

OBSAN RAPPORT  
08/2023

# Iniquités dans les expériences des soins en Suisse

Éclairages tirés de l'International Health  
Policy Survey 2020

Clémence Merçay, Nicole Fasel, Marie Taczanowski



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



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

**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](http://www.obsan.ch)

**Éditeur**

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

**Mandant**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

**Autrices**

Clémence Merçay, Obsan

Nicole Fasel, Marie Taczanowski, OFSP

**En collaboration avec**

Serge Houmard, BAG

**Direction du projet à l'Obsan**

Clémence Merçay

**Série et numéro**

Obsan Rapport 08/2023

**Référence bibliographique**

Merçay, C. Fasel, N. & Taczanowski, M. (2023). *Iniquités dans les expériences des soins en Suisse. Éclairages tirés de l'International Health Policy Survey 2020* (Obsan Rapport 08/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

**Renseignements / informations**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel

[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), Tél. +41 58 463 60 45

**Langue du texte original**

Français

Cette publication est également disponible en allemand

(numéro OFS 873-2308)

**Mise en page**

Obsan

**Graphiques**

Obsan

**Image page de titre**

iStock.com / Matjaz Slanic

**Page de couverture**

Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

**En ligne**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Égalité des chances en matière de santé

**Impression**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), tél. +41 58 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

**Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2023

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

**Numéro OFS**

874-2308

**ISBN**

978-2-940670-36-9



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

# Iniquités dans les expériences des soins en Suisse

Éclairages tirés de l'International Health Policy Survey 2020

**Autrices** Clémence Merçay (Obsan), Nicole Fasel (OFSP),  
Marie Taczanowski (OFSP)

**Éditeur** Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2023

# Table des matières

<b>Résumé exécutif</b>	<b>3</b>	4.3 Conclusion	26
Messages principaux	3	<b>5 Bibliographie</b>	<b>27</b>
Sélection de résultats	3	<b>6 Annexes</b>	<b>30</b>
Interprétation des résultats	3		
Pistes pour la suite	3		
<b>1 Introduction</b>	<b>4</b>		
1.1 Présentation de l'étude	4		
1.2 Cadre conceptuel et stratégique	4		
1.2.1 Concepts mobilisés	4		
1.2.2 Bases stratégiques	5		
1.3 Aperçu de la recherche en Suisse sur les iniquités liées à la qualité des soins	5		
<b>2 Méthodologie</b>	<b>7</b>		
2.1 Source des données	7		
2.2 Analyses et présentation des résultats	7		
2.3 Variable «Nombre de désavantages socio-économiques»	8		
<b>3 Iniquités dans l'expérience des patients</b>	<b>10</b>		
Dimension n° 1 Accès financier aux soins	10		
Dimension n° 2 Continuité et coordination des soins	14		
Dimension n° 3 Communication avec le médecin traitant	16		
Dimension n° 4 Soutien reçu	18		
Dimension n° 5 Sécurité des patients	20		
Dimension n° 6 Appréciation générale de la performance	22		
<b>4 Discussion</b>	<b>24</b>		
4.1 Résultats principaux	24		
4.2 Limites de l'étude et perspectives	25		

# Résumé exécutif

## Messages principaux

- L'expérience de la qualité des soins en Suisse par les patients est marquée par des iniquités. Celles-ci apparaissent à des degrés divers pour chacune des six dimensions de la qualité des soins passées en revue.
- Une situation socio-économique défavorable est systématiquement associée à de moins bonnes appréciations de la qualité des soins.
- Les répondants les plus jeunes (18 à 34 ans), ceux vivant dans un ménage monoparental, les migrants de première génération et les détenteurs d'un titre de formation de niveau tertiaire rapportent également de moins bonnes évaluations de la qualité des soins.

## Sélection de résultats

- Le cumul de désavantages socio-économiques augmente le risque de renoncer aux soins pour des questions de coûts, jusqu'à concerner près de la moitié des répondants au sein des groupes les plus vulnérables (p.ex. 46,7% des répondants avec trois désavantages socio-économiques).
- Les répondants âgés de 18 à 34 déclarent trois fois plus souvent que ceux âgés de 65 ans et plus avoir reçu des informations contradictoires de différents médecins et professionnels de santé.
- 42% des personnes vivant dans un ménage monoparental rapportent avoir renoncé à des soins pour des raisons de coûts et seuls 27% des personnes vivant dans un ménage monoparental et souffrant d'une maladie chronique, déclarent avoir reçu le soutien nécessaire.
- La difficulté à communiquer dans une langue nationale, la communication avec le médecin traitant et le manque de connaissance d'un bon médecin sont des défis plus souvent mentionnés par les migrants de première génération.
- Les personnes disposant d'un titre de formation de niveau tertiaire rapportent plus fréquemment que les autres avoir constaté une erreur médicale ou avoir reçu des informations contradictoires des différents prestataires de santé.

## Interprétation des résultats

- L'étude ne permet pas d'identifier les mécanismes de la relation entre les caractéristiques constitutives d'iniquités identifiées et l'expérience de la qualité du système de santé.
- D'un côté, ces mécanismes peuvent se situer du côté du système et des prestataires de soins qui ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins de tous les patients.
- D'un autre côté, les différents groupes de répondants ne disposent pas tous des mêmes ressources ou compétences. Ils diffèrent également au niveau de leurs préférences et attentes vis-à-vis du système de santé.

