de Ronald Andersen est souvent utilisé pour expliquer l'utilisation des services de santé. Il recense un vaste éventail de facteurs visant à appréhender les déterminants individuels et sociaux susceptibles d'avoir une influence sur l'utilisation des services de santé (G 5.1). Le modèle comporte trois composantes majeurs – les facteurs de prédisposition, les facteurs de capacité et les facteurs de besoin. Ces trois composantes sont déclinées aux niveaux individuel et contextuel (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012).

Facteurs de prédisposition: au niveau individuel, il s'agit de facteurs tels que les variables démographiques (sexe, âge, nationalité, état civil), les caractéristiques sociales (formation, profession) et les convictions personnelles en matière de santé (représentations, valeurs et connaissances sur la santé et les services de santé). Au niveau contextuel, il s'agit de facteurs qui ont une influence sur l'utilisation des services de santé, comme la composition démographique et sociale de la population, les valeurs collectives et culturelles et les perspectives politiques.

Facteurs de capacité: au niveau individuel, cette composante englobe les facteurs financiers (le revenus, le niveau de formation, le type d'assurance, etc.) et organisationnels (la proximité d'un médecin de famille ou d'un spécialiste par exemple). Au niveau contextuel, les facteurs financiers ont notamment trait à la richesse et aux dépenses de santé dans la société et les facteurs organisationnels concernent, entre autres, l'offre et la structure du système de santé.

Facteurs de besoin: au niveau individuel, on distingue entre le besoin subjectif de la personne (état de santé autoévalué, symptômes, etc.) et le besoin objectif en prestations médicales évalué par un professionnel de la santé. Le niveau contextuel comprend tous les facteurs environnementaux qui impliquent un besoin en prestations médicales (par exemple, les atteintes à la santé dues à l'exercice d'une profession ou à la pollution) ainsi que des indicateurs de santé servant à mesurer l'état de santé de la population (espérance de vie, causes de décès, morbidité, etc.).

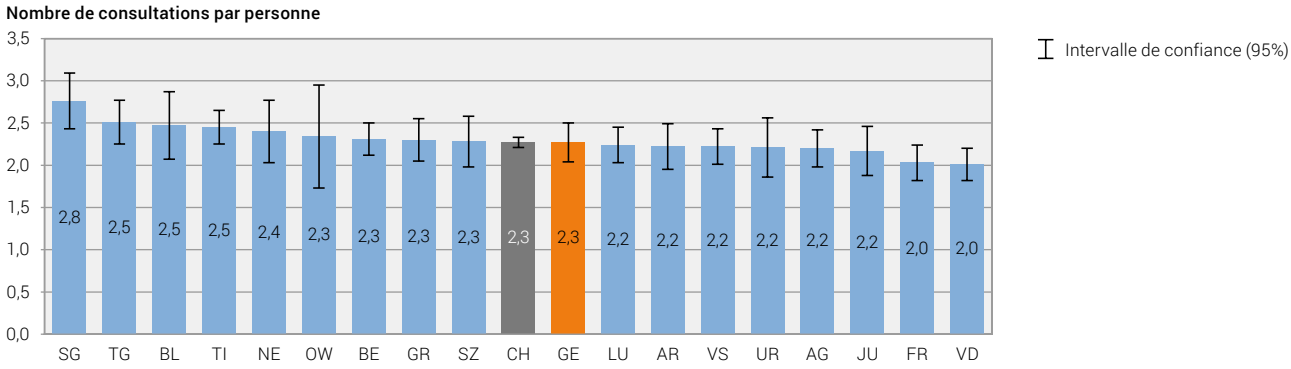
Modèle comportemental de l'utilisation des services de santé **G 5.1**



Sources: Andersen (1995); Kim & Lee (2016)

© Obsan 2020

Consultations chez un médecin de premier recours, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.2**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

établissements médico-sociaux et de la statistique d'aides et de soins à domicile (Spitex). Les résultats tirés de l'ESS mesurent l'utilisation des services de santé en prenant la fenêtre temporelle des douze mois précédant l'enquête.

Les analyses sont présentées séparément pour chacun des services de santé: cabinets médicaux, examens préventifs, médecine complémentaire, prestations hospitalières, soutien à la maison formel et informel, soins de longue durée. La question de savoir si une personne recourt simultanément à plusieurs prestations médicales ne fait pas l'objet de cette étude. Par ailleurs, le chapitre n'approche pas la question de l'offre de soins et s'intéresse uniquement à l'utilisation des services de santé – il se place donc du côté de la demande. Quelques chiffres-clés sur la couverture médicale dans le canton de Genève – densité de médecins, densité de lits d'hôpitaux ou taux d'hospitalisation – figurent néanmoins à la section 1.6.

5.1 Recours aux consultations médicales en cabinet

L'ESS contient diverses informations tant sur le recours aux soins que sur la population n'utilisant pas les services de santé. La première section porte sur les consultations médicales chez un médecin de premier recours. Cette catégorie regroupe les médecins de famille et les médecins généralistes[1]. La seconde section présente les consultations médicales chez d'autres spécialistes et la troisième s'intéresse aux traitements en raison de maladies psychiques.

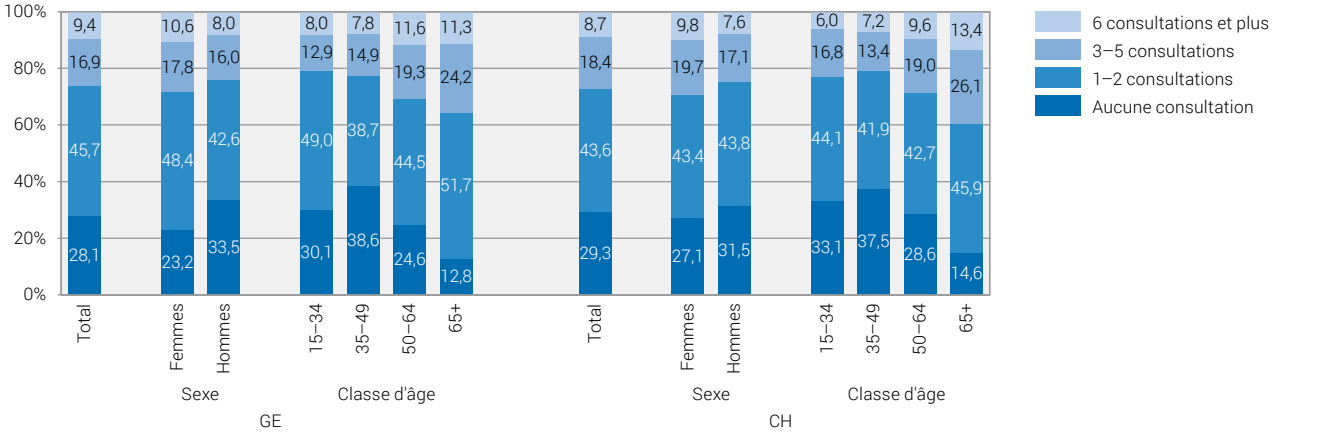
5.1.1 Consultations médicales chez un médecin de premier recours

Le graphique G 5.2 représente le nombre moyen de consultations chez un médecin de premier recours dans les cantons suisses[2]. Les personnes qui n'ont pas consulté un médecin de premier recours au cours des douze mois précédant l'enquête sont également incluses dans le calcul du nombre moyen de consultations. Le canton de Genève, avec 2,27 consultations en moyenne par personne, se situe exactement dans la moyenne nationale. Ce sont les cantons de Vaud et de Fribourg qui connaissent les plus faibles fréquentations (proche de 2,0) alors que St-Gall est largement en tête du classement avec une moyenne de 2,76. Notons que pour Genève, le nombre moyen de consultations n'a pas évolué en cinq ans (moyenne de 2,25 en 2012) alors qu'une baisse significative s'observe pour l'ensemble de la Suisse (moyenne de 2,42 en 2012).

[1] Dans l'enquête suisse sur la santé, les personnes interrogées doivent indiquer si elles se sont rendues chez leur médecin de famille ou chez un autre médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Ces dénominations ne correspondent toutefois pas à la terminologie officielle, mais plutôt au langage courant de tous les jours. Il est par conséquent possible que la catégorie de la médecine de premier recours inclut aussi des médecins spécialistes d'autres disciplines – par exemple un médecin exerçant comme médecin de famille mais spécialisé (uniquement) en rhumatologie.

[2] Seuls les cantons ayant augmenté la taille de l'échantillon de l'ESS sont représentés ici.

Consultation chez un médecin de premier recours, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.3**



n=1 158 (GE), n=21 160 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Quelque 28% de la population du canton n'a pas consulté de médecin de premier recours au cours des douze mois précédant l'enquête

Près de trois quarts des habitants du canton de Genève n'ont pas ou peu consulté de médecin de premier recours au cours des douze derniers mois: 28,1% n'en ont pas consulté du tout et 45,7% ont consulté une à deux fois (G 5.3). Au sein de la population du canton, environ une personne sur six (16,9%) a consulté entre 3 et 5 fois alors qu'un peu moins d'une sur dix (9,4%) a consulté 6 fois ou plus. Ces proportions se retrouvent globalement en moyenne suisse (voir annexe TA-5.1).

Au niveau des caractéristiques individuelles, des différences importantes apparaissent entre les sexes. Il y a en effet bien plus d'hommes que de femmes qui n'ont pas consulté dans l'année (33,5% contre 23,2% à Genève) mais, les différences sont plus tenues lorsque la fréquence des consultations est élevée: à Genève, les proportions pour les femmes et les hommes s'élèvent à 10,6% contre 8,0% pour 6 consultations ou plus (différence non significative).

Le nombre de consultations chez un médecin de premier recours est fortement lié à l'âge: à Genève, seulement 12,8% des 65 ans et plus déclarent ne pas avoir consulté au cours de 12 derniers mois alors que cette proportion monte à 30,1% pour les 15–34 ans et même à 38,6% pour les 35–49 ans. En revanche, la population en âge de la retraite se caractérise plus généralement par un nombre important de consultations chez un médecin de premier recours. En Suisse, on observe les mêmes effets qu'à Genève pour l'âge et pour le sexe.

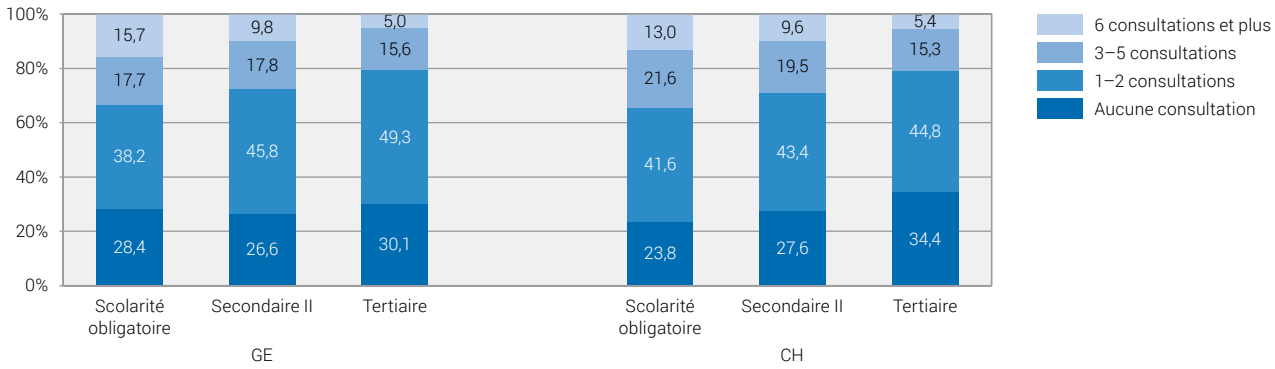
Les personnes les moins bien formées consultent plus leur médecin de premier recours

Le nombre de consultations de médecine de premier recours évolue également en fonction du niveau de formation (G 5.4). Plus le niveau de formation est élevé, moins le recours à un médecin de premier recours est fréquent.

Ainsi, à l'échelon cantonal, les personnes n'ayant pas de formation post-obligatoire sont plus nombreuses à avoir effectué au moins six consultations chez un médecin de premier recours (15,7%) que celles ayant une formation du degré secondaire II (9,8%) ou tertiaire (5,0%). À l'inverse, 30,1% des individus ayant une formation du degré tertiaire n'ont pas consulté de médecins de premier recours, 26,6% pour ceux ayant une formation du secondaire II et 28,4% pour ceux n'ayant pas de formation post-obligatoire. Ces tendances ne sont pas toujours attestées par des différences significatives mais sont confirmées par les résultats au niveau suisse.

La fréquence des consultations chez un médecin de premier recours est évidemment liée à l'état de santé d'un individu. Comme on peut s'y attendre, le nombre de consultations augmente en cas de troubles physiques et de problèmes de santé de longue durée. Ainsi à Genève, 13,1% de la population qui n'a pas ou peu de troubles physiques a consulté au moins trois fois un médecin de premier recours au cours des douze derniers mois, cette proportion passe à 28,3% pour les personnes avec des troubles physiques moyens et à 46,2% pour les personnes avec des troubles physiques importants (G 5.5). Il est tout de même intéressant de relever que parmi les personnes souffrant de troubles physiques importants, plus d'une sur cinq n'a pas consulté de médecin de premier recours durant les douze derniers mois. L'analyse montre également que les personnes avec des problèmes de longue durée consultent bien plus fréquemment un médecin de premier recours que celles qui n'ont pas ces problèmes de santé.

Consultations chez un médecin de premier recours, selon la formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.4**

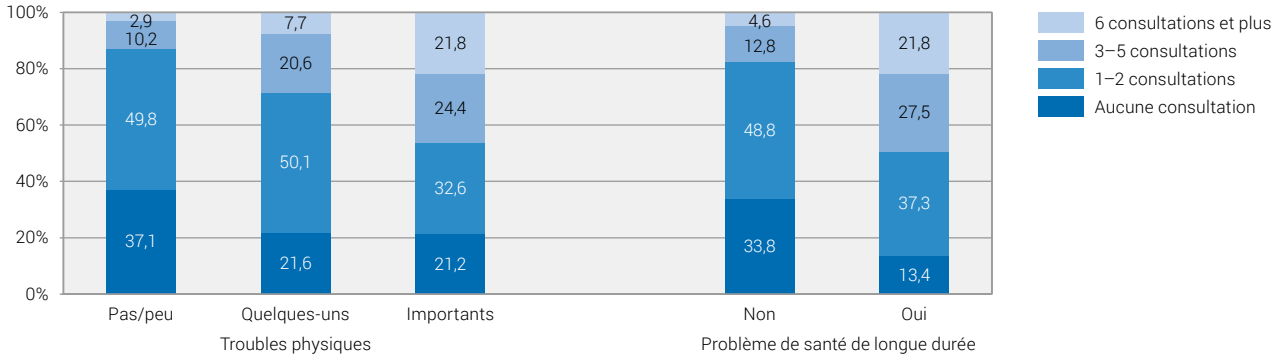


n=1 146 (GE), n=21 103 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consultations chez un médecin de premier recours, selon les troubles physiques et les problèmes de santé de longue durée, canton de Genève, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.5**



troubles physiques: n=1 093; problème de santé de longue durée: n=1 155

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

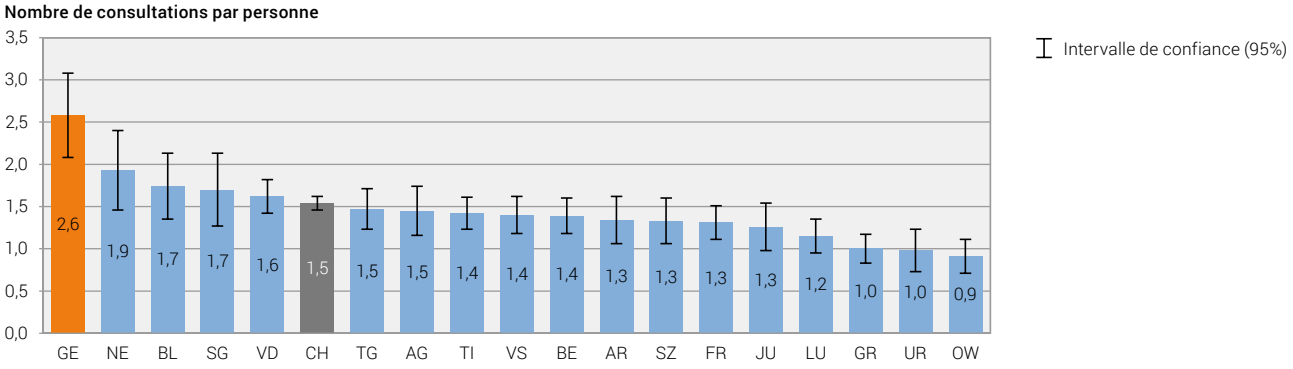
Les graphiques G 5.4 et G 5.5 illustrent à la fois l'importance des caractéristiques individuelles et de l'état de santé des personnes quant à la fréquence des visites chez un médecin de premier recours. Comme les caractéristiques individuelles et l'état de santé sont extrêmement liés (voir chapitre 2), il est délicat de déduire des causalités des analyses descriptives présentées plus haut. Par conséquent, sur la base des données nationales, des analyses multivariées considérant à la fois l'influence des caractéristiques individuelles et de l'état de santé physique ont été menées afin d'expliquer les consultations chez un médecin de premier recours[3]. Ces analyses confirment tout d'abord l'effet prépondérant de la santé physique sur la consultation d'un médecin de premier recours. Elles montrent aussi que les caractéristiques individuelles continuent d'expliquer le fait de consulter un médecin mais de façon moins prononcée. En particulier, lorsque l'on considère l'influence de tous ces facteurs simultanément, il n'y a pas de différences entre femmes et hommes dans le fait de consulter un médecin de premier recours ou non.

5.1.2 Consultations médicales chez un médecin spécialiste

Le terme «médecin spécialiste» utilisé dans cette section englobe tous les médecins en cabinet à l'exception des médecins de premier recours, des gynécologues et des dentistes. Bien que les généralistes et les gynécologues ont également une spécialisation, cette terminologie permet d'alléger le texte et faciliter la compréhension. À nouveau, les personnes qui ne se sont pas rendues chez un médecin spécialiste au cours des douze mois précédant l'enquête sont incluses dans l'analyse.

[3] La variable dépendante des régressions logistiques réalisées est la consultation d'un médecin de premier recours (0 vs 1 consultation ou plus) au cours des douze derniers mois. Les variables indépendantes sont des caractéristiques individuelles (sexe, âge, formation, statut migratoire, type de ménage) et des indicateurs de santé physique (problèmes de santé de longue durée et troubles physiques).

Consultations chez un médecin spécialiste, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.6**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les Genevois consultent bien plus souvent des médecins spécialistes que le reste des Suisses

Le graphique 5.6 représente le nombre moyen de consultations chez les médecins spécialistes entre cantons. Genève se caractérise par le nombre moyen de consultations le plus élevé du pays avec 2,58 consultations par personne au cours des douze derniers mois. Le canton dépasse largement la moyenne helvétique qui se situe à 1,54 consultations par personne et est même largement devant le second du classement, Neuchâtel (1,93 consultations). Obwald, Uri et les Grisons ont les plus faibles valeurs (environ 1 consultation par personne par année).

À Genève, le nombre de consultations de médecins spécialistes dépasse même celui des médecins de premier recours (2,6 contre 2,3 mais la différence n'est pas statistiquement significative). Comme cela a aussi été observé plus haut pour la médecine de premier recours, les femmes se rendent tendanciellement davantage chez des médecins spécialistes que les hommes (2,8 contre 2,4 à Genève) mais la différence entre les sexes n'est significative qu'à l'échelle nationale en raison d'un échantillon plus grand (G 5.7 et annexe TA-5.1). Quant aux consultations gynécologiques, elles sont en moyenne à 1,2 par femme dans le canton (1,1 en Suisse).

Concernant des différences par classes d'âge (G 5.8), il est intéressant de relever qu'à Genève, c'est la classe des 65 ans et plus qui consulte le moins de spécialistes (1,6 en moyenne), alors que ce nombre est proche de 3 pour les résidents âgés entre 35 et 64 ans. En Suisse en revanche, le nombre de consultations chez des spécialistes est relativement stable parmi les plus de 35 ans mais elle est plus basse pour les 15–34 ans. Quant aux consultations gynécologiques pour les femmes, leur nombre moyen diminue progressivement avec l'âge: les consultations passent de 1,7 parmi les 15–34 ans à 0,5 parmi les 65 ans et plus.

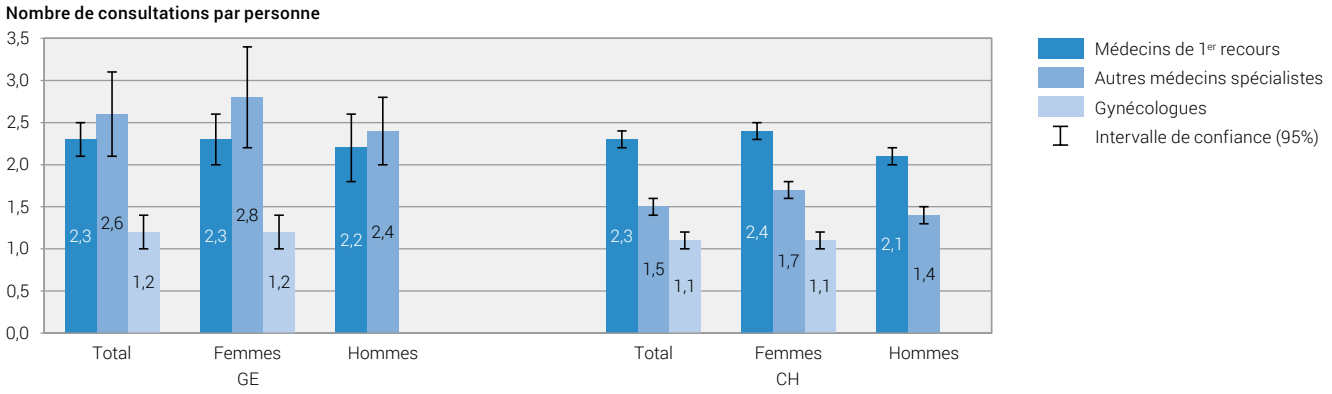
5.1.3 Consultations pour des problèmes psychiques

La prise en charge des maladies psychiques représentent une composante importante de la couverture médicale. L'ESS contient une question sur le recours aux services de santé pour des problèmes psychiques au cours des douze mois précédant l'enquête. Les consultations médicales auprès d'un médecin psychiatre et celles effectuées auprès d'autres types de professionnels non médicaux (psychologues ou autres thérapeutes) ont été considérées.

À Genève en 2017, 7,7% des personnes interrogées déclarent avoir consulté un professionnel en raison de problèmes psychiques au cours de douze mois précédant l'enquête. Cette proportion était évaluée à 5,8% et 6,5% en 2012 et 2007 respectivement (écarts non significatifs). Parmi les professionnels, les psychiatres sont le plus souvent consultés (48,8%), suivis des psychologues et psychothérapeutes (37,7%). Dans 11,8% des cas, ce sont les médecins généralistes qui ont fait le traitement alors que les autres médecins spécialistes ne représentent que 1,7%.

Au niveau des caractéristiques démographiques (G 5.9), c'est surtout une différence entre les aînés et les autres qui apparaît. En effet, les consultations parmi les 65 ans et plus n'ont été rapportées que par 1,9% des Genevois; pour les autres classes d'âge, les proportions sont bien plus élevées (entre 7,6% et 10,3%). Cela peut être dû au fait que la fréquence des symptômes dépressifs diminue chez les personnes de 65 ans et plus (voir section 2.5.2) ou que l'attitude personnelle vis-à-vis des problèmes de santé psychique soit différente au sein de cette classe d'âge, prévenant ainsi un recours médical.

Consultations par catégorie de spécialisation, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) G 5.7

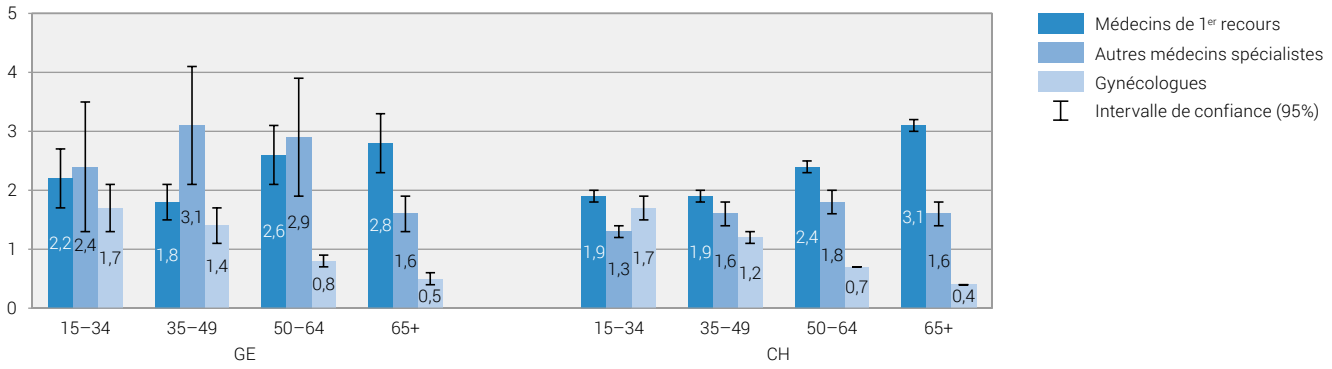


médecins de 1er recours n=1 158 (GE), n=21 160 (CH); autres médecins spécialistes 1 162 (GE), n=21 180 (CH); gynécologues n=650 (GE), n=11 155 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consultations par catégorie de spécialisation, selon l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) G 5.8

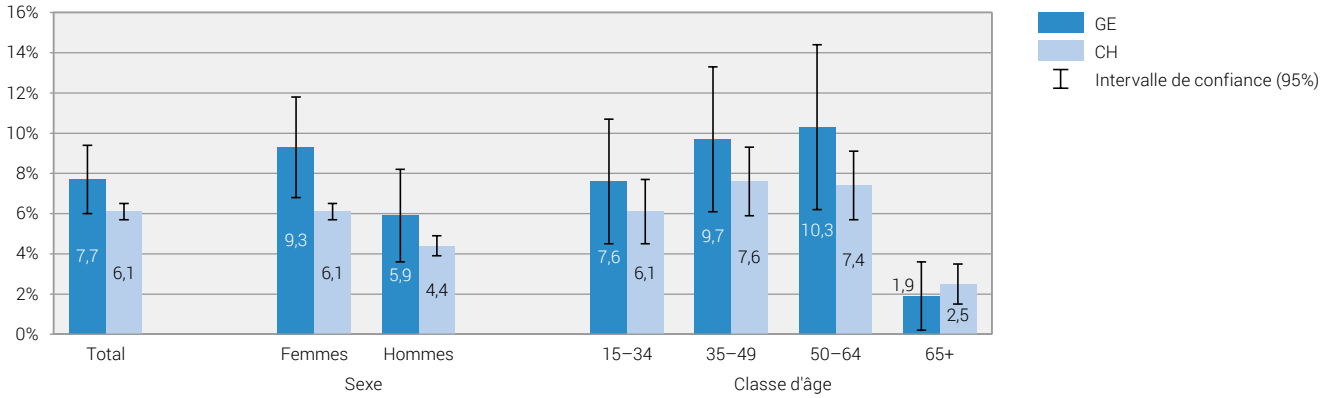


médecins de 1er recours n=1 158 (GE), n=21 160 (CH); autres médecins spécialistes 1 162 (GE), n=21 180 (CH); gynécologues n=650 (GE), n=11 155 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Traitements en raison de maladies psychiques, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) G 5.9



n=1 159 (GE), n=21 207 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète (douze derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, canton de Genève et Suisse, en 2017 **T 5.1**

		Tension artérielle		Cholestérolémie		Glycémie	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		**76,5**	**78,3**	**55,6**	**52,4**	**58,1**	**58,4**
Sexe	Femmes	82,2	83,2	58,3	53,8	61,8	61,1
	Hommes	70,1	73,3	52,6	51,0	54,1	55,7
Classe d'âge	15–34 ans	67,2	71,0	36,7	36,7	41,7	46,0
	35–49 ans	69,9	70,3	47,9	42,0	50,4	47,9
	50–64 ans	83,7	82,4	68,7	58,8	68,8	62,7
	65 ans et plus	93,1	93,0	81,8	75,6	82,2	81,3
Formation	Scolarité obligatoire	69,2	80,3	56,5	58,7	59,8	63,5
	Secondaire II	76,2	79,7	55,9	53,9	56,7	60,2
	Tertiaire	80,6	75,4	54,8	47,2	58,1	53,3

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

5.2 Recours aux examens préventifs

Cette section présente le recours aux services médicaux utilisés à des fins de prévention. Les recours aux examens de dépistage des maladies cardiovasculaires (pression artérielle et taux de cholestérol) et du diabète sont présentés à la section 5.2.1. Les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein chez les femmes, ainsi que les examens de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes sont discutés à la section 5.2.2. Finalement, l'étendue de la vaccination contre la grippe au sein de la population est présentée à la section 5.2.3.

5.2.1 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS d'indiquer quand elles ont fait contrôler leur tension artérielle, leur cholestérolémie ou leur glycémie pour la dernière fois. L'hypertension artérielle et un taux de cholestérol trop élevé sont considérés comme des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires alors que l'hyperglycémie représente plutôt un facteur de risque du diabète. Le diabète constitue cependant lui-même un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Ces examens peuvent être menés sur des personnes en bonne santé à titre préventif (prévention primaire) ou sur des personnes déjà malades, dans le cadre d'un traitement médical (prévention secondaire). Dans la discussion qui suit, ces deux cas de figure ne sont pas distingués.

Trois quarts des habitants du canton de Genève ont contrôlé leur tension artérielle au cours des douze derniers mois

À Genève, parmi les trois examens préventifs pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète (T 5.1), le contrôle de la tension artérielle est l'examen le plus fréquemment réalisé au cours des douze mois précédant l'enquête (76,5% de la population genevoise). Le contrôle du taux de cholestérol et du taux de glycémie ont été réalisé par respectivement 55,6% et 58,1% des habitants du canton. Ces trois pourcentages sont comparables à ceux de la Suisse.

L'évolution temporelle pour des recours à ces examens préventifs[4] est caractérisée soit par une hausse des contrôles soit une stabilité (annexe TA-5.2). En effet, malgré quelques fluctuations, les examens de la tension artérielle n'évoluent que peu entre 2002 et 2017 à Genève et en Suisse. Pour la cholestérolémie, il n'y a à Genève pas de tendance claire alors qu'une hausse importante s'observe en Suisse entre 2012 et 2017 (+7,9 points de pourcentage) qui rattrape ainsi son retard par rapport à Genève. Enfin, pour la glycémie, une croissance des contrôles entre 2012 et 2017 (+5,4 et +9,3 points de pourcentage à Genève et en Suisse – mais la différence n'est significative qu'en Suisse) marque la série temporelle qui était relativement stable entre 2002 et 2012.

Ces trois examens préventifs sont davantage effectués par les femmes et augmentent systématiquement avec l'âge. Si les écarts ne sont pas toujours significatifs à Genève, ils le sont à l'échelle nationale. À Genève, les contrôles de la tension artérielles sont plus répandus au sein des personnes ayant une formation tertiaire que celles n'ayant pas de formation secondaire, alors que pour la cholestérolémie et la glycémie, il n'y a pas de tendance claire.

[4] Dans la version 2017 de l'ESS, les catégories de réponse pour ces trois contrôles ont été simplifiées par rapport aux questionnaires antérieurs. Bien que les questions n'aient pas fondamentalement changé, cette modification est susceptible d'impacter à la marge les réponses.

Examens de dépistage du cancer (douze derniers mois), selon le sexe, l'âge et l'année, canton de Genève et Suisse, en 2017 **T5.2**

		Cancer du col de l'utérus		Cancer du sein		Cancer de la prostate	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		**49,3**	**43,6**	**22,7**	**14,4**	**22,3**	**23,7**
Femmes	20–49 ans	56,3	53,1	9,5	6,0	-	-
	50 ans et plus	40,5	33,9	39,2	23,1	-	-
Hommes	40–49 ans	-	-	-	-	5,9	6,5
	50 ans et plus	-	-	-	-	30,2	30,4
Année	2007	46,7	42,7	22,9	13,1	30,7	25,6
	2012	44,9	42,1	27,8	14,1	25,1	25,1
	2017	49,3	43,6	22,7	14,4	22,3	23,7

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

5.2.2 Examens de dépistage du cancer

Les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein (mammographie) figurent parmi les examens de dépistage du cancer fréquemment pratiqués chez les femmes. Chez les hommes, les examens de dépistage du cancer de la prostate sont recommandés à partir d'un certain âge. L'ESS recense, dès l'âge de 20 ans pour les femmes et dès l'âge de 40 ans pour les hommes, la fréquence de ces examens de dépistage au cours des douze mois précédant l'enquête (T 5.2).

Dans le canton de Genève, 49,3% des femmes de plus de 20 ans ont eu un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des douze derniers mois. C'est significativement plus élevé qu'au niveau suisse (43,6%). La proportion de femmes ayant eu un de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des douze derniers mois baisse avec l'âge: pour les 20–49 ans, elle s'élève à 56,3%, alors que pour les 50 ans et plus elle est de 40,5%. La même tendance se dégage au niveau suisse. Ces résultats sont conformes aux recommandations de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGO) selon lesquelles les jeunes femmes devraient subir un dépistage du cancer du col utérin plus fréquemment (tous les trois ans) que les femmes plus âgées[5]. À Genève, 39,2% des femmes de 50 ans et plus ont effectué une mammographie au cours des douze derniers mois contre 23,1% au niveau suisse (différence statistiquement significative). Chez les femmes plus jeunes, ce pourcentage est beaucoup moins fort (GE: 9,5% et CH: 6,0%).

Un peu moins d'un tiers des Genevois de 50 ans et plus ont effectué un test de dépistage pour le cancer de la prostate; il s'agit d'une proportion qui est dans la moyenne suisse. Le dépistage pour le cancer de la prostate est beaucoup moins fréquent chez les hommes âgés entre 40 et 49 ans (GE: 5,9% et CH: 6,5%).

Entre 2007 et 2017, la proportion de résidents du canton ayant effectué un examen de dépistage est restée relativement stable pour les mammographies et le cancer du col de l'utérus alors qu'une tendance à la baisse apparaît pour le dépistage du cancer de la prostate sans pour autant que les différences soient significatives (30,7% en 2007 et 25,1% en 2012 et 22,3% en 2017).

À l'échelle nationale, on peut relever quelques tendances concernant la relation entre le niveau de formation et la fréquence des tests de dépistage du cancer (annexe TA-5.3). Les femmes au bénéfice d'un titre du degré tertiaire effectuent beaucoup plus souvent un test de dépistage du cancer l'utérus (49,8%) que les femmes avec un titre du degré secondaire II (43,5%) ou que celles sans formation post-obligatoire (31,7%). Un effet inverse de la formation est visible pour les mammographies: les femmes sans formation post-obligatoire sont plus nombreuses à avoir passé une mammographie que les femmes avec un titre de degré tertiaire (respectivement 16,4% et 12,9%).

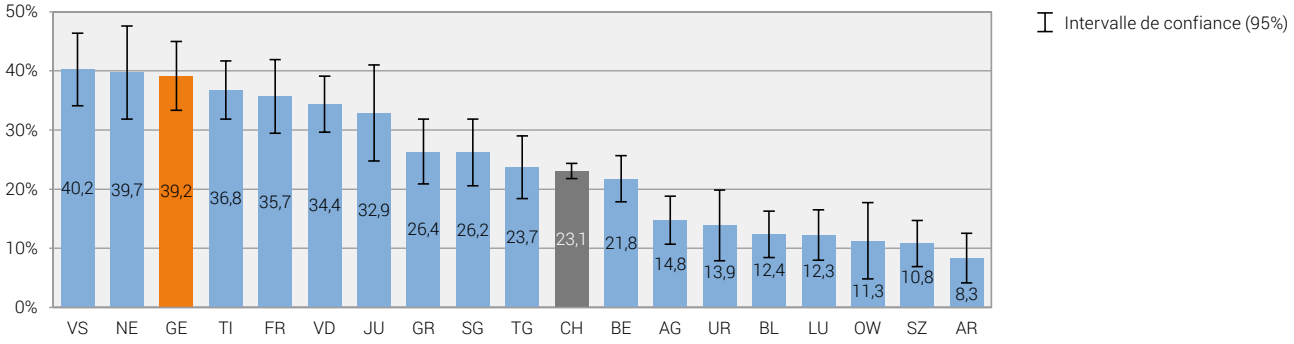
La différence du point de vue de la formation est encore plus marquée pour les examens de détection précoce du cancer du col de l'utérus. La moitié des femmes de 20 ans et plus qui disposent d'un titre du degré tertiaire (49,6%) affirment avoir effectué un tel examen au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette part est moins élevée chez les femmes ayant une formation de degré secondaire II (42,4%), et chute à 29,5% chez celles qui n'ont pas de formation post-obligatoire. Pour ce qui est des examens de détection précoce du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, aucune différence n'apparaît en fonction du niveau de formation.

Genève est l'un des cantons où le dépistage du cancer du sein est le plus fréquent

Il y a en Suisse des différences importantes entre les cantons concernant le dépistage du cancer du sein (mammographie): si 8,3% des femmes de 50 ans et plus du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures ont effectué un tel test, elles sont 40,2% dans le canton du Valais (G 5.10). La moyenne suisse se situe à

[5] www.sggg.ch → Informations d'experts → Avis d'experts → Avis d'experts No. 50 Recommandations pour la prévention du cancer du col de l'utérus (consulté le 01.10.2019)

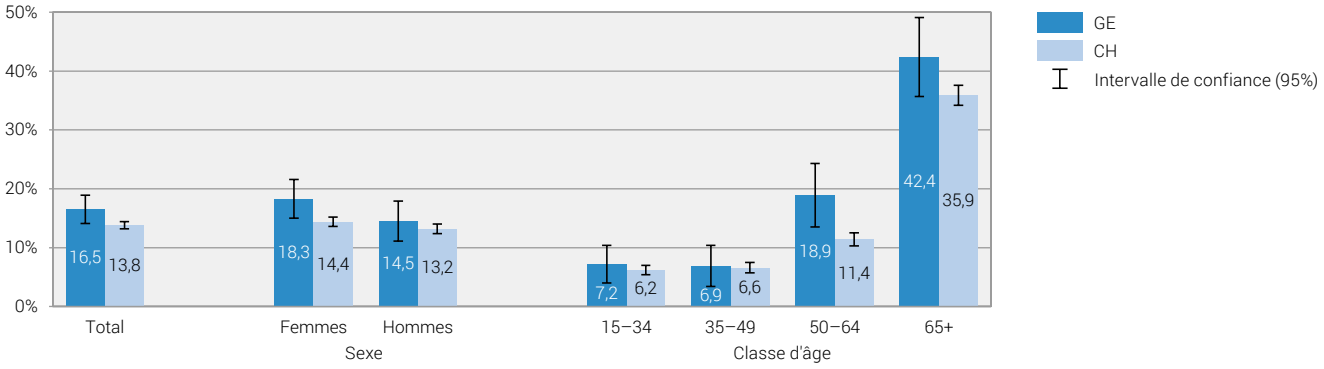
Mammographies, femmes dès 50 ans, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.10**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Vaccin contre la grippe, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.11**



n=980 (GE), n=18 750 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

23,1%. Avec 39,2%, le canton de Genève se situe dans le haut du classement. Ces différences intercantonales peuvent en partie s'expliquer par l'existence de programmes de dépistage systématique du cancer du sein[6]. Le canton de Genève est pionnier dans ce domaine puisqu'il s'est doté d'un tel programme en 1999 déjà, alors que certains cantons, en Suisse centrale notamment mais aussi à Zurich, n'en ont pas encore établi.

5.2.3 Prévention de la grippe

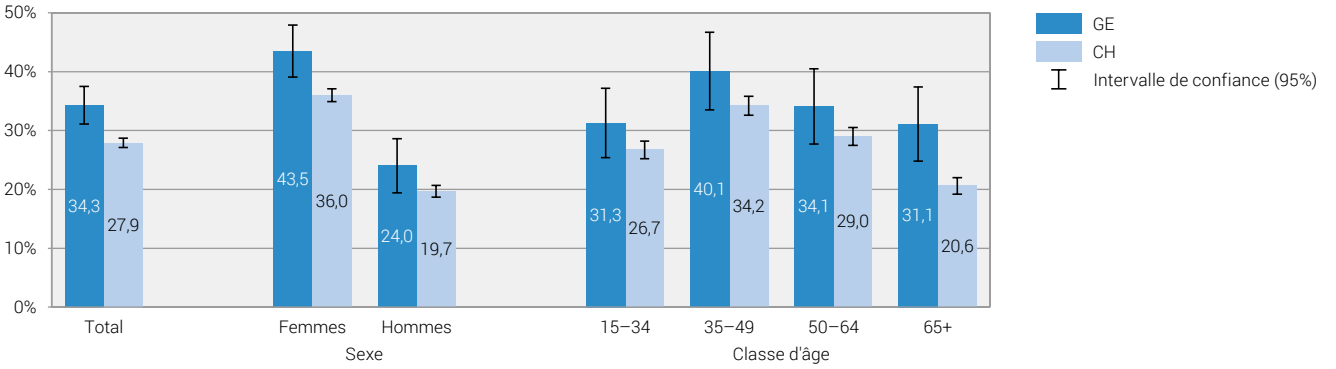
Dans le canton de Genève, 16,5% de la population s'est fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours des douze derniers mois (G 5.11 et annexe TA-5.4). Ce pourcentage est légèrement plus élevé que la moyenne suisse (13,8%) mais la différence n'est pas significative. Dans le canton comme en Suisse, les différences entre sexe pour ce vaccin préventif sont minimes. Par contre, l'âge est un facteur important pour la vaccination: à Genève, les personnes de 65 ans et plus sont bien plus nombreuses à être vaccinées que celles entre 15–34 ans – 42,4% pour les premières et 7,2% pour les secondes. L'Office fédéral de la santé publique recommande en effet aux personnes à risque accru de complication, dont font partie les personnes âgée des 65 ans et plus, de se vacciner.[7]

De manière générale, les personnes qui ne se considèrent pas en bonne santé – c'est-à-dire dans les catégories très mauvais à moyen de la santé autoévaluée – se font plus fréquemment vacciner contre la grippe saisonnière que celles qui la jugent bonne ou très bonne. Dans le canton de Genève, les taux de vaccination sont respectivement de 28,6% et 14,7% pour ces deux groupes de population (données non présentées). Des taux similaires s'observent en moyenne suisse (27,0% et 11,9%).

[6] www.swisscancerscreening.ch/offres-dans-votre-canton?L=1 (consulté 01.10.2019)

[7] www.bag.admin.ch → Stratégie & politique → Stratégie nationale en matière de santé → Grippe (consulté le 01.10.2019)

Recours à la médecine complémentaire, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G5.12**



n=969 (GE), n=18 699 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

5.3 Recours à la médecine complémentaire

Le 17 mai 2009, l'article constitutionnel pour une meilleure prise en compte des médecines complémentaires a été accepté en votation populaire. Pour y donner suite, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé à partir du premier janvier 2012 et jusqu'à fin 2017, d'inscrire provisoirement la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). L'acupuncture disposait de dispositions spéciales sans limite de temps. En 2017, il a été décidé de garder ces prestations dans le catalogue de la LAMal pour autant qu'elles remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité définis dans la LAMal.

Il a été demandé aux personnes participant à l'ESS si elles avaient eu recours au cours des douze mois précédant l'enquête aux prestations de médecines complémentaires suivantes: acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, homéopathie, phytothérapie, médecine ayurvédique, réflexologie, shiatsu, ostéopathie ou autres thérapies (kinésiologie, thérapie neurale, médecine anthroposophique, etc.). Les réponses comprennent tous les traitements réalisés par un médecin ou par un thérapeute non-médecin. Les prestations mentionnées ne peuvent donc pas être attribuées à un agent payeur déterminé (assurance obligatoire des soins, assurance complémentaire facultative ou frais assumés directement par la personne).

Les femmes recourent plus à la médecine complémentaire que les hommes

Plus du tiers de la population genevoise (34,3%) a eu recours à un thérapeute en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois. C'est significativement plus qu'en moyenne suisse (27,9%). Entre 2012 et 2017 – période durant laquelle la législation LAMal a évolué, le recours à un thérapeute en médecine complémentaire a fortement augmenté dans le canton de Genève passant de 26,8% à 34,3%. Au niveau suisse, l'augmentation est moins prononcée (de 24,1% à 27,9%) mais reste significative (annexe TA-5.4).

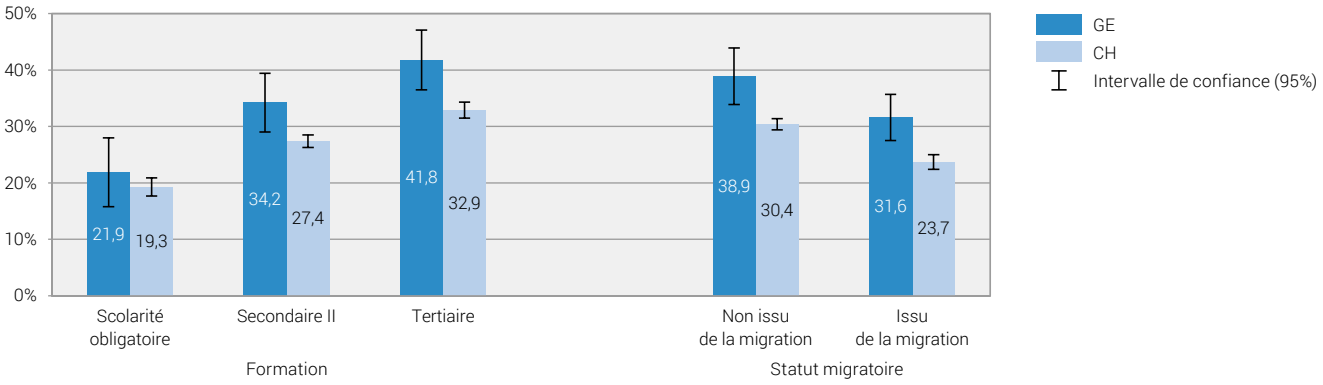
Le recours à la médecine complémentaire est fortement marqué par des différences selon le sexe (G 5.12): à Genève, 43,5% des femmes déclarent avoir eu recours à la médecine complémentaire durant les douze derniers mois contre 24,0% des hommes. En Suisse également, un écart très net ressort (36,0% contre 19,7%). Concernant la structure par âge, s'observe une augmentation entre les 35–49 ans et les plus jeunes puis une baisse progressive dans les classes d'âge plus âgées – les différences ne sont significatives uniquement à l'échelle nationale.

Enfin, il est intéressant de relever des recours différenciés en fonction du niveau de formation et du statut migratoire (G 5.13). Plus le niveau de formation est élevé, plus le recours à la médecine complémentaire est généralisé: à Genève, il est de 21,9% pour la scolarité obligatoire et de 41,8% pour le tertiaire. De plus, les personnes non issues de la migration sont plus enclines à faire recours à la médecine complémentaire que celles issues de la migration (38,9% contre 31,6% à Genève mais la différence n'est significative qu'en Suisse en raison d'un échantillon plus grand).

L'ostéopathie est la forme de médecine complémentaire la plus fréquente à Genève

Le graphique 5.14 illustre pour chaque forme de médecine complémentaire, la proportion de la population genevoise et suisse ayant eu recours à des prestations complémentaires au cours des douze derniers mois. Les habitants du canton se

Recours à la médecine complémentaire, selon la formation et le statut migratoire, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.13**

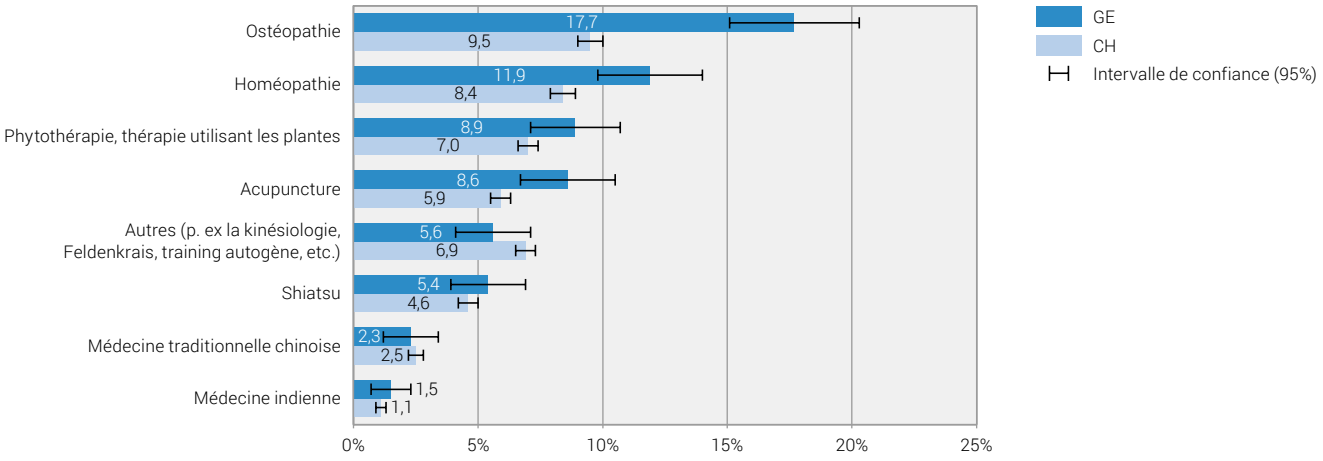


n=964 (GE), n=18 653 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Types de recours à la médecine complémentaire, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.14**



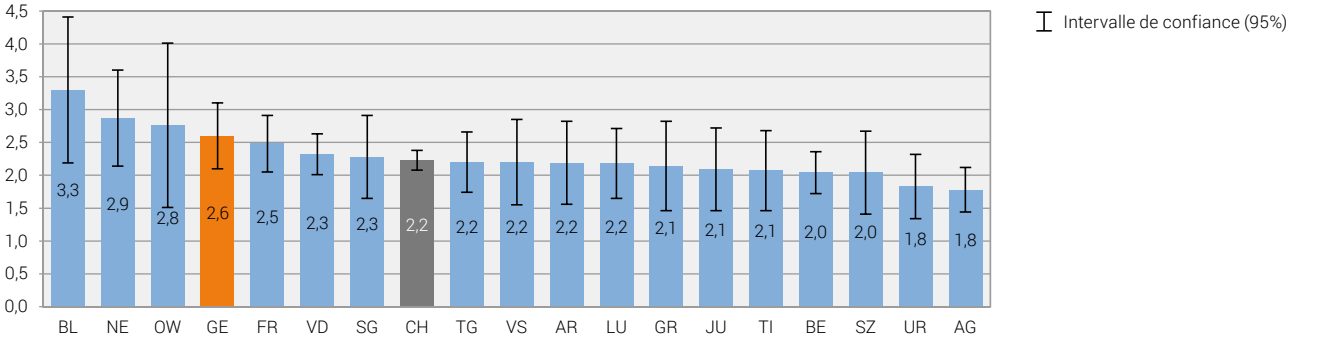
n=969 (GE), n=18 693 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Consultations en médecine complémentaire, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.15**

Nombre de consultations par personne



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

caractérisent par un recours important à l'ostéopathie (17,7%), alors qu'en Suisse, la proportion n'est que de 9,5%. Le recours à l'ostéopathie dans le canton est par ailleurs en augmentation, puisqu'il ne s'élevait qu'à 12,5% en 2012. L'homéopathie sort au second rang des médecines complémentaires du canton (11,9%) et, son recours est plus fréquent à Genève qu'en Suisse (8,4%). L'acupuncture est également plus répandue à Genève qu'en Suisse (8,6% contre 5,9%) alors que l'écart n'est pas significatif pour la phytothérapie (8,9% à Genève et 7,0% en Suisse).

Le nombre moyen de consultations en médecine complémentaire au cours des douze derniers mois fournit une indication de l'intensité du recours à ce type de prestations. En moyenne suisse, le nombre de consultations est de 2,2 par personne (G 5.15). Le canton de Genève se situe en dessus de la moyenne suisse avec 2,6 consultations par personne (différence non significative). Le canton de Bâle-Campagne a le nombre moyen de consultations le plus élevé (3,3 par personne) et les cantons d'Argovie et Uri ont les plus faibles (1,8 par personne).

5.4 Prestations hospitalières

Cette section étudie le recours aux prestations hospitalières. Habituellement, celles-ci sont subdivisées en prestations stationnaires et en prestations ambulatoires. Dans le cadre du financement par l'assurance-maladie, ces deux types de prestations sont distingués de la manière suivante: sont considérés comme des prestations hospitalières stationnaires les séjours au cours desquels un lit est occupé durant au moins une nuit ou les séjours d'au moins 24 heures[8]. Toutes les autres prestations hospitalières sont considérées comme des prestations hospitalières ambulatoires.

5.4.1 Soins hospitaliers ambulatoires

C'est à partir des données de l'ESS que le recours en soins hospitaliers ambulatoires de la population du canton de Genève et de Suisse est approché. Sont considérées ici comme prestations ambulatoires des hôpitaux, les admissions aux urgences d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une policlinique ainsi que les contrôles et traitements ambulatoires d'un hôpital ou d'une clinique spécialisée ayant eu lieu durant les douze derniers mois[9]. Les questions ayant évolué entre 2012 et 2017, il n'est pas possible de proposer d'évolution temporelle de cet indicateur.

Près de 40% de la population genevoise a eu recours à des prestations ambulatoires hospitalières

En 2017, 39,8% des répondants genevois de l'ESS déclarent avoir eu recours à des prestations ambulatoires des hôpitaux au cours des douze derniers mois (G 5.16). Malgré une forte densité de médecins de premier recours et de médecins spécialistes, le recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux du canton de Genève est le plus élevé de Suisse (moyenne nationale à 32,9%). Les femmes ont tendanciellement plus recours à des prestations hospitalières ambulatoires que les hommes (41,9% contre 37,5% à Genève). En Suisse, la différence entre les sexes est moins marquée mais statistiquement significative en raison des plus grands effectifs. Les 15–34 ans recourent le plus aux prestations ambulatoires hospitalières: dans le canton de Genève, 49,7% de cette classe d'âge y ont eu recours, alors que pour les autres classes, la proportion tourne autour de 35%. En Suisse, la différence entre la classe d'âge des plus jeunes et les autres classes d'âge est moins prononcée.
Dans le canton de Genève, les personnes sans formation post-obligatoire ont tendance à plus recourir aux prestations ambulatoires des hôpitaux (43,7%) que les personnes avec une formation de degré secondaire II (39,0%) et que les personnes avec une formation de degré tertiaire (37,8%) (annexe TA-5.5). Ces différences ne sont certes pas significatives au niveau cantonal, mais elles le sont en Suisse entre la première et la dernière catégorie (35,9% et 31,1%).

5.4.2 Soins hospitaliers stationnaires

En analysant l'utilisation des prestations hospitalières stationnaires, cette section s'intéresse à la part de la population ayant séjourné pendant au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Les séjours dans les établissements de cure ne sont pas comptabilisés, ces derniers étant explicitement exclus dans la question de l'ESS. Les personnes qui indiquent au moins un séjour sont ensuite interrogées sur le nombre de jours passés à l'hôpital ou en clinique spécialisée au cours des douze mois précédant l'enquête. Sur la base de cette question, il est donc possible de calculer le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient.

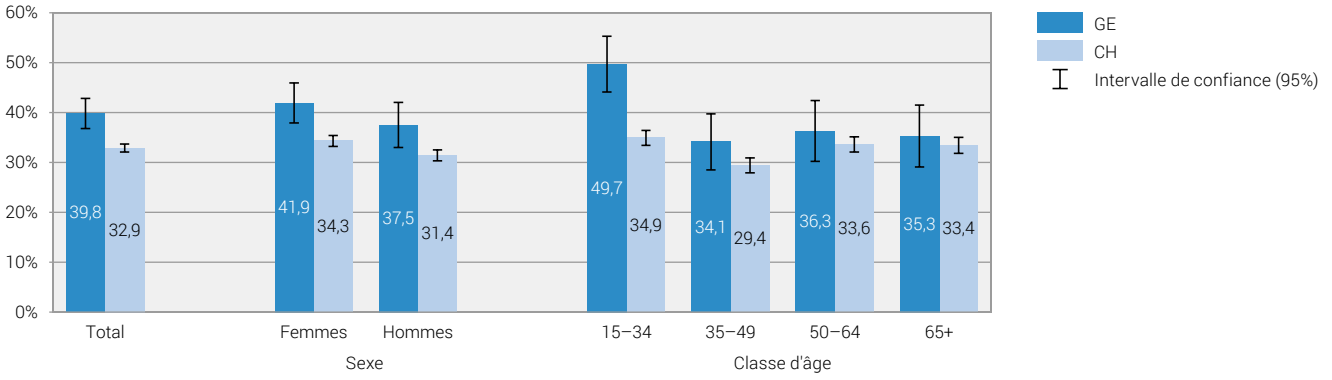
Le recours aux prestations stationnaires des hôpitaux est stable depuis 2007

Dans le canton de Genève, 11,5% de la population déclare avoir séjourné à l'hôpital – c'est-à-dire y avoir passé au moins une nuit – au cours des douze derniers mois. Cette proportion n'a quasiment pas évolué en dix ans: elle était de 11,1% en 2007 et de 10,6% en 2012. En Suisse, où le taux de recours est comparable, l'évolution est encore plus stable avec 11,5% en 2007, 11,7% en 2012 et 12,0% en 2017 (annexe TA-5.5).

[8] Voir art. 3 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

[9] Le recours aux prestations hospitalières ambulatoires a été construit à partir des deux questions suivantes de l'ESS: «Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été admis d'urgence aux urgences d'un hôpital, dans un centre de santé ou dans une policlinique ?» et «Et sinon combien de fois au cours des 12 derniers mois êtes-vous allé(e) dans un hôpital ou une clinique spécialisée pour un contrôle ou un traitement, mais pas en urgence et sans y passer la nuit ?».

Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux y compris les services d'urgence, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.16**

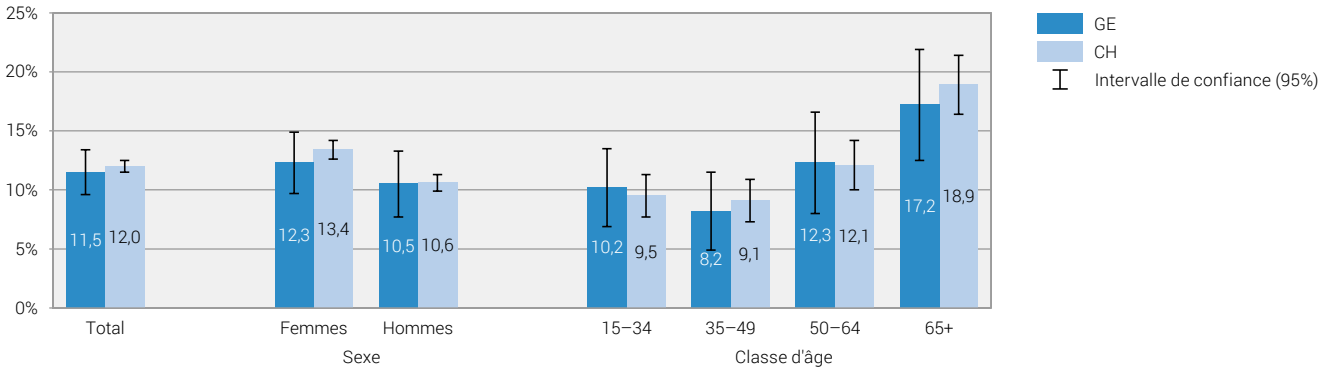


n=1 164 (GE), n=21 193 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.17**

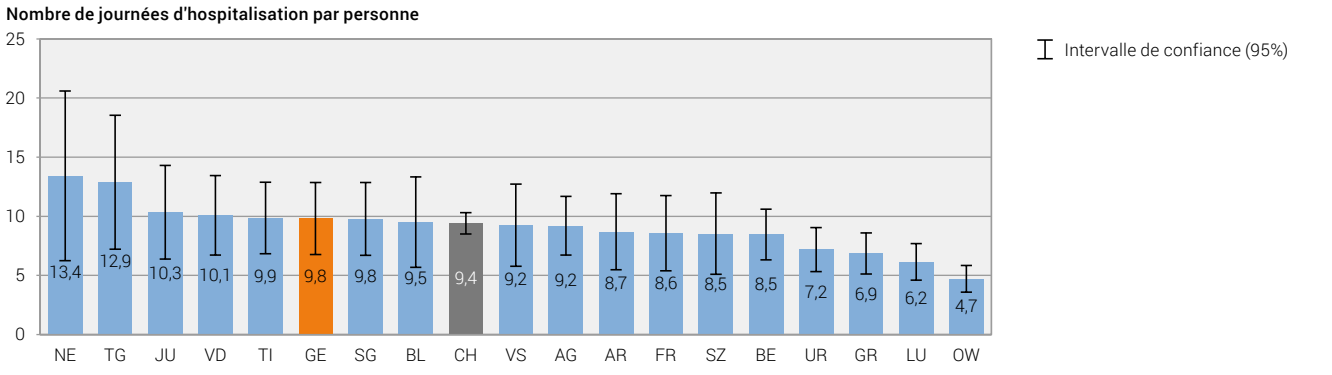


n=1 213 (GE), n=22 115 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Durée moyenne d'hospitalisation par patient, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.18**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

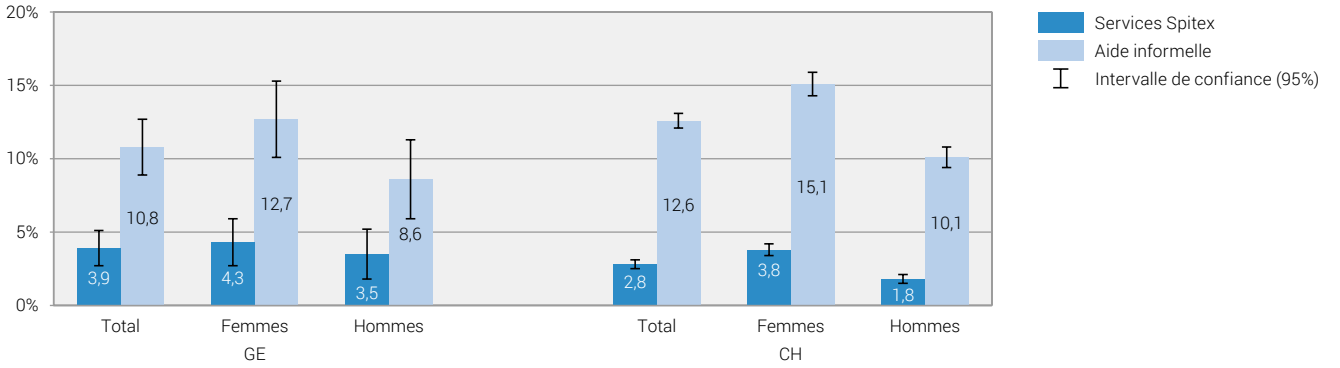
© Obsan 2020

Concernant l'association entre les caractéristiques démographiques et les prestations stationnaires des hôpitaux (G 5.17), il n'y a à Genève qu'un faible écart entre femmes (12,3%) et hommes (10,5%). En Suisse en revanche, la différence est plus marquée et est statistiquement significative. Cette différence entre sexes étant particulièrement marquée parmi les 15–34 ans (données non montrées), l'écart s'explique – au moins en partie –par les séjours hospitaliers dus à un accouchement. Contrairement à ce qui a été observé pour les prestations ambulatoires des hôpitaux, c'est la classe d'âge des 65 ans et plus qui déclare le plus fréquemment avoir effectué au moins un séjour hospitalier (17,2% à Genève et 18,9% en Suisse).

Le graphique 5.18 présente le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les patients qui ont séjourné pendant au moins une nuit à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Dans le canton de Genève, cette moyenne s'élève à 9,8 jours, légèrement plus que la moyenne suisse (9,4 jours). Le canton d'Obwald est le canton dont le nombre moyen de jours d'hospitalisation est la plus faible (4,7 jours), alors que le canton de Neuchâtel présente la moyenne la plus élevée (13,4 jours). En raison de la petite taille des échantillons cantonaux, les différences ne sont que rarement significatives et les résultats sont à interpréter avec prudence.

D'après la Statistique médicale des hôpitaux, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus est de 6,2 jours dans le canton de Genève et 5,3 jours en Suisse (tableau T 1.5). L'écart entre ces valeurs et celles, plus élevées, de l'ESS peut s'expliquer par le fait que dans la Statistique médicale des hôpitaux, chaque cas d'hospitalisation est recensé de façon distincte alors que dans l'ESS, la durée des différents séjours hospitaliers effectués par une même personne est cumulée.

Recours aux services Spitex et à l'aide informelle, selon le sexe, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.19**

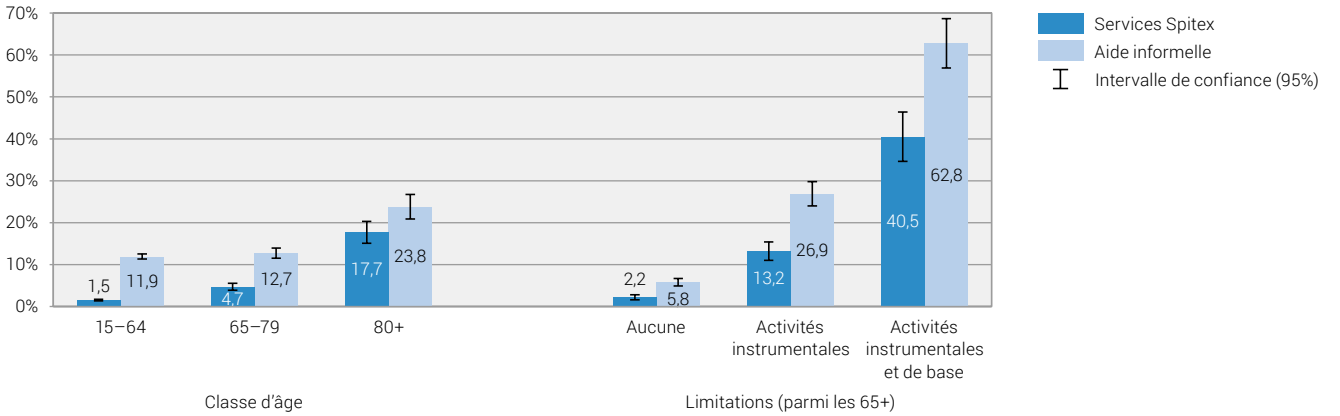


n=1 214 (GE), n=22 131 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Recours aux services Spitex et à l'aide informelle, selon l'âge et les limitations dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes de 65 ans et plus, Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.20**

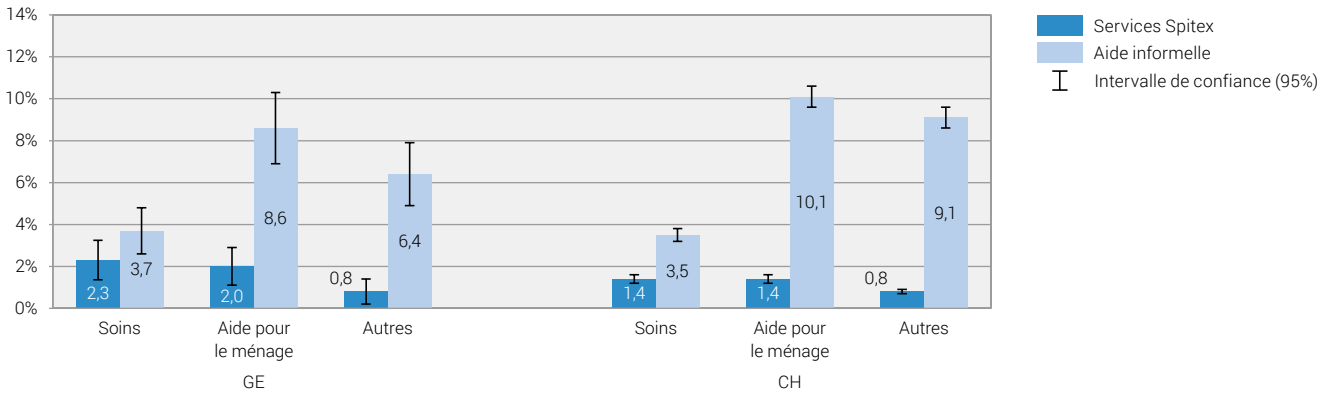


n=22 131 (âge), n=4 995 (limitations)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Recours aux services Spitex et à l'aide informelle, selon le type d'aide, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) **G 5.21**



n=1 213 (GE), n=22 106 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

5.5 Soutien formel et informel à la maison

L'ESS considère, comme soutien formel à la maison, les services d'aide et de soins qui sont fournis au domicile des patients par des professionnels de la santé publique. En Suisse, ces prestations sont proposées principalement par des organisations Spitex. Le terme «Spitex», formé à partir de l'expression spitalexterne Hilfe und Pflege (aide et soins extrahospitaliers) sera employé ci-après en référence au soutien formel à la maison. Le soutien informel à la maison désigne quant à lui l'aide fournie par des proches, des amis ou des voisins. Dans cette section, les caractéristiques des personnes ayant recours pour des raisons de santé à de l'aide formelle et informelle à domicile sont examinées. L'aide informelle est aussi brièvement approfondie sous l'angle des personnes qui donnent de l'aide (encadré 5.2).

Le recours à l'aide informelle dépasse le recours aux services Spitex

À Genève, durant les douze derniers mois, 3,9% de la population a eu recours à des prestations de service Spitex et 10,8% à de l'aide informelle (G 5.19). Il s'agit de proportions comparables à la moyenne suisse (respectivement 2,8% et 12,6%). Concernant l'évolution temporelle, la petite taille de l'échantillon cantonal ne permet pas de statuer sur de véritables différences bien qu'une tendance à la baisse apparaisse entre 2012 et 2017: les proportions passent de 6,6% à 3,9% pour le Spitex et de 13,0% à 10,8% pour l'aide informelle (annexe TA-5.6). En Suisse, le recours à l'aide formelle reste stable alors que l'aide informelle connaît une légère baisse.

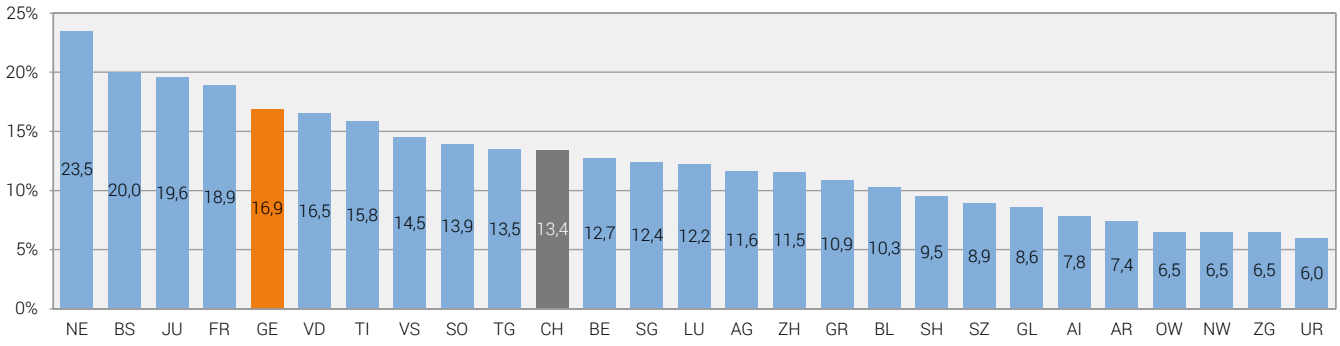
Concernant les recours par sexe, les femmes ont tendanciellement plus recours à de l'aide formelle ou informelle que les hommes mais la différence n'est significative qu'à l'échelle nationale (G 5.19). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes ont une plus grande longévité que les hommes, et vivent donc généralement plus longtemps que leur conjoint. Or ce sont justement les personnes âgées vivant seules qui nécessitent le plus d'aide extérieure.

Pour les recours à de l'aide formelle ou informelle, les liens statistiques existants avec l'âge d'une part et avec les limitations d'autre part, sont explorées au niveau suisse uniquement – le nombre de cas pour cette sous-population étant en effet faible dans l'échantillon genevois de l'ESS. Au cours des douze mois précédant l'enquête, les personnes âgées de 80 ans et plus ont le plus souvent sollicité les services Spitex et l'aide informelle (17,7% et 23,8%). Ces proportions sont plus faibles parmi les personnes de 65 à 79 ans (4,7% et 12,7%) et celles de 15 à 64 ans (1,5% et 11,9%). L'écart entre les deux classes d'âge les plus jeunes n'est d'ailleurs pas significatif pour l'aide informelle (G 5.20).

Les différences dans l'utilisation des services Spitex et de l'aide informelle dépendent également des limitations dans les activités quotidiennes. Les personnes de 65 ans et plus qui n'éprouvent aucune forme de limitations (cf. 2.3.3) font rarement appel aux services Spitex (2,2%) et à l'aide informelle (5,8%). Ces proportions s'élèvent respectivement à 13,2% et 26,9% pour celles ayant des difficultés à exercer au moins une activité instrumentale telles que faire ses courses ou se préparer à manger. Lorsque s'ajoutent des limitations dans les activités de base (p. ex. se nourrir ou se laver), 40,5% des personnes de 65 ans et plus déclarent faire appel aux services Spitex et 62,8% à une aide informelle. Pour les personnes nécessitant des soins de longue durée, le soutien apporté au domicile est souvent fourni à la fois par des services formels d'aide et de soins à domicile et par des proches (Höpflinger et al., 2011).

Les données de l'ESS permettent aussi de distinguer les différentes aides procurées par les services d'aide et de soins à domicile ou par les proches aidants. On distingue principalement les soins procurés de l'aide fournie pour le ménage. La catégorie «autres» comprend notamment la préparation de repas et la possibilité d'être véhiculé. Selon l'ESS, en Suisse comme à Genève, les services Spitex fournissent à la population aussi souvent des

Recours aux prestations Spitex pour des soins LAMal, Suisse et cantons, en 2017 (65 ans et plus) **G 5.22**



Source: OFS – Statistique Spitex

© Obsan 2020

soins qu'une aide pour le ménage[10] (G 5.21). Pour ces deux types de prestations, le recours est à 1,4% en Suisse et se situe autour de 2% à Genève. En revanche, l'aide informelle a beaucoup moins souvent trait aux soins (GE: 3,7% ; CH: 3,5%) qu'au ménage (GE: 8,6% ; CH: 10,1%) ou encore à d'autres prestations (GE: 6,4% ; CH: 9,1%). Néanmoins, à l'échelle nationale, la part de la population recevant des soins dans un cadre informel s'avère significativement supérieure à celle de la population ayant reçu des soins de Spitex.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus et d'après la statistique Spitex 2017 qui est exhaustive mais qui ne considère que les prestations en soins LAMal, on dénombre à Genève 16,9% de recours à ce type d'organisation (G 5.22), soit légèrement plus que la moyenne Suisse (13,4%). À noter qu'à Neuchâtel et Bâle-Ville, le recours aux prestations Spitex pour les 65 ans et plus dépasse les 20% alors qu'en Suisse centrale et orientale le taux de recours est nettement plus faible (certains cantons affichent des taux compris entre 6% et 7%).

5.6 Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées

Le vieillissement de la population en Suisse entraîne une augmentation de l'offre et de la demande de prestations de santé s'adressant spécifiquement aux personnes âgées. Cette section approfondit les attributs d'un groupe de la population qui n'a pas été traité dans ce rapport, les personnes séjournant dans un établissement pour personnes âgées et bénéficiant de soins de longue durée. Les données présentées dans cette section proviennent de la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), une enquête exhaustive qui est menée chaque année auprès des établissements médico-sociaux et des institutions pour personnes handicapées. Cette source se distingue donc de l'ESS utilisée pour les autres composantes de ce chapitre et qui ne considère que les personnes vivant dans un ménage privé (voir section 1.3.1).

L'analyse qui suit concerne les personnes de 65 ans et plus qui vivent en EMS. Les personnes admises pour des séjours de courte durée ne sont pas prises en considération. La répartition géographique s'effectue selon le canton de domicile de la personne avant son admission en EMS (et non pas selon le canton dans lequel se trouve l'EMS). Il est donc possible que ces données comprennent des habitants du canton de Genève qui se sont installés en EMS dans un autre canton. À l'inverse, les personnes provenant d'un autre canton et prenant résidence dans un EMS du canton de Genève ne sont pas comptabilisées. La statistique de la population et des ménages (STATPOP) a été utilisée afin de connaître la population de référence (nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus).

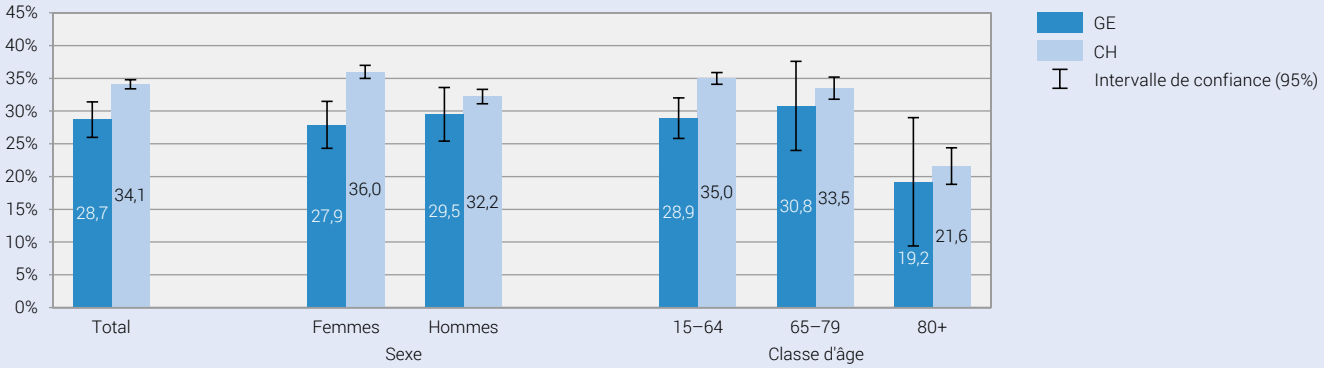
[10] À noter que d'après la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, à Genève en 2017, les soins représentent la majorité des cas traités (17 732), devant l'aide à domicile (7417) et les autres prestations (5478). Ces différences par rapport à l'ESS ont trait aux différentes méthodologies d'enquête. Il est en outre possible que les répondants de l'ESS aient aussi considérés dans leur réponse l'aide pour le ménage provenant de prestataires ne faisant pas formellement partie des services d'aide et de soins à domicile.

Encadré 5.2 Aide informelle apportée

L'aide informelle est un thème important de société et de politique. En raison de l'évolution démographique, il est attendu à ce que l'aide informelle prenne encore davantage d'importance, notamment pour les soins apportés aux membres de la famille. C'est dans ce contexte que l'Office fédéral de la santé publique, sur mandat du Conseil fédéral, a élaboré un programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants» et un plan d'action «soutien aux proches aidants»[11] pour répondre ces défis.

Le graphique 5.23 montre la proportion de personnes qui ont apporté, au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête, de l'aide informelle pour des raisons de santé. Dans le canton de Genève, la proportion s'élève à 28,7%; c'est significativement moins qu'au niveau suisse (34,1%). Dans le canton, il n'y a pas de différence entre les sexes alors qu'en moyenne nationale, les femmes fournissent plus souvent une aide informelle que les hommes. Il est encore intéressant de relever, tant à Genève qu'en Suisse, qu'il n'y a pas d'écarts dans l'aide informelle apportée entre les personnes en âge d'activité (des 15 à 64 ans) et les jeunes retraités (65 à 79 ans). Pour la Suisse uniquement, le graphique 5.24 présente la fréquence avec laquelle l'aide informelle est fournie, parmi les personnes qui ont apporté une aide informelle au moins une fois au cours des douze derniers mois. Au niveau cantonal, les tendances sont proches de ce qui s'observe en Suisse mais la taille de l'échantillon est particulièrement restreinte pour pouvoir en analyser les résultats. Dans deux tiers des cas, l'aide informelle apportée est temporaire alors que dans 17,7% des cas, cette aide est régulière et a lieu plusieurs fois par semaine. Les femmes se caractérisent par une aide apportée qui est plus régulière que les hommes – l'aide temporaire représente 62,1% pour les femmes et 72,4% pour les hommes. Il apparaît en outre que parmi les personnes qui apportent de l'aide, plus l'âge augmente, plus l'intensité de l'aide augmente. Ainsi, 39,1% de l'aide apportée par la classe d'âge des 80 ans et plus a lieu plusieurs fois par semaine, alors qu'elle n'est que de 24,9% pour les 65 à 79 ans et de 15,5% parmi les moins de 65 ans.

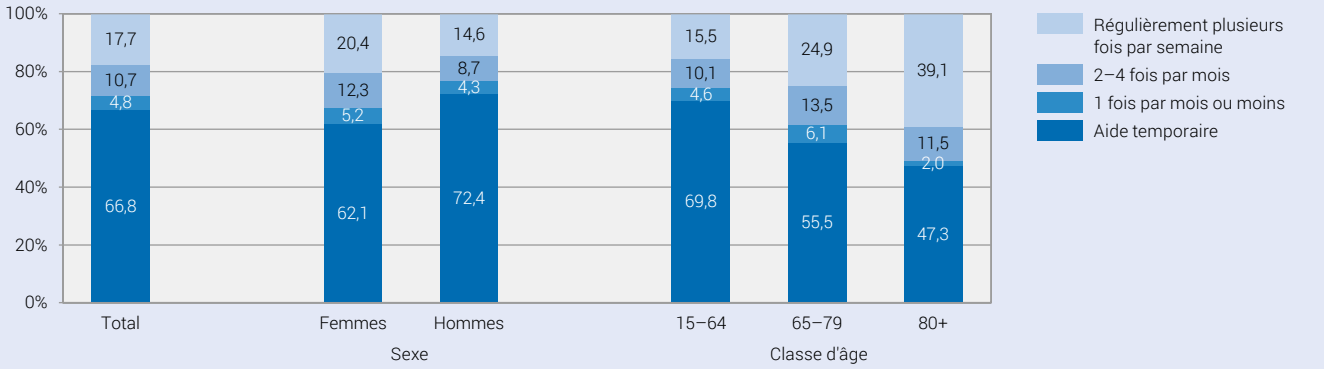
Aide informelle apportée, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 **G 5.23**



n=1 214 (GE), n=22 124 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

Fréquence de l'aide informelle apportée, selon le sexe et l'âge, Suisse, en 2017 **G 5.24**



n=7 153

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © Obsan 2020

[11] www.bag.admin.ch → Stratégie & politique → Politique nationale de la santé → Programme de promotion «Initiative à combattre la pénurie de personnel qualifiés plus» → Programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidant» (consulté le 01.10.2019)

Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées, selon le sexe, l'âge et les besoins de soins, canton de Genève et Suisse, en 2017 (personnes de 65 ans et plus) T5.3

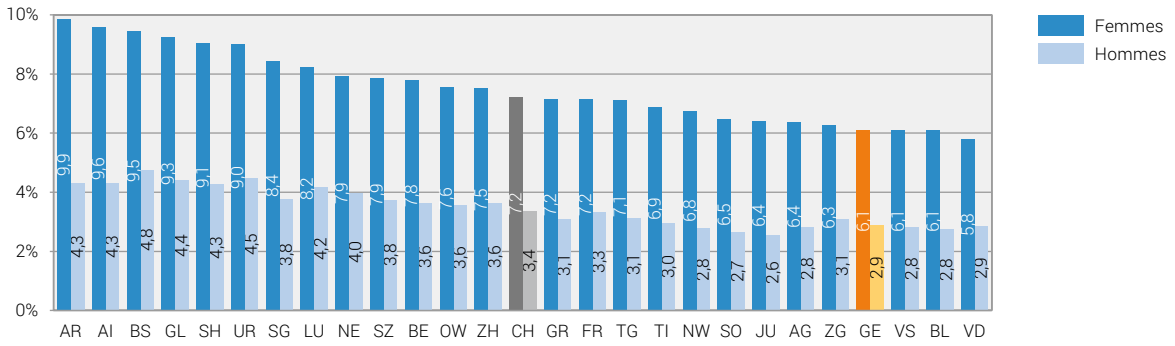
		GE		CH	
		Part de la population en %	Nombre de résidents/es	Part de la population en %	Nombre de résidents/es
Total		**4,8**	**3 864**	**5,5**	**85 189**
Sexe	Femmes	6,1	2 876	7,2	62 014
	Hommes	2,9	988	3,4	23 175
Classe d'âge	65–79 ans	1,2	655	1,5	16 934
	80 ans et plus	13,0	3 209	15,7	68 255
Besoins des soins	légers[1]	0,0	38	1,2	18 636
	modérés/élevés[2]	4,7	3 826	4,3	66 553

[1] Besoins de soins jusqu'à 40 minutes par jour
[2] Besoins de soins de plus de 40 minutes par jour

Sources: OFS – Statistique des institutions médico-sociales, Statistiques de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées, selon le sexe, Suisse et cantons, en 2017 (personnes de 65 ans et plus) G5.25



Sources: OFS – Statistique des institutions médico-sociales, Statistiques de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Les résidents genevois en EMS nécessitent plus de soins que ceux de Suisse

En 2017, on dénombre à Genève plus de 3800 personnes de 65 ans et plus séjournant en établissement pour personnes âgées, dont 3200 sont âgés de 80 ans ou plus. Parmi l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion de résidents en EMS représente quelque 4,8% de la population contre 5,5% en Suisse (T 5.3). Cette proportion est restée stable dans le canton durant les 10 années précédentes alors qu'elle est à la baisse en Suisse où elle passe de 6,4% en 2006 à 5,5% en 2017 (données non montrées).

À Genève, il y a près de trois fois plus de femmes que d'hommes qui séjournent dans les EMS. En Suisse, le rapport entre le nombre de résidents féminins et masculins est un peu moins élevé mais la grande majorité des résidents sont tout de même des femmes. La résidence en EMS concerne principalement des personnes très âgées. Dans le canton de Genève, mais c'est aussi le cas en Suisse, environ deux tiers des résidents ont 80 ans ou plus. En relation à la population du canton de cette classe d'âge, on peut estimer à 13% la part des 80 ans et plus résidant en EMS; pour les 65–79 ans, cette part n'est que de 1,2%. En Suisse, les proportions s'élèvent respectivement à 15,7% et 1,5%. Quant aux besoins de soins, on observe des logiques très différentes entre le canton et le reste de la Suisse. À Genève, où la politique de maintien à domicile est forte (Dutoit et al., 2006), la quasi-totalité des résidents bénéficient de soins modérés à élevés, alors qu'en Suisse près d'un quart n'a que des soins légers. En conséquence, si à Genève la part de la population de 65 ans est plus qui séjourne en EMS est moins importante qu'en Suisse (4,8% contre 5,5%), la proportion qui y séjourne pour des soins modérés à élevés est plus importante (4,7% contre 4,3%).

En comparant aux autres cantons, la part de personnes de 65 ans et plus vivant en EMS dans le canton de Genève se situe parmi les plus basses de Suisse en raison d'une politique genevoise forte de maintien à domicile (G 5.25). Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures a la part de femmes vivant en EMS la plus élevée (9,9%), alors que pour les hommes c'est le canton de Bâle-Ville (4,8%). Le canton de Vaud présente la part de femmes vivant en EMS la plus basse (5,8%) et le canton du Jura la part d'hommes vivant en EMS la plus basse (2,6%).

Ces différences cantonales quant aux séjours en EMS renvoient à des prises en charge distinctes. En effet, comme cela a été vu plus haut, la quasi-totalité des résidents genevois nécessitent des besoins de soins de plus de 40 minutes par jour mais, en Suisse orientale, dans les cantons de Glaris, Saint-Gall, Appenzell Rhodes-Intérieures et Extérieures cette proportion est inférieure à 65% (données non montrées).

5.7 Résumé

Ce cinquième chapitre a examiné l'ampleur du recours aux services de santé dans le canton de Genève et en Suisse. Tout d'abord, concernant les consultations en cabinet chez un médecin de premier recours, il apparaît que 28% de la population genevoise n'a pas consulté au cours des douze derniers mois. La fréquence des consultations varie fortement en fonction de l'âge (les plus âgés consultent le plus alors que les 35–49 ans consultent le moins), du sexe (il est plus fréquent pour un homme de ne pas consulter que pour une femme) mais aussi de l'état de santé (une santé défaillante augmente le recours à la médecine de premier recours). En comparaison nationale, Genève se situe exactement dans la moyenne quant au nombre moyen de visites chez un médecin de premier recours (2,27 consultations par personne).

En revanche, pour les consultations chez un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois, Genève apparaît comme le canton qui y a le plus recours (2,58 consultations par personne). Or, l'écart entre le nombre de consultations de spécialistes à Genève et les autres cantons s'avère particulièrement important. Il est encore intéressant de relever qu'en Suisse, il y a assez peu de différences dans le recours aux spécialistes selon l'âge alors qu'à Genève, ce sont les plus âgés qui consultent le moins.

À Genève, le recours à des examens préventifs pour les maladies cardiovasculaires et le diabète se situe dans la moyenne suisse (76,5% de la population du canton a fait contrôler sa tension artérielle, 55,6% son taux de cholestérol et 58,1% son taux de glycémie). Le recours à ces examens préventifs est assez stable dans le temps, bien qu'on note une tendance à la hausse pour la glycémie entre 2012 et 2017. Les examens de dépistage du cancer du sein et de l'utérus sont plus fréquents à Genève qu'en Suisse, alors que ceux de la prostate sont dans la moyenne.

Le recours à la médecine complémentaire est bien plus généralisé à Genève que dans l'ensemble de la Suisse. Dans le canton, plus d'un habitant sur trois déclare avoir eu recours à la médecine complémentaire durant les douze derniers mois. Il apparaît en particulier que les femmes et les personnes ayant une formation élevée consomment plus de médecine complémentaire que les autres. À Genève, c'est l'ostéopathie qui est la forme de médecine complémentaire la plus fréquente au sein de la population (17,7%), suivie de l'homéopathie (11,9%).

Concernant les prestations hospitalières, près de 40% de la population genevoise a eu recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux lors des douze derniers mois. Il s'agit de la proportion la plus élevée de Suisse. À Genève, les femmes, les plus jeunes et les personnes les moins bien formées ont davantage tendance à recourir aux prestations ambulatoires hospitalières. Pour les prestations stationnaires des hôpitaux, un peu plus d'un habitant sur dix y a eu recours à Genève. Ce sont cette fois les personnes âgées qui recourent davantage aux soins stationnaires des hôpitaux.

Concernant le soutien à la maison au cours des douze derniers mois, le recours à l'aide informelle dépasse largement l'aide formelle, c'est-à-dire le recours aux services d'aide et de soins à domicile (respectivement 10,8% et 3,9% à Genève). Il s'agit de proportions similaires à ce qui s'observe en Suisse. L'aide informelle est principalement utilisée pour des tâches ménagères, la préparation des repas ou les transports. Dans le canton de Genève, 28,7% des habitants déclarent avoir apporté au moins une fois de l'aide informelle au cours des douze derniers mois.

Enfin, concernant les soins de longue durée en EMS, la proportion des 65 ans et plus séjournant en EMS est plus faible à Genève qu'en Suisse (4,8% contre 5,5%). Si le nombre de résidents augmente au fil du temps, la proportion est restée stable dans le canton durant les 10 années précédentes alors qu'elle est à la baisse en Suisse. À Genève, où la politique de maintien à domicile est forte, la quasi-totalité des résidents bénéficie de soins modérés à élevés, alors qu'en Suisse près d'un quart n'a que des soins légers.

6 Évolution des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins

La détermination des primes d'assurance-maladie génère chaque année des tensions liées à la hausse des coûts de la santé et à leur répartition. Cette thématique occupe une place centrale dans le débat public, comme en témoigne le baromètre des préoccupations de la population suisse qui place, pour la première fois depuis 2015, le thème santé/caisses-maladie en deuxième position des préoccupations de la population (gfs.bern, 2018; OFSP, 2015a).

Ce sixième chapitre complète les informations des pages précédentes en abordant la santé sous l'angle des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS)[1]. Après une brève introduction, la première partie analyse les coûts bruts AOS pour différents groupes de prestataires de soins et par catégorie de prestations. La seconde partie de ce chapitre décrit les primes AOS et leur évolution ainsi que les modèles d'assurance choisis. La question de la réduction individuelle des primes de l'assurance-maladie est aussi abordée dans cette seconde partie.

Coûts et financement du système de santé

En Suisse, 82,8 milliards de francs ont été dépensés au total en 2017 pour la santé, soit 12,4% du produit intérieur brut (PIB)[2]. Après les États-Unis, la Suisse est le pays de l'OCDE qui consacre la part la plus importante de son PIB aux dépenses de santé (OCDE, 2017a). Cette position dans le classement reflète à la fois le niveau de vie élevé de la Suisse et la structure par âge de la population. Depuis 2000, les coûts du système de santé ont presque doublé, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de 3,7%. Pendant la même période, les coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté encore plus fortement, passant de 15,7 milliards de francs à 32,5 milliards, soit une hausse annuelle moyenne de 4,7%.

L'ensemble des coûts du système de santé a été financé à hauteur de 35,7% par l'AOS (coûts nets), de 28,8% par les ménages privés (frais assumés directement par les personnes[3] et participation aux coûts) et de 18% par l'État (principalement par le biais de subventions aux hôpitaux et aux soins). La part restante (17,5%) a été couverte par les assurances privées, par les autres assurances sociales œuvrant dans le domaine de la santé (AA, AM, AI, AVS[4]) et par les autres régimes de prestations sociales sous condition de ressources (prestations complémentaires AVS/AI et aides aux soins et aux personnes âgées) (OFS, 2018).

Quels coûts sont saisis dans le pool de données?
Le pool de données est une banque de données produite par SASIS SA (filiale de santésuisse) qui concerne l'assurance obligatoire des soins. Il répertorie les prestations brutes, soit toutes les factures saisies par les assureurs qui sont associés à l'AOS, y compris la participation aux coûts par les assurés (franchise, quote-part et participation aux frais de séjour hospitalier). Seules les prestations pour lesquelles les assureurs maladie reçoivent une facture ou celles qui sont directement facturées aux assureurs par le fournisseur de prestations sont prises en compte. Les factures conservées par les assurés (par exemple à cause d'une franchise trop élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'AOS (par exemple les prestations relevant des assurances complémentaires LCA) ne sont pas enregistrées dans le pool de données. Ce dernier ne contient pas non plus d'indications sur les subventions publiques (par exemple le cofinancement du secteur stationnaire par les cantons).
Les données disponibles sont issues des années de production 2013 à 2017 de SASIS SA, en l'état au 20 juillet 2018 et couvrent la totalité des assurés du canton de Genève entre 2013 et 2017. Les données sont produites annuellement selon la date de comptabilisation des prestations de l'assurance-maladie et ne se réfèrent donc pas à la période de traitement. Les pratiques des assureurs-maladie en matière de facturation peuvent avoir une incidence sur la période à laquelle les coûts sont rapportés. Les données utilisées se réfèrent en outre au canton de domicile du patient, quel que soit le canton dans lequel ils sont traités.

[1] Pour simplifier le texte, les expressions «coûts bruts AOS» et «coûts nets AOS» sont utilisées et signifient les coûts bruts et nets à la charge de l'AOS. Les coûts bruts AOS correspondent aux coûts nets AOS plus les participations aux coûts enregistrées par les assurés.

[2] https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.10247066.html (consulté le 17.11.2019)

[3] Dits out-of-pocket payments.