## Pistes pour la suite

- Les groupes cibles pourraient être mieux identifiés en affinant les critères d'identification (p.ex. en documentant le parcours migratoire et pas uniquement le statut migratoire) ainsi qu'en examinant la manière dont les caractéristiques constitutives des iniquités se combinent.
- Pour permettre une meilleure identification des groupes cibles, il est nécessaire de compléter les informations recensées dans les bases de données existantes, notamment par le biais d'appariements de données.
- Les acteurs et décideurs du domaine de la santé devraient être davantage sensibilisés aux facteurs à l'origine des iniquités ainsi qu'aux besoins et attentes spécifiques des groupes de population concernés de façon à ce qu'ils tiennent compte de ces résultats dans leurs prises de décision.

# 1 Introduction

## 1.1 Présentation de l'étude

En 2011, le système de santé suisse était désigné comme l'un des plus performants de l'OCDE. Depuis, la Suisse est connue comme disposant d'un système de santé de qualité, qui répond aux besoins de la population et composé d'un réseau dense de prestataires (OECD & OMS, 2011 ; De Pietro et al., 2015). Ces dernières années, cette image positive a encore été renforcée avec le positionnement de la Suisse en tête de classement en comparaison internationale pour ce qui est de l'appréciation par la population de la qualité des soins (Merçay, 2016) ou de la performance du système de santé (Pahud, 2020).

Ces indicateurs sont réjouissants. Mais par un effet de moyenne, ils masquent les variations et ne rendent pas compte des difficultés rencontrées par certains groupes de population dans leur expérience du système de santé. Il s'agit donc – pour regarder les faits objectivement – d'aller au-delà des bons résultats globaux dont la Suisse peut se prévaloir et de chercher une compréhension plus fine de ceux-ci, afin de détecter d'éventuelles iniquités et d'être en situation d'y remédier.

Par ailleurs, on s'intéresse toujours plus à la perspective des patients, longtemps restés absents des discussions en lien avec le système de santé (voir par exemple Arditì & Peytremann-Bridevaux, 2021). Comme souligné par Vincent et Staines dans le rapport national mandaté par l'OFSP paru en 2019, l'opinion des patients (comme celle des soignants), constitue un fondement essentiel de soins sûrs et de haute qualité. Afin de permettre aux acteurs de la santé de mieux entendre la voix des patients et d'ainsi promouvoir la qualité des soins, une possibilité consiste à utiliser des mesures de l'expérience du patient.

Le présent rapport propose ainsi une analyse des iniquités relatives à l'expérience de la qualité des soins de la population en Suisse. En introduction, le cadre conceptuel et stratégique de la recherche est posé et la documentation pertinente est passée en revue. Le chapitre méthodologique détaille la source de données utilisée ainsi que la démarche d'analyse adoptée. Pour la présentation des résultats, six dimensions de l'expérience du patient en lien avec la qualité des soins sont considérées: accès financier aux soins, continuité et coordination des soins, communication avec le médecin traitant, soutien reçu, sécurité des patients et appréciation générale de la performance du système de santé. Pour

chacun de ces thèmes, la configuration des inégalités est examinée selon différentes caractéristiques socio-économiques et démographiques. La discussion revient finalement sur les résultats principaux. Les limites de l'étude sont décrites et les perspectives dans le domaine de la recherche ainsi que pour les acteurs de terrain sont dressées.

## 1.2 Cadre conceptuel et stratégique

### 1.2.1 Concepts mobilisés

La présente publication procède d'une volonté de mieux documenter les enjeux d'équité eu égard au système de santé en Suisse, en s'intéressant aux expériences des patients quant à l'accès au système de santé comme à la qualité des soins obtenus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'équité en santé comme l'«absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographique» (Health Equity, OMS, 2023). Cette définition permet de clarifier les notions respectives d'égalité (inégalité) et d'équité (iniquité), objets du rapport de base «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention» (Weber, 2020)<sup>1</sup>: tandis que les inégalités en santé reposent notamment sur des différences inévitables (p.ex. biologiques) ou sur le libre choix des individus, les iniquités en santé résultent d'inégalités sociales et structurelles qui sont considérées comme évitables et injustes. Ainsi, la problématique de l'équité en santé, et de l'équité dans les soins plus particulièrement, intéresse tout acteur de la santé en ce sens qu'elle appelle à agir face à une situation jugée comme évitable ou remédiable.

Pour comprendre dans quelle mesure l'exigence de qualité du système de santé est respectée du point de vue de la dimension de l'équité, il convient d'adopter une approche ciblée envers des groupes de population présentant des désavantages sociaux. En effet, les **iniquités en santé** désignent les différences en santé résultant d'inégalités sociales liées au contexte politique et normatif d'une société, qui exerce une influence négative sur la santé de certains groupes de population en restreignant leur accès aux

<sup>1</sup> Le rapport de base a été produit par Promotion Santé Suisse, l'Office fédéral de la santé publique et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

ressources matérielles, sociales et culturelles. En Suisse, le statut socio-économique (revenu, fortune, statut professionnel, formation), le passé migratoire, le genre, ou l'orientation sexuelle/identité de genre sont les caractéristiques principalement associées à un désavantage social. D'autres facteurs individuels, tels qu'une maladie, une grossesse ou un divorce peuvent augmenter la vulnérabilité. Identifier clairement les déterminants structurels et sociaux les plus pertinents pour expliquer les iniquités de santé s'avère important pour apporter des mesures de prévention et de promotion de la santé adaptées aux groupes cibles.