[4] AA: Assurance-accident, AM: Assurance-militaire, AI: assurance-invalidité, AVS: Assurance-vieillesse et survivants.

Coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, selon le prestataire et le type de prestations, canton de Genève et Suisse, de 2013 à 2017 (en millions de francs) **T6.1**

		GE							CH	
		2013	2014	2015	2016	2017	2017 part en %	Ø Evolution[1]	2017 part en %	Ø Evolution[1]
Hôpitaux	Prestations stationnaires	355,1	367,9	370,9	374,7	391,8	17,4	2,5	20,7	-0,1
	Prestations ambulatoires	308,2	313,2	338,8	374,2	397,8	17,7	6,6	19,2	5,1
	Total des prestations	**663,3**	**681,1**	**709,7**	**748,9**	**789,6**	**35,0**	**4,5**	**39,9**	**2,2**
Médecins	Traitements	520,5	542,1	586,4	614,2	644,5	28,6	5,5	22,1	5,5
	Médicaments	25,8	26,9	26,8	29,6	31,4	1,4	5,0	6,3	4,7
	Autres prestations médecins	23,5	25,3	27,3	29,0	34,3	1,5	9,9	2,2	5,7
	Total médecins	**569,8**	**594,3**	**640,5**	**672,8**	**710,2**	**31,5**	**5,7**	**30,5**	**5,3**
Établissements médico-sociaux		101,3	103,3	101,7	102,2	105,8	4,7	1,1	5,7	3,9
Pharmacies et centres de remise LiMA[2]		334,8	326,6	351,5	361,4	367,5	16,3	2,4	12,7	7,3
Physiothérapeutes		47,4	52,2	56,3	63,0	69,1	3,1	9,9	3,1	10,9
Laboratoires		76,9	83,3	90,5	95,8	96,8	4,3	5,9	2,8	0,3
Soins à domicile (organisations Spitex)		47,4	51,9	54,7	56,1	60,5	2,7	6,3	2,7	8,2
Autres prestataires		42,5	40,2	42,8	49,4	53,5	2,4	5,9	2,6	6,0
Total		**1883,3**	**1932,9**	**2047,7**	**2149,8**	**2253,0**	**100,0**	**4,6**	**100,0**	**3,8**

[1] Évolution moyenne annuelle (moyenne géométrique) 2013–2017, en %
[2] Liste des moyens et appareils

Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

Facteurs influençant les coûts de la santé

Une étude récente montre que le vieillissement de la population, le progrès médical et le produit intérieur brut élevé par habitant sont les facteurs principaux de l'augmentation des coûts de la santé en Suisse (Colombier, 2018). Deux recherches plus anciennes ont quantifié l'effet du vieillissement démographique et de l'augmentation de la population sur les coûts de la santé: selon l'OFS, ces deux facteurs expliquent 39% de l'augmentation des coûts de la santé entre 1985 et 2002 (OFS, 2005) et, selon l'Obsan, ils sont responsables d'un cinquième de la progression des coûts AOS entre 1998 et 2010 (Roth et Roth, 2012).

Les coûts de la santé par habitant varient fortement selon les cantons, ce qui peut s'expliquer par des différences dans l'offre de soins (densité et structure de l'offre, flux des patients, etc.), dans la demande et la façon de recourir aux prestations de santé (densité et composition de la population, taux de morbidité, etc.), dans le financement de la santé (importance des subventions publiques), ainsi que dans la pratique politique et la tradition des cantons (Camenzind et Sturny, 2013).

6.1 Coûts de l'assurance obligatoire des soins

Dans cette partie, les coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins et leur évolution entre 2013 et 2017 sont présentés pour la population résidante dans le canton de Genève, d'abord selon le prestataire de soins et selon le type de prestations, puis selon l'âge et le sexe des assurés. La participation des assurés aux coûts fait également l'objet d'une analyse.

6.1.1 Coûts bruts AOS par prestataire de soins et par type de prestation

Les coûts AOS représentent près de 2,3 milliards de francs dans le canton de Genève en 2017

Les coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins engendrés par la population du canton de Genève s'élèvent à 2253 millions de francs en 2017 (T 6.1). Rappelons toutefois que les coûts de l'AOS ne représentent qu'une partie de l'ensemble des coûts de la santé puisque d'autres instruments financent le système de santé. Les coûts bruts AOS se répartissent entre les différents prestataires de soins comme suit: les hôpitaux constituent le poste le plus élevé (au total 35% dont 17,4% pour les prestations stationnaires et 17,7% pour les prestations ambulatoires); viennent ensuite les médecins (31,5%), suivis des pharmacies (médicaments) et

centres de remise des moyens et appareil (LiMA) (16,3%). Ces trois prestataires couvrent plus des quatre cinquièmes des coûts totaux AOS de la population genevoise en 2017.

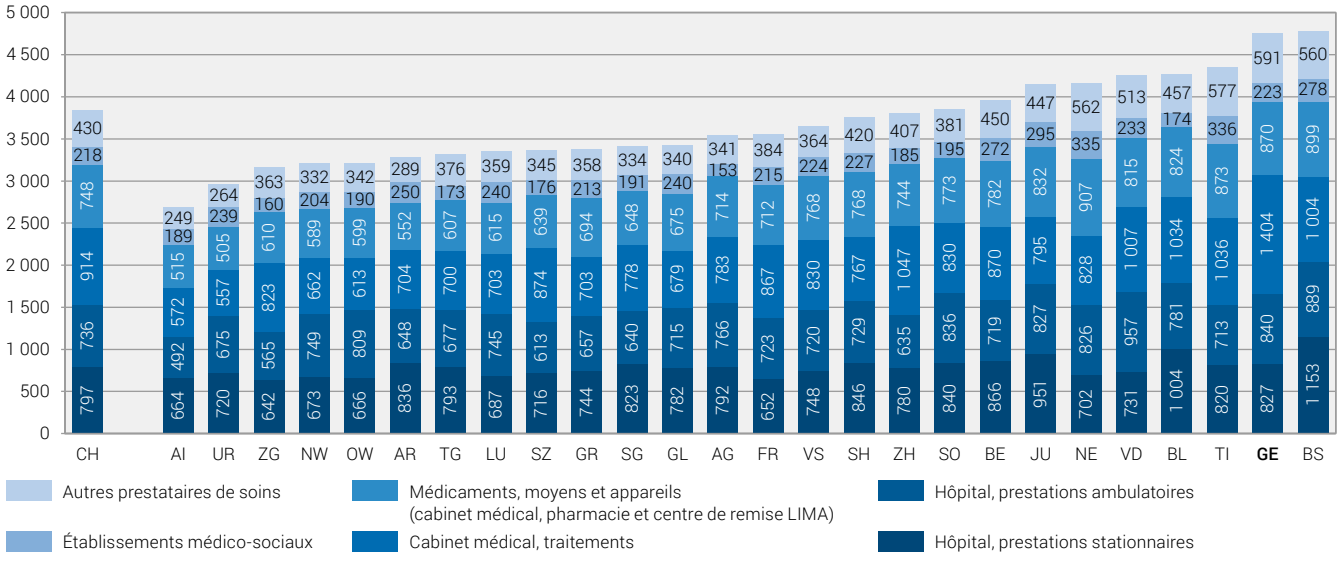
On peut relever que la distribution des coûts AOS est sensiblement différente dans le canton de Genève qu'en Suisse. Les prestations hospitalières représentent 35% de l'ensemble des coûts à Genève mais près de 40% en Suisse. Si la différence paraît modeste pour les coûts totaux des médecins (31,5% à Genève contre 30,5% en Suisse), il y a d'importantes différences au niveau des prestations: les coûts des traitements des médecins représentent 28,6% des coûts bruts AOS à Genève contre 22,1% en Suisse, alors que pour les médicaments délivrés par les médecins, les proportions sont respectivement de 1,4% et 6,3%. Concernant ce second poste, l'écart provient des différences de législations cantonales puisque le canton de Genève interdit, sauf exceptions justifiées, la distribution de médicaments par les médecins[5] (propharmacie). Il en résulte des coûts AOS plus élevés dans les pharmacies et centres de remise LiMA à Genève (16,3%) qu'en Suisse (12,7%).

Entre 2013 et 2017, les coûts bruts AOS engendrés par la population genevoise ont augmenté en moyenne de 4,6% par an (T 6.1). Cette augmentation est plus importante qu'en Suisse (3,8%) et surtout plus importante que pendant la période quinquennale précédente (2,7% annuel entre 2008 et 2012) (Merçay, 2015). Dans le canton de Genève, l'augmentation des coûts AOS de quelque 370 millions de francs au cours des années 2013 à 2017 est en grande partie imputable aux coûts des traitements des médecins (+124 millions de francs) ainsi que des prestations ambulatoires des hôpitaux (+89,6 millions de francs).

Concernant l'augmentation des coûts des traitements des médecins, Genève se trouve dans la moyenne nationale (+5,5%). Comme la plupart des autres cantons[6], Genève a réintroduit en juillet 2013 un moratoire limitant l'installation des médecins en cabinets privés pour la médecine de 1er recours et la médecine spécialisée (clause du besoin). Or, il s'avère que les coûts bruts AOS avaient fortement augmenté en Suisse lorsque le moratoire pour la médecine spécialisée, introduit une première fois en 2002, a été levé en janvier 2012 ainsi que pendant les premiers trimestres qui ont suivi sa réintroduction (Roth et Sturny, 2017). Quant à la forte croissance des coûts hospitaliers ambulatoires (+6,6% à Genève et +5,1% en Suisse), elle peut être mis en relation, d'une part, avec le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire, synonyme d'un transfert de coûts du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire (Roth et Pellegrini, 2019) et, d'autre part, avec la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement hospitalier (OFSP, 2015a), qui implique une diminution de la part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires[7] (Pellegrini et Roth, 2018). Ce second facteur n'a guère d'influence pour Genève, où le financement cantonal n'a pas changé, mais ce poste a augmenté dans la plupart des autres cantons suisses entre 2012 et 2017[8].

Bien qu'ils contribuent le plus à l'augmentation des coûts bruts AOS, les prestataires de soins ambulatoires (médecins et hôpitaux) ne présentent pas pour autant les taux de croissance des coûts les plus élevés. En effet, à Genève, la croissance annuelle moyenne des coûts AOS des physiothérapeutes s'élève à +9,9% tout comme celles des autres prestations des médecins (il s'agit notamment des laboratoires des cabinets médicaux). En Suisse,

Coûts bruts AOS par assuré, selon la catégorie de prestation, Suisse et cantons, en 2017 (en francs) **G 6.1**



Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

[5] 15 cantons autorisent la propharmacie (AI, AR, BL, GL, LU, NW, OW, SH, SG, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH), 9 l'interdisent strictement (AG, BS, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS) et 2 appliquent des systèmes mixtes (BE, GR) (pharmaSuisse, 2018).

[6] Sept cantons font exceptions: Fribourg, Zurich, Zoug, Jura, Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures et Appenzell Rhodes-Intérieures n'ont pas réintroduit de moratoire.

[7] Il s'agit en fait d'un transfert de charge de l'AOS vers les cantons.

[8] https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf (consulté le 14.08.2019)

une évolution similaire s'observe pour les physiothérapeutes (+10,9%) mais pas pour les autres prestations des médecins (+5,7%). On peut encore relever une forte croissance des coûts bruts AOS issus des soins à domicile (organisations Spitex) tant à Genève (+6,3%) qu'en Suisse (+8,2%) – ce qui correspond bien à la tendance de développer les soins à domicile par rapport à la prise en charge en EMS qui connaît d'ailleurs une croissance plus lente malgré le vieillissement de la population (+1,1% à Genève; +3,9% pour la Suisse). Notons encore la forte augmentation des coûts des laboratoires à Genève (+5,9%), alors que leur évolution stagne au niveau Suisse (+0,3%).

Des coûts bruts AOS par assuré parmi les plus élevés de Suisse

En 2017, les coûts bruts AOS par assuré dans le canton de Genève (4755 francs) sont largement supérieurs à la moyenne Suisse (3842 francs) et occupent le second rang de tous les cantons (G 6.1). Les coûts annuels les plus élevés sont enregistrés dans le canton de Bâle-Ville (4782 francs), alors que les plus bas sont dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (2681 francs).

Pour toutes les catégories de prestations, les coûts bruts AOS par assuré genevois sont supérieurs à la moyenne suisse en 2017. Les coûts par assuré des traitements en cabinet médical (1404 francs) représentent près de 30% des coûts totaux AOS à Genève. Ces coûts sont les plus élevés de Suisse, et largement, puisqu'ils sont plus d'une fois et demi supérieurs à la moyenne Suisse (914 francs) et bien devant les coûts du canton de Zurich (1047 francs), qui arrive en deuxième position. Le canton de Genève se caractérise en effet par une densité élevée de médecins spécialistes et, dans une moindre mesure, de médecins généralistes (voir T 1.5). Or, il existe un lien très clair entre une forte densité de médecins et des coûts élevés par assuré (Roth et Sturny, 2017). L'offre abondante contribue ainsi à générer la demande pour plus de soins, si bien que les habitants du canton sont ceux de Suisse qui consultent le plus fréquemment des médecins spécialistes (voir section 5.1.2). Mais ces coûts élevés à Genève s'expliquent aussi par un niveau général des prix – et donc des tarifs médicaux – parmi les plus élevés de Suisse.

Concernant les prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires, les coûts bruts AOS par assuré représentent respectivement des montants de 840 et 827 francs dans le canton de Genève et placent toujours Genève parmi les cantons les plus coûteux (3e et 8e place). Mais c'est encore pour les coûts des médicaments (870 francs par assurés et 4e place) et pour les autres prestataires[9] (591 francs et 1re place) que Genève se distingue par des coûts élevés en comparaison helvétique. Au final, ce n'est que pour les coûts des EMS que le canton se situe dans la moyenne suisse (223 francs par assuré à Genève contre 218 francs en Suisse).

6.1.2 Coûts bruts AOS selon le sexe et l'âge des assurés

Des coûts AOS plus élevés pour les femmes que pour les hommes

Cette partie se propose d'étudier plus en détail la répartition des coûts AOS pour les domaines ambulatoire et stationnaire en fonction du sexe et de l'âge des assurés dans le canton de Genève et en Suisse. À Genève, comme esquissé précédemment, les coûts bruts AOS ambulatoires par assuré sont très élevés (T 6.2), à 3705 francs contre 2827 francs pour la Suisse. Ils représentent ainsi près de 80% des coûts bruts AOS à Genève (77,9%). Les coûts bruts du stationnaire sont quant à eux similaires entre Genève et la Suisse.

De manière générale, les coûts bruts AOS par assuré sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, tant dans le domaine ambulatoire que stationnaire. Dans le canton de Genève, l'écart total des coûts entre femmes et hommes est de 1451 francs, soit des coûts 36,2% plus élevés pour les femmes. En moyenne Suisse, la différence est moindre (966 francs, +28,8%). Cette différence est essentiellement due à la plus longue espérance de vie des femmes et aux coûts liés à la grossesse et à l'accouchement (Camenzind et Meier, 2004), mais aussi à un suivi médical plus régulier. Les données de l'ESS montrent en effet que, dans le canton de Genève, 66,5% des hommes ont consulté un médecin de famille en 2017, contre 76,8% des femmes (voir section 5.1.1).

Les prestations de l'AOS sont davantage sollicitées au fur et à mesure que l'âge augmente. En 2017, une personne de moins de 16 ans dans le canton de Genève coûtait en moyenne 7,5 fois moins (1692 francs) qu'une personne de 66 ans et plus (12 635 francs). Ce rapport est légèrement plus marqué en moyenne helvétique (8,2 avec des coûts respectifs de 1188 et 9735 francs). C'est en considérant les coûts bruts AOS par tranche d'âge de cinq ans (G 6.2) que l'impact du principe de solidarité entre les générations, tel qu'inscrit dans la LAMal, ressort. La LAMal prévoit en effet que, pour les assurés de plus de 25 ans révolus, les primes ne peuvent pas être différenciées selon l'âge, alors que les coûts bruts AOS, eux, augmentent de façon quasi-exponentielle. Seule la tranche d'âge allant de 0 à 5 ans fait exception, étant donné les coûts liés aux premiers temps de la vie.

Alors que les coûts des prestations ambulatoires augmentent linéairement au fil des âges, dans le secteur stationnaire, les coûts augmentent de manière exponentielle au troisième et encore plus au quatrième âge (G 6.2). Dans le canton de Genève, la part des prestations stationnaires dans l'ensemble des coûts par habitant est de seulement 6,1% pour la tranche d'âge des 6 à 10 ans lorsque les coûts totaux atteignent un peu moins de 1500 francs. Or, cette proportion augmente progressivement alors que les coûts du stationnaire deviennent de plus en plus importants : pour la classe 61–65 ans le stationnaire représente 18%, mais il passe à 35,6% pour les 81–85 ans et atteint 56,6% pour les 91 ans et plus lorsque les coûts totaux sont les plus élevés.

[9] Environ 81% des coûts de la catégorie «autres prestataires de soins» sont liés aux organismes d'aide et de soins à domicile, aux physiothérapeutes et aux laboratoires.

Coûts bruts AOS par assuré dans les domaines ambulatoire et stationnaire, selon le sexe et l'âge, canton de Genève et Suisse, en 2017 (en francs) **T6.2**

		Ambulatoire		Stationnaire[1]		Total	
		GE	CH	GE	CH	GE	CH
Total		**3 705**	**2 827**	**1 050**	**1 014**	**4 755**	**3 842**
Sexe	Femmes	4 250	3 177	1 213	1 145	5 463	4 322
	Hommes	3 133	2 474	879	882	4 012	3 356
Classe d'âge	0–15 ans	1 515	1 029	177	159	1 692	1 188
	16–35 ans	2 085	1 530	390	416	2 475	1 946
	36–50 ans	3 048	2 203	439	475	3 488	2 678
	51–65 ans	4 810	3 450	869	895	5 679	4 345
	66 ans et plus	8 421	6 307	4 214	3 427	12 635	9 735

[1] Prestations stationnaires des hôpitaux et prestations EMS

Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

6.1.3 Participation aux coûts

Près de 12% des coûts totaux AOS sont payés via une participation des assurés

Les personnes assurées participent aux coûts de l'AOS via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier[10]. Dans le canton de Genève, en 2017, la participation des assurés aux coûts enregistrée dans le pool de données s'élevait à 268,4 millions de francs: les habitants du canton ont donc payé 11,9% des coûts de l'AOS sous forme de participation aux coûts. Sur 5 ans, la participation aux coûts baisse progressivement de 12,5% en 2013 à 11,9% en 2017. Pour l'ensemble de la Suisse, la proportion reste stable (de 13,9% à 13,6%), et se situe donc au-dessus de la valeur genevoise. Cela peut s'expliquer, comme nous aurons l'occasion de le voir, par le fait que les Genevois optent davantage pour des franchises basses que les Suisses.

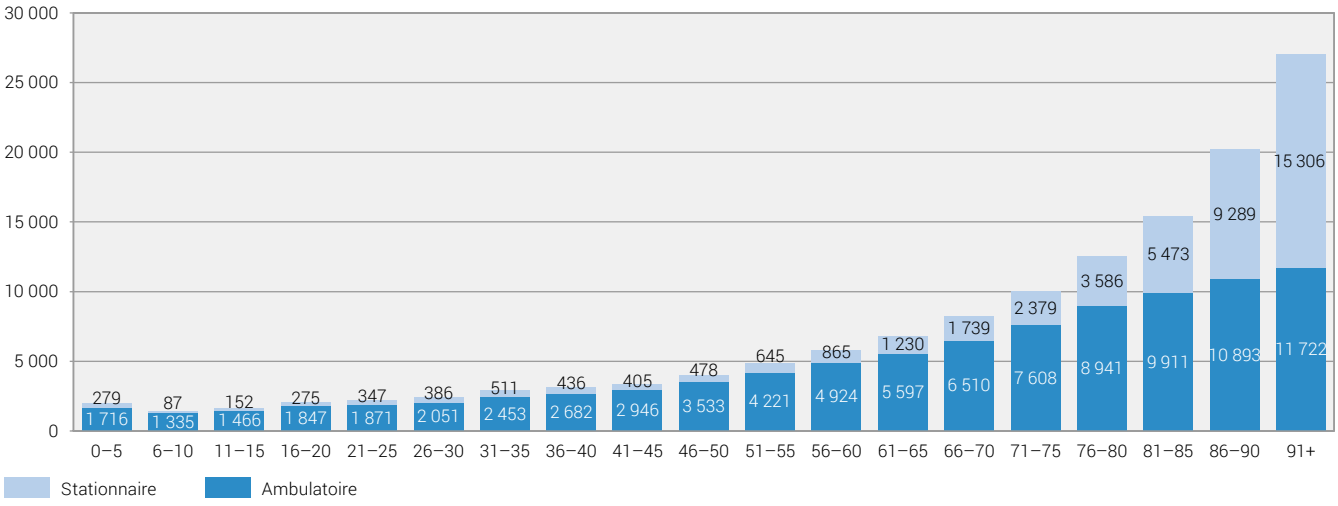
La participation aux coûts AOS varie suivant les catégories de prestations. Ainsi, en 2017 dans le canton de Genève, la participation aux coûts est la plus élevée pour les examens de laboratoire (22,1% contre 28,2% en Suisse) et les traitements des médecins en cabinet (16,5% contre 22,4% en Suisse). Le pourcentage est nettement plus faible dans le secteur hospitalier stationnaire (5,5% contre 7,1% en Suisse), pour les prestations d'aide et de soins à domicile (3,5% contre 4,7% en suisse) et surtout pour les prestations en EMS (2,5% contre 3,6%). Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par le fait que les patients sollicitant les prestations citées sont tendanciellement plus âgés et choisissent donc plus souvent une franchise ordinaire de 300 francs. D'autre part, les frais moyens par traitement dans le secteur stationnaire et dans le secteur des soins à long terme sont généralement supérieurs aux frais des prestations liées à un traitement ambulatoire. La part de la participation aux coûts de ce groupe de prestations est donc inférieure.

6.2 Primes et modèles d'assurance

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont financées par les primes des personnes assurées et, dans une moindre mesure, par la participation aux coûts. Dans cette deuxième partie, les différences cantonales en matière de primes sont analysées et les dépenses que représentent ces dernières dans le canton de Genève en fonction des modèles d'assurance choisis sont examinées. Les réductions cantonales de primes sont aussi abordées. Les valeurs indiquées ici concernent des personnes assurées adultes (de 26 ans et plus) habitant le canton de Genève. Les résultats sont construits sur la base du volume des primes calculé avec le pool de données de SASIS SA. Sont considérées les primes conformes au tarif de l'offre (à l'exclusion du risque accident), à savoir les primes avant déduction de la réduction de prime individuelle mais après les déductions liées à la franchise à option et au modèle d'assurance alternatif. Les présentes valeurs ne peuvent donc pas être directement comparées avec celles des primes moyennes publiées en automne par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la procédure annuelle d'approbation des primes.

[10] Les frais éventuellement réglés en sus par les personnes assurées, sur leurs propres deniers (prestations out of pocket) ne sont pas comptés dans les coûts de l'AOS et ne peuvent donc pas être analysés ici, comme par exemple les contributions aux coûts des séjours en EMS. La participation aux coûts peut varier en fonction des fournisseurs de prestations, car elle est déduite des premières factures transmises dans l'année. De plus, les personnes assurées peuvent influer sur leur participation aux coûts, par exemple en baissant leur franchise si elles prévoient un traitement médical plus important l'année suivante.

Coûts bruts AOS par assuré dans les domaines ambulatoire et stationnaire,
selon l'âge, canton de Genève, en 2017 (en francs) **G 6.2**



Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

Les primes AOS dans le canton de Genève sont parmi les plus élevées de Suisse

Dans le canton de Genève, les primes AOS annuelles moyennes pour adultes sont passées de 4616 francs en 2013 à 5323 francs en 2017, ce qui correspond à une hausse annuelle de 3,6%. Pendant la même période, en Suisse, les primes ont augmenté en moyenne de 3,5% chaque année, passant de 3670 à 4216 francs. Dans le canton de Genève, on observe donc un niveau moyen de primes élevé et, au cours de ces cinq dernières années, une augmentation des primes qui se situe dans la moyenne nationale. La comparaison des primes entre cantons (G 6.3) fait apparaitre que Bâle-Ville est le canton avec le niveau de primes le plus élevé en Suisse, avec 5379 francs par assuré en 2017, suivi par le canton de Genève. En Suisse romande, Vaud, Neuchâtel et le Jura connaissent également des primes élevées, alors que le Valais et Fribourg sont sous la moyenne helvétique. Les primes les plus basses se trouvent dans les cantons de Suisse centrale et orientale (Appenzell Rhodes-Intérieures, Nidwald, Uri, Zoug et Obwald) avec des montants annuels oscillant entre 3140 et 3470 francs en 2017.

Le 12 septembre 2014, le Conseil fédéral a adopté l'Ordonnance sur la correction des primes dans le but de compenser partiellement, dans certains cantons, les primes d'assurance-maladie payées en trop depuis l'entrée en vigueur de la LAMal par rapport aux coûts des prestations médicales. Afin de connaître l'excédent ou le manque de primes par canton, le rapport entre les prestations nettes (sans la participation aux frais) et les primes est calculé pour l'ensemble des assurés, par année et par personne assurée. Les primes payées en trop ou en insuffisance sont ensuite calculées sur la base des écarts affichés avec le quotient de la Suisse pour chaque année (OFSP, 2014b).

Selon ces calculs[11], le canton de Genève a l'un des plus gros excédants, avec 222 millions de francs payés en trop entre 1996 et 2013. Vaud et Zurich, avec respectivement 563 millions et 458 millions de francs payés en trop, ont été encore davantage péjorés en valeur absolue. Une partie de ces primes payées en trop ont été redistribuées aux assurés des cantons touchés au cours des années 2015 à 2017. Au total, neuf cantons ont reçu une bonification pour un total de 800 millions de francs. Ces remboursements ont été financés à hauteur d'un tiers par la Confédération, d'un tiers par les assureurs et un tiers par les assurés des treize cantons devant s'acquitter d'un supplément. Les assurés genevois ont ainsi touché 79 francs en 2015, 57 francs en 2016 et 112 francs en 2017.

L'écart entre les primes peut atteindre près de 2800 francs par année selon le modèle d'assurance et la franchise choisie

Dans chaque canton, le montant des primes dépend principalement du modèle d'assurance choisi et du niveau de la franchise annuelle (les primes sont plus basses lorsque la franchise est plus élevée). Des différences peuvent encore apparaître entre des régions d'un même canton mais ce n'est pas le cas à Genève qui ne comprend qu'une région de prime. Le tableau 6.3 présente les primes moyennes annuelles par personne assurée, en fonction du modèle d'assurance et du niveau de franchise. Il convient

[11] Pour plus de détails, voir: www.bag.admin.ch → Assurances → Assurance-maladie → Assurés domiciliés en Suisse → Primes et participation aux coûts → Correction des primes-maladie (de 2015 à 2017)

Primes AOS annuelles par assuré, selon les modèles d'assurance et le niveau de franchise, canton de Genève et Suisse, en 2017 (assurés de 26 ans et plus, en francs) **T6.3**

Modèle d'assurance	Franchise (CHF)	GE		CH	
		Ø Prime	Part des assurés	Ø Prime[1]	Part des assurés
Modèle standard selon la LAMal	300	6 004	25,3	5 138	19,1
	500	6 319	10,7	5 295	6,0
	1000/1500	5 514	4,3	4 407	3,6
	2000/2500	4 585	6,4	3 606	4,9
Modèle de médecin de famille sans capitation	300	5 518	10,2	4 588	16,4
	500	5 312	6,4	4 539	4,7
	1000/1500	4 617	3,3	3 745	5,4
	2000/2500	3 531	10,8	2 983	12,2
Modèle avec capitation (HMO, médecin de famille avec capitation)	300	5 628	6,8	4 513	5,4
	500	5 474	3,3	4 398	1,4
	1000/1500	4 899	2,0	3 575	2,4
	2000/2500	4 086	3,9	3 033	4,0
Modèles d'assurance avec télémédecine	300	5 911	2,3	4 574	4,0
	500	5 748	1,2	4 504	1,4
	1000/1500	5 180	0,8	3 730	2,4
	2000/2500	4 203	2,7	3 015	6,5
Assurance avec bonus	300	4 831	0,0	3 661	0,1
Total[2]		**5 323**	**100,0**	**4 216**	**100,0**

[1] Prime moyenne pondérée en fonction de la région de prime
[2] Non représenté dans le tableau, mais inclus dans le total: modèle d'assurance inconnus (part CH <0,2%)

Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

d'ajouter que les primes varient beaucoup en fonction de l'assureur choisi et qu'il s'agit ici d'une moyenne intégrant tous les assureurs-maladie actifs dans le canton[12].

Le modèle standard avec franchise basse offre les primes moyennes les plus élevées, alors que les modèles de médecin de famille sans capitation et des franchises à 2000 ou 2500 francs offrent les primes les plus basses. En 2017 à Genève, la prime moyenne pour adultes avec le modèle standard avec franchise oscille entre 3531 et 6319 francs, soit une différence de près de 2800 francs.

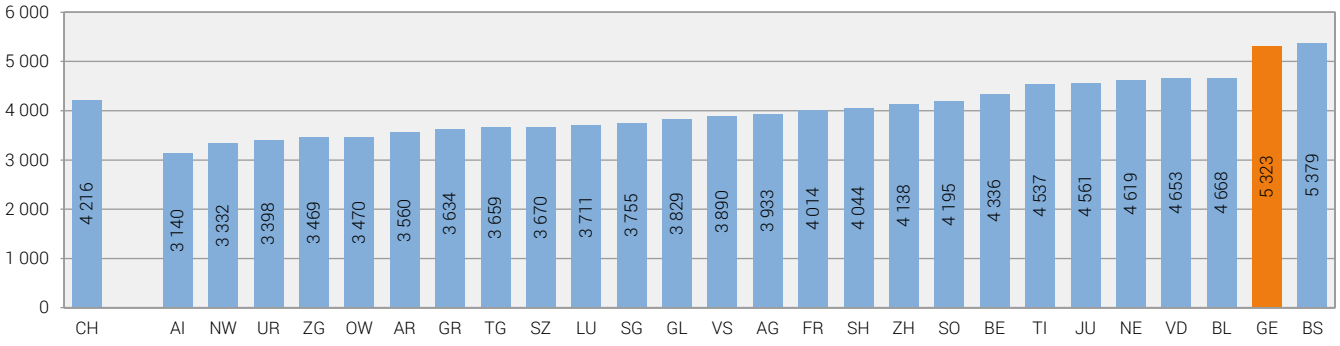
Plus les franchises choisies sont élevées, plus les primes moyennes sont faibles. Ainsi, dans le canton de Genève, une réduction moyenne des primes entre 27% et 36% peut être réalisée en choisissant une franchise de 2000 ou 2500 francs au lieu d'une franchise ordinaire. Pour un niveau de franchise équivalent, il existe en outre un potentiel d'économie considérable en choisissant un modèle d'assurance alternatif: la différence pour des primes moyennes entre le modèle standard et le modèle de médecin de famille avec capitation s'élève à Genève à 486 francs pour une franchise à 300 francs, et monte à 1053 francs pour une franchise à 2000/2500 francs. Au niveau suisse, la différence entre primes moyennes pour ces deux modèles est respectivement de 550 et 622 francs.

Dans le canton de Genève, les primes payées pour les modèles avec capitation sont sensiblement plus élevées que pour les modèles de médecin de famille sans capitation, alors que la télémédecine coûte encore plus cher. Or, ces deux modèles sont généralement meilleur marché auprès d'un assureur donné. Cela signifie que les assurés du canton privilégient des assureurs ayant des tarifs plus élevés lorsqu'ils sélectionnent ces produits alternatifs et/ou que les assurés ayant souscrit au modèle de médecin de famille sans capitation s'affilient plus souvent auprès d'un assureur bon marché.

Si à Genève le modèle standard est encore le plus répandu (46,6%), en Suisse seulement un tiers (33,6%) des assurés ont souscrit à ce modèle qui est aussi le plus cher. Parmi les assurés du canton qui ont choisi le modèle standard, plus des trois-quarts ont opté pour des franchises basses (300 et 500 francs). L'attachement des habitants du canton au modèle standard avec franchise basse contribue au fait que les primes moyennes payées à Genève sont plus élevées qu'en moyenne suisse. Le modèle de médecin de famille avec capitation est le deuxième modèle le plus répandu à Genève et comprend 30,5% des assurés (contre 38,7% en Suisse). Il est intéressant de noter que, pour ce modèle,

[12] Les résultats du tableau 6.3 peuvent prêter à confusion en faisant apparaître les primes moyennes du modèle standard avec franchise à 500 francs plus chères que celles de la franchise à 300 francs (respectivement 6319 francs et 6004 francs à Genève). Si les primes, pour un assureur donné, sont toujours plus élevées pour une franchise à 300 francs que pour une franchise à 500 francs, la moyenne des primes à 500 francs peut être plus élevée lorsque les assurés ayant choisi ce modèle ont abondamment opté pour des assureurs vendant leurs produits globalement plus chers et/ou lorsque les assurés ayant choisi la franchise à 300 francs ont opté pour des assureurs bon marché. Par exemple, si tous les assurés ayant une franchise à 300 francs souscrivent à l'assureur le meilleur marché et si tous ceux ayant une franchise à 500 francs optent pour l'assureur le plus cher, alors les primes moyennes sont supérieurs pour la franchise à 500 francs, bien que, pour chacun des assureurs, le produit avec une franchise à 300 francs est meilleur marché que celui avec une franchise à 500 francs.

Primes annuelles AOS par assuré, Suisse et cantons, en 2017 (assurés de 26 ans et plus, en francs) **G 6.3**



Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

environ un tiers des assurés ont choisi la franchise la plus basse, un autre tiers la plus élevée (2000/2500 francs) et que le dernier tiers se répartit dans les franchises intermédiaires.

Malgré des primes généralement plus hautes que la moyenne suisse, la population genevoise ne choisit pas pour autant les modèles ayant une franchise plus élevée qui lui permettraient de réduire les coûts. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par un recours accru de la population aux prestations de santé (voir chapitre 5) ou par le fait qu'une partie de la population bénéficie de ressources financières plus importantes.

Les modèles d'assurance alternatifs sont de plus en plus répandus

Entre 2013 et 2017, la souscription au modèle d'assurance standard LAMal a diminué dans le canton de Genève, passant de 55,3% à 46,6%, soit un transfert d'environ 9% des personnes initialement assurées au modèle standard vers des modèles d'assurance alternatifs – principalement vers le modèle du médecin de famille sans capitation (G 6.4). Ce retrait par rapport au modèle standard s'est amorcé depuis plusieurs années, puisqu'en 2008 le modèle standard couvrait encore 83% des assurés du canton (Merçay, 2015). Cette tendance est encore plus marquée au niveau Suisse où le modèle standard LAMal est passé de 76,6% en 2008 à 42,5% en 2013, puis à 33,6% en 2017.

Dans le canton de Genève, la franchise ordinaire de 300 francs pour les adultes est la plus répandue (G 6.4): entre 2013 et 2017, sa proportion, tous modèles d'assurance confondus, est passée de 40,6% à 44,5%. En Suisse, elle atteint des proportions similaires et reste assez stable entre 2013 et 2017 (à 44,0% et 45,0%). Genève se distingue néanmoins du reste de la Suisse par la forte proportion d'assurés privilégiant une franchise à 500 francs; ils sont 21,5% en 2017, mais en baisse de 5,2 points par rapport à 2013, alors qu'ils ne représentent que 13,5% des Suisses (-3,3 points). La franchise la plus élevée (2500 francs) attire toujours plus d'assurés: entre 2013 et 2017, elle connaît une croissance de 5,4 points à Genève et 7,7 points en Suisse, pour atteindre respectivement 22,4% et 24,8% des assurés. Cette tendance a pour conséquence une certaine polarisation du niveau des franchises puisqu'on tend à privilégier les extrêmes (300/500 francs et 2500 francs) et que les primes intermédiaires sont de plus en plus délaissées.

Que ce soit dans le canton de Genève ou dans la Suisse dans son ensemble, les personnes assurées ne changent que rarement d'assureur. La raison invoquée lors de la plupart des changements est le niveau trop élevé des primes. Que ce soit dans ce canton ou ailleurs en Suisse, les personnes interrogées justifient rarement ce changement par un mauvais service ou par d'autres raisons.

Description des modèles d'assurance LAMal pour adultes

Modèle standard avec franchise ordinaire: assurance de base avec une contribution annuelle aux coûts (franchise) de 300 francs pour la personne assurée.

Modèle standard avec franchise à option: modèle d'assurance permettant de réduire les primes si la personne assurée choisit une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs).

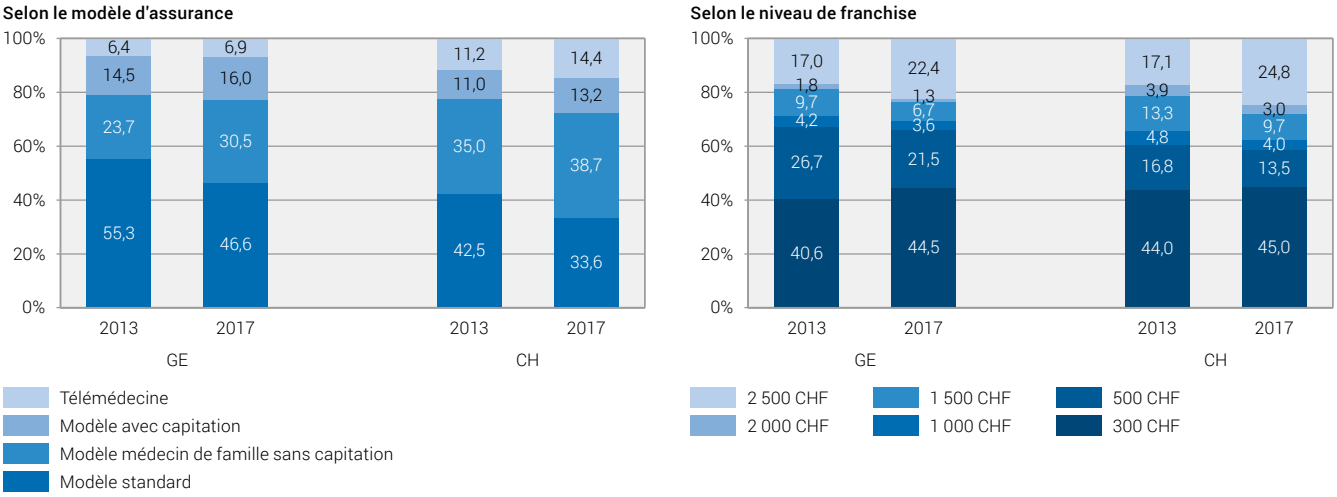
Modèles de médecin de famille sans capitation: modèles de médecin de famille, dans lesquels la facturation à la personne assurée ou à l'assureur est établie pour chacune des prestations fournies, suivant les tarifs en vigueur.

Modèles avec capitation: modèles HMO, modèle du médecin de famille ou réseaux de médecins dans lesquels les fournisseurs de prestations sont indemnisés au moyen de forfaits par personne assurée inscrite.

Télémédecine: modèle d'assurance dans lequel les patients se font systématiquement conseiller d'abord par téléphone quand ils ont un problème de santé (sauf urgences).

Assurance avec bonus: une réduction de prime est accordée si une personne assurée n'a pas sollicité de prestations pendant une année.

Modèles d'assurance et niveaux de franchise, canton de Genève et Suisse, en 2013 et en 2017 (assurés de 26 ans et plus) **G6.4**



Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2020

Réduction des primes AOS, canton de Genève et Suisse, en 2013 et en 2017 **T6.4**

Contribution moyenne par assuré							
		Bénéficiaires, en %	Total des contributions à l'AOS, en millions de francs	Contribution du canton, en %	Contribution moyenne par bénéficiaire, en francs	En francs	En % de la prime brute moyenne
GE	2013	26,6%	271,1	53,0%	2'359	627	16,3%
	2017	26,5%	326,5	52,4%	2'716	720	15,8%
CH	2013	28,0%	4014,7	45,7%	1'782	499	16,5%
	2017	26,4%	4489,0	41,7%	2'025	535	14,8%

Source: OFSP - Statistique de l'assurance-maladie

© Obsan 2020

Un quart des Genevois obtient une réduction de prime

Les personnes de condition économique modeste sont soutenues par la Confédération et par les cantons par le biais d'une réduction de prime individuelle. Depuis la réforme de la péréquation financière (RPT) en 2008, la participation de la Confédération ne dépend plus de la capacité financière des cantons, mais correspond à un pourcentage fixe des coûts AOS (7,5%), réparti entre les cantons en fonction de la population (OFSP, 2014a). Les cantons complètent cette part de la Confédération avec leurs propres moyens, ce qui explique que les systèmes de réduction de prime cantonaux soient très différents les uns des autres.

Dans le canton de Genève, 26,5% des habitants ont bénéficié en 2017 d'une réduction de prime conforme à la LAMal (T 6.4). La moyenne pour l'ensemble de la Suisse est similaire (26,4% des personnes assurées). À Genève, en 2017, quelque 326,5 millions de francs ont été consacrés aux prestations de réduction de prime, financés à hauteur de 52,4% par le canton et 47,8% par la Confédération. Par rapport à 2013, la participation du canton (en proportion) est restée stable à Genève mais elle a diminué en moyenne suisse de 4 points de pourcent. Avec un montant moyen de 2716 francs par bénéficiaire, le canton de Genève se situe en 2017 bien au-dessus de la moyenne suisse (2025 francs). Si l'on ramène ces contributions au total des primes brutes de tous les assurés, cela revient à une contribution moyenne de 720 francs par personne à Genève, soit 15,8% du volume total des primes – un pourcentage légèrement supérieur à la moyenne suisse (14,8%).

6.3 Résumé

Ce sixième chapitre aborde la question des coûts de la santé dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, mettant en parallèle les résultats pour le canton de Genève avec ceux de la Suisse dans sa globalité. En 2017, les coûts bruts AOS engendrés par la population genevoise s'élèvent à près de 2,3 milliards de francs, soit un coût brut par assuré de 4755 francs. Genève se situe ainsi au 2e rang des coûts par assuré les plus élevés de Suisse (moyenne à 3842 francs). Un peu plus d'un tiers des coûts de l'AOS provient des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux. Les coûts des traitements des médecins, qui constituent un autre poste important de l'AOS (28,6%), sont en proportion bien plus élevés à Genève que dans l'ensemble de la Suisse (22,1%). Entre 2013 et 2017, les coûts AOS ont augmenté de 370 millions (+4,6% en moyenne annuelle) dans le canton – une augmentation plus accentuée qu'en Suisse (+3,8% en moyenne annuelle). Si une grande partie de l'augmentation est imputable aux coûts des traitements des médecins et aux prestations ambulatoires des hôpitaux, ce sont les physiothérapeutes et les autres prestations des médecins (les laboratoires des cabinets médicaux notamment) qui ont les taux de croissance les plus élevés.

Le chapitre traite dans un second temps des modèles d'assurances et des primes payées par les habitants du canton. Parmi les assurés de 26 ans et plus, Genève est au deuxième rang des cantons ayant les primes les plus élevées (5323 francs en moyenne). Entre 2008 et 2017, la proportion d'assurés souscrivant au modèle d'assurance standard selon la LAMal connaît un fort recul dans le canton (de 83,0% à 46,6%), alors que le modèle de médecin de famille sans capitation gagne en importance pour atteindre 30,5% des assurés genevois en 2017. Cette tendance est toutefois moins marquée à Genève qu'en Suisse, où le modèle standard a connu un plus fort recul pour n'attirer qu'un tiers des assurés en 2017. Concernant les franchises, on constate que les plus basses sont plébiscitées dans le canton – deux tiers des assurés ont une franchise de 300 ou 500 francs – mais le choix de la franchise la plus élevée gagne en importance pour atteindre plus d'un assuré sur cinq en 2017. Enfin, la proportion de bénéficiaires d'une réduction de prime reste stable dans le canton entre 2013 et 2017, à un peu plus d'un assuré sur quatre. En revanche, la contribution moyenne par bénéficiaire connaît une hausse importante pour atteindre plus de 2700 francs en 2017.

7 Glossaire

Activités fondamentales de la vie quotidienne (AFVQ)
Activités dont l'accomplissement est important pour une vie indépendante telles que manger, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, etc. (basic activities of daily living en anglais).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)
Activités qui impliquent des aspects du fonctionnement cognitif et social telles que cuisiner, téléphoner ou utiliser les transports publics (IADL, instrumental activities of daily living en anglais).

Aide informelle
Aide et soins au domicile par des proches, amis ou voisins. Parallèlement à l'aide informelle, il existe aussi une aide formelle, qui est fournie par les services de l'aide et des soins professionnels (voir Spitex).

Capitation
La capitation désigne un forfait par personne assurée préétabli pour les prestations médicales. Les fournisseurs de prestations sont indemnisés indépendamment du fait que la personne assurée ait eu ou non recours aux soins.

Comorbidité
La présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Échantillon
Sous-ensemble de l'univers de référence sur lequel des données statistiques sont collectées et analysées.

Espérance de vie
Nombre moyen d'années restant à vivre à un âge déterminé, dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Examens de dépistage
Examen dans un but de détection précoce d'une maladie (éventuellement déjà présente).

Facteur de risque
Caractéristique individuelle ou liée à son environnement qui augmente la probabilité que cette personne contracte une maladie, mais qui n'est pas forcément la cause de cette maladie.

Franchise
La franchise est une participation aux coûts de la personne assurée qui est définie en Suisse dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La franchise minimale pour un adulte se monte à 300 francs par année civile. Une franchise plus élevée, jusqu'à 2500 francs, peut aussi être choisie. La personne assurée doit prendre en charge elle-même les coûts pour les prestations médicales jusqu'au montant annuel prévu.

Incidence (épidémiologie)
Nombre de nouveaux cas observés d'une maladie donnée dans une population donnée pendant une durée donnée. L'incidence est souvent exprimée par un taux pour 100'000 habitants par an.

Indice de masse corporelle (IMC)
Mesure d'évaluation du poids corporel définie comme suit: IMC = (poids corporel en kg)/(taille en m)2.

Intervalle de confiance
Comme les enquêtes par échantillonnage ne comprennent qu'une part de la population étudiée (univers de référence), les résultats sont toujours entachés d'une certaine incertitude. Pour quantifier cette incertitude, un intervalle de confiance peut être calculé. Il s'agit d'une plage de valeurs qui comprend la vraie valeur des résultats (p. ex. la moyenne ou la fréquence) avec une probabilité définie à l'avance. Une probabilité de 95% est souvent choisie. Cela signifie que par le tirage d'un nombre infini d'échantillons de la population de base, la vraie valeur a une probabilité de 95% de se trouver dans l'intervalle de confiance calculé.

Lien de causalité
Lien évident entre la cause et son effet. La causalité se distingue de la corrélation qui n'est qu'une association entre deux phénomènes sans qu'un lien de cause à effet ait été défini.

Mammographie
La mammographie est un examen radiographique particulier de la poitrine féminine, qui est souvent employé pour la détection précoce du cancer du sein.

Multimorbidité
La définition la plus souvent utilisée de la multimorbidité est le fait d'avoir en même temps deux maladies chroniques ou plus. Contrairement à la comorbidité, il n'y a pas de maladie associée à un trouble ou une maladie primaire.

Obésité
Forte surcharge pondérale (IMC ≥ 30 kg/m^2).

Prévalence
Fréquence de tous les cas d'une maladie considérée dans une population à un moment précis.

Prévalence sur la vie
Proportion de personnes à un jour donné qui ont déjà été concernées par un certain événement ou une maladie (p. ex. proportion de personnes dans une population donnée qui ont déjà consommé une certaine drogue).

Prévention
Ensemble des mesures visant à empêcher l'apparition ou la propagation de maladies ou d'accidents. Les mesures préventives peuvent s'adresser à toute une population, à certains groupes ou aux individus. Au niveau de la prévention des maladies, la détection précoce et la réduction des facteurs de risque de certaines maladies sont prioritaires.