La question de la **qualité des soins** est ici appréhendée à travers le concept de **mesures d'expérience rapportées par le patient** (PREMs - *Patient-reported experience measures*). Ces mesures saisissent le point de vue du patient sur les prestations du système de santé. Elles portent par exemple sur la communication avec les professionnels de santé, l'implication du patient ou la coordination des soins. Les PREMs se distinguent des PROMs (*patient-reported outcome measures*) qui évaluent, du point de vue du patient, les résultats des soins (p.ex. leur impact sur la vie globale, sur la qualité de vie ou sur le fonctionnement physique, OECD, 2019).

Dans la perspective de soins centrés sur le patient, une bonne expérience du patient constitue une composante à part entière de la qualité des soins. L'intérêt porté aux PREMs tient de plus à l'idée qu'une expérience positive est associée à une meilleure adhésion au traitement, à de meilleurs résultats cliniques, ainsi qu'à la diminution des complications ou des effets secondaires (Doyle, et al., 2013 ; Anhang Price, et al., 2014).

### 1.2.2 Bases stratégiques

En Suisse, le cadre stratégique auquel se rattache l'équité en santé est double. D'une part, la **Stratégie Santé2030** adoptée par le Conseil fédéral le 6 décembre 2019 qui, dans la vision qu'elle porte, lie l'objectif de garantir la qualité des soins et celui de viser équitablement tous les individus: *«indépendamment de leur état de santé et de leur statut socio-économique, les individus en Suisse vivent dans un environnement favorable à la santé. Ils bénéficient d'un système sanitaire moderne, de grande qualité et financièrement viable»* (OFSP, 2019). D'autre part, la **Stratégie qualité** du Conseil fédéral, issue de la révision de la LAMal entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2021 (art.58 LAMal), formule la vision selon laquelle *«les traitements et les soins sont sûrs, efficaces et intégrés, et le patient est considéré sur un pied d'égalité»* (OFSP, 2022).

Ce double cadre stratégique participe à ce que l'équité et la qualité du système de santé soient intrinsèquement liées. L'équité est ainsi définie dans la stratégie qualité de la Confédération

comme une des dimensions spécifiques de la qualité des prestations d'un système de santé (au même titre que la sécurité, l'efficacité, le système centré sur le patient, la réactivité, l'efficacité, et l'intégration, OFSP, 2022). L'équité est en outre à considérer comme une dimension transversale de la qualité, dans la mesure où il est également tenu compte des interactions entre l'équité et d'autres dimensions de la qualité. Par exemple, comment garantir la sécurité d'un traitement médicamenteux ou l'adéquation d'une prise en charge si une communication de qualité entre le patient et les professionnels n'est pas assurée ? Cela implique de prendre en compte la situation particulière du patient, son niveau de littératie, sa maîtrise de la langue nationale, voire son parcours migratoire et sa compréhension de la maladie.

## 1.3 Aperçu de la recherche en Suisse sur les iniquités liées à la qualité des soins

Une majorité d'études nationales qui s'intéressent aux iniquités en matière de santé en Suisse porte sur l'état de santé, la fréquence des maladies, les comportements de santé et les compétences en matière de santé ou encore sur l'accessibilité et l'utilisation des services par certains groupes de population socialement défavorisés (par exemple, Boes, Marti & Kaufmann, 2016 ; Guggisberg et al., 2020 ; De Gani et al., 2021 ; de Mestral et al., 2022 ; Kessler et al., 2021 ; Krüger et al., 2022 ; Spiess & Schnyder-Walser, 2018).

Le peu d'études représentatives portant sur les iniquités liées au système de santé en Suisse s'explique en partie par des aspects techniques, avec la nécessité de disposer de données contenant à la fois des indicateurs d'accès et de qualité des soins et des caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus. Faute d'une base de données unique, il est parfois possible d'apparier différentes banques de données distinctes au moyen d'un identifiant commun, sous condition que l'anonymat et la protection des données individuelles soient garantis.<sup>2</sup>

Le projet *«Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland»* (SIHOS) du programme national de recherche (PNR) 74 «Système de santé» relève d'une telle démarche. L'approche méthodologique a consisté en un croisement des données médicales et sociales existantes. Des inégalités sociales ont ainsi pu être démontrées pour le risque d'hospitalisation, la prolongation des séjours hospitaliers, la réadmission non planifiée à l'hôpital ou encore l'entrée en EMS (p.ex. Bayer-Oglesby et al., 2020 ; Zumbunn et al., 2022). Sur la base de ces résultats, des recommandations ont été formulées pour optimiser les soins des groupes

<sup>2</sup> Quant à la qualité des soins en générale, celle-ci est documentée de plusieurs manières en Suisse. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) coordonne et réalise ainsi des mesures de qualité depuis plusieurs années. De son côté, l'OFSP publie annuellement une collecte d'indicateurs de qualité relatifs aux dimensions d'efficacité et de sécurité dans les hôpitaux de soins aigus (CH-IQI). La Commission fédérale pour la qualité a pour tâche de concevoir un système national de monitoring. Elle

charge pour cela des tiers de développer les indicateurs de qualité existants et d'en élaborer de nouveaux dans tous les domaines de fourniture des prestations. Elle est également en charge de la participation de la Suisse à l'enquête internationale de l'OCDE «PaRIS survey of Patients with Chronic Conditions».

vulnérables en milieu stationnaire et après le séjour à l'hôpital, en tenant compte de leur situation sociale.