Quote-part
Dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la quote-part consiste en une participation aux coûts de la part des personnes assurées. Quand la personne assurée a atteint la limite de sa franchise (voir franchise), une personne adulte prend elle-même en charge 10% des coûts des prestations médicales jusqu'à un maximum de 700 francs par année civile.

Représentativité
Mesure de la concordance d'un échantillon avec l'univers de référence.

Ressources de santé
Ressources d'une personne qui peuvent atténuer ou prévenir les problèmes de santé. Les ressources de santé sont d'une part les caractéristiques personnelles d'un individu (satisfaction, sentiment de maîtrise, etc.) et d'autre part les caractéristiques de son environnement (disposition d'une personne de confiance, soutien social, etc.).

Sentiment de maîtrise
Impression subjective de pouvoir, dans certaines situations, piloter et organiser sa vie de manière autonome ou au contraire d'être déterminé par des influences extérieures comme le hasard, le destin ou la société.

Significativité
Mesure statistique servant à évaluer la fiabilité d'un résultat sur la base des données d'un échantillon (voir aussi intervalle de confiance).

Soins hospitaliers ambulatoires
Traitement à l'hôpital qui dure moins de 24 heures et durant lequel un lit n'est pas occupé.

Soutien social
Soutien (p. ex. instrumental, émotionnel) qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui lui sert de ressource pour maîtriser les charges et les exigences de la vie.

Spitex
Le terme Spitex (abréviation de spitalexterne Hilfe und Pflege) comprend les organisations qui fournissent de l'aide et des soins au domicile des patientes et des patients.

Taux de morbidité
Fréquence d'une maladie ou d'un symptôme dans une population à un moment précis rapporté à cette population.

Taux de mortalité
Nombre de décès rapporté à une population à un moment précis.

Taux standardisés par âge
Les comparaisons de taux de mortalité et de morbidité entre différentes régions et dans le temps sont possibles mais de manière limitée pour des raisons de structures d'âge différentes. C'est pourquoi les comparaisons régionales et temporelles sont souvent standardisées en fonction de l'âge. La population d'une région est considérée comme population de référence. Elle est appelée population standard (p. ex. la population standard européenne). Les taux spécifiques par âge sont donc pondérés par la structure d'âge correspondante de la population standard.

Traitement hospitalier ou stationnaire
Traitement à l'hôpital qui dure au moins 24 heures ou durant lequel un lit est occupé pour la nuit.

Univers de référence
Ensemble des personnes et des objets sur lesquels porte une enquête, p. ex.: «tous les habitants et habitantes de la Suisse âgés d'au moins 15 ans». Souvent, les données ne sont pas récoltées pour la totalité de l'univers de référence et seul un échantillon de données est collecté.

8 Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
BPA	Bureau de prévention des accidents
CATI	Interview téléphonique personnelle assistée par ordinateur
CAPI	Interview en face-à-face, assistée par ordinateur
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
ESS	Enquête suisse sur la santé
EMS	Établissement médico-social
GE	Genève
IMC	Indice de masse corporelle
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LiMa	Liste des moyens et appareils
N	Taille de la population, univers de référence
n	Nombre de personnes interrogées (échantillon)
NICER	Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du Cancer
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCSTAT	Office cantonal de la statistique (canton de Genève)
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SASIS	Filiale de santésuisse, organisation faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale
SHARE	Survey of Health, ageing and retirement in Europe
SRPH	Cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
STATPOP	Statistique de la population et des ménages

9 Bibliographie

Adams, T.R., Rabin, L.A., Da Silva, V.G., Katz, M.J., Fogel, J. et Lipton, R.B. (2016). Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age. *Clinical gerontologist,* 39(2): 139–157.

AEE (2015). L*'environnement en Europe : état et perspectives 2015 – Synthèse.* Copenhague: Agence européenne pour l'environnement.

Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A. et Wolk, A. (2014). Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men – A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology,* 64(13): 1299-1306.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour,* Vol. 36, No. 1.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: DGVT.

Association PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé.* Lausanne: PREOS.

Babitsch, B., Gohl, D. et von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine, 9.*

Bachmann, N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé (Obsan Bulletin 1/2014).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Baer, N., Schuler, D., Füglister-Dousse, S. et Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Basner, M., Babisch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., Janssen, S. et al. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *The Lancet,* 383(9925): 1325-1332.

Beelen, R., Raaschou-Nielsen, O., Stafoggia, M., Andersen, Z.J., Weinmayr, G., Hoffmann, B. et al. (2014). Effects of long-term exposure to air pollution on natural-cause mortality: an analysis of 22 European cohorts within the multicentre ESCAPE project. *The Lancet,* 383(9919): 785-795.

Berchick, E.R. et Lynch, S.M. (2017). Regional variation in the predictive validity of self-rated health for mortality. *SSM - Population Health,* 3: 275–282.

Berkman, L.F. et Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman et I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology.* Oxford: University Press.

Bjartveit, K. et Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control,* 14(5): 315-320.

Blasco, S. et Brodaty, T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et statistique,* 486(1): 17-44.

Boes, S., Kaufmann, C. et Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Boes, S., Marti, J. et Maclean, J.C. (2014). The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland. *Health Econ.*

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. et Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS One,* 7(2).

Borgmann, L.-S., Rattay, P. et Lampert, T. (2017). Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring,* 2(4).

Borgonovi, F. et Pokropek, A. (2016). Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *PLoS One,* 11(2): e0149716-e0149716.

bpa (2018). *Rapport SINUS 2018. Niveau de sécurité et accidents dans la circulation routière en 2017.* Berne: Bureau de prévention des accidents.

bpa (2019). *Status 2019: Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse.* Berne: Bureau de prévention des accidents.

Bretschneider, J., Kuhnert, R. et Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring,* 2(3): 81–88.

Brevik, J. et Dalgard, O. (1996). *The health profile inventory.* Oslo: University of Oslo.

Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope III, C.A., Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V. et al. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: an update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation,* 121(21): 2331-2378.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. et Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging,* 21(1): 140-151.

Cambois, E., Garrouste, C. et Pailhé, A. (2015). Comment les différences de parcours professionnels contribuent-elles aux écarts de santé entre femmes et hommes?

Camenzind, P. et Meier, C. (Eds.). (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz.* Bern: Hans Huber.

Camenzind, P. et Sturny, I. (2013). Coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et recours à ses prestations en Suisse. *Analyse des disparités cantonales et facteurs d'explication possibles.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Camenzind, P. et Wiedenmayer, G. (2016). *Comportements ayant une incidence sur la santé : inégalités socioéconomiques et culturelles en Suisse sous la loupe (Obsan Bulletin 2/2016).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

CFAL (2018). *Repères relatifs à la consommation d'alcool.* Berne: Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool.

Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Bucher, S., Siegenthaler, S., Metzger, N., Zuberbühler, C. et al. (2018). Lessons Learnt About Conducting a Multilingual Nutrition Survey in Switzerland: Results from menuCH Pilot Survey. *International Journal For Vitamin And Nutrition Research:* 1-12.

Colman, I., Kingsbury, M., Sucha, E., Horton, N., M. Murphy, J. et Gilman, S. (2018). Depressive and anxious symptoms and 20-year mortality: Evidence from the Stirling County study. *Depression and anxiety,* 35(7): 638–647.

Colombier, C. (2018). Population ageing in healthcare – a minor issue? Evidence from Switzerland. *Applied economics,* 50(15): 1746-1760.

Conseil fédéral suisse (2018). *Environnement Suisse 2018* Berne: Rapport du Conseil fédéral.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review,* 43(6): 1241-1279.

Crimmins, E.M., Kim, J.K. et Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health,* 21(1): 81-91.

CSAA (2018). *Statistique des accidents LAA 2018.* Lucerne: Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents LAA.

Dahlgren, G. et Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.* Stockholm: Institute for Futures Studies.

Deeg, D.J. et Kriegsman, D.M. (2003). Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. *The Gerontologist,* 43(3): 376-386.

Department of Health (2011). *Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers.* London: Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection.

Dhargave, P. et Sendhilkumar, R. (2016). Prevalence of risk factors for falls among elderly people living in long-term care homes. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics,* 7(3): 99–103.

Dutoit, L., Füglister-Dousse, S. et Pellegrini, S. (2006). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions (Obsan Rapport 69). Neuchâtel: Observoire suisse de la santé.

Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet,* 375, 2215-2222.

Etangsale, A. et Ratiney, R. (2019). Médicaments et chutes chez les personnes âgées : une étude épidémiologique dans un hôpital français. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien,* 54(1): 38–48.

Eurofound (2012). *Fifth European Working Condition Survey.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population – Report of Eursostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S. et Bopp, M. (2011). Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *Eur J Epidemiol,* 26(8): 647-655.

Faeh, D., Kaufmann, M., Haile, S.R. et Bopp, M. (2018). BMI-mortality association: shape independent of smoking status but different for chronic lung disease and lung cancer. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis,* 13: 1851-1855.

Fei, P., Wanner, P. et Cotter, S. (1998). Spécificités de la mortalité et de son évolution dans les cantons entre 1920/21 et 1988/93. *Geogr. Helv.,* 53(1): 3-16.

Felber Dietrich, D. (2014). *Pollution de l'air et santé. Aperçu des effets de la pollution atmosphérique sur la santé.* Berne: Office fédéral de l'environnement.

Foreman, K.J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M. et al. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *The Lancet,* 392(10159): 2052-2090.

Gariepy, G., Honkaniemi, H. et Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry,* 209(4): 284–293.

Geissbuhler, A. (2019). Une médecine taillée sur mesure. *Campus - le magasine scientifique de l'Université de Genève,* 138: p. 19.

gfs.bern (2018). *Credit Suisse Sorgenbarometer 2018.* Bern: gfs.bern.

Gilman, S., Sucha, E., Kingsbury, M., Horton, N., M. Murphy, J. et Colman, I. (2017). Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *CMAJ,* 189(42): E1304-E1310.

Gmel, G., Khazaal, Y., Studer, J., Baggio, S. et Marmet, S. (2019). Development of a short form of the compulsive internet use scale in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research,* 28(1): e1765.

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. et Gmel, C. (2017). *Monitorage suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016.* Lausanne: Addiction Suisse.

Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. et Cassina, M. (2011). *Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse Liens entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé.* Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.

Hall, W. (2009). The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy? *Int J Drug Policy,* 20(6): 458-466.

Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. et Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 122(3): 184–191.

Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: T. Schott et C. Hornberg (Eds.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

hepa.ch (2013). *Activité physique et santé des adultes.* Recommandations pour la Suisse. Macolin: Office fédéral du sport

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. et Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.* Bern: Hans Huber.

Humair, J.P., Garin, N., Gerstel, E., Carballo, S., Carballo, D., Keller, P.F. et al. (2014). Acute respiratory and cardiovascular admissions after a public smoking ban in Geneva, Switzerland. *PLoS One,* 9(3).

IARC (2003). *Fruit and vegetables* (Vol. 8). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer

Idler, E. et Cartwright, K. (2018). What Do We Rate When We Rate Our Health? Decomposing Age-related Contributions to Self-rated Health. *Journal of Health and Social Behavior,* 59(1): 74–93.

Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. et Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology,* 63(8): 892–899.

Janssen, C., Grosse Frie, K. et Ommen, O. (2006). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische Versorgung in Deutschland. In: M. Richter et K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (p. 141–155). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Joost, S., Ridder, D.D., Marques-Vidal, P., Bacchilega, B., Theler, J.-M., Gaspoz, J.-M. et al. (2019). Overlapping spatial clusters of sugar-sweetened beverage intake and body mass index in Geneva state, Switzerland. *Nutrition & Diabetes,* 9(35).

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine,* 69(3): 307–316.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society,* 31(12): 721–727.

Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A. et al. (2012). *Sixième rapport sur la nutrition en Suisse.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

Kim, H.K. et Lee, M. (2016). Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model. *Osong Public Health Res Perspect,* 7(1): 18-25.

Kim, T. et von Dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International archives of occupational and environmental health,* 89(4): 561-573.

Krieger, R., Graf, M. et Vanis, M. (2017). *Sixième Enquête européenne sur les conditions de travail en 2015 - Résultats choisis, tirés de l'Enquête sur les conditions de travail des travailleurs salariés en Suisse.* Berne: Secrétariat d'État à l'économie.

Kroenke, K. et Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals,* 32(9): 509–515.

Kroenke, K., Spitzer, R.L. et Williams, J.B. (2001). The Phq 9. *Journal of General Internal Medicine,* 16(9): 606–613.

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry,* 4(2): 146–158.

Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S. et al. (2007). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European journal of public health,* 18(1): 38-43.

Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction,* 106(12): 2086-2109.

Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. et Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz, 2(59): 153–165.*

Lawton, M.P. et Brody, E.M. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research,* 19(3): 278.

Lerch, M. et Oris, M. (2018). Mortality during heat episodes in Switzerland: A story of vulnerability. In: P. Puschmann et T. Riswick (Eds.), *Building bridges. Scholars, history and historical demography. A festschrift in honor of professor Theo Engelen* (p. 626-646). Nijmegen: Valkhof Pers.

Lerch, M., Oris, M. et Wanner, P. (2017). Périurbanisation et transformation du gradient de la mortalité urbaine en Suisse. *Population,* 72(1): 95-126.

Luy, M. (2003). Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations. *Population and Development Review,* 29(4): 647-676.

Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W. et Joung, I.M. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology,* 31(6): 1162–1168.

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.-J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England journal of medicine,* 358(23): 2468-2481.

Malatesta, D. (2013). *Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique.* Berne: Promotion santé suisse.

Malhi, G.S. et Mann, J. (2018). Depression. *The Lancet,* 392(10161): 2299–2312.

Marmet, S. et Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum im Jahr 2016.* Lausanne: Monitorage suisse des addictions.

Marmet, S., Gmel, G., Frick, H. et Rehm, J. (2013). *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011.* Lausanne: Addiction Suisse.

Marmet, S., Notari, L. et Gmel, G. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz - Themenheft Internetnutzung und problematische Internetnutzung in der Schweiz im Jahr 2015.* Lausanne: Monitorage suisse des addictions.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet,* 365(9464): 1099-1104.

Marmot, M. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review).* London: Institute of health equity.

Marmot, M., Rose, G., Shipley, M. et Hamilton, P.J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health,* 32(4): 244-249.

Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M. et Wieser, S. (2019). *Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050.* Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. et Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht.* Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Mendis, S., Puska, P. et Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

Merçay, C. (2015). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et de l'exploitation d'autres banques de données (Obsan Rapport 63).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Merçay, C. (2020). *La santé des 65 ans et plus en Suisse latine: Analyses intercantonales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

Obsan (2010). *La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007 et de l'exploitation d'autres banques de données (Obsan Rapport 45).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

OCDE (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011.* Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OCDE (2014). *Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care.* Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OCDE (2017a). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OCDE (2017b). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. How does Switzerland compare? Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OCDE (2017c). *Obesity Update 2017.* Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OCDE (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.

OFEV (2018). *Pollution sonore en Suisse. Résultats du monitoring national sonBASE, état en 2015.* Berne: Office fédéral de l'environnement.

OFS (2005). *Coûts du système de santé et démographie - Coûts détaillés par âge en 2002 et évolution sur la période 1985–2020.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2014). *SRPH. FAQ cadre de sondage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages SRPH.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2015). *Les décès dus au tabac en Suisse entre 1995 et 2012.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2016). *Enquête suisse sur la santé. Fiche signalétique.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2017a). *Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2017b). *Typologie des communes et typologie urbain-rural 2012.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2018). *Coûts et financement du système de santé en 2016.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2019a). *L'enquête suisse sur la santé 2017 en bref.* Conception, méthode, réalisation. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2019b). *La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2016.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

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

OFSP (2013a). *Programme national alcool: Rapport 2008 – 2012.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2013b). *Programme national Alimentation et activité physique Rapport 2008–2012.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2013c). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2014a). *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2012.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2014b). *Tableaux avec détail des calculs des primes payées en trop ou en insuffisance (1996–2013)*: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2014c). *Travail et santé (spectra 105).* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2015a). *Évaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global.* Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).

OFSP (2015b). *Stratégie nationale Addictions.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

Omran, A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly,* 49(4): 508-539.

OMS (1946). Constitution of the World Health Organization. Official Records of the World Health Organization no 2. New York: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons* (Vol. 5). Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2010). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2011). *Global recommendations on physical activity for health.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2014). *Cancer, Fact sheet N°297.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* Copenhagen: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2018a). *Global status report on alcohol and health 2018.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2018b). *Pollution de l'air et santé de l'enfant: prescrire un air sain.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

OSAV (2017). *Stratégie suisse de nutrition 2017–2024.* Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires.

Pahud, O. et Zufferey, J. (2019). *Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève. Exploitations standardisées des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 et d'autres bases de données (Obsan Rapport 05/2019).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Pellegrini, S. et Roth, S. (2018). *Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Petry, N.M., Rehbein, F., Ko, C.H. et O'Brien, C.P. (2015). Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep,* 17(9): 72.

pharmaSuisse (2018). *Faits et chiffres, pharmacies suisses,* 2019. Berne-Liebefeld.

Phelan, J.C., Link, B.G. et Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior,* 51(1_suppl): S28-S40.

Possel, P., Burton, S.M., Cauley, B., Sawyer, M.G., Spence, S.H. et Sheffield, J. (2018). Associations between Social Support from Family, Friends, and Teachers and depressive Symptoms in Adolescents. *J Youth Adolesc,* 47(2): 398–412.

Promotion santé suisse (2017). *Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention. Groupe cible: enfants et adolescent_e_s (Feuille d'information 19).* Berne: Promotion santé suisse.

Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R. et Neira, M. (2016). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.* Genève: Organisation mondiale de la santé.

Raeside, R., Partridge, S., Singleton, A. et Redfern, J. (2019). *Cardiovascular Disease Prevention in Adolescents: eHealth, Co-Creation, and Advocacy* (Vol. 7).

Razum, O. (2008). Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect. In: W. Kirch (Eds.), *Encyclopedia of Public Health* (p. 932-935). Dordrecht: Springer.

Regan, C., Kearney, P., Savva, G., Cronin, H. et Kenny, R. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: First results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *International journal of geriatric psychiatry,* 28(12): 1280–1287.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction,* 105(5): 817-843.

Reisner, L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M. et Baral, S. (2018). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet,* 388(10042): 412–436.

Remund, A., Camarda, C.G. et Riffe, T. (2018). A cause-of-death decomposition of the young adult mortality hump. *Demography,* 55.

Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M. et al. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS One,* 11(1): e0145264.

Robert Koch Institut (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*

Röösli, M., Wunderli, J.-M., Brink, M., Cajochen, C. et Probst-Hensch, N. (2019). L'étude SiRENE: Bruit du trafic, mortalité cardiovasculaire, diabète, troubles du sommeil et nuisance. *Forum Med Suisse,* 19(0506): 77-82.

Roth, M. et Roth, S. (2012). *Évolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Roth, S. et Pellegrini, S. (2019). *Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Roth, S. et Sturny, I. (2017). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés: évolution de leur effectif et de leurs coûts (Obsan Bulletin 4/2017).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist,* 45(4): 489.

Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences,* 29: 292–295.

Sass, A.-C., Kuhnert, R. et Rommel, A. (2017). Unfallverletzungen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring,* 2(3): 97–104.

Schleiniger, R. et Blöchlinger, J. (2012). *Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010.* Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.

Schneider, H. et Venetz, W. (2014). *Cost of Obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG.* Berne: Office fédéral de la santé publique.

Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Gut, S., Schwenkglenks, M. et Meier, CR. (2018). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2018. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2014 bis 2017.* Zürich: Helsana.

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. et Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse. Monitorage 2016 (Obsan Rapport 72).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Schumacher, R. et Oris, M. (2011). Long-term changes in social mortality differentials, Geneva, 1625–2004. *Explorations in Economic History,* 48(3): 357-365.

Schumacher, R. et Vilpert, S. (2011). Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005). *Demographic Research,* 25(8): 285–310.

SECO (2014). *Les facteurs de risques psychosociaux au travail.* Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.

Singh, A. et Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal,* 18(1): 51.

Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. In: G. Caselli, J. Vallin et al. (Eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Les déterminants de la mortalité* (p. 319-350). Paris: INED.

Verlinde, E., De Laender, N., S., D.M., Deveugele, M. et Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health,* 11(12): 1475–9276.

Wanner, P., Lerch, M. et Kohli, R. (2012). *La géographie de la mortalité en Suisse depuis 1970.* Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Weaver, F. (2016). *Längsschnittanalyse chronisch Kranker. Verlauf ihres Gesundheitszustandes, ihrer Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und ihrer Arbeitsmarktbeteiligung.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

White, R., Babic, M., Parker, P., Lubans, D., Astell-Burt, T. et Lonsdale, C. (2017). Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine,* 52(5): 653-666.

Wirtz, A., Nachreiner, F., Beermann, B., Brenscheidt, F. et Siefer, A. (2009). *Lange Arbeitszeiten und Gesundheit.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.

Wood, A.M., Kaptoge, S., Butterworth, A.S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T. et al. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet,* 391(10129): 1513-1523.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X. et al. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes,* 16(1): 201.

Zufferey, J. (2017). *Pourquoi les migrants vivent-ils plus longtemps? les inégalités face à la mort en Suisse (1990–2008).* Berne: Peter Lang.

Zufferey, J. et Oris, M. (2018). Inégalités spatiales de mortalité en Suisse: l'influence des contextes sur les différentiels entre natifs et migrants. *Espace populations sociétés* (2018/1-2).

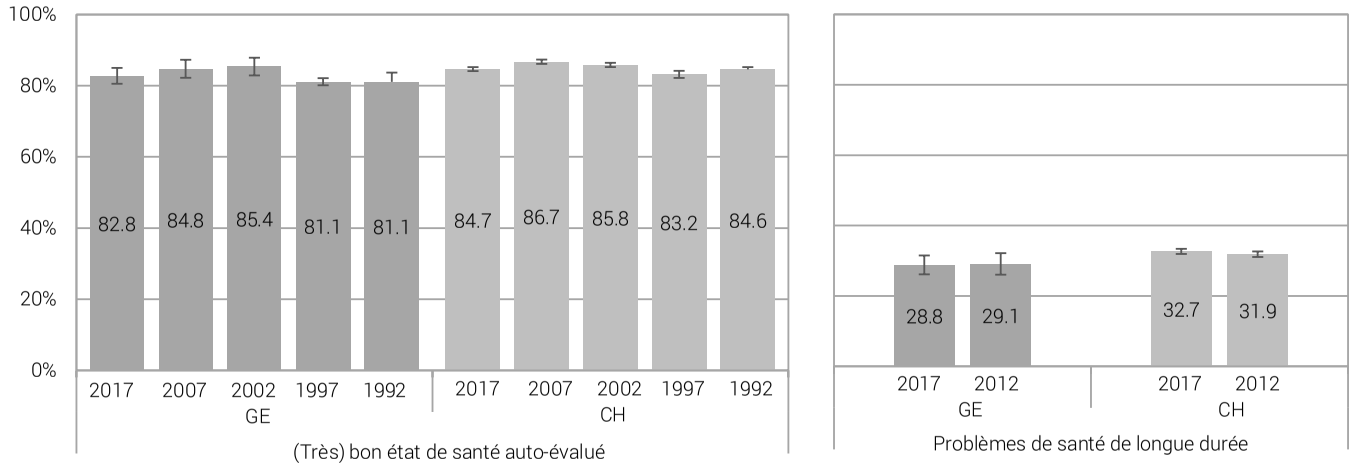
Annexe

TA-2.1 État de santé autoévalué et problèmes de santé de longue durée, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		(Très) bon état de santé auto-évalué								Problèmes de santé de longue durée							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		82.8	80.6	85.0	84.7	84.1	85.2	1'210	22'122	28.8	26.1	31.5	32.7	31.9	33.4	1'211	22'089
Sexe	Hommes	83.3	79.9	86.6	85.9	85.1	86.7	533	10'456	28.7	24.6	32.7	30.5	29.5	31.6	533	10'444
	Femmes	82.4	79.4	85.3	83.5	82.7	84.3	677	11'666	28.9	25.4	32.5	34.7	33.7	35.8	678	11'645
Classe d'âge	15-34 ans	91.9	88.8	94.9	94.0	93.3	94.8	350	5'635	15.3	11.4	19.3	20.0	18.7	21.3	351	5'631
	35-49 ans	88.0	84.3	91.6	88.7	87.7	89.7	321	5'485	25.4	20.4	30.4	26.9	25.5	28.3	320	5'479
	50-64 ans	73.3	67.6	79.0	79.7	78.5	80.9	280	5'890	42.8	36.6	49.0	41.0	39.5	42.5	281	5'873
	65 ans et plus	71.2	65.6	76.8	72.6	71.2	74.0	259	5'112	40.1	34.0	46.2	47.6	46.0	49.2	259	5'106
Formation	Scolarité obligatoire	71.4	65.9	76.9	75.3	73.9	76.8	288	4'514	29.6	23.9	35.2	33.3	31.7	34.9	290	4'511
	Secondaire II	83.7	80.2	87.1	84.0	83.2	84.8	474	10'625	30.3	25.9	34.6	34.6	33.5	35.7	473	10'609
	Tertiaire	90.0	87.1	92.9	90.8	90.1	91.6	434	6'898	26.5	22.2	30.8	29.6	28.3	30.8	434	6'887
Statut migratoire	Non issu de la migration	84.7	81.4	88.1	86.7	86.0	87.4	463	13'959	31.9	27.4	36.3	34.2	33.2	35.1	463	13'941
	Issu de la migration	82.7	79.7	85.7	83.1	82.1	84.1	693	7'193	25.7	22.3	29.2	28.9	27.6	30.1	693	7'179
Type de ménage	Ménage d'une personne	77.9	72.1	83.7	77.0	75.4	78.6	219	3'632	35.0	28.3	41.6	41.2	39.3	43.1	220	3'630
	Couple sans enfant	78.2	73.0	83.5	82.5	81.5	83.5	266	7'187	36.1	30.1	42.2	38.3	37.0	39.7	267	7'170
	Couple avec enfant(s)	87.6	84.8	90.4	90.0	89.3	90.7	546	9'143	23.9	20.3	27.6	24.5	23.5	25.5	546	9'136
	Famille monoparentale	81.8	74.7	89.0	84.9	82.6	87.1	121	1'398	23.7	15.6	31.9	30.0	27.2	32.9	120	1'394
Degré d'urbanisation	Urbain	82.8	80.4	85.1	84.1	83.4	84.8	1'087	13'058	28.2	25.4	31.0	32.6	31.7	33.6	1'089	13'043
	Intermédiaire*	83.6	75.2	92.1	85.4	84.2	86.5	82	4'901	38.9	27.8	50.0	32.2	30.6	33.7	81	4'888
	Rural	81.1	68.3	93.9	85.9	84.7	87.2	41	4'163	26.1	12.2	39.9	33.5	31.7	35.2	41	4'158
Comparaison temporelle	2017	82.8	80.6	85.0	84.7	84.1	85.2	1'210	22'122	28.8	26.1	31.5	32.7	31.9	33.4	1'211	22'089
	2012	-			-					29.1	26.0	32.2	31.9	31.1	32.7	1'148	21'560
	2007	84.8	82.2	87.3	86.7	86.1	87.3	1'044	18'750								
	2002	85.4	82.9	87.9	85.8	85.2	86.5	1'017	19'701								
	1997	81.1	78.5	83.8	83.2	82.5	83.9	1'046	13'000								
	1992	81.1	78.5	83.7	84.6	83.9	85.2	1'036	15'288								

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



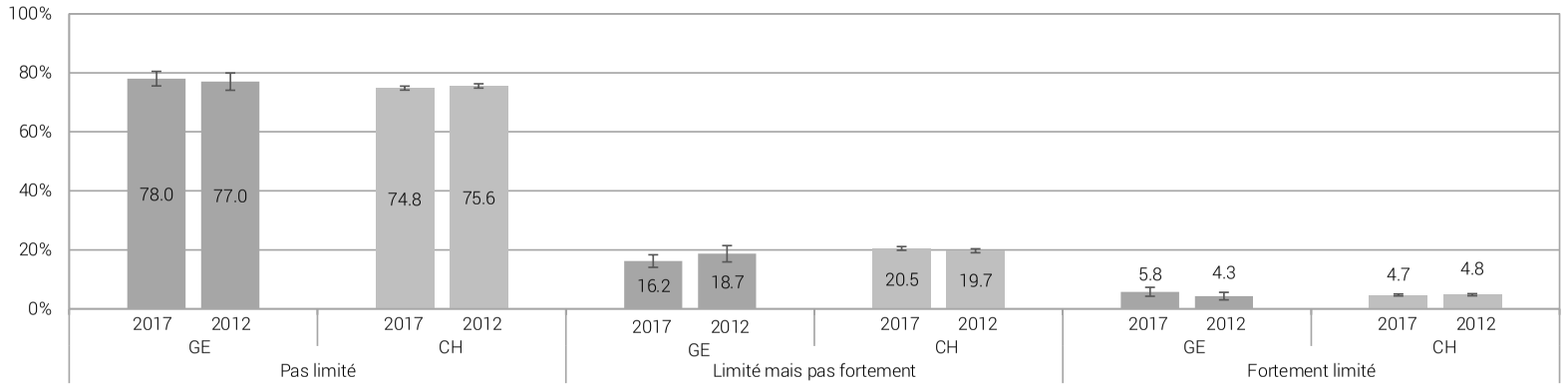
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-2.2 Limitations dans les activités en raison de problèmes de santé, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Pas limité						Limité mais pas fortement						Fortement limité							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH				
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		GE Echantillon	CH Echantillon
Total		78.0	75.6	80.5	74.8	74.1	75.5	16.2	14.1	18.3	20.5	19.8	21.1	5.8	4.3	7.3	4.7	4.4	5.0	1'203	22'064
Sexe	Hommes	79.3	75.6	83.0	77.7	76.8	78.6	14.1	11.1	17.2	17.4	16.5	18.2	6.6	4.2	9.0	5.0	4.5	5.4	530	10'435
	Femmes	76.9	73.6	80.2	72.0	71.0	73.0	18.0	15.1	21.0	23.5	22.6	24.4	5.1	3.2	7.0	4.5	4.0	4.9	673	11'629
Classe d'âge	15-34 ans	86.1	82.3	90.0	85.2	84.1	86.3	10.4	7.1	13.8	13.1	12.1	14.2	3.4	1.2	5.6	1.7	1.3	2.1	347	5'628
	35-49 ans	83.5	79.1	87.8	79.9	78.6	81.1	12.6	8.7	16.4	16.5	15.4	17.7	4.0	1.6	6.3	3.6	3.0	4.2	320	5'464
	50-64 ans	71.6	65.8	77.4	70.3	68.9	71.7	17.1	12.6	21.7	23.1	21.8	24.3	11.3	6.7	15.8	6.7	5.9	7.4	280	5'874
	65 ans et plus	64.1	58.1	70.1	59.5	57.9	61.1	30.0	24.3	35.7	32.4	30.9	33.9	5.9	3.0	8.9	8.1	7.1	9.0	256	5'098
Formation	Scolarité obligatoire	70.4	64.8	76.0	67.8	66.2	69.4	20.3	15.5	25.1	24.2	22.8	25.7	9.3	5.5	13.1	8.0	7.0	9.0	286	4'484
	Secondaire II	76.8	72.8	80.8	73.6	72.6	74.6	17.2	13.8	20.7	21.5	20.6	22.5	6.0	3.5	8.5	4.9	4.4	5.4	471	10'606
	Tertiaire	84.6	81.1	88.2	80.4	79.3	81.5	11.9	8.8	15.0	16.9	15.9	18.0	3.5	1.6	5.4	2.7	2.3	3.1	434	6'894
Statut migratoire	Non issu de la migration	77.5	73.6	81.4	74.4	73.5	75.2	17.2	13.8	20.6	21.5	20.7	22.3	5.3	3.0	7.7	4.1	3.7	4.5	461	13'943
	Issu de la migration	80.5	77.3	83.7	77.6	76.5	78.7	14.0	11.2	16.7	18.2	17.2	19.2	5.6	3.6	7.5	4.3	3.7	4.8	690	7'159
Type de ménage	Ménage d'une personne	72.0	65.8	78.2	67.5	65.7	69.3	20.1	14.7	25.4	25.3	23.7	27.0	7.9	3.8	12.0	7.2	6.2	8.2	218	3'619
	Couple sans enfant	75.2	69.8	80.7	71.2	70.0	72.4	19.2	14.3	24.1	23.6	22.4	24.7	5.6	2.6	8.5	5.3	4.7	5.9	263	7'171
	Couple avec enfant(s)	82.5	79.2	85.9	81.6	80.7	82.5	13.4	10.4	16.3	15.5	14.6	16.3	4.1	2.2	6.1	3.0	2.6	3.4	545	9'120
	Famille monoparentale	78.5	71.0	86.1	74.5	71.8	77.3	13.9	7.9	19.9	21.2	18.6	23.8	7.5	2.3	12.8	4.3	3.1	5.5	120	1'395
Degré d'urbanisation	Urbain	78.1	75.4	80.7	74.3	73.4	75.2	16.1	13.8	18.3	20.7	19.9	21.5	5.9	4.3	7.5	5.0	4.6	5.4	1'081	13'021
	Intermédiaire	75.9	66.5	85.2	75.7	74.3	77.2	19.1	10.7	27.5	20.1	18.8	21.4	5.0	0.0	10.2	4.2	3.5	4.9	82	4'887
	Rural	81.6	70.2	93.0	75.7	74.1	77.2	14.4	4.2	24.7	20.1	18.6	21.5	4.0	0.0	9.4	4.3	3.6	5.0	40	4'156
Comparaison temporelle	2017	78.0	75.6	80.5	74.8	74.1	75.5	16.2	14.1	18.3	20.5	19.8	21.1	5.8	4.3	7.3	4.7	4.4	5.0	1'203	22'064
	2012	77.0	74.1	79.9	75.6	74.8	76.3	18.7	15.9	21.4	19.7	19.0	20.3	4.3	3.0	5.6	4.8	4.4	5.1	1'148	21'566

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

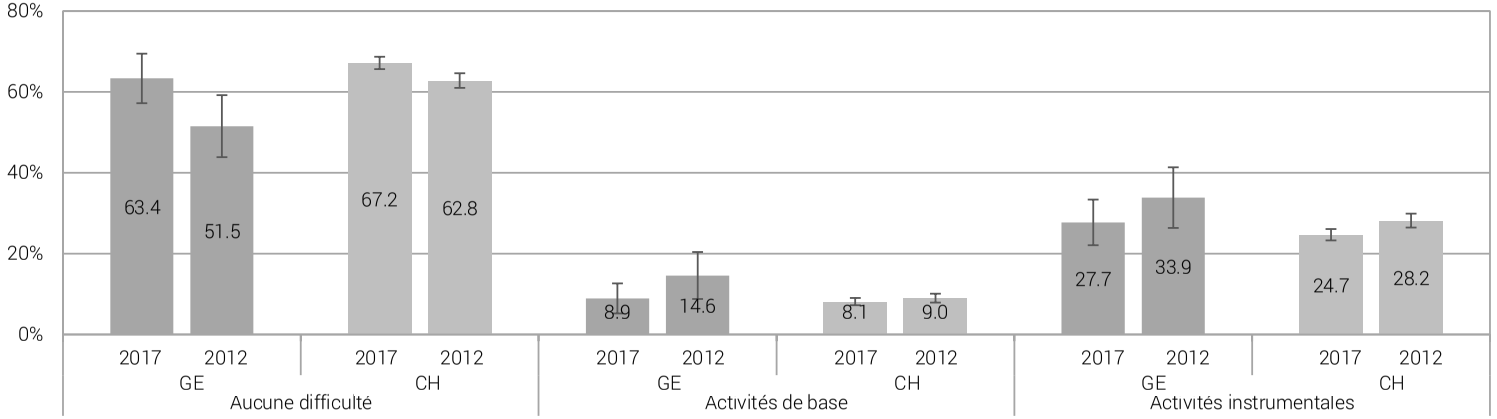
© Obsan 2020

TA-2.3 Difficultés dans l'accomplissement des activités de base et instrumentales parmi les 65 ans et plus, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Aucune difficulté						Activités de base						Activités instrumentales							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		63.4	57.2	69.5	67.2	65.7	68.7	8.9	5.2	12.7	8.1	7.2	9.0	27.7	22.1	33.4	24.7	23.3	26.1	249	4'998
Sexe	Hommes	69.4	59.9	78.9	75.1	73.1	77.1	8.9	2.8	15.0	6.3	5.1	7.4	21.7	13.4	30.1	18.7	16.8	20.5	97	2'329
	Femmes	59.7	51.8	67.6	60.6	58.4	62.8	9.0	4.2	13.7	9.7	8.3	11.1	31.4	23.9	38.8	29.7	27.6	31.7	152	2'669
Classe d'âge	65-79 ans	72.4	65.8	79.1	74.6	73.0	76.2	6.8	3.0	10.7	5.6	4.7	6.5	20.8	14.8	26.8	19.8	18.4	21.3	185	3'941
	80 ans et plus	38.3	25.9	50.8	43.2	39.8	46.6	14.8	5.8	23.7	16.3	13.8	18.8	46.9	34.5	59.4	40.5	37.1	43.9	64	1'057
Formation	Scolarité obligatoire	51.9	37.3	66.4	53.0	49.5	56.4	9.9	1.5	18.4	14.4	11.8	17.0	38.2	24.0	52.4	32.6	29.4	35.8	48	1'154
	Secondaire II	55.2	46.3	64.1	66.8	64.7	69.0	9.2	3.9	14.5	7.5	6.3	8.6	35.6	27.1	44.2	25.7	23.7	27.7	124	2'609
	Tertiaire	84.5	75.9	93.1	80.8	78.3	83.4	6.7	0.3	13.2	4.1	2.8	5.3	8.7	2.5	15.0	15.1	12.8	17.4	74	1'213
Statut migratoire	Non issu de la migration	64.3	55.8	72.9	71.2	69.5	72.9	7.2	2.3	12.2	6.2	5.2	7.1	28.5	20.5	36.4	22.6	21.0	24.2	126	3'725
	Issu de la migration	67.4	58.3	76.5	64.9	61.5	68.3	7.9	2.6	13.2	8.1	6.2	10.0	24.7	16.3	33.1	27.0	23.8	30.1	107	1'023
Type de ménage	Ménage d'une personne	50.1	39.7	60.4	57.7	54.7	60.6	9.4	3.2	15.6	11.0	9.2	12.9	40.5	30.4	50.7	31.3	28.5	34.1	91	1'501
	Couple sans enfant	72.2	64.1	80.3	73.0	71.2	74.8	9.0	3.8	14.3	6.2	5.2	7.2	18.8	11.8	25.8	20.8	19.2	22.5	122	3'083
	Couple avec enfant(s)	64.8	41.7	87.9	72.9	66.6	79.2	14.1	0.0	32.2	8.0	4.4	11.7	21.1	1.7	40.5	19.1	13.5	24.7	19	246
	Famille monoparentale	0.0			56.8	45.8	67.7	0.0			9.5	3.3	15.6	0.0			33.8	23.3	44.3	10	94
Degré d'urbanisation	Urbain	63.3	56.9	69.8	66.1	64.1	68.0	9.4	5.4	13.4	8.3	7.1	9.4	27.3	21.3	33.2	25.7	23.9	27.5	225	3'015
	Intermédiaire*	66.6	44.1	89.0	69.0	65.7	72.3	5.9	0.0	17.1	7.7	5.7	9.7	27.6	6.5	48.7	23.3	20.3	26.3	17	1'079
	Rural				69.6	66.0	73.2				8.2	6.1	10.3				22.2	18.9	25.5	7	904
Comparaison temporelle	2017	63.4	57.2	69.5	67.2	65.7	68.7	8.9	5.2	12.7	8.1	7.2	9.0	27.7	22.1	33.4	24.7	23.3	26.1	249	4'998
	2012	51.5	43.9	59.2	62.8	61.0	64.6	14.6	8.8	20.4	9.0	7.9	10.1	33.9	26.4	41.4	28.2	26.5	29.9	254	4'681

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

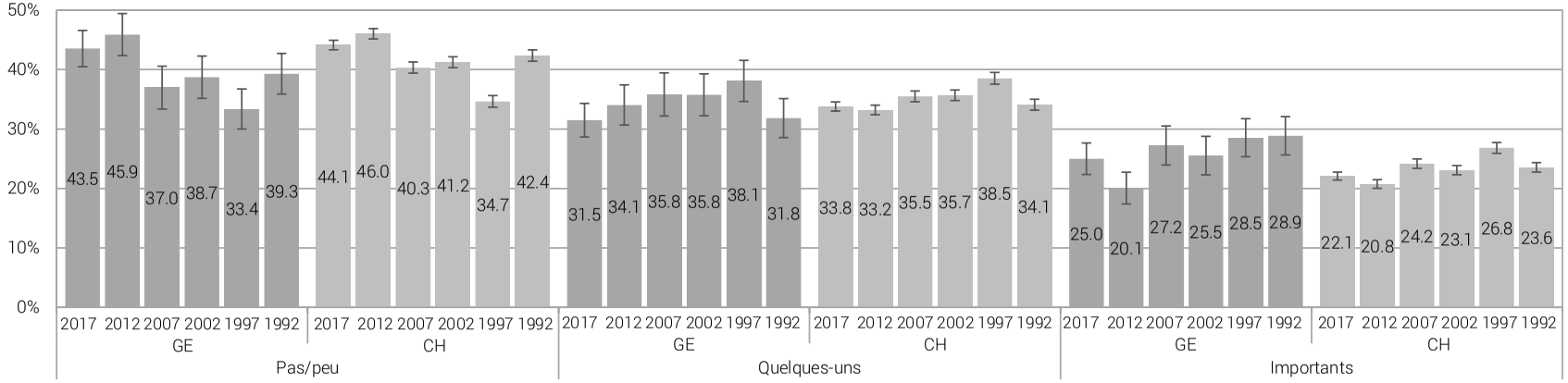
© Obsan 2020

TA-2.4 Troubles physiques (sans la fièvre), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Pas/peu						Quelques-uns						Importants							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		43.5	40.5	46.6	44.1	43.3	44.9	31.5	28.7	34.3	33.8	33.0	34.6	25.0	22.4	27.6	22.1	21.4	22.7	1'141	20'932
Sexe	Hommes	53.0	48.4	57.6	54.4	53.2	55.5	29.8	25.6	34.1	31.0	29.9	32.1	17.2	13.7	20.7	14.7	13.8	15.5	507	9'908
	Femmes	35.1	31.2	39.0	34.1	33.1	35.2	32.9	29.1	36.7	36.6	35.5	37.6	32.0	28.2	35.8	29.3	28.3	30.3	634	11'024
Classe d'âge	15-34 ans	42.5	36.8	48.3	39.9	38.3	41.5	33.7	28.3	39.1	37.4	35.8	39.0	23.8	18.9	28.7	22.7	21.3	24.0	322	5'178
	35-49 ans	46.2	40.1	52.2	45.5	43.9	47.2	29.4	24.0	34.8	32.8	31.3	34.3	24.5	19.4	29.5	21.7	20.3	23.0	300	5'145
	50-64 ans	42.8	36.6	48.9	45.9	44.4	47.5	30.8	25.0	36.7	32.2	30.8	33.6	26.4	20.8	32.0	21.9	20.6	23.2	273	5'631
	65 ans et plus	42.4	36.0	48.7	46.0	44.4	47.6	31.6	25.7	37.5	32.1	30.5	33.6	26.0	20.4	31.7	22.0	20.6	23.3	246	4'978
Formation	Scolarité obligatoire	39.8	33.7	45.9	38.4	36.7	40.1	29.8	24.2	35.4	33.7	32.0	35.4	30.5	24.6	36.3	27.9	26.3	29.5	272	4'179
	Secondaire II	42.9	38.1	47.8	43.1	42.0	44.3	30.9	26.4	35.3	33.7	32.6	34.8	26.2	22.0	30.5	23.2	22.2	24.1	454	10'126
	Tertiaire	46.8	41.6	51.9	48.6	47.2	50.0	33.3	28.4	38.2	34.0	32.6	35.4	19.9	15.9	24.0	17.4	16.4	18.5	401	6'548
Statut migratoire	Non issu de la migration	41.0	36.2	45.8	44.6	43.5	45.6	35.8	31.1	40.6	35.2	34.2	36.2	23.2	19.0	27.3	20.2	19.4	21.1	439	13'320
	Issu de la migration	45.8	41.7	49.9	43.5	42.1	44.9	29.3	25.7	32.9	32.0	30.7	33.3	24.9	21.4	28.4	24.5	23.3	25.7	655	6'748
Type de ménage	Ménage d'une personne	37.2	30.2	44.3	42.2	40.2	44.1	33.1	26.3	40.0	32.5	30.6	34.4	29.7	23.1	36.2	25.3	23.6	27.1	203	3'444
	Couple sans enfant	41.0	34.5	47.6	45.5	44.0	46.9	34.0	27.7	40.2	33.5	32.1	34.8	25.0	19.3	30.7	21.1	19.9	22.3	251	6'919
	Couple avec enfant(s)	48.4	43.9	53.0	45.1	43.8	46.3	30.2	26.1	34.3	34.5	33.3	35.7	21.4	17.7	25.1	20.4	19.5	21.4	513	8'568
	Famille monoparentale	37.0	27.7	46.2	38.1	35.0	41.2	31.5	22.6	40.3	34.9	31.8	38.0	31.6	22.8	40.4	27.0	24.2	29.8	116	1'298
Degré d'urbanisation	Urbain	44.1	40.8	47.3	43.9	42.9	45.0	30.8	27.8	33.7	33.4	32.4	34.4	25.2	22.4	28.0	22.6	21.8	23.5	1'026	12'324
	Intermédiaire*	41.1	29.7	52.5	44.0	42.3	45.7	34.4	23.5	45.3	34.9	33.3	36.6	24.5	14.0	35.1	21.1	19.7	22.5	78	4'651
	Rural	33.6	16.7	50.5	45.1	43.2	47.0	45.2	27.6	62.9	33.8	31.9	35.6	21.2	8.7	33.6	21.2	19.6	22.7	37	3'957
Comparaison temporelle	2017	43.5	40.5	46.6	44.1	43.3	44.9	31.5	28.7	34.3	33.8	33.0	34.6	25.0	22.4	27.6	22.1	21.4	22.7	1'141	20'932
	2012	45.9	42.4	49.4	46.0	45.2	46.9	34.1	30.7	37.4	33.2	32.4	34.0	20.1	17.4	22.7	20.8	20.0	21.5	1'076	20'426
	2007	37.0	33.4	40.6	40.3	39.4	41.3	35.8	32.2	39.5	35.5	34.6	36.4	27.2	23.9	30.5	24.2	23.4	25.0	952	17'421
	2002	38.7	35.2	42.3	41.2	40.3	42.2	35.8	32.2	39.3	35.7	34.8	36.6	25.5	22.3	28.8	23.1	22.3	23.9	946	18'458
	1997	33.4	30.0	36.7	34.7	33.7	35.6	38.1	34.6	41.6	38.5	37.5	39.5	28.5	25.3	31.8	26.8	25.9	27.7	940	11'871
	1992	39.3	35.9	42.7	42.4	41.4	43.3	31.8	28.6	35.1	34.1	33.2	35.0	28.9	25.6	32.1	23.6	22.8	24.4	952	14'163

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



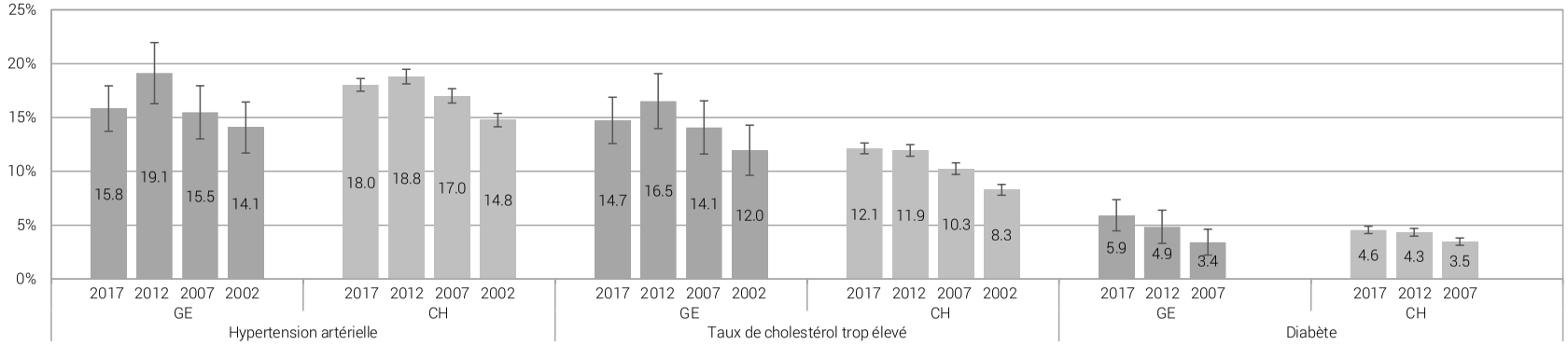
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan

TA-2.5 Facteurs de risques des maladies cardiovasculaires: Hypertension artérielle, taux de cholestérol trop élevé et diabète, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Hypertension artérielle								Taux de cholestérol trop élevé								Diabète							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		15.8	13.7	18.0	18.0	17.4	18.6	1'172	21'331	14.7	12.6	16.9	12.1	11.6	12.6	1'136	20'425	5.9	4.5	7.4	4.6	4.2	4.9	1'133	20'812
Sexe	Hommes	19.2	15.7	22.7	19.5	18.6	20.4	507	10'006	19.1	15.4	22.7	13.9	13.2	14.7	486	9'585	8.7	6.0	11.3	5.5	5.0	6.0	488	9'780
	Femmes	13.0	10.4	15.5	16.6	15.8	17.4	665	11'325	11.1	8.6	13.6	10.4	9.7	11.1	650	10'840	3.6	2.1	5.1	3.7	3.3	4.1	645	11'032
Classe d'âge	15-34 ans	1.3	0.0	2.7	2.0	1.5	2.4	327	5'350	4.1	1.5	6.6	1.5	1.1	1.9	323	5'134	1.3	0.0	2.5	0.9	0.5	1.2	319	5'229
	35-49 ans	6.7	4.0	9.5	6.5	5.7	7.3	314	5'206	9.3	5.8	12.8	4.6	3.9	5.2	294	4'898	1.3	0.2	2.5	1.5	1.1	1.9	298	5'038
	50-64 ans	21.7	16.5	26.9	23.0	21.7	24.4	274	5'738	20.5	15.2	25.8	16.2	15.0	17.3	266	5'455	10.1	5.8	14.4	6.5	5.7	7.3	263	5'566
	65 ans et plus	44.8	38.6	51.1	47.2	45.6	48.8	257	5'037	32.5	26.6	38.4	29.9	28.4	31.4	253	4'938	14.7	10.2	19.1	10.8	9.7	11.8	253	4'979
Formation	Scolarité obligatoire	14.3	10.0	18.6	21.9	20.4	23.3	273	4'260	12.0	7.9	16.2	12.8	11.6	13.9	267	4'136	5.7	2.9	8.6	6.3	5.4	7.2	269	4'192
	Secondaire II	17.5	14.0	21.0	19.8	18.9	20.7	461	10'296	13.9	10.7	17.1	12.9	12.1	13.6	449	9'885	6.2	3.8	8.6	4.6	4.1	5.1	443	10'043
	Tertiaire	15.0	11.6	18.4	13.6	12.6	14.5	426	6'711	17.5	13.6	21.5	10.8	9.9	11.6	409	6'341	5.7	3.3	8.1	3.6	3.1	4.1	409	6'512
Statut migratoire	Non issu de la migration	18.2	14.6	21.9	19.3	18.6	20.1	454	13'703	19.0	15.1	22.9	12.9	12.3	13.6	435	13'088	6.4	3.9	9.0	4.4	4.0	4.9	431	13'355
	Issu de la migration	12.9	10.4	15.5	14.1	13.2	15.0	680	7'087	11.9	9.3	14.5	10.4	9.6	11.2	663	6'796	5.2	3.5	7.0	4.0	3.5	4.5	664	6'909
Type de ménage	Ménage d'une personne	25.2	19.1	31.2	27.1	25.4	28.8	215	3'554	24.3	18.2	30.5	16.3	14.9	17.7	212	3'438	9.2	5.0	13.3	6.9	5.9	7.9	208	3'460
	Couple sans enfant	24.6	19.4	29.9	26.5	25.3	27.7	264	7'028	20.7	15.7	25.6	18.9	17.8	19.9	258	6'767	9.7	5.9	13.6	6.0	5.3	6.6	260	6'887
	Couple avec enfant(s)	9.7	7.2	12.2	8.2	7.5	8.8	523	8'687	9.2	6.6	11.8	5.6	5.1	6.2	502	8'257	3.3	1.7	4.9	2.4	2.0	2.8	503	8'463
	Famille monoparentale	5.5	1.5	9.5	9.7	7.9	11.6	115	1'348	7.9	2.4	13.4	6.8	5.1	8.4	111	1'275	1.6	0.0	3.9	3.0	1.8	4.1	110	1'302
Degré d'urbanisation	Urbain	15.9	13.6	18.1	18.0	17.3	18.8	1'053	12'551	14.9	12.6	17.2	12.5	11.8	13.1	1'022	12'039	6.1	4.5	7.6	4.9	4.4	5.3	1'019	12'243
	Intermédiaire*	18.8	10.1	27.4	17.9	16.6	19.2	80	4'728	16.9	8.1	25.6	11.9	10.8	13.0	76	4'520	5.6	0.0	11.2	4.3	3.7	5.0	75	4'621
	Rural	8.8	0.4	17.3	18.3	16.9	19.7	39	4'052	6.5	0.0	13.8	11.1	9.9	12.3	38	3'866	2.0	0.0	5.9	3.7	3.1	4.4	39	3'948
Comparaison temporelle	2017	15.8	13.7	18.0	18.0	17.4	18.6	1'172	21'331	14.7	12.6	16.9	12.1	11.6	12.6	1'136	20'425	5.9	4.5	7.4	4.6	4.2	4.9	1'133	20'812
	2012	19.1	16.3	22.0	18.8	18.1	19.5	1'115	20'859	16.5	14.0	19.1	11.9	11.4	12.5	1'055	19'619	4.9	3.3	6.4	4.3	4.0	4.7	1'059	20'079
	2007	15.5	13.0	18.0	17.0	16.3	17.7	977	17'716	14.1	11.6	16.6	10.3	9.7	10.8	932	16'377	3.4	2.2	4.6	3.5	3.1	3.8	923	16'903
	2002	14.1	11.7	16.4	14.8	14.1	15.4	976	18'448	12.0	9.6	14.3	8.3	7.8	8.8	917	16'990								

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

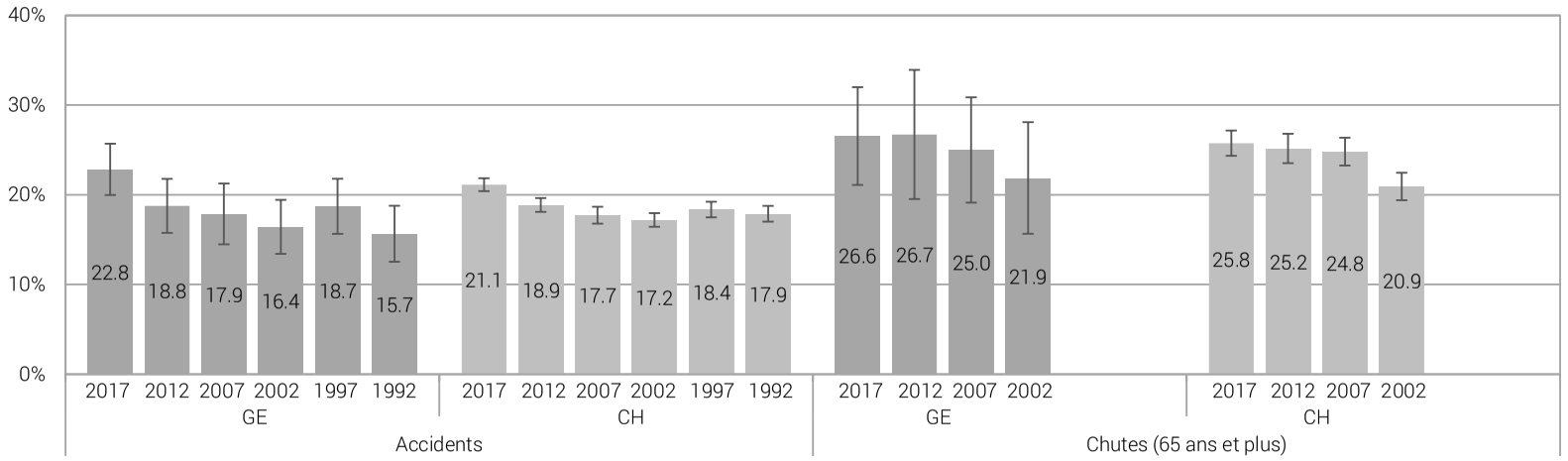
© Obsan 2020

TA-2.6 Accidents et chutes (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Accidents									Chutes (65 ans et plus)							
		GE			CH			GE	CH		GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		22.8	20.0	25.7	21.1	20.4	21.9	968	18'648		26.6	21.1	32.0	25.8	24.4	27.2	258	5'106
Sexe	Hommes	28.0	23.3	32.7	24.8	23.6	25.9	420	8'763		20.8	13.0	28.6	24.2	22.2	26.3	104	2'398
	Femmes	18.2	14.9	21.5	17.6	16.7	18.5	548	9'885		30.2	22.9	37.6	27.1	25.1	29.0	154	2'708
Classe d'âge	15-34 ans	31.1	25.1	37.1	28.5	26.9	30.0	267	4'606									
	35-49 ans	18.3	13.1	23.5	20.8	19.4	22.3	247	4'570									
	50-64 ans	20.6	15.3	26.0	17.8	16.5	19.0	239	5'099	65-79 ans	25.2	18.9	31.4	23.5	21.9	25.0	190	4'013
	65 ans et plus	18.2	13.0	23.4	15.1	13.9	16.4	215	4'373	80 ans et plus	30.3	19.2	41.4	33.1	29.9	36.3	68	1'093
Formation	Scolarité obligatoire	20.2	14.4	26.0	23.1	21.4	24.9	196	3'254		24.4	12.1	36.6	25.1	22.2	28.1	49	1'190
	Secondaire II	25.4	20.6	30.3	19.3	18.3	20.3	380	9'088		28.1	20.2	35.9	25.6	23.6	27.5	129	2'661
	Tertiaire	21.8	17.5	26.2	22.8	21.5	24.1	386	6'264		24.1	14.5	33.8	26.7	23.7	29.6	76	1'231
Statut migratoire	Non issu de la migration	26.2	21.7	30.7	21.5	20.6	22.4	403	12'660		26.4	18.8	33.9	26.7	25.0	28.4	131	3'802
	Issu de la migration	20.7	17.0	24.3	20.4	19.2	21.7	560	5'943		22.9	14.9	30.9	21.4	18.5	24.3	111	1'052
Type de ménage	Ménage d'une personne	22.5	15.6	29.4	21.1	19.3	22.9	180	3'110		33.0	23.3	42.7	30.6	27.9	33.4	93	1'525
	Couple sans enfant	20.5	14.5	26.5	18.2	17.0	19.4	222	6'326		22.4	15.3	29.5	23.1	21.4	24.9	128	3'156
	Couple avec enfant(s)	23.7	19.5	27.9	22.6	21.5	23.7	429	7'521		25.9	5.7	46.1	25.1	19.0	31.2	20	255
	Famille monoparentale	23.6	14.7	32.6	25.9	22.8	29.0	92	1'119					22.5	13.2	31.9	10	96
Degré d'urbanisation	Urbain	22.6	19.5	25.6	20.8	19.9	21.7	868	10'857		24.7	19.1	30.2	24.8	23.1	26.6	234	3'090
	Intermédiaire*	28.8	17.2	40.3	22.7	21.2	24.3	64	4'182		40.8	17.0	64.6	26.6	23.4	29.8	17	1'098
	Rural	19.9	5.2	34.7	20.3	18.7	22.0	36	3'609					28.6	25.1	32.1	7	918
Comparaison temporelle	2017	22.8	20.0	25.7	21.1	20.4	21.9	968	18'648		26.6	21.1	32.0	25.8	24.4	27.2	258	5'106
	2012	18.8	15.8	21.8	18.9	18.1	19.6	918	18'052		26.7	19.5	33.9	25.2	23.5	26.8	266	4'794
	2007	17.9	14.5	21.3	17.7	16.8	18.7	723	14'034		25.0	19.1	30.9	24.8	23.3	26.4	241	4'488
	2002	16.4	13.4	19.4	17.2	16.4	18.0	803	15'779		21.9	15.7	28.1	20.9	19.4	22.5	213	4'343
	1997	18.7	15.7	21.8	18.4	17.5	19.2	843	10'448									
	1992	15.7	12.5	18.8	17.9	17.0	18.8	677	10'443									

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



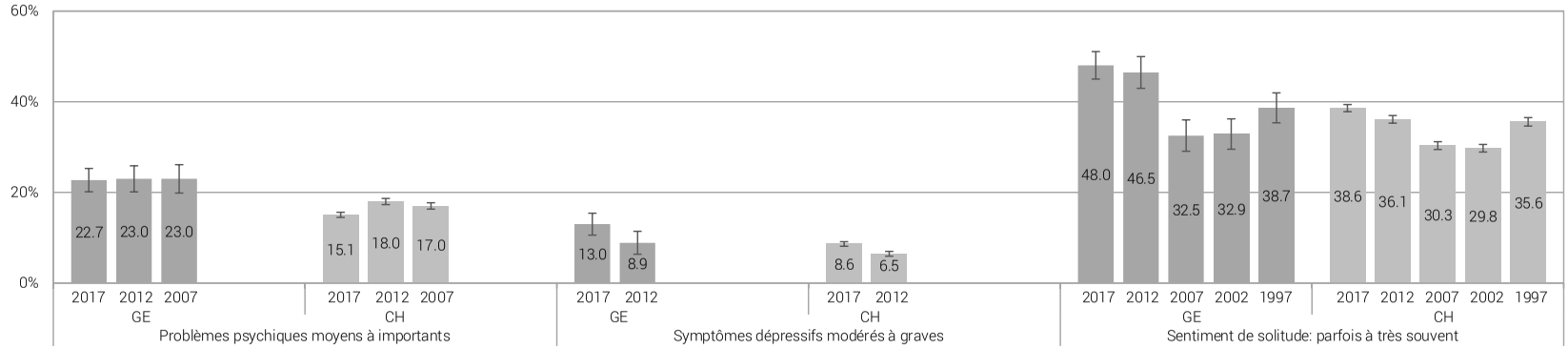
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-2.7 Problèmes psychiques, symptômes dépressifs et sentiment de solitude, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Problèmes psychiques moyens à importants								Symptômes dépressifs modérés à graves								Sentiment de solitude: parfois à très souvent							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		22.7	20.2	25.3	15.1	14.5	15.6	1'130	20'941	13.0	10.6	15.4	8.6	8.1	9.1	948	18'230	48.0	45.0	51.1	38.6	37.8	39.4	1'162	21'171
Sexe	Hommes	16.3	12.8	19.8	11.7	11.0	12.5	498	9'922	13.0	9.3	16.8	7.8	7.1	8.5	414	8'613	43.2	38.6	47.8	31.5	30.4	32.6	512	10'024
	Femmes	28.5	24.8	32.2	18.3	17.5	19.2	632	11'019	13.0	9.9	16.1	9.5	8.8	10.2	534	9'617	52.4	48.3	56.4	45.5	44.4	46.6	650	11'147
Classe d'âge	15-34 ans	22.4	17.8	27.0	14.9	13.7	16.0	335	5'398	15.5	10.9	20.1	11.3	10.2	12.4	265	4'582	50.8	45.2	56.5	44.6	43.0	46.2	340	5'432
	35-49 ans	23.7	18.5	28.8	16.5	15.3	17.7	295	5'168	13.0	8.3	17.8	9.0	8.0	10.0	247	4'527	50.2	44.3	56.1	39.0	37.4	40.6	311	5'235
	50-64 ans	28.0	22.2	33.9	16.4	15.3	17.6	261	5'589	16.5	10.8	22.2	8.6	7.7	9.6	232	5'007	48.3	42.0	54.6	36.6	35.1	38.1	270	5'646
	65 ans et plus	15.8	11.1	20.5	11.9	10.9	13.0	239	4'786	4.4	1.5	7.2	4.2	3.5	4.9	204	4'114	39.7	33.3	46.0	32.0	30.5	33.6	241	4'858
Formation	Scolarité obligatoire	29.3	23.3	35.2	21.6	20.0	23.1	255	3'952	22.0	15.5	28.6	15.3	13.7	16.9	187	3'060	52.6	46.3	58.9	46.9	45.1	48.7	266	4'039
	Secondaire II	22.9	18.8	27.0	15.3	14.5	16.2	451	10'221	12.0	8.2	15.8	8.0	7.3	8.7	376	8'919	44.5	39.7	49.4	38.2	37.1	39.3	457	10'287
	Tertiaire	18.5	14.6	22.4	11.5	10.6	12.4	416	6'723	9.4	6.2	12.7	6.3	5.6	7.1	379	6'212	48.9	43.9	53.9	34.9	33.5	36.2	428	6'789
Statut migratoire	Non issu de la migration	21.2	17.3	25.2	11.9	11.2	12.5	461	13'864	12.2	8.5	15.8	6.7	6.2	7.3	393	12'408	44.3	39.5	49.1	35.1	34.1	36.0	463	13'945
	Issu de la migration	23.7	20.3	27.2	20.7	19.6	21.8	663	7'015	13.5	10.2	16.7	11.8	10.8	12.8	550	5'776	50.4	46.4	54.3	44.7	43.4	46.1	693	7'163
Type de ménage	Ménage d'une personne	25.5	19.4	31.6	19.9	18.3	21.4	209	3'509	14.3	8.4	20.2	10.8	9.4	12.2	179	2'981	65.5	58.8	72.2	56.7	54.8	58.7	214	3'561
	Couple sans enfant	18.1	13.0	23.3	11.7	10.8	12.6	248	6'853	10.2	5.3	15.1	6.1	5.4	6.8	215	6'159	33.0	26.7	39.3	27.0	25.7	28.2	253	6'916
	Couple avec enfant(s)	21.5	17.8	25.3	13.4	12.6	14.3	504	8'576	12.2	8.8	15.5	8.4	7.6	9.1	421	7'433	43.0	38.6	47.5	35.0	33.8	36.1	523	8'669
	Famille monoparentale	30.8	22.0	39.6	24.0	21.3	26.8	117	1'335	17.1	8.3	25.9	14.4	12.0	16.9	90	1'097	60.6	51.2	69.9	54.5	51.4	57.6	119	1'349
Degré d'urbanisation	Urbain	23.1	20.4	25.9	16.3	15.5	17.1	1'014	12'241	12.9	10.4	15.4	9.3	8.6	10.0	852	10'608	48.3	45.1	51.5	40.2	39.2	41.2	1'042	12'407
	Intermédiaire*	16.0	7.4	24.6	13.5	12.3	14.7	77	4'676	12.1	2.7	21.5	7.3	6.3	8.3	63	4'092	49.8	38.3	61.3	36.6	34.9	38.3	80	4'716
	Rural	24.9	10.4	39.4	12.4	11.2	13.6	39	4'024	17.7	2.4	33.0	7.8	6.6	8.9	33	3'530	38.7	22.3	55.2	35.0	33.2	36.8	40	4'048
Comparaison temporelle	2017	22.7	20.2	25.3	15.1	14.5	15.6	1'130	20'941	13.0	10.6	15.4	8.6	8.1	9.1	948	18'230	48.0	45.0	51.1	38.6	37.8	39.4	1'162	21'171
	2012	23.0	20.1	25.9	18.0	17.3	18.7	1'083	20'652	8.9	6.4	11.4	6.5	5.9	7.0	828	16'980	46.5	43.0	50.0	36.1	35.3	37.0	1'103	20'841
	2007	23.0	19.9	26.1	17.0	16.3	17.7	960	17'634									32.5	29.1	36.0	30.3	29.5	31.2	975	17'890
	2002																	32.9	29.5	36.2	29.8	28.9	30.6	985	18'735
	1997																	38.7	35.4	42.0	35.6	34.6	36.5	1'033	12'752

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-2.8 Niveau d'énergie et de vitalité, canton de Genève et Suisse, 2017

		Faible						Moyenne						Forte							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		32.5	29.3	35.8	29.3	28.5	30.1	21.8	18.9	24.6	22.0	21.3	22.7	45.7	42.2	49.2	48.7	47.8	49.6	911	17'872
Sexe	Hommes	27.4	22.6	32.2	25.6	24.5	26.7	19.9	15.8	24.0	20.7	19.7	21.7	52.8	47.4	58.1	53.7	52.4	55.0	398	8'466
	Femmes	37.2	32.8	41.7	33.1	31.9	34.2	23.5	19.5	27.4	23.3	22.3	24.3	39.3	34.9	43.8	43.7	42.5	44.8	513	9'406
Classe d'âge	15-34 ans	35.9	29.7	42.1	33.3	31.7	35.0	19.3	14.3	24.3	24.4	22.9	25.9	44.8	38.3	51.3	42.3	40.6	44.0	262	4'568
	35-49 ans	32.2	25.9	38.5	29.3	27.7	30.9	25.3	19.4	31.3	22.6	21.1	24.0	42.5	35.7	49.3	48.1	46.3	49.9	239	4'474
	50-64 ans	33.5	26.8	40.3	26.7	25.2	28.2	22.3	16.5	28.1	22.1	20.7	23.5	44.2	37.4	51.0	51.2	49.5	52.9	226	4'912
	65 ans et plus	25.4	19.0	31.9	26.3	24.7	28.0	19.7	13.8	25.6	17.4	16.0	18.8	54.8	47.4	62.2	56.3	54.5	58.2	184	3'918
Formation	Scolarité obligatoire	37.5	29.7	45.3	38.3	36.2	40.4	21.4	14.8	28.0	21.5	19.8	23.2	41.1	33.3	48.9	40.2	38.1	42.3	170	2'951
	Secondaire II	33.4	28.1	38.7	29.1	28.0	30.3	23.3	18.6	28.0	22.7	21.6	23.8	43.3	37.7	48.9	48.2	46.9	49.5	358	8'719
	Tertiaire	29.0	24.1	33.8	25.5	24.2	26.8	20.6	16.2	24.9	21.4	20.2	22.6	50.5	45.1	55.9	53.1	51.6	54.6	376	6'161
Statut migratoire	Non issu de la migration	31.6	26.7	36.5	26.6	25.6	27.5	21.4	16.9	25.9	21.9	21.0	22.8	47.0	41.8	52.3	51.5	50.5	52.6	383	12'219
	Issu de la migration	33.2	28.9	37.6	34.0	32.5	35.4	22.0	18.3	25.7	22.2	20.9	23.5	44.8	40.1	49.4	43.8	42.3	45.3	523	5'610
Type de ménage	Ménage d'une personne	38.3	30.1	46.5	33.7	31.6	35.8	20.2	13.6	26.9	20.8	19.0	22.6	41.5	33.3	49.6	45.5	43.3	47.6	160	2'878
	Couple sans enfant	30.5	23.5	37.4	25.2	23.9	26.5	19.2	13.5	24.8	20.7	19.4	21.9	50.4	43.0	57.8	54.1	52.6	55.7	209	6'013
	Couple avec enfant(s)	29.5	24.9	34.1	29.4	28.2	30.7	22.9	18.5	27.3	23.1	22.0	24.3	47.6	42.4	52.8	47.5	46.1	48.8	407	7'358
	Famille monoparentale	40.9	30.3	51.5	34.7	31.4	38.0	22.1	13.3	31.0	23.1	20.2	26.0	37.0	26.5	47.5	42.2	38.7	45.8	92	1'073
Degré d'urbanisation	Urbain	32.8	29.3	36.2	30.7	29.7	31.8	22.4	19.3	25.4	21.6	20.7	22.6	44.9	41.2	48.5	47.7	46.5	48.8	819	10'362
	Intermédiaire*	30.6	17.8	43.3	26.7	25.1	28.4	14.8	5.5	24.1	22.7	21.1	24.3	54.6	40.9	68.4	50.6	48.8	52.5	57	4'023
	Rural	30.3	14.4	46.1	27.4	25.6	29.3	17.9	4.0	31.8	22.5	20.8	24.2	51.8	33.6	70.1	50.1	48.0	52.1	35	3'487

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

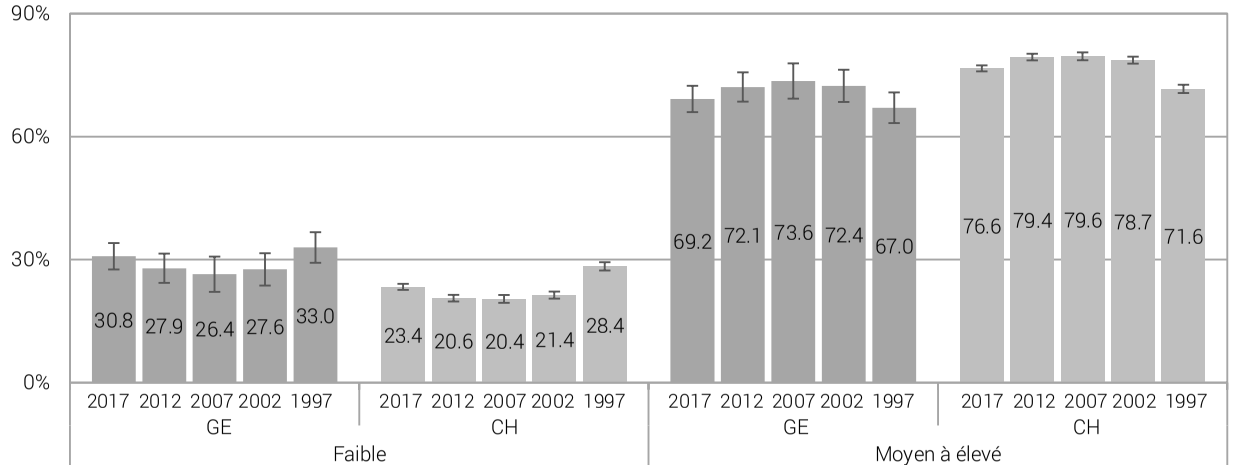
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ES

© Obsan 2020

TA-2.9 Sentiment de maîtrise de la vie, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Faible						Moyen à élevé							
		GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		30.8	27.6	34.0	23.4	22.6	24.1	69.2	66.0	72.4	76.6	75.9	77.4	932	18'161
Sexe	Hommes	28.2	23.4	33.0	21.9	20.8	22.9	71.8	67.0	76.6	78.1	77.1	79.2	405	8'564
	Femmes	33.2	28.8	37.5	24.8	23.8	25.9	66.9	62.6	71.2	75.2	74.1	76.2	527	9'597
Classe d'âge	15-34 ans	31.9	26.0	37.9	24.7	23.3	26.2	68.1	62.1	74.0	75.3	73.8	76.7	265	4'585
	35-49 ans	32.4	26.0	38.9	25.0	23.4	26.5	67.6	61.1	74.0	75.1	73.5	76.6	243	4'513
	50-64 ans	33.9	27.2	40.6	23.1	21.7	24.5	66.1	59.4	72.8	76.9	75.5	78.3	227	4'970
	65 ans et plus	22.5	16.5	28.4	19.5	18.1	21.0	77.6	71.6	83.5	80.5	79.0	81.9	197	4'093
Formation	Scolarité obligatoire	37.6	29.9	45.2	31.5	29.5	33.4	62.4	54.8	70.1	68.6	66.6	70.5	176	3'032
	Secondaire II	31.1	25.9	36.2	23.4	22.3	24.5	68.9	63.8	74.1	76.6	75.5	77.7	367	8'865
	Tertiaire	27.1	22.3	32.0	19.5	18.3	20.6	72.9	68.1	77.7	80.5	79.4	81.7	382	6'223
Statut migratoire	Non issu de la migration	31.3	26.3	36.2	20.6	19.8	21.5	68.7	63.8	73.7	79.4	78.5	80.2	391	12'408
	Issu de la migration	30.5	26.3	34.7	28.1	26.7	29.5	69.5	65.3	73.8	71.9	70.5	73.3	536	5'708
Type de ménage	Ménage d'une personne	35.0	27.0	42.9	27.4	25.5	29.3	65.0	57.1	73.0	72.6	70.7	74.5	169	2'974
	Couple sans enfant	20.0	14.2	25.8	19.4	18.2	20.6	80.0	74.2	85.8	80.6	79.4	81.8	215	6'125
	Couple avec enfant(s)	33.2	28.4	38.1	22.8	21.6	23.9	66.8	61.9	71.6	77.3	76.1	78.4	414	7'416
	Famille monoparentale	36.4	25.8	47.0	30.5	27.3	33.7	63.6	53.1	74.2	69.5	66.3	72.7	91	1'090
Degré d'urbanisation	Urbain	31.5	28.1	34.9	24.6	23.6	25.5	68.5	65.1	71.9	75.4	74.5	76.4	836	10'551
	Intermédiaire*	24.2	12.8	35.7	20.8	19.4	22.3	75.8	64.3	87.2	79.2	77.7	80.7	61	4'082
	Rural	25.4	8.9	41.8	22.1	20.4	23.8	74.7	58.2	91.1	77.9	76.2	79.6	35	3'528
Comparaison temporelle	2017	30.8	27.6	34.0	23.4	22.6	24.1	69.2	66.0	72.4	76.6	75.9	77.4	932	18'161
	2012	27.9	24.3	31.5	20.6	19.8	21.4	72.1	68.5	75.7	79.4	78.6	80.2	877	17'267
	2007	26.4	22.1	30.7	20.4	19.5	21.4	73.6	69.3	77.9	79.6	78.6	80.5	677	12'992
	2002	27.6	23.7	31.6	21.4	20.5	22.2	72.4	68.5	76.3	78.7	77.8	79.5	724	14'359
	1997	33.0	29.2	36.7	28.4	27.4	29.4	67.0	63.3	70.8	71.6	70.6	72.7	810	10'087

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-2.10 Soutien social, canton de Genève et Suisse, 2017

		Faible						Moyen à fort							
		GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		12.6	10.4	14.8	10.0	9.5	10.5	87.4	85.2	89.6	90.0	89.6	90.5	1'086	20'335
Sexe	Hommes	12.7	9.3	16.1	9.8	9.1	10.5	87.3	83.9	90.7	90.2	89.5	90.9	477	9'616
	Femmes	12.5	9.7	15.4	10.1	9.5	10.8	87.5	84.6	90.3	89.9	89.2	90.5	609	10'719
Classe d'âge	15-34 ans	9.9	6.3	13.6	5.8	5.1	6.6	90.1	86.4	93.7	94.2	93.4	94.9	329	5'315
	35-49 ans	8.4	4.7	12.1	8.6	7.7	9.6	91.6	87.9	95.3	91.4	90.4	92.3	295	5'075
	50-64 ans	17.5	12.1	22.8	11.7	10.7	12.8	82.5	77.2	87.9	88.3	87.2	89.3	253	5'428
	65 ans et plus	18.5	13.3	23.8	15.7	14.5	16.9	81.5	76.2	86.7	84.3	83.1	85.5	209	4'517
Formation	Scolarité obligatoire	14.1	9.3	18.9	13.7	12.5	15.0	85.9	81.2	90.7	86.3	85.0	87.5	250	3'824
	Secondaire II	13.1	9.6	16.6	10.4	9.7	11.2	86.9	83.4	90.5	89.6	88.9	90.3	421	9'898
	Tertiaire	10.7	7.3	14.1	7.5	6.8	8.2	89.3	85.9	92.7	92.5	91.8	93.2	403	6'570
Statut migratoire	Non issu de la migration	9.7	6.6	12.7	7.9	7.4	8.4	90.3	87.3	93.4	92.1	91.6	92.6	441	13'519
	Issu de la migration	14.7	11.6	17.7	13.7	12.7	14.6	85.3	82.3	88.4	86.3	85.4	87.3	639	6'757
Type de ménage	Ménage d'une personne	19.4	13.5	25.2	15.8	14.4	17.2	80.6	74.8	86.5	84.2	82.8	85.6	200	3'377
	Couple sans enfant	17.7	12.1	23.3	10.3	9.5	11.2	82.3	76.7	87.9	89.7	88.9	90.5	227	6'578
	Couple avec enfant(s)	7.1	4.7	9.5	6.9	6.2	7.5	92.9	90.5	95.3	93.1	92.5	93.8	496	8'426
	Famille monoparentale	12.0	5.1	18.9	9.7	7.8	11.5	88.0	81.1	94.9	90.3	88.5	92.2	114	1'309
Degré d'urbanisation	Urbain	12.6	10.3	14.9	11.0	10.4	11.7	87.4	85.1	89.7	89.0	88.3	89.7	975	11'873
	Intermédiaire*	12.2	4.0	20.3	8.2	7.2	9.1	87.9	79.7	96.0	91.8	90.9	92.8	73	4'552
	Rural	14.9	0.8	29.0	8.4	7.3	9.4	85.1	71.0	99.2	91.6	90.6	92.7	38	3'910

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

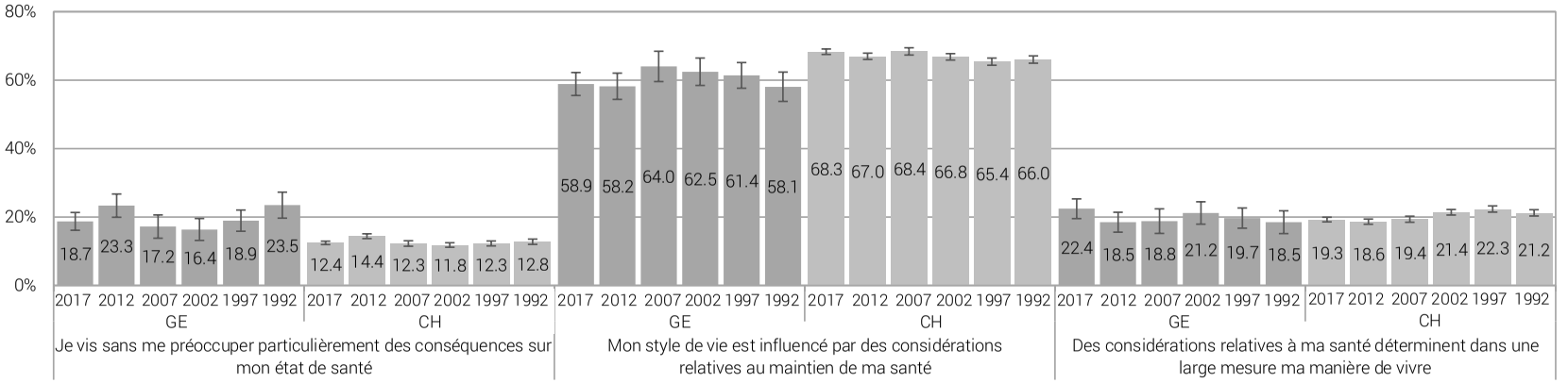
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.1 Attention portée à la santé, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Je vis sans me préoccuper particulièrement des conséquences sur mon état de santé						Mon style de vie est influencé par des considérations relatives au maintien de ma santé						Des considérations relatives à ma santé déterminent dans une large mesure ma manière de vivre							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		18.7	16.1	21.4	12.4	11.9	13.0	58.9	55.5	62.2	68.3	67.5	69.1	22.4	19.5	25.3	19.3	18.6	19.9	969	18'620
Sexe	Hommes	23.1	18.7	27.5	15.0	14.1	15.9	56.4	51.3	61.6	67.3	66.1	68.5	20.5	16.2	24.7	17.7	16.7	18.6	421	8'746
	Femmes	14.8	11.7	18.0	9.9	9.2	10.6	61.1	56.7	65.4	69.3	68.2	70.4	24.1	20.2	28.0	20.8	19.8	21.8	548	9'874
Classe d'âge	15-34 ans	25.4	19.8	30.9	17.4	16.2	18.7	57.2	50.9	63.6	67.9	66.3	69.5	17.4	12.6	22.3	14.7	13.5	15.9	267	4'589
	35-49 ans	17.4	12.2	22.7	11.8	10.6	12.9	60.6	53.9	67.3	70.0	68.4	71.6	21.9	16.1	27.8	18.2	16.9	19.6	244	4'549
	50-64 ans	14.6	10.0	19.2	10.0	9.0	10.9	56.5	49.7	63.2	69.6	68.1	71.1	28.9	22.5	35.3	20.4	19.1	21.7	241	5'089
	65 ans et plus	14.5	9.5	19.4	9.2	8.2	10.2	62.0	55.3	68.7	65.3	63.6	66.9	23.5	17.7	29.4	25.6	24.0	27.1	217	4'393
Formation	Scolarité obligatoire	22.7	16.6	28.8	18.4	16.8	20.0	48.7	41.3	56.0	56.8	54.8	58.8	28.7	21.8	35.5	24.8	23.0	26.6	198	3'240
	Secondaire II	23.7	19.0	28.4	13.3	12.5	14.2	54.5	49.1	60.0	66.6	65.4	67.7	21.8	17.3	26.4	20.1	19.1	21.1	381	9'080
	Tertiaire	11.4	8.0	14.8	8.3	7.5	9.0	68.7	63.7	73.7	76.4	75.2	77.7	19.9	15.5	24.3	15.3	14.3	16.4	384	6'259
Statut migratoire	Non issu de la migration	18.6	14.6	22.7	11.3	10.6	11.9	63.4	58.4	68.5	71.8	70.9	72.8	18.0	13.9	22.1	16.9	16.2	17.7	401	12'661
	Issu de la migration	18.6	15.1	22.1	14.4	13.4	15.4	56.3	51.8	60.7	62.5	61.0	63.9	25.1	21.2	29.0	23.1	21.9	24.4	563	5'913
Type de ménage	Ménage d'une	13.1	7.8	18.5	11.4	10.0	12.7	63.4	55.8	71.1	65.4	63.4	67.4	23.4	16.6	30.3	23.2	21.5	25.0	179	3'127
	Couple sans enfant	13.6	8.6	18.6	9.2	8.4	10.1	63.4	56.5	70.3	71.1	69.7	72.4	23.0	17.0	29.0	19.7	18.6	20.9	226	6'326
	Couple avec	23.2	18.9	27.5	14.6	13.7	15.6	55.1	50.1	60.2	68.5	67.2	69.7	21.7	17.5	25.9	16.9	15.9	17.9	426	7'486
	Famille	20.3	11.3	29.3	17.4	14.8	20.0	61.3	50.6	72.0	64.6	61.2	67.9	18.4	9.6	27.2	18.1	15.2	20.9	93	1'113
Degré d'urbanisation	Urbain	18.2	15.4	20.9	12.3	11.6	13.1	59.4	55.9	62.9	67.8	66.8	68.9	22.5	19.4	25.5	19.9	19.0	20.8	871	10'846
	Intermédiaire*	25.5	14.2	36.7	12.7	11.4	13.9	50.3	37.2	63.5	69.1	67.4	70.8	24.2	11.6	36.8	18.2	16.8	19.6	63	4'168
	Rural	21.6	4.9	38.3	12.6	11.3	13.9	60.3	41.9	78.7	69.2	67.4	71.0	18.1	4.7	31.5	18.2	16.7	19.8	35	3'606
Comparaison temporelle	2017	18.7	16.1	21.4	12.4	11.9	13.0	58.9	55.5	62.2	68.3	67.5	69.1	22.4	19.5	25.3	19.3	18.6	19.9	969	18620
	2012	23.3	19.9	26.7	14.4	13.7	15.1	58.2	54.4	62.1	67.0	66.1	67.9	18.5	15.6	21.4	18.6	17.9	19.4	922	18061
	2007	17.2	13.8	20.6	12.3	11.5	13.0	64.0	59.6	68.5	68.4	67.3	69.5	18.8	15.2	22.4	19.4	18.5	20.2	715	13923
	2002	16.4	13.2	19.6	11.8	11.2	12.5	62.5	58.5	66.5	66.8	65.9	67.8	21.2	17.9	24.5	21.4	20.6	22.2	794	15652
	1997	18.9	15.8	22.1	12.3	11.6	13.0	61.4	57.6	65.1	65.4	64.4	66.4	19.7	16.7	22.6	22.3	21.4	23.3	837	10519
	1992	23.5	19.7	27.3	12.8	12.0	13.5	58.1	53.8	62.4	66.0	65.0	67.1	18.5	15.2	21.8	21.2	20.3	22.1	666	10420

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



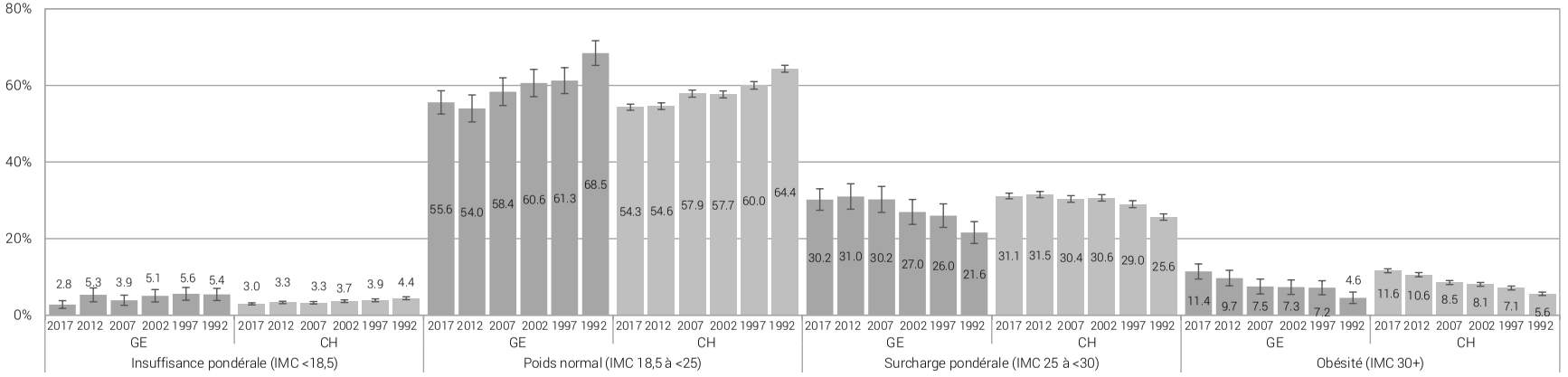
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.2 Charge pondérale (personnes de 18 ans et plus), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Insuffisance pondérale (IMC <18,5)						Poids normal (IMC 18,5 à <25)						Surcharge pondérale (IMC 25 à <30)						Obésité (IMC 30+)							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		2.8	1.8	3.8	3.0	2.7	3.2	55.6	52.5	58.6	54.3	53.5	55.1	30.2	27.4	33.0	31.1	30.4	31.9	11.4	9.5	13.4	11.6	11.1	12.1	1'144	21'046
Sexe	Hommes	0.8	0.0	1.6	0.9	0.6	1.1	47.4	42.8	52.1	46.9	45.8	48.1	37.9	33.4	42.4	39.5	38.4	40.7	13.9	10.6	17.2	12.7	11.9	13.5	503	9'929
	Femmes	4.6	2.9	6.4	5.0	4.5	5.5	62.8	58.9	66.7	61.5	60.4	62.6	23.4	19.9	26.8	23.0	22.1	23.9	9.2	6.9	11.6	10.5	9.9	11.2	641	11'117
Classe d'âge	18-34 ans	3.9	1.4	6.4	4.6	3.9	5.3	68.0	62.2	73.8	66.3	64.7	68.0	22.1	16.9	27.3	22.6	21.1	24.0	6.0	2.8	9.1	6.5	5.6	7.3	287	4'694
	35-49 ans	2.2	0.8	3.6	2.7	2.1	3.2	55.6	49.8	61.4	55.6	54.0	57.2	30.2	24.8	35.6	30.6	29.1	32.0	12.1	8.3	15.8	11.1	10.2	12.1	317	5'443
	50-64 ans	1.4	0.0	2.7	2.1	1.7	2.5	47.5	41.4	53.7	48.3	46.8	49.8	35.7	29.9	41.6	34.4	33.0	35.9	15.4	10.8	20.0	15.2	14.1	16.3	282	5'854
	65 ans et plus	3.7	1.2	6.2	2.3	1.8	2.8	47.2	41.0	53.5	45.1	43.5	46.7	35.4	29.5	41.4	38.5	36.9	40.0	13.6	9.2	18.0	14.2	13.0	15.3	258	5'055
Formation	Scolarité obligatoire	2.1	0.1	4.0	3.0	2.3	3.7	52.5	45.7	59.3	45.3	43.4	47.2	28.6	22.6	34.7	34.0	32.2	35.9	16.9	11.7	22.0	17.7	16.2	19.1	230	3'575
	Secondaire II	2.1	0.7	3.4	3.0	2.7	3.4	54.6	49.8	59.4	53.5	52.3	54.6	31.1	26.7	35.5	31.3	30.2	32.3	12.3	9.0	15.6	12.2	11.5	13.0	470	10'533
	Tertiaire	3.6	1.7	5.6	2.8	2.3	3.2	58.0	53.1	63.0	59.5	58.1	60.9	30.8	26.1	35.4	29.7	28.5	31.0	7.6	5.0	10.1	8.0	7.2	8.7	431	6'859
Statut migratoire	Non issu de la migration	2.5	1.0	3.9	3.0	2.6	3.3	57.9	53.1	62.8	56.5	55.5	57.5	30.0	25.5	34.6	30.1	29.2	31.0	9.6	6.8	12.4	10.4	9.8	11.1	437	13'273
	Issu de la migration	2.9	1.5	4.3	2.8	2.4	3.3	54.3	50.3	58.4	51.7	50.4	53.1	30.3	26.6	34.0	32.8	31.5	34.1	12.5	9.7	15.2	12.6	11.7	13.6	657	6'866
Type de ménage	Ménage d'une personne	3.0	0.9	5.0	3.0	2.3	3.6	52.6	45.6	59.6	53.3	51.3	55.2	30.9	24.5	37.4	29.9	28.1	31.7	13.5	8.4	18.6	13.9	12.5	15.3	218	3'575
	Couple sans enfant	2.7	0.4	5.0	2.5	2.1	2.9	51.4	45.0	57.9	51.1	49.8	52.5	35.1	29.0	41.2	34.4	33.0	35.7	10.7	6.6	14.8	12.0	11.1	12.9	265	7'141
	Couple avec enfant(s)	2.1	0.7	3.5	3.1	2.7	3.6	56.4	51.9	61.0	56.1	54.8	57.3	30.4	26.2	34.6	30.6	29.4	31.7	11.0	8.2	13.8	10.2	9.5	11.0	501	8'349
	Famille monoparentale	6.5	1.7	11.4	5.3	3.8	6.8	68.9	59.4	78.4	60.4	57.2	63.6	15.0	7.4	22.6	24.6	21.8	27.5	9.6	3.5	15.6	9.7	7.9	11.6	104	1'236
Degré d'urbanisation	Urbain	2.9	1.8	3.9	3.2	2.8	3.6	55.6	52.4	58.8	55.1	54.1	56.2	30.3	27.4	33.3	30.7	29.8	31.6	11.3	9.2	13.3	11.0	10.4	11.6	1'033	12'451
	Intermédiaire*	1.1	0.0	3.3	2.6	2.0	3.1	59.5	47.7	71.3	53.8	52.0	55.5	26.1	15.8	36.4	31.5	29.9	33.1	13.3	4.3	22.4	12.2	11.0	13.3	74	4'642
	Rural	4.5	0.0	10.6	2.6	2.0	3.2	48.4	30.8	66.0	51.8	49.9	53.7	35.4	18.5	52.2	32.4	30.6	34.2	11.8	0.0	23.9	13.3	11.9	14.6	37	3'953
Comparaison temporelle	2017	2.8	1.8	3.8	3.0	2.7	3.2	55.6	52.5	58.6	54.3	53.5	55.1	30.2	27.4	33.0	31.1	30.4	31.9	11.4	9.5	13.4	11.6	11.1	12.1	1'144	21'046
	2012	5.3	3.5	7.1	3.3	3.0	3.6	54.0	50.5	57.5	54.6	53.7	55.5	31.0	27.7	34.3	31.5	30.7	32.3	9.7	7.7	11.7	10.6	10.0	11.1	1'087	20'537
	2007	3.9	2.6	5.2	3.3	2.9	3.6	58.4	54.8	62.0	57.9	56.9	58.8	30.2	26.8	33.6	30.4	29.5	31.2	7.5	5.5	9.4	8.5	8.0	9.1	1'003	17'879
	2002	5.1	3.5	6.7	3.7	3.3	4.0	60.6	57.1	64.2	57.7	56.7	58.6	27.0	23.7	30.2	30.6	29.8	31.5	7.3	5.4	9.2	8.1	7.6	8.6	969	18'908
	1997	5.6	3.9	7.3	3.9	3.5	4.3	61.3	57.9	64.6	60.0	59.0	61.0	26.0	22.9	29.1	29.0	28.1	29.9	7.2	5.3	9.0	7.1	6.6	7.6	1'019	12'474
	1992	5.4	3.8	7.0	4.4	4.1	4.8	68.5	65.2	71.7	64.4	63.4	65.3	21.6	18.7	24.4	25.6	24.8	26.5	4.6	3.1	6.0	5.6	5.2	6.0	980	14'521