Partant d'une autre approche utilisée au Royaume-Uni (Cookson et al., 2018), Unisanté (mandat OFSP) a développé des méthodes de mesures de l'équité, permettant de questionner des indicateurs de qualité existants, en travaillant avec des données agrégées au niveau régional. Cette approche a été appliquée en Suisse en analysant la relation entre la situation socio-économique et les taux d'hospitalisation potentiellement évitables (Spycher et al., 2021) ainsi que les taux de réadmissions hospitalières potentiellement évitables (Brunner et al., 2023). Les études font état de gradients sociaux solides et stables pour la plupart des cantons. Les résultats soulèvent des enjeux d'iniquités dans l'accessibilité, la qualité et la coordination des soins de santé. Au-delà des pistes de mesures correctives à apporter au niveau cantonal, les études mettent aussi en avant les économies potentielles à réaliser dans le secteur stationnaire des hôpitaux.

Les travaux mentionnés ci-dessus se basent sur des données administratives de routine. La présente étude permet de compléter ces derniers en abordant les iniquités dans les soins au vu des expériences rapportées de patients.

## 2 Méthodologie

### 2.1 Source des données

Les données analysées sont principalement celles de l'enquête internationale sur les politiques de santé (IHP – *International Health Policy Survey*) menée en 2020 par la fondation Commonwealth Fund. Les résultats de cette enquête ont été publiés pour la première fois en 2020 par l'Obsan (Pahud, 2020). Alors que cette publication se concentrait sur la comparaison internationale, elle fournissait également les premières indications sur le fait que la qualité perçue des soins pouvait varier sensiblement au sein de la population vivant en Suisse en fonction de la situation sociale, de l'âge et d'autres caractéristiques sociodémographiques des répondants. Le présent rapport vient donc approfondir la première description des résultats effectuée par l'Obsan en proposant une analyse sous l'angle conjoint de l'équité et de la qualité des soins.

L'IHP 2020 porte sur l'expérience des soins de santé de la population âgée de 18 ans et plus dans onze pays. En Suisse, l'enquête a été menée dans les trois langues officielles auprès d'un échantillon constitué de 2284 répondants. On peut supposer que les personnes ne disposant que de connaissances linguistiques limitées dans une langue officielle sont sous-représentées au sein de l'enquête. Les données ont été pondérées afin de refléter la composition de la population telle que figurant dans le cadre d'échantillonnage de l'OFS. De fait, les personnes résidant en Suisse sans titre de séjour légal ou sans domicile fixe sont exclues de l'enquête, tout comme celles vivant en institution. Les résultats ne reflètent donc pas la situation de certains groupes vulnérables (p. ex. requérants d'asile ou personnes en détention).

La Suisse a participé à l'enquête de l'IHP portant sur la population âgée de 18 ans et plus à partir de 2010 (1306 répondants). Pour le suivi des résultats dans le temps, les données de l'enquête 2016 sont également utilisées (1520 répondants). La comparaison temporelle des résultats présente toutefois certaines limites. D'une part, le mode d'administration de l'enquête a changé, passant d'une enquête exclusivement par téléphone en 2010, à une enquête principalement menée en ligne depuis 2016. Il est possible que par rapport à l'enquête téléphonique, l'enquête en ligne réduise les biais de désirabilité sociale et permette d'obtenir des données de meilleure qualité, en particulier pour les thématiques sensibles. D'autre part, le questionnaire a évolué au fil des enquêtes. De ce fait, certaines questions analysées en 2020 sont absentes des enquêtes précédentes. Des changements ont également été effectués quant au relevé des caractéristiques socio-économiques et démographiques utilisées comme variables

d'analyse. De ce fait, l'indicateur «Nombre de désavantages socio-économiques» présenté ci-après ne peut pas être reconstitué pour les années 2016 et 2010. Le statut migratoire des répondants n'est également pas connu en 2010. Les encadrés figurant au sein des chapitres proposent, dans la mesure du possible, une analyse de l'évolution temporelle des résultats en fonction des caractéristiques des répondants.

### 2.2 Analyses et présentation des résultats

Dans un premier temps, la démarche d'analyse a consisté à déterminer les indicateurs de qualité faisant l'objet de l'analyse. Il n'existe pas de consensus international quant aux indicateurs à retenir mais les travaux menés par l'OCDE (Fujisawa & Klazinga, 2017) permettent d'identifier des thèmes récurrents au sein des pays membres. Pour cette étude, six dimensions de la qualité des soins ont ainsi été retenues: accès financier aux soins, continuité et coordination des soins, communication avec le médecin traitant, soutien reçu, sécurité des patients et appréciation générale de la performance du système de santé.

Le questionnaire de l'IHP 2020 a ensuite été passé en revue afin d'attribuer les indicateurs à chacune de ces dimensions. De cette liste étendue, les indicateurs finalement retenus ont été déterminés en fonction de leur pertinence d'un point de vue thématique et pour l'analyse des iniquités en Suisse. Afin de conserver une taille d'échantillon suffisante, les indicateurs relatifs aux soins stationnaires spécifiquement ont été exclus car trop peu de répondants à l'enquête ont été hospitalisés durant les deux années précédant l'enquête.

Pour l'analyse des iniquités, huit caractéristiques socio-économiques et démographiques ont été retenues: le genre, la classe d'âge, la situation socio-économique (pour l'opérationnalisation, voir plus bas), le niveau de formation, le statut migratoire, le type de ménage (monoparental ou autre), et le type de région de domicile (ville, agglomération ou campagne). En raison de l'intérêt particulier porté à la santé de la population migrante, celle-ci a fait l'objet d'analyses plus détaillées.