* périurbain dense et centres ruraux
IMC = Indice de masse corporelle
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

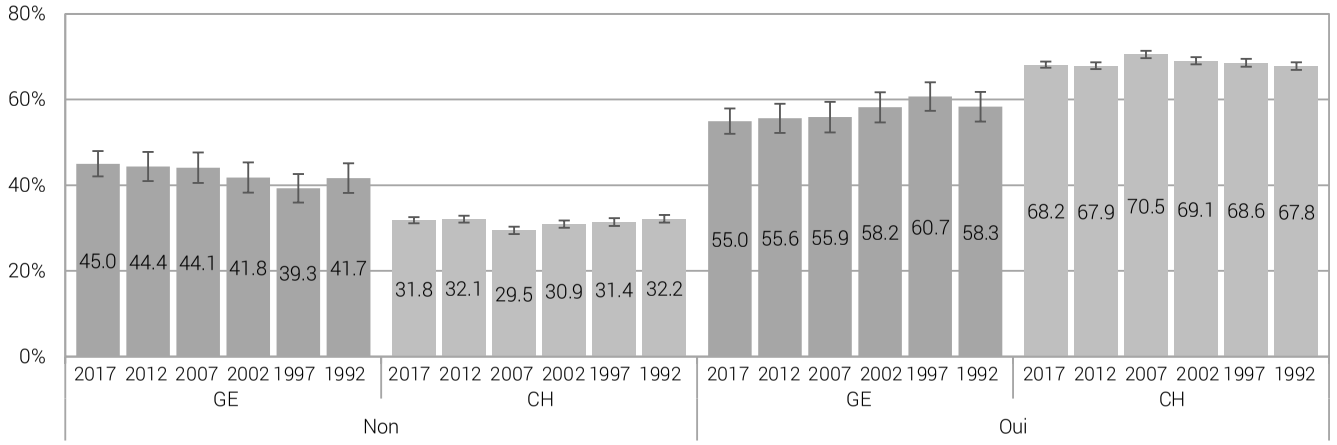
© Obsan 2020

TA-3.3 Attention portée à l'alimentation, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Non						Oui							
		GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		45.0	42.1	48.0	31.8	31.1	32.6	55.0	52.0	57.9	68.2	67.4	68.9	1'213	22'107
Sexe	Hommes	50.7	46.2	55.2	37.2	36.1	38.3	49.3	44.8	53.9	62.8	61.7	63.9	534	10'451
	Femmes	40.0	36.2	43.9	26.6	25.7	27.6	60.0	56.1	63.8	73.4	72.4	74.3	679	11'656
Classe d'âge	15-34 ans	52.0	46.4	57.5	38.3	36.8	39.8	48.0	42.5	53.6	61.7	60.2	63.2	351	5'636
	35-49 ans	44.1	38.3	49.9	29.7	28.3	31.1	55.9	50.1	61.7	70.3	68.9	71.7	321	5'475
	50-64 ans	40.3	34.4	46.3	27.6	26.3	28.9	59.7	53.7	65.6	72.4	71.1	73.7	283	5'885
	65 ans et plus	40.2	34.1	46.3	30.5	29.1	32.0	59.8	53.7	66.0	69.5	68.0	70.9	258	5'111
Formation	Scolarité obligatoire	56.1	50.0	62.1	43.2	41.5	44.9	44.0	37.9	50.0	56.8	55.1	58.5	290	4'503
	Secondaire II	46.7	41.9	51.4	32.1	31.0	33.1	53.4	48.6	58.1	67.9	66.9	69.0	474	10'620
	Tertiaire	36.2	31.4	40.9	25.1	23.9	26.3	63.8	59.1	68.6	74.9	73.7	76.1	435	6'902
Statut migratoire	Non issu de la migration	44.6	39.9	49.3	31.3	30.4	32.2	55.4	50.7	60.1	68.7	67.8	69.6	463	13'958
	Issu de la migration	44.0	40.0	47.9	31.1	29.8	32.3	56.0	52.1	60.0	69.0	67.7	70.2	695	7'186
Type de ménage	Ménage d'une personne	40.0	33.2	46.9	27.7	26.0	29.4	60.0	53.2	66.8	72.3	70.6	74.0	220	3'634
	Couple sans enfant	43.0	36.6	49.4	28.5	27.3	29.8	57.0	50.6	63.4	71.5	70.2	72.7	266	7'185
	Couple avec enfant(s)	46.6	42.2	51.0	35.7	34.6	36.9	53.4	49.1	57.8	64.3	63.1	65.4	548	9'135
	Famille monoparentale	47.8	38.5	57.1	37.7	34.7	40.6	52.2	42.9	61.5	62.3	59.4	65.3	121	1'397
Degré d'urbanisation	Urbain	44.4	41.3	47.6	31.2	30.2	32.1	55.6	52.5	58.7	68.8	67.9	69.8	1'090	13'049
	Intermédiaire*	45.0	33.8	56.2	32.3	30.8	33.9	55.0	43.8	66.2	67.7	66.1	69.2	82	4'894
	Rural	61.3	45.1	77.4	33.9	32.2	35.7	38.7	22.6	54.9	66.1	64.4	67.8	41	4'164
Comparaison temporelle	2017	45.0	42.1	48.0	31.8	31.1	32.6	55.0	52.0	57.9	68.2	67.4	68.9	1'213	22'107
	2012	44.4	41.0	47.8	32.1	31.3	32.9	55.6	52.2	59.0	67.9	67.1	68.7	1'148	21'577
	2007	44.1	40.5	47.7	29.5	28.6	30.3	55.9	52.3	59.5	70.5	69.7	71.4	1'044	18'742
	2002	41.8	38.3	45.3	30.9	30.1	31.8	58.2	54.7	61.7	69.1	68.2	69.9	1'017	19'690
	1997	39.3	36.0	42.6	31.4	30.5	32.3	60.7	57.4	64.0	68.6	67.7	69.5	1'046	12'995
	1992	41.7	38.2	45.1	32.2	31.3	33.1	58.3	54.9	61.8	67.8	66.9	68.7	975	14'711

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

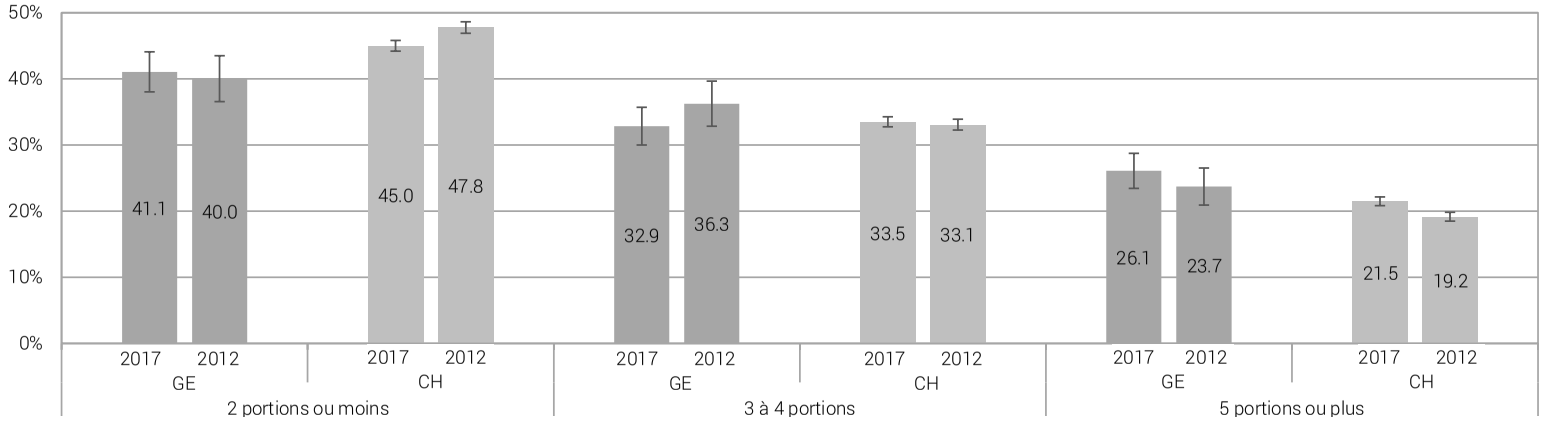
© Obsan 2020

TA-3.4 Respect de la recommandation «cinq par jour», canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		2 portions ou moins						3 à 4 portions						5 portions ou plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		41.1	38.0	44.1	45.0	44.2	45.8	32.9	30.0	35.7	33.5	32.8	34.3	26.1	23.4	28.7	21.5	20.8	22.2	1'149	21'108
Sexe	Hommes	52.0	47.4	56.6	55.5	54.4	56.7	30.3	26.1	34.5	29.9	28.9	31.0	17.7	14.2	21.2	14.6	13.7	15.4	505	10'004
	Femmes	31.3	27.6	35.1	34.6	33.6	35.7	35.1	31.2	39.0	37.1	36.0	38.1	33.6	29.8	37.4	28.3	27.3	29.3	644	11'104
Classe d'âge	15-34 ans	48.5	42.9	54.2	47.2	45.7	48.8	29.7	24.6	34.8	31.4	29.9	32.9	21.7	17.2	26.2	21.4	20.1	22.7	339	5'427
	35-49 ans	42.3	36.4	48.2	45.1	43.5	46.7	29.2	23.8	34.6	32.9	31.3	34.4	28.5	23.2	33.9	22.1	20.7	23.4	310	5'234
	50-64 ans	34.9	28.7	41.0	45.6	44.1	47.1	38.4	32.3	44.6	33.0	31.5	34.4	26.7	21.2	32.2	21.5	20.2	22.7	265	5'634
	65 ans et plus	33.3	27.2	39.4	40.9	39.3	42.6	37.3	31.0	43.6	38.0	36.4	39.6	29.4	23.3	35.5	21.0	19.7	22.4	235	4'813
Formation	Scolarité obligatoire	52.2	45.9	58.5	52.5	50.7	54.4	31.0	25.2	36.8	31.0	29.3	32.7	16.8	12.2	21.3	16.5	15.2	17.8	263	4'012
	Secondaire II	44.8	39.8	49.7	46.4	45.3	47.6	30.4	26.0	34.9	32.7	31.6	33.8	24.8	20.6	29.0	20.9	19.9	21.8	446	10'264
	Tertiaire	31.0	26.3	35.7	39.3	37.9	40.7	35.9	31.1	40.8	35.9	34.6	37.3	33.0	28.4	37.7	24.8	23.6	26.1	428	6'774
Statut migratoire	Non issu de la migration	38.0	33.3	42.8	43.1	42.2	44.1	36.1	31.5	40.7	35.2	34.2	36.1	25.9	21.7	30.0	21.7	20.9	22.5	458	13'903
	Issu de la migration	43.2	39.2	47.1	48.2	46.8	49.5	30.5	26.9	34.2	30.6	29.4	31.9	26.3	22.9	29.8	21.2	20.1	22.3	685	7'144
Type de ménage	Ménage d'une personne	40.7	33.5	47.8	47.0	45.0	48.9	31.2	24.7	37.6	32.4	30.6	34.2	28.2	21.9	34.4	20.7	19.1	22.2	211	3'534
	Couple sans enfant	37.0	30.5	43.5	44.0	42.6	45.4	35.8	29.4	42.2	35.0	33.6	36.3	27.2	21.5	32.9	21.0	19.9	22.2	250	6'899
	Couple avec enfant(s)	42.9	38.5	47.4	44.1	42.9	45.3	30.5	26.3	34.6	33.0	31.8	34.2	26.6	22.6	30.6	22.9	21.9	24.0	516	8'649
	Famille monoparentale	47.5	38.1	56.9	47.7	44.5	50.8	32.8	24.0	41.6	33.1	30.1	36.0	19.7	12.1	27.2	19.3	16.9	21.7	119	1'347
Degré d'urbanisation	Urbain	41.5	38.3	44.7	45.4	44.4	46.5	32.4	29.5	35.4	33.0	32.0	33.9	26.1	23.3	28.8	21.6	20.8	22.4	1'031	12'366
	Intermédiaire*	34.8	24.0	45.7	44.5	42.8	46.2	41.2	29.6	52.7	34.1	32.5	35.7	24.0	13.9	34.1	21.4	20.0	22.8	78	4'705
	Rural	41.5	24.6	58.4	44.0	42.1	45.8	27.7	13.8	41.6	34.8	33.1	36.6	30.8	15.0	46.7	21.2	19.7	22.7	40	4'037
Comparaison temporelle	2017	41.1	38.0	44.1	45.0	44.2	45.8	32.9	30.0	35.7	33.5	32.8	34.3	26.1	23.4	28.7	21.5	20.8	22.2	1'149	21'108
	2012	40.0	36.6	43.5	47.8	46.9	48.6	36.3	32.8	39.7	33.1	32.3	33.9	23.7	20.9	26.5	19.2	18.5	19.8	1'082	20'769

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.5 Consommation de boisson sucrée, canton de Genève et Suisse, 2017

		Rarement/jamais						1–4 jours par semaine						5–7 jours par semaine							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		54.7	51.8	57.7	52.0	51.2	52.7	30.2	27.5	33.0	31.6	30.8	32.3	15.0	12.9	17.2	16.5	15.9	17.1	1'212	22'114
Sexe	Hommes	44.1	39.6	48.5	43.0	41.8	44.1	35.5	31.2	39.9	34.8	33.7	35.9	20.4	16.8	24.0	22.3	21.3	23.2	534	10'455
	Femmes	64.2	60.4	68.0	60.7	59.7	61.8	25.5	22.1	28.9	28.4	27.4	29.4	10.3	7.8	12.7	10.9	10.2	11.5	678	11'659
Classe d'âge	15-34 ans	34.9	29.5	40.2	29.5	28.1	30.9	41.2	35.8	46.6	44.8	43.2	46.3	24.0	19.3	28.7	25.7	24.4	27.1	350	5'633
	35-49 ans	54.8	49.0	60.6	48.7	47.1	50.3	32.2	26.8	37.7	36.3	34.7	37.8	13.0	9.1	16.8	15.0	13.9	16.2	321	5'481
	50-64 ans	67.6	61.8	73.3	63.9	62.4	65.3	24.6	19.4	29.8	24.5	23.2	25.8	7.9	4.4	11.3	11.6	10.7	12.6	283	5'891
	65 ans et plus	73.0	67.4	78.5	73.0	71.6	74.5	15.6	11.1	20.0	15.8	14.6	16.9	11.5	7.4	15.6	11.2	10.2	12.2	258	5'109
Formation	Scolarité obligatoire	41.3	35.3	47.2	44.2	42.5	45.8	37.8	31.9	43.6	32.4	30.7	34.0	21.0	16.1	25.9	23.5	22.0	25.0	290	4'509
	Secondaire II	52.5	47.7	57.3	51.6	50.4	52.7	29.8	25.3	34.2	30.4	29.3	31.4	17.8	14.1	21.4	18.1	17.2	19.0	474	10'622
	Tertiaire	65.5	60.7	70.2	56.8	55.4	58.2	25.9	21.6	30.2	32.7	31.4	34.1	8.7	5.7	11.6	10.5	9.6	11.4	435	6'900
Statut migratoire	Non issu de la migration	53.0	48.3	57.8	51.4	50.4	52.4	31.6	27.2	36.1	32.1	31.1	33.0	15.3	11.8	18.8	16.6	15.8	17.3	464	13'958
	Issu de la migration	56.3	52.4	60.3	53.3	51.9	54.6	29.2	25.6	32.8	30.7	29.4	32.0	14.5	11.7	17.3	16.1	15.1	17.1	693	7'192
Type de ménage	Ménage d'une personne	59.4	52.6	66.3	57.9	56.0	59.9	27.4	21.1	33.7	27.6	25.7	29.4	13.2	8.7	17.7	14.5	13.1	15.9	220	3'632
	Couple sans enfant	67.2	60.9	73.4	61.2	59.8	62.5	23.9	18.2	29.6	25.5	24.3	26.8	9.0	5.1	12.9	13.3	12.3	14.3	265	7'183
	Couple avec enfant(s)	47.1	42.7	51.5	44.0	42.9	45.2	35.4	31.2	39.6	37.3	36.1	38.4	17.5	14.1	21.0	18.7	17.7	19.6	548	9'142
	Famille monoparentale	55.0	45.7	64.3	44.5	41.5	47.6	28.3	20.0	36.6	34.3	31.3	37.2	16.8	9.8	23.8	21.2	18.6	23.8	121	1'398
Degré d'urbanisation	Urbain	53.7	50.6	56.9	53.5	52.5	54.5	30.6	27.7	33.5	31.2	30.2	32.1	15.6	13.3	17.9	15.4	14.6	16.1	1'089	13'050
	Intermédiaire*	62.5	51.3	73.6	49.4	47.8	51.1	29.4	18.8	40.1	32.5	30.9	34.1	8.1	2.2	14.0	18.1	16.8	19.4	82	4'902
	Rural	66.6	50.7	82.5	49.3	47.4	51.1	20.6	7.0	34.1	31.9	30.2	33.7	12.8	1.3	24.4	18.8	17.3	20.3	41	4'162

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

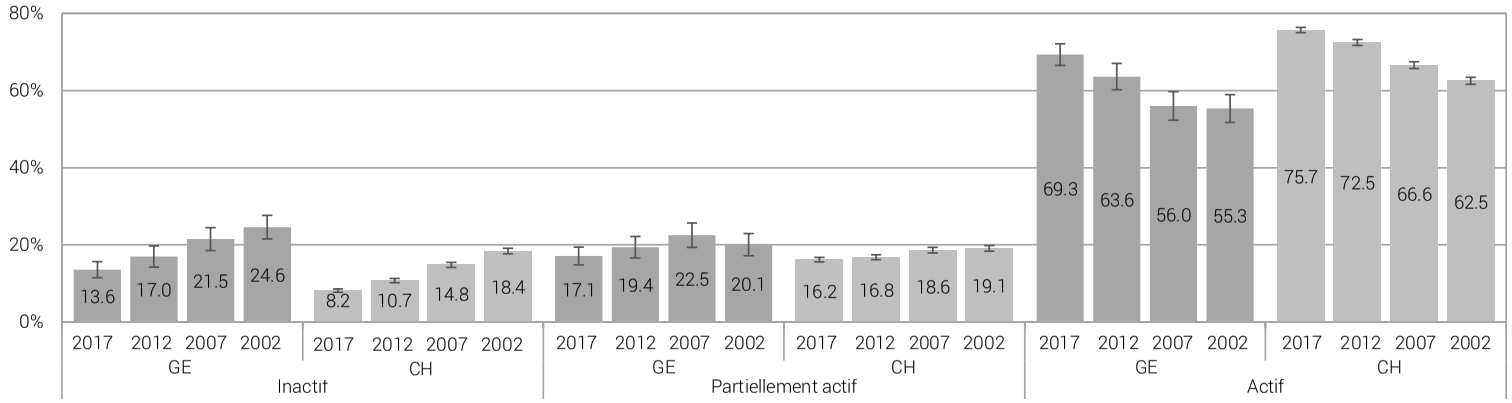
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.6 Activité physique, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Inactif						Partiellement actif						Actif							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		13.6	11.5	15.7	8.2	7.7	8.6	17.1	14.8	19.4	16.2	15.6	16.8	69.3	66.5	72.1	75.7	75.0	76.4	1'145	20'869
Sexe	Hommes	13.1	9.9	16.2	7.2	6.7	7.8	13.0	9.9	16.1	15.0	14.1	15.8	74.0	69.9	78.0	77.8	76.8	78.8	508	9'907
	Femmes	14.0	11.3	16.8	9.1	8.4	9.7	20.9	17.6	24.2	17.4	16.6	18.2	65.1	61.2	69.0	73.6	72.6	74.5	637	10'962
Classe d'âge	15-34 ans	8.3	5.1	11.4	5.0	4.4	5.7	12.9	9.2	16.5	14.8	13.7	15.9	78.9	74.4	83.4	80.2	78.9	81.4	338	5'387
	35-49 ans	12.6	8.7	16.4	6.8	5.9	7.6	21.3	16.5	26.2	18.7	17.4	19.9	66.1	60.5	71.8	74.6	73.2	76.0	304	5'188
	50-64 ans	15.5	10.8	20.1	8.3	7.5	9.2	17.1	12.2	22.0	17.2	16.1	18.4	67.4	61.4	73.5	74.5	73.1	75.8	267	5'560
	65 ans et plus	22.2	16.8	27.7	14.2	13.0	15.4	18.5	13.3	23.6	13.8	12.7	15.0	59.3	52.9	65.8	72.0	70.5	73.5	236	4'734
Formation	Scolarité obligatoire	19.9	14.8	25.0	15.2	13.8	16.5	18.8	13.8	23.9	15.7	14.4	16.9	61.3	55.1	67.5	69.2	67.5	70.9	262	3'985
	Secondaire II	15.3	11.8	18.9	8.9	8.2	9.5	16.4	12.8	20.1	15.6	14.8	16.5	68.2	63.7	72.8	75.5	74.5	76.5	449	10'110
	Tertiaire	7.7	5.1	10.2	3.7	3.2	4.2	17.3	13.6	21.0	17.1	16.1	18.2	75.0	70.8	79.3	79.2	78.1	80.3	423	6'722
Statut migratoire	Non issu de la migration	12.3	9.2	15.4	6.6	6.1	7.1	18.7	14.9	22.5	15.5	14.8	16.2	69.0	64.5	73.4	77.9	77.1	78.8	457	13'728
	Issu de la migration	14.5	11.7	17.2	10.9	10.1	11.7	16.2	13.4	19.1	17.4	16.4	18.4	69.3	65.7	73.0	71.7	70.5	72.9	683	7'079
Type de ménage	Ménage d'une personne	19.7	14.2	25.2	13.3	12.0	14.6	15.6	10.4	20.7	15.3	13.9	16.6	64.8	58.1	71.5	71.4	69.7	73.2	213	3'496
	Couple sans enfant	13.6	9.2	18.0	7.7	6.9	8.4	15.4	10.5	20.2	15.0	14.0	16.0	71.1	65.1	77.1	77.4	76.2	78.6	248	6'794
	Couple avec enfant(s)	10.7	7.9	13.5	6.0	5.4	6.5	19.5	16.0	23.1	17.3	16.4	18.2	69.8	65.6	73.9	76.8	75.7	77.8	513	8'566
	Famille monoparentale	14.5	7.5	21.6	8.9	7.2	10.7	16.1	9.0	23.2	18.0	15.5	20.4	69.4	60.5	78.4	73.1	70.3	75.9	118	1'340
Degré d'urbanisation	Urbain	14.4	12.1	16.6	8.8	8.2	9.4	16.9	14.5	19.3	16.3	15.5	17.0	68.8	65.8	71.8	74.9	74.1	75.8	1'031	12'247
	Intermédiaire*	8.5	2.4	14.7	7.3	6.4	8.2	18.1	9.5	26.8	16.6	15.3	17.9	73.4	63.3	83.4	76.1	74.7	77.6	75	4'650
	Rural	2.1	0.0	6.2	6.7	5.8	7.7	22.1	8.2	35.9	15.3	14.0	16.6	75.8	61.6	90.0	78.0	76.5	79.6	39	3'972
Comparaison temporelle	2017	13.6	11.5	15.7	8.2	7.7	8.6	17.1	14.8	19.4	16.2	15.6	16.8	69.3	66.5	72.1	75.7	75.0	76.4	1'145	20'869
	2012	17.0	14.2	19.7	10.7	10.2	11.3	19.4	16.6	22.2	16.8	16.2	17.4	63.6	60.2	67.0	72.5	71.7	73.2	1'087	20'625
	2007	21.5	18.5	24.5	14.8	14.1	15.5	22.5	19.3	25.7	18.6	17.9	19.3	56.0	52.3	59.7	66.6	65.7	67.5	954	17'387
	2002	24.6	21.5	27.6	18.4	17.7	19.1	20.1	17.2	23.0	19.1	18.4	19.8	55.3	51.7	58.9	62.5	61.6	63.4	962	18'241

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.7 Nombre d'heures en position assise, canton de Genève et Suisse, 2017

		<4 heures par jour						4–7 heures par jour						8–10 heures par jour						11 heures par jour ou plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		28.7	25.9	31.4	31.0	30.3	31.7	39.4	36.4	42.4	41.6	40.8	42.4	26.1	23.5	28.8	21.1	20.5	21.8	5.8	4.3	7.3	6.3	5.9	6.7	1'144	20'833
Sexe	Hommes	26.8	22.8	30.9	28.5	27.4	29.5	40.0	35.5	44.6	40.1	38.9	41.3	25.9	21.9	29.9	23.6	22.6	24.6	7.3	4.7	9.8	7.9	7.2	8.5	506	9'930
	Femmes	30.3	26.6	34.1	33.5	32.5	34.6	38.8	34.8	42.7	43.1	42.0	44.2	26.4	22.8	30.0	18.7	17.8	19.6	4.5	2.9	6.2	4.7	4.2	5.2	638	10'903
Classe d'âge	15-34 ans	16.7	12.4	20.9	25.2	23.8	26.6	37.5	32.0	42.9	35.4	33.9	36.9	37.3	31.9	42.6	30.3	28.8	31.7	8.6	5.2	12.0	9.2	8.2	10.2	339	5'402
	35-49 ans	31.0	25.5	36.4	31.6	30.1	33.1	38.2	32.4	44.1	37.9	36.3	39.4	25.5	20.5	30.6	23.0	21.6	24.4	5.3	2.8	7.8	7.6	6.7	8.5	308	5'187
	50-64 ans	34.1	28.1	40.1	33.8	32.4	35.3	34.3	28.2	40.3	41.2	39.6	42.7	25.8	20.3	31.4	19.8	18.5	21.0	5.8	2.8	8.8	5.2	4.5	6.0	264	5'553
	65 ans et plus	40.2	33.8	46.7	35.5	33.9	37.0	50.8	44.2	57.3	55.9	54.2	57.5	7.4	4.1	10.7	7.1	6.2	8.0	1.6	0.0	3.2	1.6	1.2	2.1	233	4'691
Formation	Scolarité obligatoire	37.6	31.4	43.8	40.4	38.6	42.2	35.8	29.7	41.9	38.1	36.4	39.9	22.1	17.0	27.1	17.4	16.0	18.7	4.6	1.7	7.4	4.1	3.4	4.9	261	3'942
	Secondaire II	33.6	29.0	38.2	34.9	33.8	36.0	37.8	33.0	42.6	43.1	41.9	44.3	23.2	19.1	27.4	16.7	15.8	17.6	5.3	3.0	7.7	5.3	4.7	5.9	448	10'108
	Tertiaire	17.2	13.5	21.0	21.0	19.8	22.1	43.4	38.4	48.4	41.2	39.8	42.6	32.4	27.7	37.0	29.2	27.9	30.5	7.0	4.4	9.6	8.6	7.8	9.5	424	6'731
Statut migratoire	Non issu de la migration	23.1	19.1	27.2	29.1	28.2	30.0	44.3	39.5	49.1	43.8	42.8	44.8	25.9	21.7	30.1	21.0	20.1	21.8	6.7	4.2	9.2	6.1	5.6	6.6	453	13'713
	Issu de la migration	32.3	28.6	36.0	34.3	33.1	35.6	36.1	32.2	39.9	37.6	36.3	39.0	26.5	23.0	30.0	21.5	20.4	22.7	5.1	3.2	6.9	6.5	5.8	7.3	685	7'060
Type de ménage	Ménage d'une personne	26.6	20.4	32.8	27.9	26.1	29.7	46.1	39.0	53.3	45.4	43.4	47.4	23.4	17.3	29.6	20.4	18.7	22.0	3.9	1.3	6.4	6.4	5.3	7.4	209	3'439
	Couple sans enfant	41.3	34.7	47.9	32.5	31.2	33.8	34.3	28.1	40.6	44.9	43.5	46.3	18.3	13.2	23.5	17.2	16.1	18.3	6.1	2.4	9.7	5.5	4.7	6.2	248	6'800
	Couple avec enfant(s)	25.7	21.8	29.7	32.1	31.0	33.3	38.6	34.2	43.0	37.9	36.7	39.1	29.6	25.5	33.6	23.3	22.3	24.4	6.1	3.9	8.4	6.7	6.1	7.3	517	8'591
	Famille monoparentale	20.8	13.3	28.4	28.5	25.7	31.3	40.9	31.5	50.2	37.7	34.6	40.7	32.2	23.4	40.9	27.4	24.6	30.1	6.1	1.2	11.1	6.5	4.7	8.3	118	1'333
Degré d'urbanisation	Urbain	28.1	25.3	31.0	29.1	28.2	30.1	40.4	37.2	43.6	41.5	40.5	42.6	25.9	23.1	28.7	22.6	21.8	23.5	5.6	4.1	7.2	6.7	6.1	7.3	1'025	12'208
	Intermédiaire*	26.6	16.4	36.7	32.1	30.5	33.7	36.2	25.0	47.4	42.1	40.4	43.8	30.6	20.0	41.2	19.7	18.2	21.1	6.6	0.7	12.5	6.2	5.3	7.1	79	4'638
	Rural	46.5	29.8	63.3	36.9	35.1	38.7	19.5	5.9	33.0	41.0	39.1	42.8	24.9	10.5	39.2	17.3	15.8	18.8	9.2	0.0	20.0	4.8	3.9	5.7	40	3'987

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

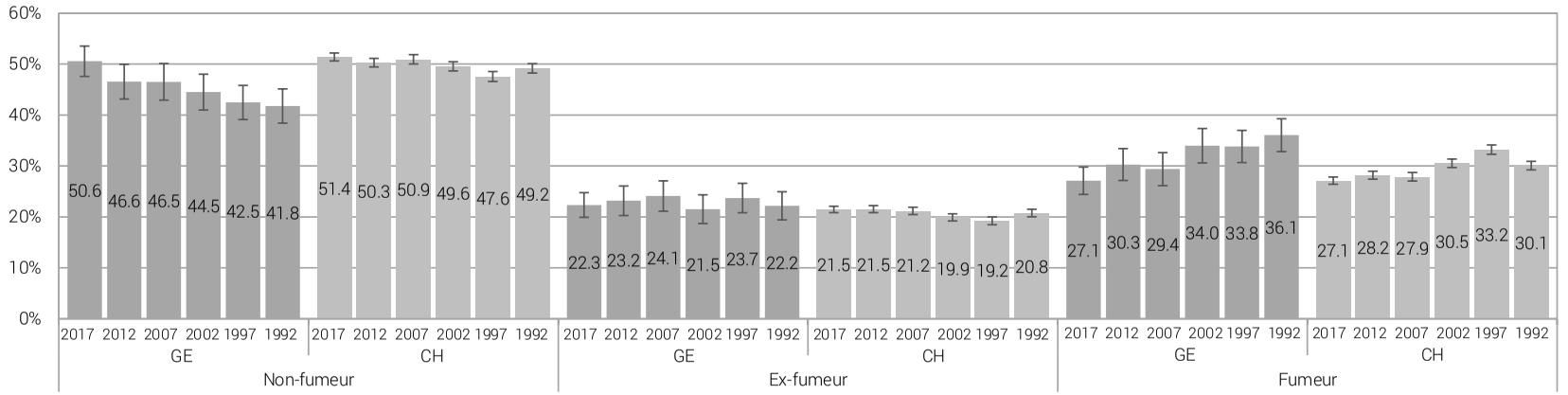
© Obsan 2020

TA-3.8 Consommation de tabac, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Non-fumeur						Ex-fumeur						Fumeur							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		50.6	47.6	53.5	51.4	50.6	52.2	22.3	19.9	24.8	21.5	20.8	22.1	27.1	24.4	29.8	27.1	26.4	27.8	1'214	22'131
Sexe	Hommes	45.7	41.2	50.2	44.7	43.6	45.9	25.7	21.9	29.6	24.3	23.3	25.2	28.6	24.4	32.8	31.1	30.0	32.1	535	10'461
	Femmes	54.9	51.0	58.8	57.9	56.9	59.0	19.4	16.3	22.4	18.8	17.9	19.6	25.8	22.4	29.2	23.3	22.4	24.2	679	11'670
Classe d'âge	15-34 ans	60.6	55.2	66.1	56.7	55.1	58.2	6.7	3.8	9.5	9.0	8.1	9.9	32.7	27.5	38.0	34.3	32.8	35.8	351	5'639
	35-49 ans	43.1	37.3	48.8	51.1	49.5	52.7	23.3	18.5	28.1	18.7	17.5	19.9	33.6	28.1	39.2	30.2	28.7	31.6	321	5'485
	50-64 ans	43.5	37.4	49.6	45.5	44.0	47.0	33.5	27.7	39.4	27.6	26.2	28.9	23.0	17.8	28.2	26.9	25.6	28.3	283	5'893
	65 ans et plus	52.6	46.3	58.8	51.5	49.9	53.1	34.3	28.3	40.2	34.9	33.4	36.5	13.2	9.1	17.3	13.6	12.5	14.7	259	5'114
Formation	Scolarité obligatoire	55.4	49.4	61.5	57.4	55.7	59.1	16.0	11.4	20.5	15.6	14.4	16.9	28.6	23.1	34.1	27.0	25.5	28.5	290	4'517
	Secondaire II	44.2	39.5	49.0	47.4	46.2	48.5	23.6	19.7	27.6	22.5	21.6	23.4	32.1	27.6	36.7	30.2	29.1	31.2	475	10'627
	Tertiaire	53.9	49.0	58.9	53.7	52.3	55.1	25.3	21.1	29.5	23.2	22.1	24.4	20.8	16.6	24.9	23.1	21.9	24.3	435	6'902
Statut migratoire	Non issu de la migration	47.6	42.8	52.3	51.3	50.3	52.3	27.5	23.3	31.8	23.0	22.2	23.9	24.9	20.7	29.1	25.7	24.8	26.6	464	13'961
	Issu de la migration	51.8	47.8	55.7	50.4	49.0	51.7	19.7	16.6	22.8	19.4	18.4	20.5	28.5	24.9	32.2	30.2	29.0	31.5	695	7'200
Type de ménage	Ménage d'une personne	44.6	37.7	51.5	49.0	47.1	51.0	27.1	21.0	33.2	21.5	19.9	23.1	28.3	21.9	34.8	29.5	27.7	31.3	220	3'636
	Couple sans enfant	47.4	40.9	53.8	47.8	46.4	49.2	28.6	22.9	34.2	29.3	28.1	30.5	24.1	18.4	29.8	22.9	21.7	24.1	267	7'188
	Couple avec enfant(s)	55.0	50.7	59.4	55.9	54.7	57.1	17.7	14.6	20.9	16.9	16.0	17.8	27.2	23.3	31.2	27.3	26.2	28.4	548	9'147
	Famille monoparentale	50.4	41.0	59.7	52.0	48.9	55.1	20.0	12.3	27.8	15.0	12.8	17.3	29.6	21.0	38.2	33.0	30.1	35.9	121	1'398
Degré d'urbanisation	Urbain	50.3	47.1	53.4	51.2	50.2	52.2	21.8	19.2	24.3	21.3	20.5	22.1	28.0	25.1	30.9	27.5	26.6	28.5	1'091	13'066
	Intermédiaire*	48.8	37.4	60.2	51.1	49.4	52.8	35.3	24.6	46.0	22.2	20.8	23.6	15.9	7.3	24.5	26.7	25.2	28.3	82	4'902
	Rural	62.3	46.7	78.0	52.8	51.0	54.6	12.4	1.3	23.6	21.2	19.7	22.7	25.3	12.0	38.5	26.0	24.4	27.6	41	4'163
Comparaison temporelle	2017	50.6	47.6	53.5	51.4	50.6	52.2	22.3	19.9	24.8	21.5	20.8	22.1	27.1	24.4	29.8	27.1	26.4	27.8	1'214	22'131
	2012	46.6	43.1	50.0	50.3	49.4	51.1	23.2	20.3	26.1	21.5	20.8	22.2	30.3	27.2	33.4	28.2	27.4	29.0	1'149	21'591
	2007	46.5	42.9	50.1	50.9	50.0	51.9	24.1	21.1	27.1	21.2	20.5	21.9	29.4	26.1	32.6	27.9	27.0	28.7	1'044	18'747
	2002	44.5	41.0	48.0	49.6	48.7	50.5	21.5	18.7	24.3	19.9	19.2	20.6	34.0	30.6	37.4	30.5	29.7	31.4	1'017	19'698
	1997	42.5	39.1	45.8	47.6	46.6	48.5	23.7	20.8	26.6	19.2	18.5	20.0	33.8	30.7	37.0	33.2	32.3	34.1	1'046	12'994
	1992	41.8	38.4	45.1	49.2	48.2	50.1	22.2	19.4	24.9	20.8	20.0	21.5	36.1	32.8	39.3	30.1	29.2	30.9	1'035	15'282

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



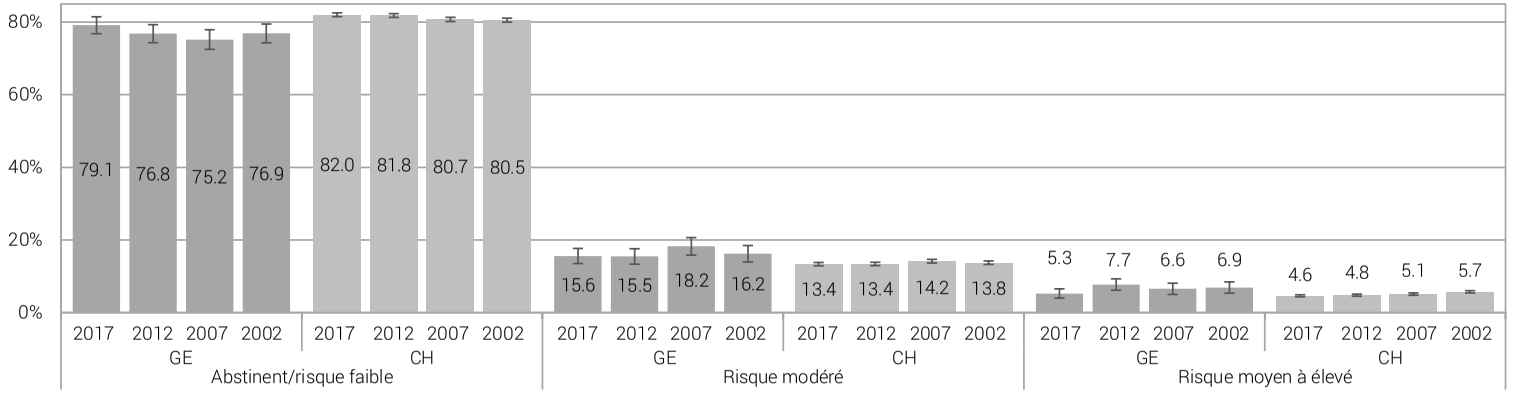
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.9 Consommation d'alcool à risque, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Abstinent/risque faible						Risque modéré						Risque moyen à élevé							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		79.1	76.8	81.5	82.0	81.5	82.5	15.6	13.5	17.7	13.4	12.9	13.8	5.3	4.0	6.5	4.6	4.3	4.9	1'168	21'303
Sexe	Hommes	80.6	77.1	84.0	81.5	80.7	82.2	14.4	11.4	17.4	13.4	12.7	14.1	5.1	3.2	6.9	5.2	4.7	5.6	515	10'094
	Femmes	77.9	74.7	81.1	82.6	81.9	83.3	16.7	13.8	19.5	13.3	12.7	13.9	5.5	3.7	7.2	4.1	3.8	4.5	653	11'209
Classe d'âge	15-34 ans	84.4	80.6	88.3	82.8	81.8	83.8	11.2	7.8	14.5	12.5	11.6	13.4	4.4	2.2	6.6	4.8	4.2	5.3	342	5'455
	35-49 ans	81.0	76.7	85.4	86.1	85.1	87.0	14.1	10.2	17.9	10.7	9.8	11.5	4.9	2.5	7.3	3.3	2.8	3.8	312	5'275
	50-64 ans	79.6	74.8	84.4	82.0	81.0	83.0	15.3	11.0	19.6	13.5	12.6	14.4	5.1	2.5	7.7	4.5	4.0	5.1	271	5'683
	65 ans et plus	66.6	60.6	72.5	76.1	74.9	77.3	26.0	20.5	31.5	17.7	16.6	18.7	7.5	4.2	10.8	6.3	5.6	6.9	243	4'890
Formation	Scolarité obligatoire	85.8	81.6	89.9	84.9	83.8	86.0	8.0	4.8	11.3	10.7	9.7	11.6	6.2	3.3	9.1	4.4	3.8	5.0	269	4'091
	Secondaire II	76.9	73.0	80.7	81.3	80.6	82.1	17.0	13.6	20.4	13.7	13.0	14.4	6.2	4.0	8.4	5.0	4.6	5.4	458	10'350
	Tertiaire	78.0	74.1	81.9	81.5	80.6	82.5	18.2	14.5	21.8	14.2	13.3	15.0	3.9	2.0	5.7	4.3	3.8	4.8	429	6'803
Statut migratoire	Non issu de la migration	71.2	67.1	75.3	80.0	79.3	80.7	21.6	17.8	25.3	14.9	14.3	15.5	7.2	4.9	9.6	5.1	4.8	5.5	464	13'958
	Issu de la migration	83.9	81.2	86.7	85.3	84.5	86.1	12.0	9.6	14.4	10.9	10.2	11.6	4.1	2.6	5.6	3.9	3.4	4.3	695	7'197
Type de ménage	Ménage d'une personne	76.9	71.3	82.6	81.2	79.9	82.5	15.8	10.9	20.7	13.2	12.1	14.3	7.3	3.8	10.7	5.7	4.9	6.4	215	3'572
	Couple sans enfant	72.4	66.9	77.9	78.4	77.4	79.3	23.1	17.9	28.2	16.6	15.8	17.5	4.5	2.0	7.1	5.0	4.5	5.5	255	6'960
	Couple avec enfant(s)	81.3	77.9	84.6	85.7	85.0	86.4	13.0	10.1	15.9	10.9	10.2	11.5	5.7	3.8	7.7	3.4	3.0	3.8	525	8'730
	Famille monoparentale	87.4	81.4	93.3	84.6	82.6	86.5	9.3	4.0	14.5	9.6	8.1	11.2	3.4	0.1	6.7	5.8	4.6	7.1	119	1'357
Comparaison temporelle	2017	79.1	76.8	81.5	82.0	81.5	82.5	15.6	13.5	17.7	13.4	12.9	13.8	5.3	4.0	6.5	4.6	4.3	4.9	1'168	21'303
	2012	76.8	74.3	79.3	81.8	81.3	82.3	15.5	13.3	17.6	13.4	12.9	13.9	7.7	6.2	9.3	4.8	4.5	5.1	1'106	20'930
	2007	75.2	72.5	77.9	80.7	80.2	81.3	18.2	15.8	20.7	14.2	13.7	14.7	6.6	5.0	8.1	5.1	4.8	5.4	980	17'966
	2002	76.9	74.3	79.5	80.5	80.0	81.1	16.2	13.9	18.5	13.8	13.3	14.2	6.9	5.3	8.5	5.7	5.4	6.0	1'015	19'637

IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.10 Consommation ponctuelle excessive (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017

		Jamais						Moins d'une fois par mois						Chaque mois						Chaque semaine ou plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		51.8	48.7	54.8	52.8	52.0	53.6	32.1	29.3	35.0	31.3	30.5	32.0	12.3	10.3	14.3	12.5	12.0	13.1	3.8	2.7	4.9	3.3	3.0	3.7	1'161	21'174
Sexe	Hommes	46.7	42.1	51.3	45.0	43.8	46.1	33.5	29.1	37.9	34.3	33.2	35.4	14.4	11.2	17.6	16.0	15.1	16.9	5.4	3.5	7.3	4.8	4.2	5.3	513	10'025
	Femmes	56.3	52.3	60.3	60.6	59.5	61.6	30.9	27.2	34.6	28.4	27.4	29.3	10.4	7.9	13.0	9.2	8.5	9.8	2.4	1.1	3.7	1.9	1.6	2.3	648	11'149
Classe d'âge	15-34 ans	43.0	37.5	48.6	38.1	36.5	39.6	38.9	33.4	44.4	37.5	36.0	39.1	13.3	9.4	17.2	18.5	17.3	19.8	4.8	2.5	7.0	5.9	5.1	6.7	339	5'431
	35-49 ans	44.3	38.4	50.2	49.6	47.9	51.2	36.3	30.7	42.0	35.4	33.9	37.0	15.3	11.1	19.5	12.3	11.2	13.4	4.1	1.7	6.5	2.7	2.1	3.2	312	5'237
	50-64 ans	56.6	50.4	62.8	57.0	55.5	58.6	28.4	22.8	34.0	29.5	28.1	31.0	11.4	7.3	15.6	11.1	10.1	12.1	3.6	1.5	5.7	2.4	1.9	2.9	270	5'649
	65 ans et plus	72.5	66.8	78.2	72.8	71.4	74.3	18.5	13.6	23.5	19.5	18.2	20.8	7.0	3.8	10.3	6.1	5.3	6.8	1.9	0.2	3.6	1.7	1.3	2.1	240	4'857
Formation	Scolarité obligatoire	62.3	56.2	68.5	65.3	63.6	67.0	27.3	21.7	33.0	22.7	21.2	24.2	7.2	3.7	10.8	8.8	7.8	9.9	3.1	0.9	5.3	3.1	2.5	3.8	266	4'048
	Secondaire II	53.2	48.3	58.1	53.4	52.3	54.6	29.4	24.9	33.9	30.8	29.7	31.9	13.2	9.9	16.4	12.3	11.6	13.1	4.2	2.3	6.2	3.5	3.0	3.9	455	10'287
	Tertiaire	43.8	38.8	48.7	45.6	44.2	47.1	38.0	33.1	42.9	36.4	35.0	37.8	14.4	10.8	18.0	14.7	13.7	15.8	3.8	2.1	5.6	3.2	2.7	3.8	429	6'785
Statut migratoire	Non issu de la migration	46.0	41.3	50.8	49.2	48.2	50.2	33.8	29.3	38.3	33.0	32.0	33.9	16.0	12.4	19.5	14.2	13.5	14.9	4.2	2.4	6.0	3.7	3.3	4.1	462	13'937
	Issu de la migration	55.4	51.5	59.4	59.1	57.7	60.4	31.1	27.4	34.8	28.4	27.2	29.7	9.9	7.5	12.4	9.8	8.9	10.6	3.6	2.1	5.1	2.7	2.2	3.2	693	7'175
Type de ménage	Ménage d'une personne	53.7	46.6	60.8	58.0	56.0	59.9	30.0	23.4	36.5	27.6	25.8	29.4	13.4	8.4	18.5	11.3	10.0	12.6	2.9	0.5	5.3	3.2	2.4	3.9	213	3'561
	Couple sans enfant	55.8	49.3	62.4	54.0	52.6	55.4	27.9	21.9	34.0	31.6	30.3	32.9	12.7	8.3	17.0	11.7	10.7	12.6	3.6	1.2	6.0	2.7	2.2	3.2	254	6'919
	Couple avec enfant(s)	49.2	44.7	53.7	50.9	49.6	52.1	33.7	29.5	38.0	33.1	31.9	34.2	12.7	9.6	15.7	12.9	12.1	13.7	4.5	2.7	6.2	3.2	2.8	3.7	523	8'667
	Famille monoparentale	50.8	41.4	60.2	49.9	46.7	53.0	37.1	27.9	46.3	30.9	28.0	33.7	9.7	4.4	15.1	14.1	11.9	16.3	2.4	0.0	5.2	5.1	3.7	6.6	119	1'350
Degré d'urbanisation	Urbain	52.4	49.2	55.6	54.0	53.0	55.1	31.8	28.8	34.9	30.6	29.7	31.6	11.9	9.8	14.0	12.1	11.4	12.8	3.9	2.7	5.1	3.2	2.8	3.6	1'041	12'418
	Intermédiaire*	45.7	34.2	57.1	51.2	49.5	53.0	30.8	20.1	41.4	32.0	30.4	33.6	19.1	9.6	28.5	13.5	12.3	14.7	4.5	0.2	8.9	3.3	2.6	4.0	80	4'709
	Rural	47.6	30.8	64.4	50.3	48.4	52.2	42.4	25.4	59.3	32.9	31.2	34.7	10.0	1.5	18.6	13.0	11.7	14.3	0.0			3.8	3.1	4.6	40	4'047