La présentation des résultats se concentre sur une sélection des analyses effectuées, en fonction de leur intérêt dans la mise en évidence d'iniquités de santé. En parallèle, des analyses multivariées ont été menées afin d'attester les différences observées entre les différentes catégories de répondants, toutes caractéristiques socio-économiques et démographiques égales par ailleurs. Des analyses d'interaction ont également été menées afin

de voir si certaines associations ne concernaient que certaines catégories de répondants (p. ex. un effet de l'âge sur un résultat, mais qui ne s'appliquerait qu'aux répondants issus de la migration). Les principales interactions relevées sont présentées dans le texte.

Les graphiques représentent les fréquences permettant de rendre compte des écarts bruts entre les différentes catégories de répondants. Les intervalles de confiance à 95% sont représentés afin d'indiquer la fourchette de valeurs à l'intérieur de laquelle il y a 95% de chances de trouver la vraie valeur recherchée. En principe, les différences entre catégories de répondants commentées dans la présentation des résultats sont statistiquement significatives au seuil de 5%. On parlera de «tendance» lorsqu'un résultat est suffisamment intéressant pour être commenté mais qu'il est formellement non significatif.

## 2.3 Variable «Nombre de désavantages socio-économiques»

Afin de rendre compte de la situation socio-économique des répondants, un indicateur comprenant quatre catégories allant de zéro (absence de désavantage socio-économique) à trois (cumul de trois désavantages socio-économiques) a été créé. Les trois variables considérées sont les suivantes:

- Revenu du ménage: inférieur à la moyenne<sup>3</sup> vs dans la moyenne ou supérieur à la moyenne
  - Perception de réductions de primes d'assurance maladie par un membre du ménage: oui vs non
- OU
- A part la pension AVS, reçoit également des prestations complémentaires (uniquement 65+ ans): oui vs non
- Se fait du souci concernant le fait d'avoir assez de nourriture *et/ou* assez d'argent pour le loyer ou l'hypothèque *et/ou* un lieu propre et sûr pour dormir *et/ou* un travail stable ou une source de revenu: toujours ou généralement vs parfois, rarement ou jamais.

La constitution de cet indicateur permet d'affiner la catégorisation des répondants en fonction de leur situation socio-économique, tout en modérant les faiblesses méthodologiques de l'indicateur de revenu du ménage qui ne tient pas compte de la composition de celui-ci.

Il est à noter que les personnes retraitées bénéficiant de prestations complémentaires touchent en principe une contribution aux primes d'assurance-maladie. C'est pourquoi la seconde variable se compose des deux types d'aide.

Environ un quart des répondants présente deux désavantages socio-économiques (23,9%) et la part cumulant les trois types de désavantages est de 11,3% (T 2.1). Les répondants dont le salaire du ménage est inférieur à la moyenne et ceux se faisant

du souci présentent des distributions assez proches: environ un tiers des personnes concernées ne présente pas d'autre désavantage socio-économique alors que les deux autres types de désavantages sont présents chez environ un quart de ces répondants. De manière générale, la part de répondants percevant des réductions de prime d'assurance maladie ou des prestations complémentaires est plus basse (26,7%). Dans un peu moins de la moitié des cas (43,1%), cette situation s'accompagne des deux autres désavantages socio-économiques (donnée non représentée).

Les différentes catégories de répondants sont différemment touchées par les désavantages socio-économiques composant l'indicateur (T 2.2). Les trois désavantages socio-économiques sont plus fréquemment présents chez les femmes, les personnes issues de la migration, celles vivant en ménage monoparental, celles ne disposant pas de formation post-obligatoire et celles habitant en ville. Ces inégalités se retrouvent également dans les différentes mesures de la pauvreté élaborées par l'OFS (taux de pauvreté, de risque de pauvreté et de privation matérielle, OFS, 2022).

T 2.1 Composition en % de l'indicateur «nombre de désavantages socio-économiques», Suisse, 2020

	Distribution	Salaire inférieur à la moyenne	Réductions de primes d'Amal ou prestations comp.	Se fait toujours ou généralement du souci
<b>Nbr de désavantages socio-économiques</b>				
0	28,8	0,0	0,0	0,0
1	36,0	48,0	14,6	37,4
2	23,9	89,5	40,5	69,7
3	11,3	100,0	100,0	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>50,1</b>	<b>26,7</b>	<b>41,2</b>

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020  
© Obsan 2023

En considérant le nombre de désavantages socio-économiques, les personnes âgées de 65 ans et plus apparaissent comme moins fréquemment exposées que les plus jeunes. Selon l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) de l'OFS (2020), les personnes à l'âge de la retraite sont nettement plus touchées par la pauvreté – mesurée par le revenu – que la population en âge de travailler, mais elles sont significativement moins nombreuses à souffrir de privation matérielle et sont bien plus satisfaites de leur situation financière. Ceci s'explique par le fait que les personnes âgées dépensent moins et ont plus fréquemment des réserves financières (OFS, 2020). Le fait de ne pas avoir les moyens de faire face à une dépense de 2500 francs dans un délai d'un mois est généralement considéré comme un bon indicateur de vulnérabilité économique. Les données SILC démontrent que les personnes de 65 ans et plus (10,4%) sont moins fréquemment exposées à ce risque que celles âgées de 18 à 64 ans (20,1%). La

<sup>3</sup> Répondants ayant déclaré que le revenu de leur ménage est «un peu plus bas» ou «beaucoup plus bas» que la moyenne, située à environ 8'500 francs par mois (y compris 13ème salaire et autres revenus).

distribution par classe d'âge du nombre de désavantages socio-économiques pour la présente étude est donc conforme aux observations réalisées sur la base des indicateurs de privation matérielle de l'OFS.

### T 2.2 Composition en % des différentes catégories socio-démographiques de répondants en fonction du nombre de désavantages socio-économiques, Suisse, 2020

Nbr de désavantages socio-économiques	Total	Genre		Classe d'âge			
		Femmes	Hommes	18-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65+ ans
0	28,8	26,5	31,0	26,0	30,8	33,8	23,7
1	36,0	36,1	36,1	30,8	34,7	34,8	44,8
2	23,9	25,1	22,6	28,7	21,2	22,3	23,5
3	11,3	12,3	10,2	14,5	13,2	9,1	8,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>						

Nbr de désavantages socio-économiques	Niveau de formation			Statut migratoire		
	École obligatoire	Secondaire II	Tertiaire	Non issu de la migration	Migrants de 2 <sup>ème</sup> gén.	Migrants de 1 <sup>ère</sup> gén.
0	13,0	28,7	40,5	32,4	26,4	22,0
1	36,7	35,6	37,5	37,1	37,6	33,3
2	30,4	25,1	14,8	22,2	23,2	27,7
3	19,8	10,6	7,2	8,2	12,8	17,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nbr de désavantages socio-économiques	Composition du ménage		Niveau d'urbanisation			Région linguistique		
	Ménage monoparental	Autres	Ville	Agglomération	Campagne	CH-DE	CH-R	CH-I
0	15,6	29,4	27,3	29,7	31,5	30,4	25,4	21,9
1	26,5	36,4	33,5	39,5	33,5	37,3	33,4	31,5
2	28,1	23,7	24,5	21,3	25,4	22,3	27,4	29,2
3	29,8	10,5	14,7	9,5	9,6	10,0	13,8	17,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

# 3 Iniquités dans l'expérience des patients

## Dimension n° 1 Accès financier aux soins



### Indicateur «Renoncement à des prestations de santé pour des raisons de coûts»

Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé...

1. d'avoir eu un problème médical mais de ne pas avoir consulté un docteur à cause du coût ? OU
2. de ne pas avoir effectué pour des raisons de coût un test médical, un traitement ou un examen de contrôle recommandés par un médecin ? OU
3. de ne pas avoir retiré un médicament sur ordonnance ou de ne pas avoir pris des doses de votre médicament pour des raisons de coût ?

L'accessibilité des soins médicaux est une dimension centrale de l'équité en santé. Celle-ci peut être limitée par des facteurs de différentes natures (voir complément ci-dessous). En Suisse, où la participation aux coûts des patients est très élevée (OECD, 2021), la question de l'accessibilité financière des soins est particulièrement critique. C'est ici l'indicateur de renoncement aux soins pour des raisons de coûts qui rend compte de cette dimension. Cet indicateur se construit par au moins une réponse positive à une des questions mentionnées ci-dessus. Le besoin de soins n'est pas abordé explicitement, et les motifs financiers sont mentionnés directement. Par ces deux caractéristiques, cet indicateur est à distinguer de l'indicateur de privations pour raison financière en matière de soins (OFS, 2017 ; Merçay, 2018) qui est utilisé comme un indicateur de précarité.

*Au sein des groupes de répondants les plus vulnérables, près de la moitié a renoncé à des soins pour des raisons de coûts*

En 2020, 23,3% de l'ensemble des répondants ont déclaré avoir renoncé à des prestations de santé pour des raisons de coûts au cours des 12 derniers mois (p.ex. consultation médicale, examen de contrôle ou prise de médicament).

Le **nombre de désavantages socio-économiques** influence fortement la probabilité de déclarer avoir renoncé à des prestations: seuls 15,2% rapportent un renoncement au sein des personnes sans aucun désavantage socio-économique alors que cette part atteint 46,7% chez les répondants cumulant les trois types de désavantage. Une situation économique précaire expose donc fortement au risque de renoncer à des soins de santé.

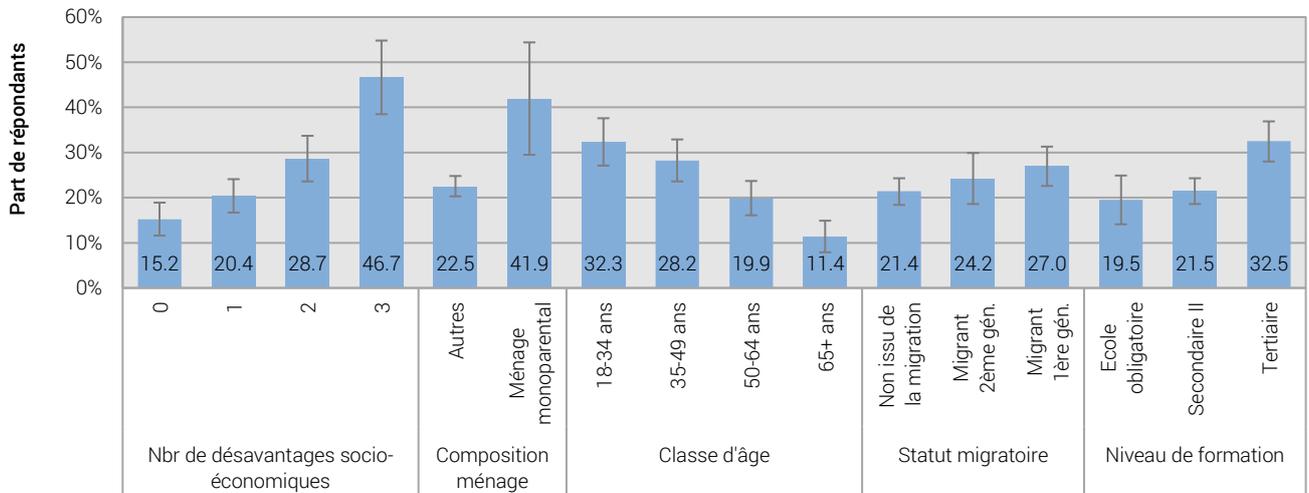
Avec une part de renoncement aux soins de 41,9%, le taux particulièrement élevé rapporté par les personnes vivant dans un **ménage monoparental** doit être relevé. En comparaison, les répondants vivant dans d'autres types de ménages présentent un taux de renoncement de 22,5%.