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

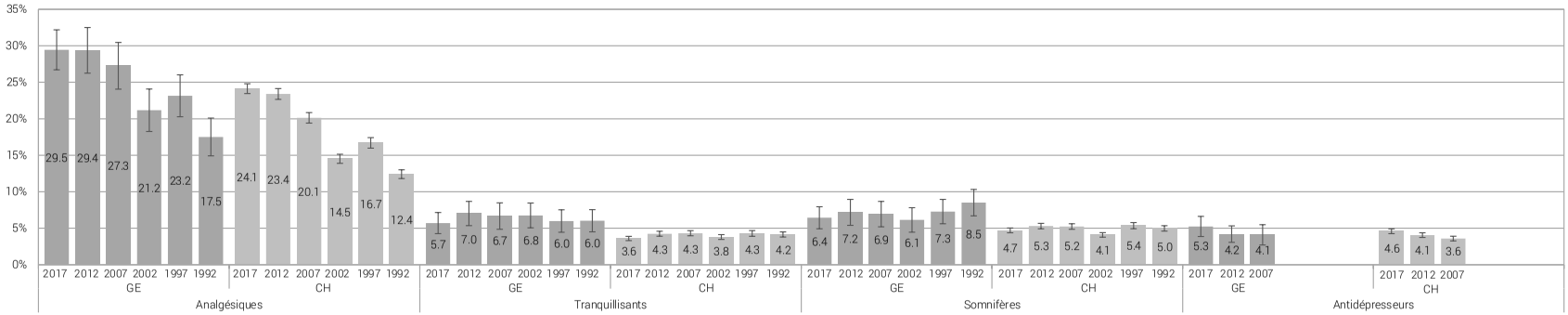
© Obsan 2020

TA-3.11 Consommation de médicaments (sept derniers jours), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Analgésiques								Tranquillisants							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		29.5	26.7	32.2	24.1	23.5	24.8	1'189	21'813	5.7	4.3	7.2	3.6	3.3	3.9	1'191	21'817
Sexe	Hommes	24.2	20.3	28.2	18.6	17.7	19.4	531	10'446	4.7	2.8	6.7	2.7	2.3	3.1	534	10'450
	Femmes	34.2	30.4	38.0	29.7	28.7	30.7	658	11'367	6.6	4.5	8.7	4.5	4.1	5.0	657	11'367
Classe d'âge	15-34 ans	25.5	20.6	30.5	23.0	21.6	24.3	334	5'421	2.0	0.3	3.7	1.7	1.2	2.1	333	5'419
	35-49 ans	29.1	23.9	34.3	24.6	23.3	26.0	317	5'413	6.1	3.3	8.9	3.3	2.7	3.9	318	5'412
	50-64 ans	30.0	24.1	35.8	23.6	22.3	24.8	280	5'881	8.5	4.6	12.4	4.3	3.7	4.9	282	5'883
	65 ans et plus	35.7	29.7	41.7	25.8	24.4	27.2	258	5'098	7.9	4.5	11.2	5.8	5.1	6.6	258	5'103
Formation	Scolarité obligatoire	33.5	27.7	39.3	29.0	27.4	30.5	283	4'457	9.5	5.7	13.4	6.2	5.4	7.0	284	4'455
	Secondaire II	31.4	27.0	35.9	24.6	23.6	25.6	465	10'466	5.9	3.4	8.3	3.8	3.4	4.3	467	10'471
	Tertiaire	24.6	20.3	28.9	20.8	19.7	22.0	427	6'809	3.1	1.5	4.8	1.8	1.5	2.2	426	6'810
Statut migratoire	Non issu de la migration	30.3	25.9	34.7	22.6	21.7	23.4	459	13'772	4.1	2.0	6.1	2.9	2.6	3.2	459	13'776
	Issu de la migration	27.6	24.0	31.1	26.0	24.8	27.2	684	7'100	6.3	4.3	8.2	4.3	3.8	4.8	683	7'096
Type de ménage	Ménage d'une personne	32.7	26.2	39.2	26.8	25.1	28.5	218	3'598	11.5	7.0	15.9	6.2	5.3	7.0	217	3'599
	Couple sans enfant	32.0	25.8	38.1	23.5	22.3	24.6	264	7'122	2.2	0.6	3.9	3.5	3.0	4.0	265	7'124
	Couple avec enfant(s)	25.8	21.9	29.7	22.5	21.5	23.5	531	8'990	3.5	1.8	5.2	2.0	1.7	2.3	533	8'994
	Famille monoparentale	32.1	23.3	41.0	26.5	23.7	29.2	118	1'356	9.0	3.4	14.7	5.5	4.0	7.1	118	1'355
Degré d'urbanisation	Urbain	29.8	26.9	32.7	25.1	24.2	25.9	1'067	12'882	5.4	3.9	6.9	3.9	3.5	4.2	1'069	12'885
	Intermédiaire *	25.3	15.7	34.8	22.7	21.3	24.1	82	4'823	12.2	4.5	19.9	3.4	2.8	4.0	82	4'823
	Rural	29.1	14.2	44.0	22.4	20.8	23.9	40	4'108	2.1	0.0	6.0	2.8	2.1	3.4	40	4'109
Comparaison temporelle	2017	29.5	26.7	32.2	24.1	23.5	24.8	1'189	21'813	5.7	4.3	7.2	3.6	3.3	3.9	1'191	21'817
	2012	29.4	26.3	32.5	23.4	22.7	24.1	1'136	21'360	7.0	5.4	8.7	4.3	3.9	4.6	1'137	21'354
	2007	27.3	24.1	30.5	20.1	19.4	20.9	1'041	18'711	6.7	4.9	8.5	4.3	4.0	4.7	1'040	18'706
	2002	21.2	18.3	24.1	14.5	13.9	15.1	1'016	19'665	6.8	5.1	8.5	3.8	3.5	4.1	1'017	19'673
	1997	23.2	20.3	26.0	16.7	16.0	17.4	1'046	12'995	6.0	4.5	7.5	4.3	3.9	4.7	1'046	12'993
	1992	17.5	14.9	20.1	12.4	11.8	13.0	1'032	15'274	6.0	4.5	7.6	4.2	3.8	4.5	1'032	15'273

		Somnifères								Antidépresseurs							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		6.4	4.9	8.0	4.7	4.4	5.0	1'192	21'820	5.3	3.9	6.6	4.6	4.3	4.9	1'192	21'814
Sexe	Hommes	5.0	2.9	7.1	3.3	2.9	3.7	534	10'452	4.2	2.3	6.1	3.3	2.9	3.7	534	10'449
	Femmes	7.8	5.6	9.9	6.2	5.7	6.7	658	11'368	6.2	4.3	8.2	5.9	5.4	6.4	658	11'365
Classe d'âge	15-34 ans	2.2	0.4	4.1	1.3	0.9	1.6	334	5'421	2.4	0.6	4.3	1.8	1.4	2.3	334	5'421
	35-49 ans	5.2	2.7	7.7	3.2	2.6	3.8	318	5'413	4.9	2.4	7.3	4.7	4.1	5.4	318	5'413
	50-64 ans	10.4	6.1	14.6	5.6	4.8	6.3	282	5'885	11.2	7.0	15.4	6.9	6.2	7.7	282	5'881
	65 ans et plus	10.5	6.7	14.2	10.2	9.2	11.1	258	5'101	3.4	1.3	5.5	5.4	4.7	6.1	258	5'099
Formation	Scolarité obligatoire	9.3	5.6	12.9	7.0	6.1	7.9	284	4'455	9.3	5.6	13.0	6.2	5.4	7.1	284	4'458
	Secondaire II	6.5	4.0	9.0	5.0	4.5	5.5	467	10'472	5.2	2.9	7.5	4.9	4.4	5.4	467	10'464
	Tertiaire	4.8	2.7	6.9	3.1	2.6	3.5	427	6'812	2.9	1.5	4.4	3.2	2.7	3.7	427	6'812
Statut migratoire	Non issu de la migration	6.7	4.2	9.2	4.3	3.9	4.7	459	13'776	5.1	3.1	7.2	4.3	3.9	4.7	459	13'770
	Issu de la migration	5.7	3.8	7.6	4.9	4.3	5.4	684	7'100	5.1	3.2	6.9	4.6	4.1	5.2	684	7'099
Type de ménage	Ménage d'une personne	12.4	7.8	16.9	8.8	7.7	9.9	218	3'602	7.9	4.1	11.7	7.6	6.5	8.6	218	3'597
	Couple sans enfant	5.5	2.6	8.3	5.3	4.7	5.9	265	7'122	3.1	0.9	5.4	4.8	4.2	5.4	265	7'119
	Couple avec enfant(s)	3.4	1.8	5.1	2.1	1.8	2.4	533	8'993	4.0	2.3	5.8	2.7	2.3	3.0	533	8'994
	Famille monoparentale	6.5	1.6	11.3	5.2	3.9	6.6	118	1'356	6.0	1.4	10.7	6.1	4.6	7.6	118	1'357
Degré d'urbanisation	Urbain	6.8	5.1	8.4	5.3	4.8	5.7	1'070	12'885	5.0	3.5	6.4	4.8	4.4	5.2	1'070	12'881
	Intermédiaire *	4.3	0.0	9.3	4.0	3.4	4.7	82	4'824	9.9	2.7	17.1	4.4	3.7	5.0	82	4'822
	Rural	2.1	0.0	6.0	3.4	2.8	4.1	40	4'111	3.8	0.0	9.0	4.0	3.3	4.8	40	4'111
Comparaison temporelle	2017	6.4	4.9	8.0	4.7	4.4	5.0	1'192	21'820	5.3	3.9	6.6	4.6	4.3	4.9	1'192	21'814
	2012	7.2	5.4	9.0	5.3	4.9	5.7	1'139	21'367	4.2	3.1	5.3	4.1	3.7	4.4	1'139	21'364
	2007	6.9	5.2	8.7	5.2	4.9	5.6	1'042	18'714	4.1	2.7	5.5	3.6	3.3	3.9	1'042	18'717
	2002	6.1	4.5	7.8	4.1	3.8	4.4	1'017	19'679								
	1997	7.3	5.6	9.0	5.4	4.9	5.8	1'046	12'995								
	1992	8.5	6.7	10.3	5.0	4.6	5.4	1'032	15'272								

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-3.12 Utilisation problématique d'internet, canton de Genève et Suisse, 2017

		Pas d'usage du tout d'internet / Aucun ou peu de problème d'usage d'internet						Usage problématique							
		GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		93.9	92.1	95.6	97.0	96.7	97.3	6.1	4.4	7.9	3.0	2.7	3.3	969	18'500
Sexe	Hommes	93.5	90.8	96.3	96.5	96.0	97.0	6.5	3.7	9.3	3.5	3.1	4.0	420	8'704
	Femmes	94.2	92.0	96.4	97.5	97.2	97.9	5.8	3.6	8.1	2.5	2.1	2.9	549	9'796
Classe d'âge	15-34 ans	87.3	82.8	91.8	93.3	92.4	94.1	12.7	8.2	17.2	6.7	5.9	7.6	267	4'585
	35-49 ans	94.6	91.3	97.8	97.3	96.7	98.0	5.4	2.2	8.7	2.7	2.0	3.3	246	4'539
	50-64 ans	98.5	97.0	100.0	99.0	98.7	99.3	1.5	0.0	3.0	1.0	0.7	1.3	241	5'071
	65 ans et plus	98.3	96.7	100.0	99.5	99.3	99.7	1.7	0.0	3.3	0.5	0.3	0.7	215	4'305
Formation	Scolarité obligatoire	94.1	90.6	97.6	94.4	93.4	95.4	5.9	2.4	9.4	5.6	4.6	6.6	198	3'191
	Secondaire II	94.0	91.0	97.0	97.6	97.2	98.0	6.0	3.0	9.0	2.4	2.0	2.8	378	9'028
	Tertiaire	93.5	90.7	96.3	97.5	97.0	98.0	6.5	3.7	9.3	2.5	2.1	3.0	386	6'240
Statut migratoire	Non issu de la migration	96.6	94.6	98.6	98.0	97.7	98.3	3.4	1.4	5.4	2.0	1.8	2.3	404	12'587
	Issu de la migration	92.3	89.8	94.9	95.4	94.7	96.1	7.7	5.1	10.2	4.6	4.0	5.3	560	5'868
Type de ménage	Ménage d'une personne	94.1	89.7	98.6	97.6	96.9	98.3	5.9	1.5	10.3	2.4	1.7	3.1	181	3'080
	Couple sans enfant	97.1	94.8	99.4	98.6	98.2	99.0	2.9	0.6	5.2	1.4	1.0	1.8	223	6'276
	Couple avec enfant(s)	94.2	91.7	96.6	96.4	95.8	96.9	5.8	3.4	8.3	3.7	3.1	4.2	427	7'472
	Famille monoparentale	89.5	82.6	96.5	93.2	91.4	94.9	10.5	3.5	17.4	6.9	5.1	8.6	93	1'107
Degré d'urbanisation	Urbain	93.8	92.0	95.7	96.7	96.3	97.2	6.2	4.3	8.0	3.3	2.8	3.7	869	10'763
	Intermédiaire*	96.8	92.2	100.0	97.1	96.5	97.7	3.3	0.0	7.8	2.9	2.3	3.5	64	4'147
	Rural	90.0	76.8	100.0	97.9	97.3	98.5	10.0	0.0	23.2	2.1	1.5	2.7	36	3'590

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

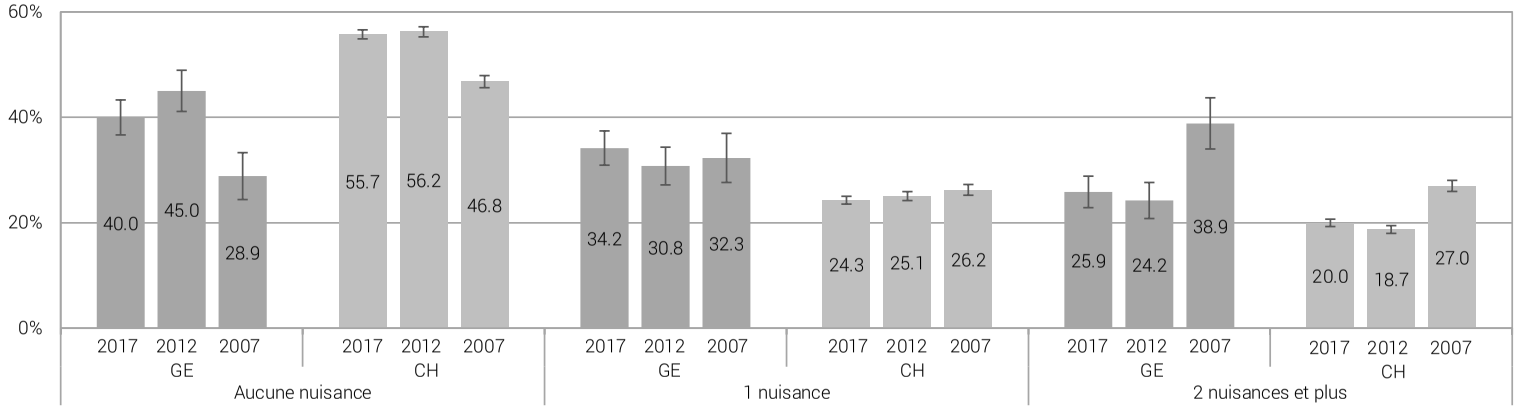
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.1 Nuisances à la maison, canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Aucune nuisance						1 nuisance						2 nuisances et plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH				
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		GE	CH
																				Echantillon	Echantillon
Total		40.0	36.7	43.3	55.7	54.9	56.6	34.2	30.9	37.4	24.3	23.5	25.0	25.9	22.9	28.8	20.0	19.3	20.7	960	18'602
Sexe	Hommes	40.3	35.2	45.4	56.6	55.4	57.9	33.8	28.9	38.8	23.7	22.6	24.8	25.9	21.3	30.4	19.7	18.7	20.7	420	8'729
	Femmes	39.7	35.4	44.0	54.9	53.7	56.1	34.5	30.2	38.8	24.8	23.8	25.9	25.8	21.9	29.8	20.3	19.3	21.2	540	9'873
Classe d'âge	15-34 ans	41.1	34.8	47.4	56.2	54.5	57.9	35.9	29.7	42.2	25.8	24.3	27.3	23.0	17.5	28.4	18.0	16.7	19.4	268	4'596
	35-49 ans	38.9	32.3	45.5	56.3	54.6	58.1	32.8	26.4	39.2	24.1	22.6	25.6	28.3	22.3	34.3	19.6	18.2	21.0	246	4'552
	50-64 ans	39.5	32.9	46.1	56.1	54.5	57.7	31.7	25.4	38.0	23.3	21.9	24.7	28.8	22.5	35.1	20.6	19.2	21.9	238	5'092
	65 ans et plus	40.3	33.4	47.1	54.0	52.3	55.7	36.3	29.6	43.1	23.6	22.1	25.0	23.4	17.6	29.2	22.5	21.0	24.0	208	4'362
Formation	Scolarité obligatoire	38.2	31.0	45.4	57.4	55.4	59.5	36.1	29.0	43.2	25.2	23.4	27.0	25.7	19.2	32.2	17.3	15.8	18.9	199	3'250
	Secondaire II	38.0	32.7	43.3	56.4	55.2	57.6	36.1	30.8	41.4	23.5	22.5	24.6	25.9	21.0	30.9	20.1	19.1	21.1	372	9'067
	Tertiaire	43.4	38.1	48.7	54.0	52.5	55.5	31.5	26.4	36.5	24.9	23.6	26.2	25.2	20.6	29.7	21.1	19.9	22.3	383	6'244
Statut migratoire	Non issu de la migration	41.1	36.0	46.2	56.8	55.7	57.8	32.2	27.3	37.1	23.2	22.3	24.1	26.7	22.1	31.3	20.0	19.2	20.9	397	12'632
	Issu de la migration	39.2	34.8	43.5	54.0	52.5	55.5	35.3	31.0	39.6	26.2	24.9	27.5	25.5	21.6	29.4	19.8	18.6	21.0	558	5'924
Type de ménage	Ménage d'une personne	35.9	28.3	43.5	50.5	48.4	52.6	34.4	26.9	41.9	24.8	23.0	26.6	29.7	22.3	37.1	24.7	22.9	26.6	175	3'122
	Couple sans enfant	41.9	34.7	49.1	54.9	53.4	56.3	29.8	23.3	36.3	24.4	23.1	25.7	28.3	21.9	34.7	20.8	19.6	22.0	220	6'307
	Couple avec enfant(s)	41.7	36.8	46.6	59.9	58.6	61.2	36.4	31.4	41.4	23.9	22.7	25.0	21.9	17.9	25.9	16.3	15.3	17.2	428	7'488
	Famille monoparentale	36.4	26.3	46.6	53.5	50.1	57.0	38.3	27.6	49.0	25.7	22.8	28.7	25.2	15.6	34.8	20.7	17.9	23.6	92	1'115
Degré d'urbanisation	Urbain	40.0	36.5	43.5	52.8	51.7	53.9	33.1	29.7	36.5	25.2	24.2	26.1	26.9	23.7	30.1	22.0	21.1	23.0	859	10'857
	Intermédiaire*	40.4	27.8	52.9	59.8	58.0	61.7	43.3	30.5	56.1	23.8	22.2	25.4	16.4	6.5	26.2	16.4	15.0	17.7	65	4'157
	Rural	38.4	20.6	56.1	61.8	59.8	63.8	45.1	27.1	63.2	21.5	19.8	23.1	16.5	2.7	30.4	16.8	15.2	18.3	36	3'588
Comparaison temporelle	2017	40.0	36.7	43.3	55.7	54.9	56.6	34.2	30.9	37.4	24.3	23.5	25.0	25.9	22.9	28.8	20.0	19.3	20.7	960	18'602
	2012	45.0	41.1	48.9	56.2	55.3	57.2	30.8	27.2	34.3	25.1	24.2	25.9	24.2	20.8	27.6	18.7	18.0	19.5	898	17'895
	2007	28.9	24.4	33.3	46.8	45.6	47.9	32.3	27.6	37.0	26.2	25.2	27.3	38.9	34.0	43.7	27.0	25.9	28.0	648	13'337

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



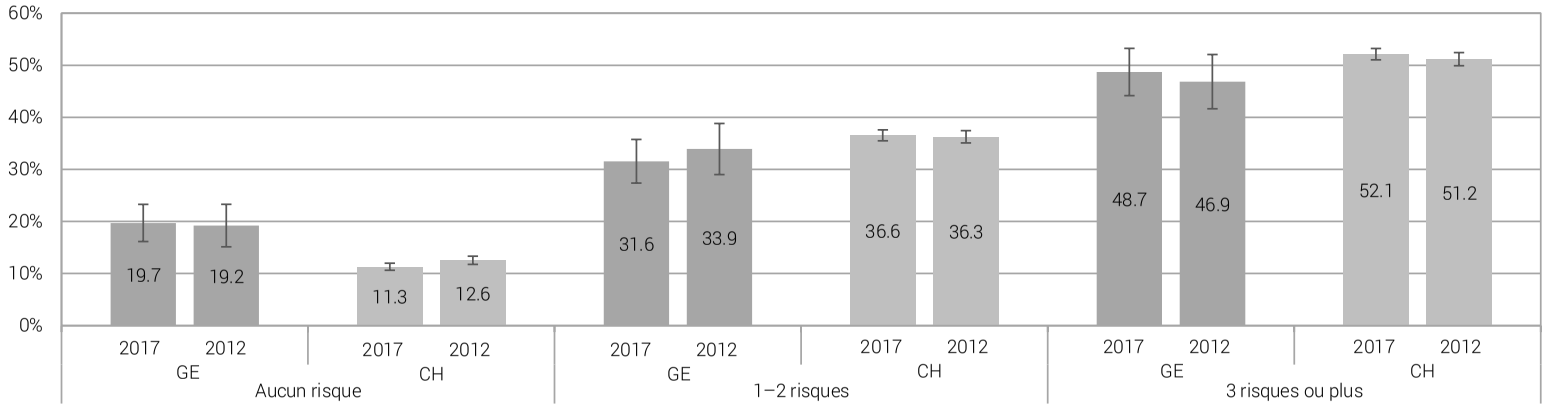
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.2 Risques physiques au travail (personnes actives occupées 15–64 ans), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Aucun risque						1–2 risques						3 risques ou plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		19.7	16.2	23.3	11.3	10.6	12.0	31.6	27.4	35.8	36.6	35.5	37.6	48.7	44.2	53.3	52.1	51.1	53.2	544	11'647
Sexe	Hommes	22.1	16.7	27.5	11.4	10.4	12.3	23.8	18.1	29.6	33.7	32.2	35.2	54.1	47.4	60.7	54.9	53.4	56.5	253	5'758
	Femmes	17.2	12.6	21.8	11.3	10.3	12.2	39.7	33.7	45.7	39.7	38.2	41.2	43.1	37.0	49.2	49.0	47.5	50.5	291	5'889
Classe d'âge	15-34 ans	17.4	11.1	23.6	7.7	6.7	8.7	26.3	18.9	33.7	30.9	29.1	32.7	56.4	48.1	64.6	61.4	59.5	63.3	164	3'481
	35-49 ans	18.4	12.9	23.9	14.2	12.9	15.5	35.1	28.2	42.0	38.6	36.8	40.4	46.5	39.2	53.8	47.2	45.3	49.0	211	4'091
	50-64 ans	24.8	17.8	31.7	12.2	11.0	13.3	33.1	25.8	40.5	40.8	39.0	42.6	42.1	34.2	50.0	47.0	45.2	48.9	169	4'075
Formation	Scolarité obligatoire	4.3	0.0	9.6	3.9	2.8	4.9	16.4	8.3	24.4	20.8	18.4	23.2	79.4	70.2	88.5	75.4	72.8	77.9	88	1'507
	Secondaire II	14.9	9.5	20.4	7.4	6.6	8.2	25.5	18.7	32.2	31.4	29.9	32.9	59.6	52.0	67.2	61.2	59.7	62.8	189	5'494
	Tertiaire	29.3	23.5	35.2	18.2	16.9	19.5	42.3	35.9	48.7	47.5	45.7	49.2	28.4	22.5	34.3	34.3	32.7	36.0	264	4'624
Statut migratoire	Non issu de la migration	22.0	16.1	27.9	11.1	10.2	11.9	40.7	33.5	47.8	39.4	38.1	40.8	37.3	30.4	44.3	49.5	48.1	50.9	209	7'608
	Issu de la migration	18.3	13.8	22.7	11.7	10.6	12.9	26.8	21.7	31.9	32.2	30.5	33.9	54.9	49.2	60.7	56.1	54.3	57.9	334	4'014
Type de ménage	Ménage d'une personne	11.8	4.6	18.9	9.9	8.2	11.7	37.2	26.4	48.0	37.6	34.7	40.6	51.1	39.7	62.6	52.4	49.4	55.5	84	1'498
	Couple sans enfant	18.7	9.9	27.5	11.0	9.7	12.3	32.0	21.0	43.1	39.2	37.1	41.3	49.3	37.5	61.1	49.8	47.7	52.0	83	2'964
	Couple avec enfant(s)	22.6	17.6	27.7	12.4	11.4	13.4	31.5	25.9	37.1	35.4	34.0	36.8	45.9	39.8	51.9	52.3	50.8	53.8	295	5'985
	Famille monoparentale	17.3	6.4	28.1	8.9	6.6	11.3	29.2	15.5	42.8	34.2	30.2	38.2	53.6	39.3	67.8	56.9	52.8	61.0	53	782
Degré d'urbanisation	Urbain	19.2	15.5	22.9	12.5	11.6	13.5	32.4	27.9	36.8	38.1	36.7	39.5	48.4	43.7	53.2	49.4	47.9	50.8	492	6'627
	Intermédiaire*	26.6	8.1	45.0	9.8	8.5	11.1	22.7	7.8	37.6	35.9	33.6	38.1	50.8	30.3	71.2	54.4	52.1	56.7	27	2'665
	Rural	23.0	4.4	41.5	8.8	7.5	10.1	24.3	6.7	41.8	31.6	29.4	33.9	52.8	31.0	74.5	59.6	57.2	62.0	25	2'355
Comparaison temporelle	2017	19.7	16.2	23.3	11.3	10.6	12.0	31.6	27.4	35.8	36.6	35.5	37.6	48.7	44.2	53.3	52.1	51.1	53.2	544	11'647
	2012	19.2	15.1	23.3	12.6	11.8	13.3	33.9	29.0	38.8	36.3	35.1	37.5	46.9	41.7	52.1	51.2	49.9	52.4	470	10'688

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



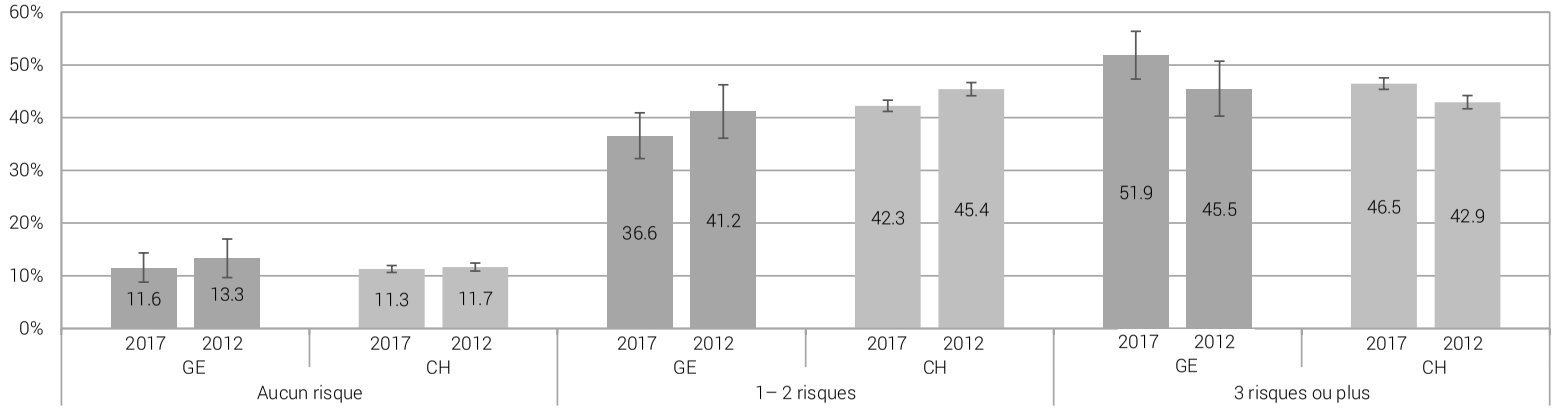
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.3 Risques psychosociaux au travail (personnes actives occupées 15–64 ans), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Aucun risque						1– 2 risques						3 risques ou plus							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		11.6	8.8	14.3	11.3	10.6	11.9	36.6	32.2	40.9	42.3	41.2	43.3	51.9	47.3	56.4	46.5	45.4	47.6	545	11'721
Sexe	Hommes	9.8	6.1	13.5	10.7	9.8	11.6	35.6	29.2	41.9	42.6	41.1	44.2	54.6	48.0	61.2	46.7	45.1	48.3	254	5'783
	Femmes	13.4	9.3	17.5	12.0	11.0	12.9	37.7	31.8	43.6	41.9	40.4	43.3	48.9	42.8	55.1	46.2	44.7	47.7	291	5'938
Classe d'âge	15-34 ans	10.1	5.6	14.5	8.2	7.1	9.2	39.5	31.5	47.6	39.1	37.2	41.0	50.4	42.2	58.6	52.7	50.8	54.7	165	3'503
	35-49 ans	10.9	6.5	15.3	11.1	10.0	12.2	35.6	28.8	42.5	42.8	40.9	44.6	53.5	46.2	60.7	46.2	44.4	48.0	211	4'102
	50-64 ans	14.6	8.8	20.3	15.2	13.9	16.5	34.1	26.6	41.6	45.3	43.5	47.1	51.3	43.4	59.3	39.5	37.8	41.3	169	4'116
Formation	Scolarité obligatoire	8.8	2.8	14.7	10.1	8.4	11.8	35.4	24.9	45.9	35.7	32.9	38.5	55.8	44.9	66.8	54.2	51.3	57.2	88	1'526
	Secondaire II	12.2	7.5	16.9	11.9	10.9	12.9	38.8	31.2	46.4	42.5	40.9	44.1	49.0	41.3	56.8	45.7	44.1	47.2	190	5'536
	Tertiaire	12.3	8.1	16.5	11.1	10.0	12.1	35.4	29.3	41.6	44.2	42.5	45.9	52.3	45.8	58.7	44.8	43.0	46.5	264	4'637
Statut migratoire	Non issu de la migration	14.2	9.4	19.1	12.8	12.0	13.7	37.9	31.0	44.9	45.5	44.2	46.9	47.9	40.6	55.1	41.6	40.3	43.0	210	7'669
	Issu de la migration	10.2	6.8	13.6	8.9	8.0	9.9	35.9	30.4	41.5	37.4	35.7	39.2	53.9	48.1	59.7	53.6	51.8	55.4	334	4'027
Type de ménage	Ménage d'une personne	9.0	2.8	15.1	10.8	9.1	12.5	33.3	22.6	44.0	39.4	36.4	42.4	57.7	46.5	69.0	49.8	46.8	52.9	84	1'508
	Couple sans enfant	10.8	4.2	17.4	12.0	10.6	13.4	33.8	23.0	44.6	44.4	42.2	46.5	55.4	43.9	67.0	43.7	41.5	45.8	83	2'985
	Couple avec enfant(s)	13.5	9.3	17.6	11.6	10.6	12.5	40.6	34.7	46.6	42.5	41.0	43.9	45.9	39.9	52.0	46.0	44.5	47.5	295	6'020
	Famille monoparentale	12.4	3.1	21.6	9.3	7.1	11.5	29.3	16.6	42.0	40.0	35.9	44.1	58.3	44.5	72.2	50.7	46.5	54.8	54	790
Degré d'urbanisation	Urbain	11.4	8.6	14.3	10.8	9.9	11.6	36.5	32.0	41.1	41.1	39.7	42.5	52.0	47.3	56.8	48.2	46.8	49.6	492	6'662
	Intermédiaire*	14.5	0.0	30.9	11.7	10.3	13.2	36.9	16.5	57.3	44.4	42.1	46.7	48.6	28.2	69.0	43.9	41.6	46.2	27	2'678
	Rural	11.5	0.0	25.2	12.6	11.0	14.2	37.1	15.8	58.3	43.8	41.4	46.3	51.4	29.8	73.0	43.6	41.1	46.1	26	2'381
Comparaison temporelle	2017	11.6	8.8	14.3	11.3	10.6	11.9	36.6	32.2	40.9	42.3	41.2	43.3	51.9	47.3	56.4	46.5	45.4	47.6	545	11'721
	2012	13.3	9.7	17.0	11.7	10.9	12.4	41.2	36.1	46.3	45.4	44.2	46.7	45.5	40.3	50.7	42.9	41.7	44.2	470	10'717

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



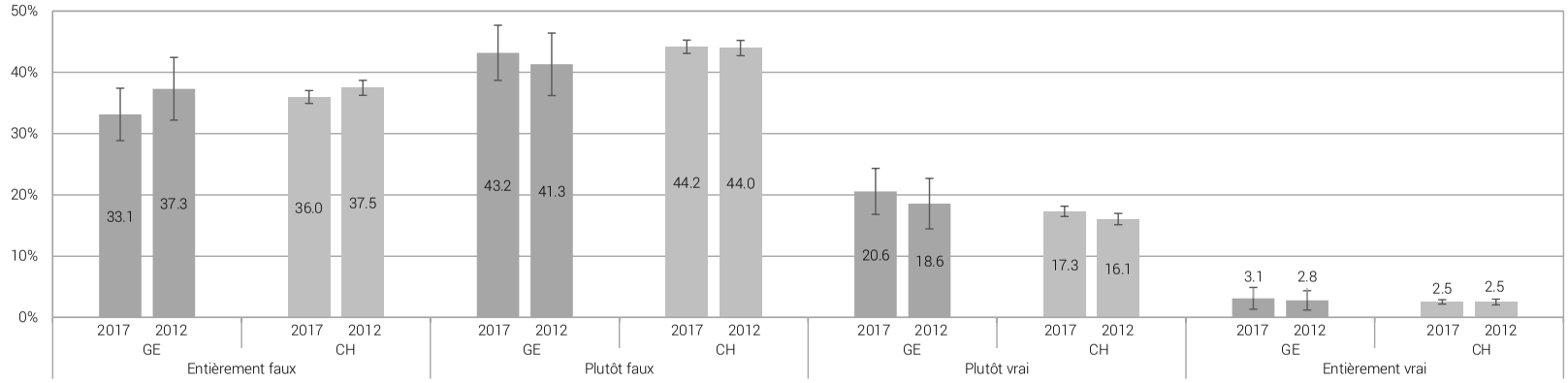
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.4 Épuisement émotionnel au travail (personnes actives occupées 15–64 ans), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Entièrement faux						Plutôt faux						Plutôt vrai						Entièrement vrai							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		33.1	28.9	37.4	36.0	34.9	37.0	43.2	38.7	47.7	44.2	43.1	45.3	20.6	16.8	24.3	17.3	16.5	18.2	3.1	1.3	4.9	2.5	2.2	2.9	539	11'605
Sexe	Hommes	30.9	24.7	37.1	36.4	34.9	37.9	44.1	37.6	50.7	44.2	42.7	45.8	21.3	15.7	26.9	16.8	15.6	18.0	3.7	0.7	6.6	2.6	2.1	3.1	252	5'743
	Femmes	35.5	29.6	41.3	35.5	34.1	37.0	42.2	36.1	48.3	44.1	42.6	45.6	19.8	14.9	24.8	17.9	16.7	19.1	2.5	0.6	4.4	2.4	1.9	2.9	287	5'862
Classe d'âge	15-34 ans	34.7	27.0	42.4	34.9	33.0	36.7	41.2	33.1	49.4	44.4	42.4	46.4	18.6	12.0	25.2	18.4	16.8	20.0	5.6	1.0	10.1	2.3	1.7	3.0	162	3'473
	35-49 ans	32.1	25.2	38.9	35.7	34.0	37.5	42.9	35.8	50.1	43.7	41.9	45.6	23.0	16.8	29.2	17.6	16.2	19.0	2.0	0.2	3.8	2.9	2.2	3.6	211	4'076
	50-64 ans	32.7	25.1	40.3	37.6	35.8	39.3	46.2	38.2	54.2	44.4	42.6	46.3	19.5	13.0	26.0	15.7	14.3	17.0	1.6	0.0	3.4	2.3	1.8	2.9	166	4'056
Formation	Scolarité obligatoire	40.5	29.6	51.3	38.6	35.7	41.6	39.3	28.5	50.1	41.1	38.1	44.0	16.1	7.9	24.4	16.5	14.3	18.7	4.1	0.0	9.4	3.8	2.4	5.2	88	1'491
	Secondaire II	35.8	28.4	43.2	38.0	36.4	39.5	40.1	32.4	47.8	43.3	41.7	44.9	20.9	14.5	27.3	16.3	15.1	17.5	3.2	0.0	6.5	2.4	1.9	2.9	187	5'477
	Tertiaire	28.7	22.8	34.7	33.0	31.3	34.6	46.4	40.0	52.9	46.2	44.5	48.0	22.2	16.6	27.8	18.6	17.2	19.9	2.7	0.7	4.8	2.3	1.7	2.8	262	4'616
Statut migratoire	Non issu de la migration	27.4	21.1	33.7	36.7	35.3	38.0	51.8	44.6	59.1	45.1	43.7	46.4	19.6	13.7	25.5	16.3	15.2	17.3	1.2	0.0	2.6	2.0	1.6	2.4	205	7'595
	Issu de la migration	36.2	30.7	41.8	34.7	33.0	36.5	38.7	33.1	44.4	43.0	41.2	44.8	20.9	16.1	25.7	18.9	17.5	20.4	4.1	1.5	6.8	3.3	2.6	4.0	333	3'985
Type de ménage	Ménage d'une personne	28.2	18.0	38.3	32.5	29.7	35.4	30.9	20.6	41.2	42.8	39.7	45.8	37.1	25.7	48.4	20.3	17.8	22.7	3.9	0.0	9.8	4.5	3.1	5.8	83	1'493
	Couple sans enfant	34.6	23.3	46.0	34.1	32.1	36.1	42.0	30.3	53.7	45.5	43.4	47.7	20.8	10.8	30.9	18.0	16.3	19.7	2.6	0.0	6.2	2.4	1.8	3.1	81	2'951
	Couple avec enfant(s)	34.5	28.7	40.3	38.6	37.2	40.1	46.4	40.3	52.5	43.5	42.0	44.9	15.2	11.0	19.4	15.9	14.8	17.0	4.0	1.4	6.5	2.0	1.6	2.4	293	5'960
	Famille monoparentale	40.6	26.6	54.6	34.8	30.8	38.8	43.4	29.3	57.6	46.1	41.9	50.3	16.0	6.3	25.6	16.0	13.1	18.9	0.0			3.1	1.4	4.8	53	783
Degré d'urbanisation	Urbain	33.6	29.2	38.1	35.2	33.9	36.6	42.2	37.5	46.9	44.3	42.9	45.7	21.0	17.0	25.0	17.6	16.5	18.7	3.2	1.3	5.2	2.8	2.3	3.4	487	6'597
	Intermédiaire*	32.1	11.2	53.1	37.2	35.0	39.5	37.9	18.7	57.1	43.5	41.2	45.8	29.9	12.2	47.7	17.3	15.5	19.0	0.0			2.0	1.4	2.7	27	2'653
	Rural	24.0	4.1	43.9	37.1	34.7	39.5	69.2	48.5	89.9	44.6	42.1	47.0	3.3	0.0	9.8	16.3	14.4	18.3	3.6	0.0	10.5	2.0	1.3	2.8	25	2'355
Comparaison temporelle	2017	33.1	28.9	37.4	36.0	34.9	37.0	43.2	38.7	47.7	44.2	43.1	45.3	20.6	16.8	24.3	17.3	16.5	18.2	3.1	1.3	4.9	2.5	2.2	2.9	539	11'605
	2012	37.3	32.2	42.5	37.5	36.3	38.7	41.3	36.2	46.4	44.0	42.7	45.2	18.6	14.5	22.7	16.1	15.1	17.0	2.8	1.2	4.4	2.5	2.0	3.0	467	10'635

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



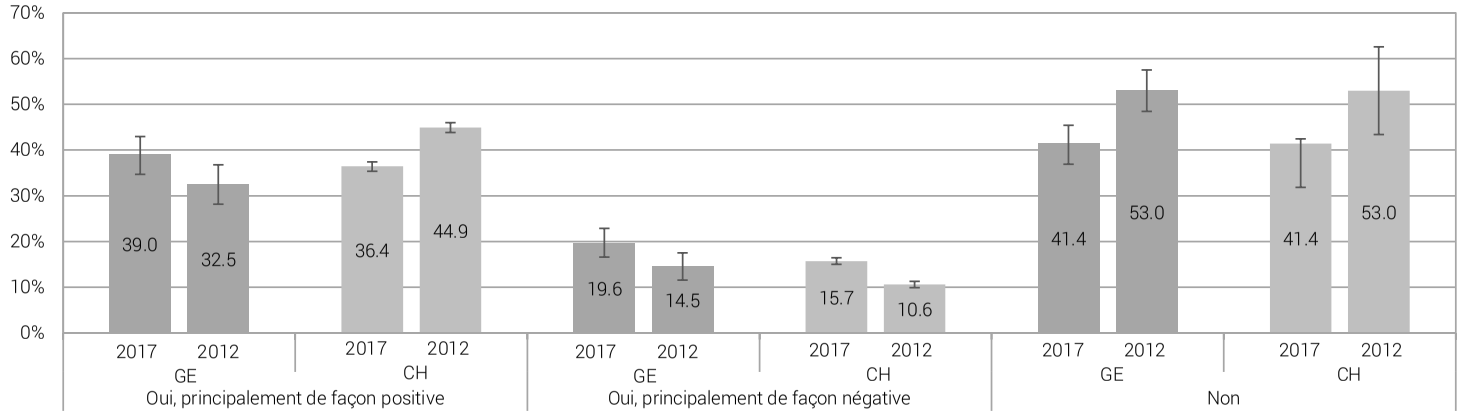
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.5 Impact du travail sur la santé (personnes actives occupées 15–64 ans), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Oui, principalement de façon positive						Oui, principalement de façon négative						Non							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		39.0	35.0	43.0	36.4	35.5	37.4	19.6	16.3	22.9	15.7	15.0	16.5	41.4	37.4	45.4	47.9	46.8	48.9	656	13'481
Sexe	Hommes	39.7	34.0	45.5	34.5	33.1	35.9	21.1	16.2	26.1	16.7	15.6	17.8	39.2	33.4	44.9	48.8	47.4	50.2	312	6'756
	Femmes	38.3	32.9	43.6	38.6	37.2	40.0	18.0	13.6	22.3	14.6	13.6	15.6	43.8	38.3	49.3	46.8	45.4	48.2	344	6'725
Classe d'âge	15-34 ans	38.4	31.3	45.5	30.4	28.7	32.0	19.2	13.3	25.2	16.4	15.0	17.8	42.4	35.3	49.4	53.2	51.4	55.0	207	4'190
	35-49 ans	39.0	32.8	45.3	36.7	35.0	38.3	19.3	14.1	24.6	16.1	14.8	17.3	41.6	35.3	48.0	47.3	45.6	49.0	263	4'755
	50-64 ans	39.8	32.5	47.1	43.3	41.6	45.0	20.4	14.3	26.5	14.5	13.3	15.7	39.8	32.4	47.3	42.2	40.5	43.9	186	4'536
Formation	Scolarité obligatoire	44.3	35.0	53.6	39.2	36.8	41.7	16.2	9.5	22.9	14.6	12.7	16.4	39.5	30.4	48.6	46.2	43.8	48.7	121	2'101
	Secondaire II	34.6	28.2	41.0	36.4	35.0	37.8	18.4	12.9	23.8	15.2	14.1	16.3	47.0	40.2	53.8	48.4	47.0	49.9	236	6'363
	Tertiaire	40.2	34.2	46.2	35.5	33.9	37.0	22.5	17.3	27.8	16.8	15.5	18.0	37.2	31.4	43.1	47.8	46.1	49.5	290	4'977
Statut migratoire	Non issu de la migration	35.3	29.0	41.7	36.0	34.7	37.2	21.2	15.6	26.8	14.6	13.7	15.6	43.5	36.9	50.1	49.4	48.1	50.7	239	8'318
	Issu de la migration	41.4	36.3	46.5	37.5	35.9	39.1	19.0	14.9	23.2	17.2	15.9	18.5	39.6	34.5	44.6	45.3	43.7	47.0	404	4'782
Type de ménage	Ménage d'une personne	30.6	21.1	40.2	33.1	30.4	35.7	33.7	23.4	43.9	18.7	16.5	20.9	35.7	25.6	45.8	48.3	45.4	51.2	96	1'677
	Couple sans enfant	45.9	35.2	56.5	37.4	35.4	39.3	15.1	7.4	22.8	17.3	15.7	18.9	39.0	28.8	49.3	45.4	43.3	47.4	98	3'295
	Couple avec enfant(s)	38.9	33.6	44.1	36.7	35.4	38.0	17.3	13.2	21.3	13.4	12.5	14.4	43.9	38.5	49.2	49.9	48.5	51.2	360	7'058
	Famille monoparentale	40.2	27.6	52.8	38.2	34.5	41.9	11.2	3.6	18.8	16.9	14.0	19.8	48.6	35.9	61.2	44.9	41.1	48.6	66	941
Degré d'urbanisation	Urbain	38.6	34.4	42.7	36.0	34.8	37.3	19.8	16.3	23.3	16.5	15.5	17.5	41.6	37.4	45.8	47.5	46.2	48.8	591	7'769
	Intermédiaire*	39.5	23.0	56.0	36.9	34.8	38.9	21.6	7.8	35.4	14.8	13.3	16.3	38.9	22.4	55.5	48.3	46.2	50.5	37	3'058
	Rural	47.9	27.5	68.3	37.5	35.2	39.7	11.6	0.0	26.7	14.0	12.3	15.7	40.5	20.7	60.3	48.5	46.2	50.9	28	2'654
Comparaison temporelle	2017	39.0	35.0	43.0	36.4	35.5	37.4	19.6	16.3	22.9	15.7	15.0	16.5	41.4	37.4	45.4	47.9	46.8	48.9	656	13'481
	2012	32.5	28.2	36.8	44.9	43.8	46.0	14.5	11.6	17.5	10.6	9.9	11.3	53.0	48.5	57.5	53.0	43.4	45.6	624	13'404