Le témoignage d'un renoncement aux soins diffère également selon la **classe d'âge**. Environ 30% des répondants âgés de 18 à 34 ans et de 35 à 49 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons de coûts, cette part diminuant à près de 20% chez ceux âgés de 50 à 64 ans et à un peu plus de 10% chez les 65 ans et plus. Il y aurait notamment lieu d'examiner dans quelle mesure ces résultats peuvent s'expliquer par le montant de la franchise annuelle. Effectivement, les personnes plus âgées, notamment les 65 ans et plus, tendent à choisir une franchise plus basse que les personnes plus jeunes,<sup>4</sup> vraisemblablement en raison de frais de santé plus élevés. Ils réduisent ainsi les coûts directement à leur charge.

Par ailleurs, on observe un **effet du genre**, mais uniquement chez les **répondants plus âgés**: au sein de l'ensemble des 50 ans et plus, la part de renoncement aux soins est de 20,3% chez les hommes contre 11,9% chez les femmes (différence significative, données non représentées). Dans la littérature, les effets de genre sur le renoncement et le recours aux soins ne sont pas univoques. Dans l'ensemble, les femmes ont plus souvent recours aux soins

<sup>4</sup> En 2016, 25,9% des répondants âgés de 18 à 34 ans disposaient d'une franchise à 2000 ou 2500 francs. Cette part était de 32,7% chez les 35-49 ans, de 22,0% chez les 50-64 ans et de 11,7% chez les 65 ans et plus (Merçay, 2016).

### G 3.1 A renoncé à des soins de santé pour des raisons de coût (12 derniers mois) selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020



n= 2284

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

que les hommes, soit pour des besoins spécifiques en matière de santé reproductive, soit en raison de leur attention accrue portée aux symptômes et de leur comportement de demande plus actif (OFSP, 2008). Toutefois, il a également été observé que les femmes renoncent plus à des soins pour des motifs économiques (p.ex. Guessous et al., 2012). Sur la base des données de l'IHP 2020, il est effectivement observé qu'avec plusieurs désavantages socio-économiques, les taux du renoncement aux soins des hommes et femmes des 50 ans et plus se rejoignent.

Les **migrants de première génération** tendent également plus fréquemment à faire mention d'un renoncement aux soins (27,0%) mais ce résultat semble plutôt s'expliquer par la situation socio-économique ainsi que par la structure par âge de ce groupe de répondants. Par exemple, la part de répondants présentant deux ou trois désavantages-socio-économiques et ayant renoncé à des soins pour des raisons de coûts se situe autour de 35%, indépendamment du statut migratoire des répondants (données non représentées).

Une autre caractéristique marquante concerne le **niveau de formation**. Environ un tiers des répondants avec un titre du degré tertiaire déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons de coût, contre environ 20% pour les autres catégories de répondants. Le rôle du niveau de formation diffère selon le statut migratoire: les migrants (première et deuxième générations prises ensemble) avec une formation tertiaire rapportent plus souvent renoncer aux soins (38,5%) que les migrants avec formation obligatoire ou du secondaire (22,0%). Pour les répondants non issus

de la migration, le taux de renoncement aux soins diffère moins selon le niveau de formation (26,5% vs., 20,5%).

Il est également possible que le niveau de franchise joue un rôle. Les personnes avec un niveau de formation élevé choisissent plus fréquemment une franchise élevée ou maximale, en comparaison avec les personnes avec un niveau de formation plus bas.<sup>5</sup> Il y aurait également lieu de questionner le rôle de la littératie en santé sur le renoncement et le recours aux soins. D'un côté, un niveau de littératie en santé plus élevé pourrait permettre une meilleure identification de ses besoins de santé et une meilleure lisibilité du système et ainsi induire une perception de besoins de soins plus importants. D'un autre côté, un niveau élevé de littératie en santé a été associé à un moindre recours aux soins (De Gani et al., 2021). Ces mécanismes pourraient contribuer à un renoncement perçu comme plus fréquent parmi les personnes avec un niveau de formation élevé.

Il est également possible que l'argument financier soit plus facilement mentionné dans la mesure où il est associé à d'autres motifs de renoncement.<sup>6</sup> On relève par exemple que 87,9% des détenteurs d'un titre de niveau tertiaire mentionnent également au moins l'un des onze autres motifs de renoncement passés en revue (voir ci-après), contre 70,6% des répondants sans formation post-obligatoire (données non représentées).

En outre, la présence d'un biais dans l'échantillon ne peut pas être exclue, un tel effet du niveau de formation n'ayant pas été repéré lors des enquêtes menées en 2010 et en 2016. Les recherches devraient donc être poursuivies afin de clarifier le rôle du niveau de formation dans le renoncement aux soins.