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-4.6 Être allé travailler en étant malade (personnes actives occupées 15–64 ans ayant été malades), canton de Genève et Suisse, 2017

		Travaillé alors que malade						Pas travaillé lorsque malade							
		GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		51.1	45.4	56.8	51.2	49.8	52.6	48.9	43.2	54.6	48.8	47.4	50.2	341	6'963
Sexe	Hommes	55.3	46.7	63.9	50.4	48.3	52.4	44.7	36.1	53.3	49.6	47.6	51.7	149	3'411
	Femmes	47.1	39.7	54.6	52.1	50.1	54.0	52.9	45.4	60.3	47.9	46.0	49.9	192	3'552
Classe d'âge	15-34 ans	47.7	37.8	57.6	53.4	51.0	55.7	52.3	42.4	62.2	46.7	44.3	49.0	113	2'412
	35-49 ans	52.2	42.9	61.5	52.1	49.8	54.5	47.8	38.5	57.1	47.9	45.5	50.2	127	2'442
	50-64 ans	54.4	44.2	64.7	46.6	44.1	49.2	45.6	35.4	55.8	53.4	50.8	55.9	101	2'109
Formation	Scolarité obligatoire	38.8	24.9	52.7	41.9	38.1	45.6	61.2	47.3	75.1	58.2	54.4	61.9	56	963
	Secondaire II	49.6	39.5	59.7	50.1	48.0	52.2	50.4	40.3	60.5	49.9	47.8	52.0	111	3'137
	Tertiaire	56.4	48.5	64.4	55.6	53.4	57.7	43.6	35.7	51.5	44.5	42.3	46.6	172	2'847
Statut migratoire	Non issu de la migration	52.7	43.6	61.8	52.6	50.8	54.4	47.3	38.2	56.4	47.4	45.6	49.2	129	4'372
	Issu de la migration	50.4	43.1	57.7	49.3	47.1	51.6	49.6	42.3	56.9	50.7	48.4	53.0	211	2'575
Type de ménage	Ménage d'une personne	55.2	42.1	68.4	52.8	48.9	56.7	44.8	31.7	57.9	47.2	43.3	51.1	62	900
	Couple sans enfant	44.6	30.0	59.2	52.1	49.2	54.9	55.4	40.8	70.0	48.0	45.1	50.8	52	1'699
	Couple avec enfant(s)	50.7	42.7	58.7	50.4	48.5	52.3	49.3	41.4	57.3	49.6	47.7	51.5	167	3'596
	Famille monoparentale	54.3	38.4	70.2	52.7	47.5	57.9	45.7	29.8	61.6	47.3	42.1	52.5	41	502
Degré d'urbanisation	Urbain	50.2	44.2	56.2	50.9	49.1	52.7	49.8	43.8	55.8	49.1	47.3	50.9	304	4'076
	Intermédiaire*	63.4	43.0	83.8	52.3	49.2	55.3	36.6	16.2	57.0	47.8	44.7	50.8	23	1'553
	Rural	53.4	26.1	80.6	51.0	47.7	54.3	46.6	19.4	73.9	49.0	45.7	52.3	14	1'334

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

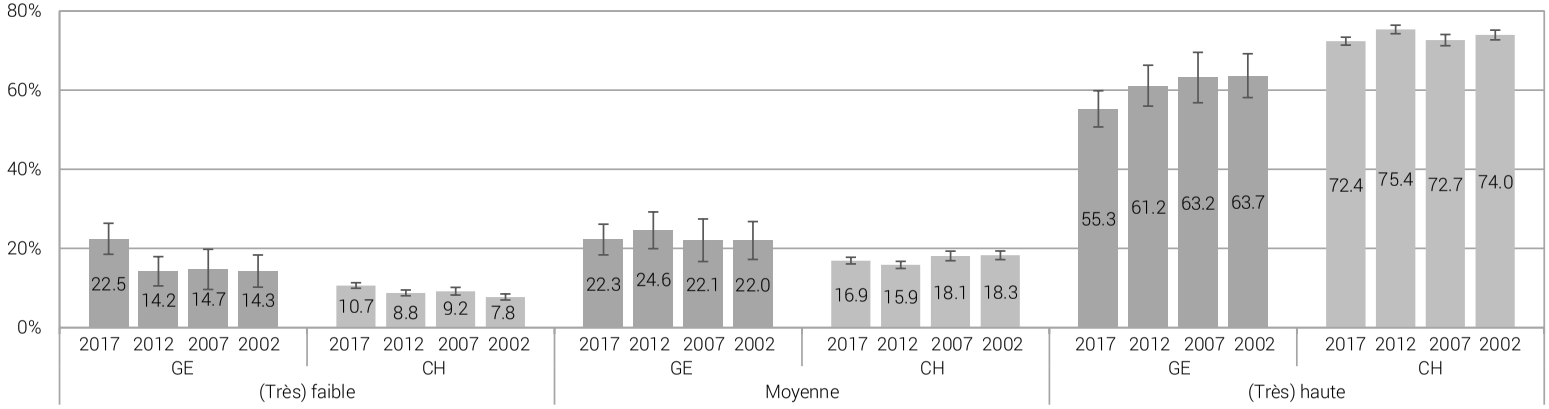
© Obsan 2020

TA-4.7 Satisfaction général du travail (personnes actives occupées 15–64 ans), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		(Très) faible						Moyenne						(Très) haute							
		GE			CH			GE			CH			GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		22.5	18.5	26.4	10.7	10.0	11.4	22.3	18.4	26.1	16.9	16.1	17.8	55.3	50.7	59.9	72.4	71.4	73.4	534	11'372
Sexe	Hommes	24.5	18.6	30.3	11.2	10.2	12.3	25.1	19.2	31.0	17.5	16.3	18.7	50.4	43.7	57.1	71.3	69.8	72.7	251	5'643
	Femmes	20.3	15.2	25.4	10.0	9.1	10.9	19.2	14.4	24.1	16.3	15.1	17.5	60.5	54.4	66.6	73.7	72.3	75.1	283	5'729
Classe d'âge	15-34 ans	24.7	17.3	32.1	13.3	11.9	14.7	19.6	12.8	26.3	19.7	18.1	21.3	55.8	47.5	64.1	67.0	65.1	68.9	162	3'457
	35-49 ans	22.3	16.2	28.4	10.4	9.2	11.5	24.7	18.3	31.1	16.9	15.5	18.3	53.0	45.7	60.3	72.8	71.1	74.4	210	4'030
	50-64 ans	19.7	13.2	26.2	7.8	6.8	8.8	22.0	15.2	28.8	13.7	12.4	14.9	58.3	50.3	66.4	78.5	77.0	80.1	162	3'885
Formation	Scolarité obligatoire	25.0	15.0	35.0	15.8	13.4	18.3	25.7	15.5	36.0	17.5	15.1	19.8	49.3	37.8	60.7	66.7	63.7	69.7	82	1'424
	Secondaire II	23.0	16.1	29.9	11.0	10.0	12.0	22.3	15.6	29.0	17.5	16.2	18.7	54.7	46.9	62.5	71.6	70.1	73.0	189	5'357
	Tertiaire	21.5	16.1	26.9	8.6	7.6	9.6	20.8	15.5	26.2	16.3	15.0	17.5	57.7	51.2	64.2	75.2	73.7	76.7	260	4'570
Statut migratoire	Non issu de la migration	22.7	16.3	29.0	8.3	7.5	9.1	23.0	16.8	29.1	15.1	14.1	16.1	54.4	47.1	61.7	76.6	75.4	77.8	206	7'443
	Issu de la migration	22.1	17.2	27.1	14.2	12.9	15.5	21.9	17.0	26.9	19.7	18.3	21.2	55.9	50.1	61.8	66.1	64.4	67.9	327	3'904
Type de ménage	Ménage d'une personne	39.6	28.2	50.9	13.6	11.4	15.8	12.1	4.8	19.4	17.2	14.9	19.6	48.3	36.9	59.8	69.2	66.3	72.1	84	1'461
	Couple sans enfant	18.8	9.4	28.2	9.6	8.3	10.9	26.2	14.9	37.5	16.4	14.7	18.1	55.0	43.1	67.0	74.0	72.1	76.0	82	2'867
	Couple avec enfant(s)	16.0	11.5	20.4	9.8	8.8	10.7	23.4	18.1	28.6	16.5	15.4	17.6	60.6	54.6	66.6	73.8	72.4	75.1	289	5'867
	Famille monoparentale	30.1	16.5	43.6	12.4	9.6	15.2	23.2	11.3	35.2	19.3	16.1	22.5	46.7	32.0	61.4	68.2	64.4	72.1	50	768
Degré d'urbanisation	Urbain	22.7	18.6	26.8	11.6	10.6	12.5	23.3	19.1	27.5	17.5	16.4	18.5	54.0	49.2	58.8	71.0	69.7	72.3	482	6'474
	Intermédiaire*	19.1	4.7	33.6	9.0	7.7	10.3	8.8	0.0	18.5	16.1	14.3	17.9	72.1	55.4	88.8	74.9	72.9	77.0	27	2'607
	Rural	21.3	1.4	41.2	9.5	7.9	11.1	15.3	2.2	28.4	16.2	14.3	18.1	63.4	42.2	84.7	74.3	72.1	76.6	25	2'291
Comparaison temporelle	2017	22.5	18.5	26.4	10.7	10.0	11.4	22.3	18.4	26.1	16.9	16.1	17.8	55.3	50.7	59.9	72.4	71.4	73.4	534	11'372
	2012	14.2	10.5	18.0	8.8	8.1	9.5	24.6	20.0	29.2	15.9	15.0	16.8	61.2	56.0	66.3	75.4	74.3	76.5	468	10'629
	2007	14.7	9.6	19.8	9.2	8.2	10.2	22.1	16.7	27.5	18.1	16.9	19.3	63.2	56.8	69.6	72.7	71.3	74.1	371	7'529
	2002	14.3	10.2	18.4	7.8	7.0	8.5	22.0	17.2	26.8	18.3	17.2	19.4	63.7	58.2	69.2	74.0	72.7	75.2	394	7'953

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



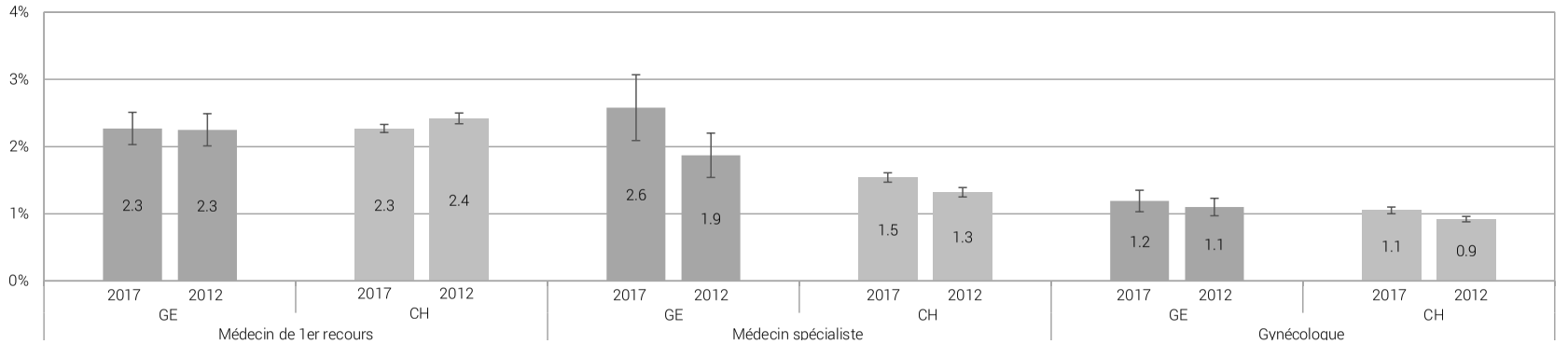
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-5.1 Consultations par personne chez un médecin (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Médecin de 1er recours								Médecin spécialiste								Gynécologue							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		2.3	2.0	2.5	2.3	2.2	2.3	1'158	21'160	2.6	2.1	3.1	1.5	1.5	1.6	1'162	21'180	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	1.1	650	11'155
Sexe	Hommes	2.2	1.8	2.6	2.1	2.0	2.2	512	10'035	2.4	1.6	3.2	1.4	1.3	1.5	513	10'037	-			-				
	Femmes	2.3	2.1	2.6	2.4	2.3	2.5	646	11'125	2.8	2.1	3.4	1.7	1.6	1.8	649	11'143	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	1.1	650	11'155
Classe d'âge	15-34 ans	2.2	1.7	2.6	1.9	1.8	2.0	338	5'418	2.4	1.4	3.5	1.3	1.2	1.4	339	5'426	1.7	1.3	2.2	1.7	1.5	1.8	193	2'840
	35-49 ans	1.8	1.5	2.1	1.9	1.8	2.0	312	5'239	3.1	2.1	4.2	1.6	1.4	1.7	312	5'242	1.4	1.1	1.6	1.2	1.1	1.3	172	2'777
	50-64 ans	2.6	2.0	3.1	2.4	2.3	2.5	266	5'644	2.9	2.0	3.9	1.8	1.6	2.0	268	5'651	0.8	0.7	0.9	0.7	0.7	0.8	141	2'944
	65 ans et plus	2.8	2.3	3.4	3.1	2.9	3.2	242	4'859	1.6	1.3	1.9	1.6	1.4	1.7	243	4'861	0.5	0.4	0.6	0.4	0.4	0.5	144	2'594
Formation	Scolarité obligatoire	3.0	2.4	3.6	2.9	2.7	3.1	264	4'033	2.4	1.6	3.1	1.4	1.2	1.6	266	4'048	0.9	0.7	1.1	0.7	0.7	0.8	152	2'372
	Secondaire II	2.4	2.0	2.8	2.4	2.3	2.5	455	10'288	2.3	1.5	3.2	1.6	1.5	1.7	456	10'290	1.2	0.9	1.5	1.0	1.0	1.1	255	5'792
	Tertiaire	1.7	1.5	2.0	1.7	1.7	1.8	427	6'782	3.0	2.1	3.9	1.6	1.4	1.7	428	6'785	1.4	1.1	1.6	1.3	1.2	1.5	233	2'954
Statut migratoire	Non issu de la migration	2.0	1.7	2.4	2.2	2.1	2.3	462	13'931	2.4	1.8	3.0	1.6	1.5	1.7	463	13'941	1.2	0.9	1.5	1.0	0.9	1.0	263	7'412
	Issu de la migration	2.4	2.1	2.8	2.4	2.3	2.5	690	7'166	2.7	2.0	3.5	1.5	1.4	1.6	693	7'177	1.2	1.0	1.4	1.2	1.1	1.3	384	3'709
Type de ménage	Ménage d'une personne	2.9	2.2	3.6	2.8	2.6	3.0	214	3'557	3.7	2.2	5.3	2.0	1.8	2.2	215	3'565	0.7	0.6	0.9	0.7	0.6	0.7	137	2'143
	Couple sans enfant	2.1	1.8	2.5	2.4	2.3	2.5	254	6'915	2.0	1.1	2.8	1.5	1.4	1.6	255	6'919	1.1	0.9	1.4	1.0	0.9	1.1	133	3'479
	Couple avec enfant(s)	2.1	1.8	2.5	1.8	1.8	1.9	520	8'666	1.8	1.3	2.3	1.2	1.1	1.3	520	8'671	1.4	1.1	1.7	1.4	1.3	1.5	265	4'336
	Famille monoparentale	2.0	1.5	2.5	2.4	2.2	2.6	117	1'344	4.6	2.4	6.8	2.1	1.7	2.5	119	1'346	1.5	0.8	2.3	1.0	0.9	1.2	85	877
Degré d'urbanisation	Urbain	2.3	2.0	2.5	2.3	2.2	2.4	1'040	12'402	2.6	2.1	3.2	1.6	1.5	1.7	1'043	12'419	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	1.2	582	6'580
	Intermédiaire *	2.7	1.6	3.9	2.3	2.1	2.4	78	4'714	2.6	1.3	4.0	1.4	1.3	1.5	79	4'715	0.9	0.7	1.0	1.0	0.9	1.2	43	2'404
	Rural	1.3	0.8	1.7	2.2	2.1	2.4	40	4'044	1.6	0.8	2.4	1.4	1.2	1.6	40	4'046	0.9	0.6	1.2	0.9	0.8	1.0	25	2'171
Comparaison temporelle	2017	2.3	2.0	2.5	2.3	2.2	2.3	1'158	21'160	2.6	2.1	3.1	1.5	1.5	1.6	1'162	21'180	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	1.1	650	11'155
	2012	2.3	2.0	2.5	2.4	2.3	2.5	1'099	20'807	1.9	1.5	2.2	1.3	1.3	1.4	1'101	20'826	1.1	1.0	1.2	0.9	0.9	1.0	627	10'945

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



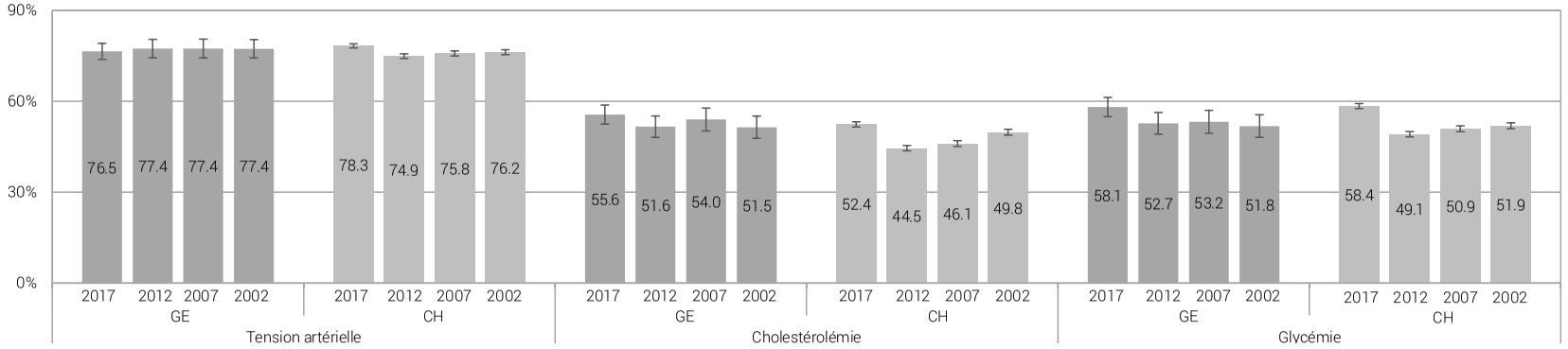
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-5.2 Examens préventifs des maladies cardiovasculaires (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Tension artérielle								Cholestérolémie								Glycémie							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		76.5	73.8	79.2	78.3	77.6	79.0	1'134	20'715	55.6	52.5	58.8	52.4	51.5	53.2	1'089	18'728	58.1	55.0	61.3	58.4	57.6	59.3	1'054	18'829
Sexe	Hommes	70.1	65.8	74.4	73.3	72.2	74.3	497	9'749	52.6	47.9	57.4	51.0	49.7	52.2	480	8'933	54.1	49.3	59.0	55.7	54.5	57.0	467	8'876
	Femmes	82.2	79.0	85.3	83.2	82.4	84.0	637	10'966	58.3	54.2	62.4	53.8	52.7	55.0	609	9'795	61.8	57.6	65.9	61.1	59.9	62.2	587	9'953
Classe d'âge	15-34 ans	67.2	61.8	72.6	71.0	69.6	72.5	324	5'148	36.7	31.0	42.3	36.7	35.0	38.4	302	4'305	41.7	35.7	47.7	46.0	44.2	47.7	288	4'494
	35-49 ans	69.9	64.4	75.4	70.3	68.8	71.8	304	5'133	47.9	41.8	54.0	42.0	40.3	43.7	293	4'570	50.4	44.2	56.6	47.9	46.2	49.6	284	4'593
	50-64 ans	83.7	79.0	88.3	82.4	81.2	83.6	263	5'583	68.7	62.9	74.6	58.8	57.2	60.3	260	5'254	68.8	62.8	74.7	62.7	61.2	64.3	251	5'213
	65 ans et plus	93.1	89.6	96.7	93.0	92.2	93.8	243	4'851	81.8	76.6	86.9	75.6	74.1	77.0	234	4'599	82.2	77.0	87.4	81.3	80.0	82.6	231	4'529
Formation	Scolarité obligatoire	69.2	63.1	75.3	80.3	78.8	81.7	248	3'861	56.5	50.0	63.1	58.7	56.7	60.6	240	3'490	59.8	53.2	66.3	63.5	61.7	65.4	233	3'540
	Secondaire II	76.2	71.8	80.6	79.7	78.8	80.7	453	10'124	55.9	50.8	60.9	53.9	52.7	55.1	430	9'170	56.7	51.6	61.8	60.2	59.0	61.4	415	9'210
	Tertiaire	80.6	76.7	84.5	75.4	74.2	76.7	422	6'678	54.8	49.7	60.0	47.2	45.7	48.7	408	6'020	58.1	52.9	63.3	53.3	51.8	54.8	396	6'035
Statut migratoire	Non issu de la migration	77.3	73.2	81.4	78.0	77.2	78.9	457	13'664	53.4	48.5	58.3	51.0	49.9	52.1	432	12'178	55.3	50.3	60.3	57.7	56.7	58.8	421	12'224
	Issu de la migration	76.1	72.6	79.6	78.8	77.6	79.9	672	6'995	57.0	52.9	61.1	54.6	53.2	56.1	652	6'497	59.9	55.8	64.0	59.5	58.1	60.9	628	6'554
Type de ménage	Ménage d'une personne	79.6	73.9	85.3	81.1	79.4	82.7	213	3'520	64.9	57.9	71.9	59.8	57.8	61.8	202	3'242	66.7	59.7	73.7	66.6	64.6	68.6	198	3'193
	Couple sans enfant	87.6	82.9	92.3	85.0	84.0	86.1	252	6'861	67.3	60.7	73.8	60.0	58.5	61.5	245	6'375	68.5	62.0	75.1	65.5	64.1	67.0	236	6'344
	Couple avec enfant(s)	71.4	67.2	75.6	72.2	71.1	73.4	503	8'386	49.5	44.8	54.2	43.4	42.1	44.7	482	7'393	52.1	47.4	56.8	49.7	48.4	51.0	469	7'551
	Famille monoparentale	70.1	61.0	79.2	75.0	72.3	77.7	114	1'292	45.3	35.5	55.1	46.5	43.2	49.9	109	1'153	51.9	41.8	62.0	51.7	48.4	55.1	104	1'167
Degré d'urbanisation	Urbain	77.0	74.3	79.8	78.6	77.7	79.5	1'019	12'148	55.2	51.9	58.5	53.5	52.4	54.6	977	11'042	58.1	54.8	61.5	59.0	57.9	60.1	947	11'118
	Intermédiaire *	79.8	69.6	89.9	78.0	76.6	79.5	76	4'607	67.0	55.5	78.4	51.3	49.5	53.2	74	4'179	62.2	50.2	74.3	58.4	56.6	60.2	71	4'205
	Rural	56.6	39.1	74.0	77.6	76.0	79.2	39	3'960	44.5	27.6	61.3	49.6	47.6	51.6	38	3'507	50.3	32.5	68.0	56.1	54.1	58.1	36	3'506
Comparaison temporelle	2017	76.5	73.8	79.2	78.3	77.6	79.0	1'134	20'715	55.6	52.5	58.8	52.4	51.5	53.2	1'089	18'728	58.1	55.0	61.3	58.4	57.6	59.3	1'054	18'829
	2012	77.4	74.4	80.5	74.9	74.2	75.7	1'089	20'718	51.6	48.1	55.2	44.5	43.7	45.4	1'075	20'165	52.7	49.2	56.3	49.1	48.3	50.0	1'048	20'135
	2007	77.4	74.3	80.5	75.8	75.0	76.6	957	17'638	54.0	50.2	57.8	46.1	45.1	47.0	932	16'907	53.2	49.5	57.0	50.9	50.0	51.9	925	16'817
	2002	77.4	74.3	80.4	76.2	75.4	77.0	973	18'344	51.5	47.8	55.1	49.8	48.9	50.8	948	17'058	51.8	48.1	55.6	51.9	51.0	52.9	919	16'927

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

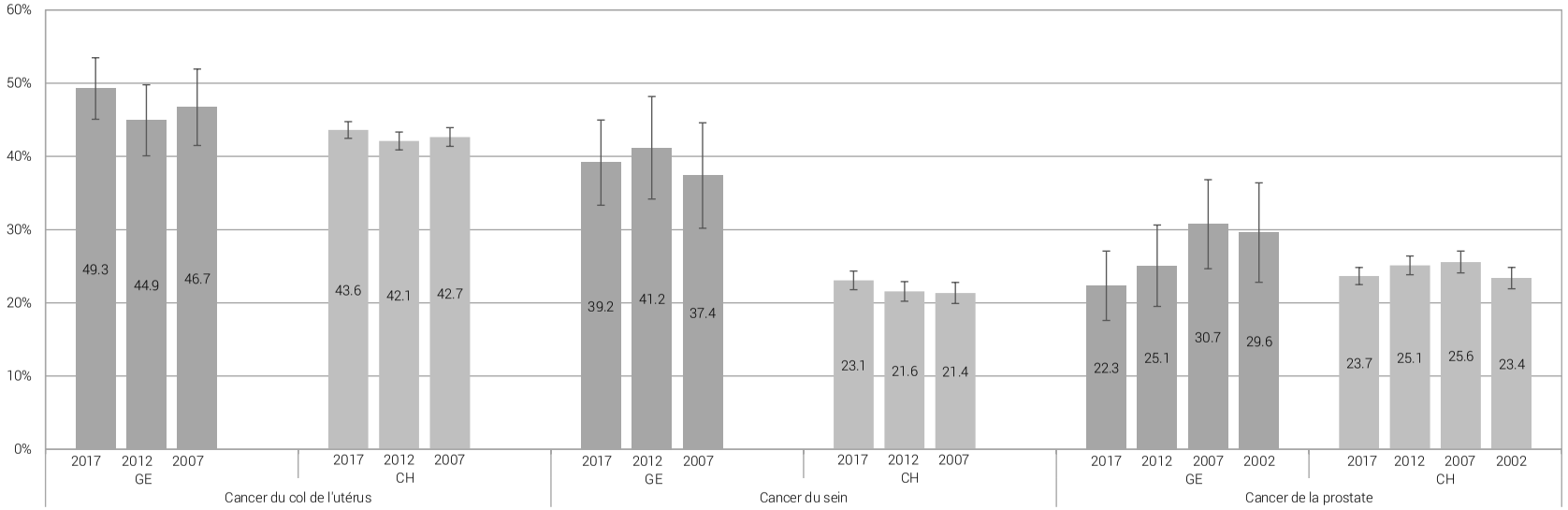
© Obsan 2020

TA-5.3 Examens de dépistage du cancer douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Cancer du col de l'utérus (20 ans et plus)									Cancer du sein (50 ans et plus)									Cancer de la prostate (40 ans et plus)								
		GE			CH			GE	CH		GE			CH			GE	CH		GE			CH			GE	CH	
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		49.3	45.1	53.5	43.6	42.5	44.8	594	10'283		39.2	33.3	45.0	23.1	21.8	24.3	285	5'527		22.3	17.6	27.1	23.7	22.5	24.8	323	6'687
Sexe	Hommes	-			-						-			-						22.3	17.6	27.1	23.7	22.5	24.8	323	6'687
	Femmes	49.3	45.1	53.5	43.6	42.5	44.8	594	10'283		39.2	33.3	45.0	23.1	21.8	24.3	285	5'527		-			-				
Classe d'âge	20-49 ans	56.3	50.5	62.1	53.1	51.4	54.8	313	4'820	50-64 ans	43.1	34.6	51.6	28.3	26.4	30.2	141	2'939	40-49 ans	5.9	1.2	10.5	6.5	5.1	7.9	95	1'718
	50 ans et plus	40.5	34.6	46.4	33.9	32.4	35.4	281	5'463	65-79 ans	39.9	30.5	49.3	20.9	18.9	22.9	108	2'040	50 ans et plus	30.2	23.9	36.4	30.4	28.9	31.9	228	4'969
										80 ans et plus	22.5	8.7	36.3	6.3	4.1	8.5	36	548									
Formation	Scolarité obligatoire	48.0	38.2	57.8	31.7	29.2	34.3	106	1'727		32.1	20.4	43.9	20.2	17.7	22.7	59	1'277		21.7	9.4	33.9	24.2	20.6	27.7	49	733
	Secondaire II	46.4	39.9	52.9	43.5	41.9	45.0	247	5'600		39.1	30.5	47.7	23.0	21.3	24.7	131	3'128		23.0	14.9	31.1	24.1	22.3	25.8	120	3'069
	Tertiaire	53.4	46.6	60.2	49.8	47.7	52.0	231	2'922		41.9	31.3	52.6	26.0	23.0	28.9	89	1'100		21.6	15.1	28.2	23.2	21.4	25.0	153	2'872
Statut migratoire	Non issu de la migration	54.4	47.9	60.9	43.0	41.6	44.4	243	6'836		40.4	32.1	48.6	21.8	20.4	23.3	144	4'051		21.8	14.4	29.2	24.6	23.2	26.1	133	4'544
	Issu de la migration	45.8	40.3	51.2	44.6	42.7	46.6	350	3'419		38.0	29.8	46.2	26.5	23.9	29.0	141	1'461		22.3	16.1	28.4	21.7	19.7	23.7	189	2'126
Type de ménage	Ménage d'une personne	41.9	33.3	50.4	33.8	31.4	36.3	137	2'098		39.3	29.3	49.3	18.8	16.6	20.9	96	1'661		12.5	4.0	20.9	19.6	16.9	22.2	55	1'053
	Couple sans enfant	51.3	42.3	60.3	42.9	40.9	44.8	132	3'440		42.8	32.7	52.9	24.4	22.5	26.4	97	2'569		42.1	31.9	52.3	32.8	30.9	34.8	102	2'951
	Couple avec enfant(s)	52.7	45.9	59.6	50.6	48.7	52.5	227	3'687		38.0	25.2	50.7	29.7	26.4	33.1	59	905		14.5	8.6	20.4	15.2	13.5	16.8	142	2'389
	Famille monoparentale	52.6	40.5	64.6	47.4	43.3	51.5	71	754		30.3	10.9	49.8	20.5	15.4	25.7	21	299		17.6	0.0	41.1	21.0	13.8	28.2	13	163
Degré d'urbanisation	Urbain	48.9	44.5	53.3	43.8	42.3	45.2	533	6'111		40.1	33.9	46.3	22.3	20.7	23.9	250	3'231		21.4	16.6	26.3	23.8	22.3	25.4	291	3'835
	Intermédiaire *	50.1	33.3	67.0	42.9	40.5	45.4	37	2'185		40.2	18.2	62.3	24.2	21.4	27.0	22	1'193		28.4	8.7	48.0	23.7	21.2	26.2	23	1'567
	Rural	58.0	38.2	77.8	43.9	41.2	46.5	24	1'987		17.7	0.0	39.7	24.6	21.6	27.7	13	1'103					23.0	20.3	25.6	9	1'285
Comparaison temporelle	2017	49.3	45.1	53.5	43.6	42.5	44.8	594	10'283		39.2	33.3	45.0	23.1	21.8	24.3	285	5'527		22.3	17.6	27.1	23.7	22.5	24.8	323	6'687
	2012	44.9	40.1	49.8	42.1	40.9	43.3	578	10'102		41.2	34.2	48.2	21.6	20.2	22.9	297	5'174		25.1	19.5	30.6	25.1	23.8	26.4	289	6'410
	2007	46.7	41.5	51.9	42.7	41.4	43.9	503	9'364		37.4	30.2	44.6	21.4	19.9	22.8	266	5'002		30.7	24.7	36.8	25.6	24.1	27.1	279	5'152
	2002																			29.6	22.8	36.4	23.4	21.9	24.8	233	5'075

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance



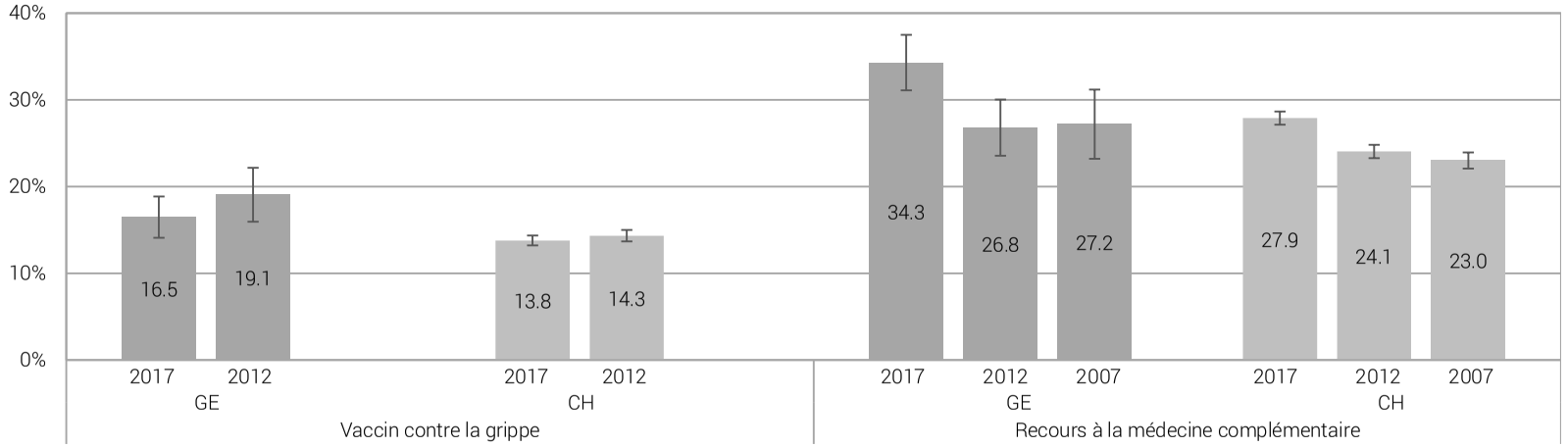
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-5.4 Vaccin contre la grippe et recours à la médecine complémentaire (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Vaccin contre la grippe								Recours à la médecine complémentaire							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		16.5	14.1	18.9	13.8	13.2	14.4	980	18'750	34.3	31.1	37.5	27.9	27.1	28.7	969	18'699
Sexe	Hommes	14.5	11.1	17.9	13.2	12.4	14.0	425	8'776	24.0	19.5	28.6	19.7	18.7	20.7	420	8'771
	Femmes	18.3	14.9	21.6	14.4	13.6	15.2	555	9'974	43.5	39.1	47.8	36.0	34.8	37.1	549	9'928
Classe d'âge	15-34 ans	7.2	4.1	10.4	6.2	5.4	7.1	268	4'590	31.3	25.4	37.2	26.7	25.2	28.2	267	4'611
	35-49 ans	6.9	3.4	10.4	6.6	5.8	7.5	248	4'570	40.1	33.5	46.7	34.2	32.6	35.8	248	4'564
	50-64 ans	18.9	13.6	24.3	11.4	10.4	12.5	243	5'137	34.1	27.7	40.4	29.0	27.5	30.4	239	5'117
	65 ans et plus	42.4	35.7	49.1	35.9	34.2	37.5	221	4'453	31.1	24.8	37.4	20.6	19.2	22.0	215	4'407
Formation	Scolarité obligatoire	12.3	7.7	16.8	14.5	13.1	15.8	203	3'290	21.9	15.8	28.0	19.3	17.8	20.9	196	3'281
	Secondaire II	17.8	13.9	21.6	13.5	12.7	14.3	383	9'145	34.2	29.0	39.4	27.4	26.3	28.5	380	9'111
	Tertiaire	17.3	13.3	21.2	13.7	12.7	14.7	387	6'272	41.8	36.6	47.1	32.9	31.5	34.2	386	6'265
Statut migratoire	Non issu de la migration	20.3	16.3	24.3	14.6	13.9	15.3	407	12'733	38.9	33.9	43.9	30.4	29.4	31.3	404	12'703
	Issu de la migration	14.3	11.3	17.3	12.4	11.5	13.4	568	5'972	31.6	27.5	35.7	23.7	22.5	25.0	560	5'950
Type de ménage	Ménage d'une personne	23.3	17.1	29.5	19.6	18.0	21.2	184	3'154	34.3	27.0	41.7	28.5	26.6	30.3	181	3'134
	Couple sans enfant	26.7	20.7	32.7	18.8	17.7	19.9	228	6'379	33.3	26.6	40.1	26.1	24.8	27.4	223	6'353
	Couple avec enfant(s)	10.8	7.7	13.9	7.8	7.1	8.5	430	7'521	33.0	28.3	37.7	28.6	27.4	29.8	427	7'517
	Famille monoparentale	6.8	2.1	11.5	8.5	6.5	10.4	93	1'122	41.8	31.1	52.4	34.0	30.7	37.2	93	1'120
Degré d'urbanisation	Urbain	16.5	14.0	19.0	15.3	14.5	16.0	878	10'921	33.4	30.0	36.7	27.2	26.2	28.1	868	10'875
	Intermédiaire *	20.6	10.2	31.0	11.7	10.5	12.9	66	4'200	36.9	24.4	49.3	28.7	27.1	30.4	65	4'200
	Rural	8.8	0.3	17.2	10.9	9.7	12.2	36	3'629	52.5	34.3	70.7	29.8	28.0	31.5	36	3'624
Comparaison temporelle	2017	16.5	14.1	18.9	13.8	13.2	14.4	980	18'750	34.3	31.1	37.5	27.9	27.1	28.7	969	18'699
	2012	19.1	16.0	22.2	14.3	13.7	15.0	921	18'052	26.8	23.6	30.0	24.1	23.3	24.8	926	18'072
	2007									27.2	23.2	31.2	23.0	22.1	23.9	688	13'154

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-5.5 Recours aux prestations ambulatoires et stationnaires des hôpitaux (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017

		Prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence)								Prestations stationnaires des hôpitaux							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		39.8	36.8	42.8	32.9	32.1	33.6	1'164	21'193	11.5	9.6	13.4	12.0	11.5	12.5	1'213	22'115
Sexe	Hommes	37.5	33.0	42.0	31.4	30.3	32.5	514	10'041	10.5	7.7	13.3	10.6	9.9	11.3	534	10'456
	Femmes	41.9	37.9	45.9	34.3	33.3	35.4	650	11'152	12.3	9.7	14.9	13.4	12.7	14.2	679	11'659
Classe d'âge	15-34 ans	49.7	44.1	55.3	34.9	33.4	36.4	340	5'430	10.2	6.9	13.5	9.5	8.6	10.4	350	5'636
	35-49 ans	34.1	28.4	39.7	29.4	27.9	30.9	312	5'246	8.2	5.0	11.5	9.1	8.2	10.0	321	5'481
	50-64 ans	36.3	30.2	42.4	33.6	32.2	35.1	270	5'655	12.3	8.0	16.6	12.1	11.1	13.1	283	5'886
	65 ans et plus	35.3	29.2	41.5	33.4	31.8	34.9	242	4'862	17.2	12.5	21.9	18.9	17.6	20.1	259	5'112
Formation	Scolarité obligatoire	43.7	37.4	49.9	35.9	34.1	37.6	266	4'045	8.8	5.5	12.1	13.9	12.7	15.1	289	4'508
	Secondaire II	39.0	34.3	43.8	33.1	32.0	34.2	457	10'300	14.0	10.7	17.3	12.2	11.5	12.9	475	10'624
	Tertiaire	37.8	32.9	42.7	31.1	29.8	32.4	429	6'791	10.3	7.2	13.3	10.7	9.8	11.6	435	6'900
Statut migratoire	Non issu de la	40.9	36.2	45.6	32.0	31.0	32.9	464	13'943	14.1	10.8	17.4	11.6	10.9	12.2	464	13'955
	Issu de la migration	39.2	35.3	43.1	34.4	33.1	35.7	694	7'187	9.8	7.5	12.2	12.0	11.1	12.9	694	7'193
Type de ménage	Ménage d'une personne	39.3	32.3	46.2	33.6	31.8	35.5	214	3'564	17.8	12.5	23.2	14.7	13.4	16.1	220	3'633
	Couple sans enfant	39.7	33.2	46.2	33.5	32.2	34.9	255	6'927	10.4	6.7	14.1	12.8	11.9	13.7	267	7'184
	Couple avec enfant(s)	40.1	35.6	44.5	31.5	30.4	32.7	523	8'675	10.2	7.4	12.9	10.3	9.6	11.1	547	9'143
	Famille monoparentale	44.0	34.8	53.3	35.4	32.4	38.4	119	1'349	8.3	3.4	13.1	12.1	10.1	14.2	121	1'396
Degré d'urbanisation	Urbain	40.2	37.1	43.4	33.6	32.6	34.5	1'044	12'423	11.7	9.6	13.7	12.1	11.5	12.8	1'090	13'054
	Intermédiaire *	39.9	28.8	51.0	31.8	30.2	33.5	80	4'717	10.2	3.8	16.6	11.6	10.5	12.6	82	4'899
	Rural	28.6	13.7	43.5	31.6	29.8	33.3	40	4'053	8.2	0.3	16.0	12.1	10.9	13.3	41	4'162

* périurbain dense et centres ruraux

IC = Intervalle de confiance

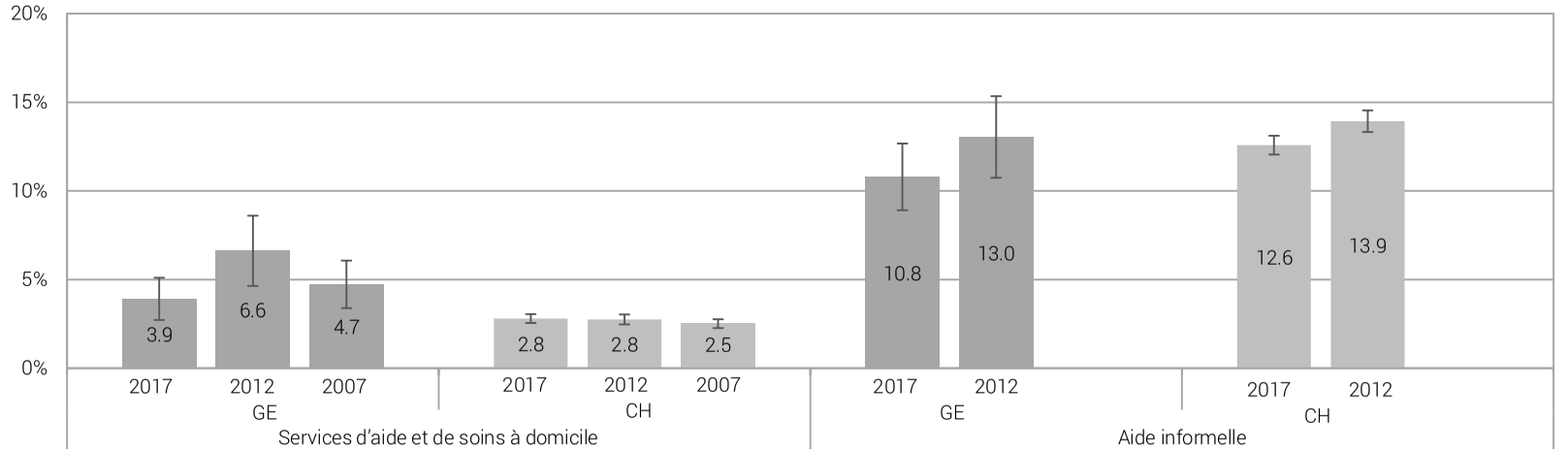
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

TA-5.6 Recours aux services d'aide et de soins domicile et à l'aide informelle (douze derniers mois), canton de Genève et Suisse, 2017 et comparaison temporelle

		Services d'aide et de soins à domicile								Aide informelle							
		GE			CH			GE	CH	GE			CH			GE	CH
		Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon	Part en %	IC (95%)		Part en %	IC (95%)		Echantillon	Echantillon
Total		3.9	2.7	5.1	2.8	2.6	3.1	1'214	22'131	10.8	8.9	12.7	12.6	12.1	13.1	1'214	22'131
Sexe	Hommes	3.5	1.7	5.2	1.8	1.5	2.1	535	10'463	8.6	6.0	11.3	10.1	9.3	10.8	535	10'462
	Femmes	4.3	2.7	5.9	3.8	3.4	4.2	679	11'668	12.7	10.1	15.3	15.1	14.3	15.8	679	11'669
Classe d'âge	15-64 ans	2.5	1.4	3.7	1.5	1.3	1.7	955	17'019	10.7	8.6	12.8	11.9	11.3	12.5	955	17'018
	65-79 ans	5.8	2.4	9.1	4.7	3.9	5.4	191	4'017	9.0	4.8	13.2	12.7	11.4	13.9	191	4'019
	80 ans et plus	20.6	10.8	30.3	17.7	15.2	20.3	68	1'095	17.2	8.1	26.2	23.8	20.9	26.7	68	1'094
Formation	Scolarité obligatoire	3.2	0.9	5.6	4.1	3.4	4.7	290	4'517	17.3	12.6	22.0	15.4	14.1	16.6	290	4'517
	Secondaire II	3.9	2.1	5.7	2.8	2.4	3.2	475	10'627	9.5	6.6	12.3	12.2	11.5	13.0	475	10'628
	Tertiaire	4.3	2.2	6.4	2.0	1.6	2.5	435	6'902	8.3	5.5	11.1	11.5	10.6	12.4	435	6'902
Statut migratoire	Non issu de la migration	4.2	2.3	6.0	2.8	2.5	3.1	464	13'960	8.8	6.1	11.4	11.6	11.0	12.3	464	13'960
	Issu de la migration	3.2	1.7	4.7	2.3	1.9	2.7	695	7'200	10.7	8.2	13.2	12.2	11.3	13.1	695	7'200
Type de ménage	Ménage d'une personne	9.5	5.4	13.5	6.9	6.0	7.9	220	3'633	12.6	7.8	17.4	14.3	12.9	15.7	220	3'635
	Couple sans enfant	3.3	1.0	5.6	2.4	2.0	2.8	267	7'190	8.9	5.2	12.5	13.1	12.1	14.0	267	7'189
	Couple avec enfant(s)	2.2	0.8	3.6	1.2	0.9	1.4	548	9'148	9.9	7.2	12.5	11.0	10.3	11.7	548	9'148
	Famille monoparentale	3.3	0.0	6.7	2.8	1.8	3.9	121	1'398	12.6	6.4	18.8	13.9	11.7	16.1	121	1'397
Degré d'urbanisation	Urbain	4.0	2.8	5.3	2.9	2.6	3.2	1'091	13'066	10.6	8.6	12.6	13.0	12.3	13.6	1'091	13'066
	Intermédiaire *	2.2	0.0	5.2	2.6	2.1	3.2	82	4'900	13.8	5.9	21.7	12.2	11.1	13.3	82	4'900
	Rural	4.1	0.0	9.6	2.5	2.0	3.1	41	4'165	9.9	0.3	19.5	11.6	10.4	12.8	41	4'165
Comparaison temporelle	2017	3.9	2.7	5.1	2.8	2.6	3.1	1'214	22'131	10.8	8.9	12.7	12.6	12.1	13.1	1'214	22'131
	2012	6.6	4.6	8.6	2.8	2.5	3.0	1'150	21'595	13.0	10.7	15.3	13.9	13.3	14.5	1'149	21'591
	2007	4.7	3.4	6.1	2.5	2.3	2.8	1'044	18'751								

* périurbain dense et centres ruraux
IC = Intervalle de confiance



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali 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

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