<sup>5</sup> En 2016, un tiers des répondants avec un titre du degré tertiaire disposaient d'une franchise à 2000 ou 2500 francs, contre 24,3% pour les répondants du niveau secondaire II et 10,0% pour ceux sans formation post-obligatoire (Merçay, 2016).

<sup>6</sup> Dans le questionnaire, les répondants sont dans un premier temps interrogés sur le renoncement aux soins pour des raisons de coûts. Dans un second temps, onze autres motifs de renoncement aux soins sont passés en revue.

### Différences régionales: Suisse romande plus touchée par le renoncement aux soins

Sur les six indicateurs de qualité passés en revue, des différences notables en fonction de la région linguistique se manifestent essentiellement sur le thème de l'accès financier. Le taux de renoncement aux soins est le plus élevé en Suisse romande avec une part de 26,2% de répondants concernés. Cette part est un peu plus basse en Suisse alémanique et romanche (22,7%). A l'inverse, les répondants de Suisse italienne sont 16,0% à déclarer avoir renoncé à des soins. À titre de comparaison, l'indicateur de privation en matière de santé (enquête SILC de l'OFS), qui utilise une approche beaucoup plus restrictive, place également la Suisse romande devant les autres régions linguistiques: en 2020, 1,3% des répondants romands étaient touchés contre 1,1% des répondants de Suisse italo-phonie et 0,1% de ceux de Suisse alémanique ou romanche. Tant avec l'IHP qu'avec l'enquête SILC, les résultats pour la Suisse italienne s'avèrent moins stable d'une année à l'autre. Aussi est-il difficile de tirer des conclusions quant à la situation dans cette région linguistique.

De plus, le taux de renoncement aux soins est de 26,3% en région urbaine contre 19,4% en zone rurale (agglomération: 23,8%). Il serait ici intéressant de voir si par exemple la densité de l'offre influence la représentation des besoins de soins. Par ailleurs, Beltran (2017) suggère que le modèle culturel prévalant dans le monde ruralo-agricole valorise l'autonomie, la résistance à la douleur ainsi que la faible fréquentation du système de santé.

### Évolution temporelle: Renoncement aux soins stable depuis 2016, mais nouvel effet du niveau de formation en 2020

Avec 23,3% de répondants ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons de coûts en 2020 contre 22,5% en 2016, les résultats concernant l'accès financier aux soins sont stables sur cette période. En 2010, le taux de renoncement aux soins rapporté était de 10,3%. Mais pour un sujet sensible comme le renoncement aux soins, ce résultat est difficile à comparer avec ceux des enquêtes suivantes en raison du changement dans le mode d'administration du questionnaire. L'observation d'un plus haut taux de renoncement dans les classes d'âge plus jeunes est une constante depuis 2010. Par contre, le taux de renoncement particulièrement élevé des répondants avec une formation de niveau tertiaire est une particularité des résultats de l'enquête menée en 2020.

### Complément: «Renoncement aux soins pour des motifs non financiers»

N'avez-vous pas effectué de visite chez le médecin ou avez renoncé à des soins de santé pour les raisons suivantes ?

- a ... vous vouliez attendre et voir si le problème médical finirait par partir de lui-même
- b ... vous ne vouliez pas causer plus de coûts de santé à la population
- c ... vous aviez peur de ce que le médecin pourrait vous dire
- d ... vous manquez de confiance en les médecins, hôpitaux, examens et traitements en général
- e ... vous ne connaissez pas de bon médecin
- f ... vous avez des difficultés à communiquer dans une langue nationale
- g ... vous n'avez pas eu de rendez-vous
- h ... vous n'avez pas eu le temps pour des raisons professionnelles
- i ... vous n'avez pas eu le temps car vous deviez vous occuper d'enfants ou d'autres personnes
- j ... vous ne pouviez pas vous déplacer
- k ... vous n'aviez pas besoin d'un traitement médical

Outre les limitations d'ordre financier, d'autres raisons peuvent être invoquées pour avoir renoncé aux soins. Le souhait d'attendre et de voir si le problème part de lui-même constitue le principal motif mentionné (64,0%). Ensuite, 45,7% des répondants estimaient qu'aucun traitement médical n'était nécessaire. Troisième raison la plus fréquemment citée: le fait de ne pas causer plus de coûts de santé à la population (25,0%).<sup>7</sup>

Quelles que soient les caractéristiques socio-économiques et démographiques des répondants, ces trois explications sont les plus fréquemment mentionnées et les variations entre les groupes étudiés sont minimes.

Des différences apparaissent surtout quant à la fréquence des autres motifs de renoncement (G 3.2). Parmi les résultats les plus marquants, on relève qu'en comparaison avec ceux ne présentant que peu ou pas de désavantages socio-économiques, les répondants avec trois désavantages rapportent plus souvent ne pas connaître de bon médecin (15,3%) ou manquer de confiance envers les médecins, hôpitaux, examens et traitements en général (15,3%). Avec le nombre de désavantages augmente également la part des personnes rapportant avoir renoncé parce qu'elles n'avaient pas eu de rendez-vous (7,0% des répondants avec trois désavantages socio-économiques). Le manque de confiance tend à être plus souvent mentionné par les répondants vivant dans un ménage monoparental (14,4%) qui tendent également à invoquer plus fréquemment le manque de temps lié au fait de s'occuper d'enfants ou d'autres personnes (10,5%).

<sup>7</sup> Pour la présentation de l'ensemble des autres facteurs de renoncement, voir Pahud (2020).

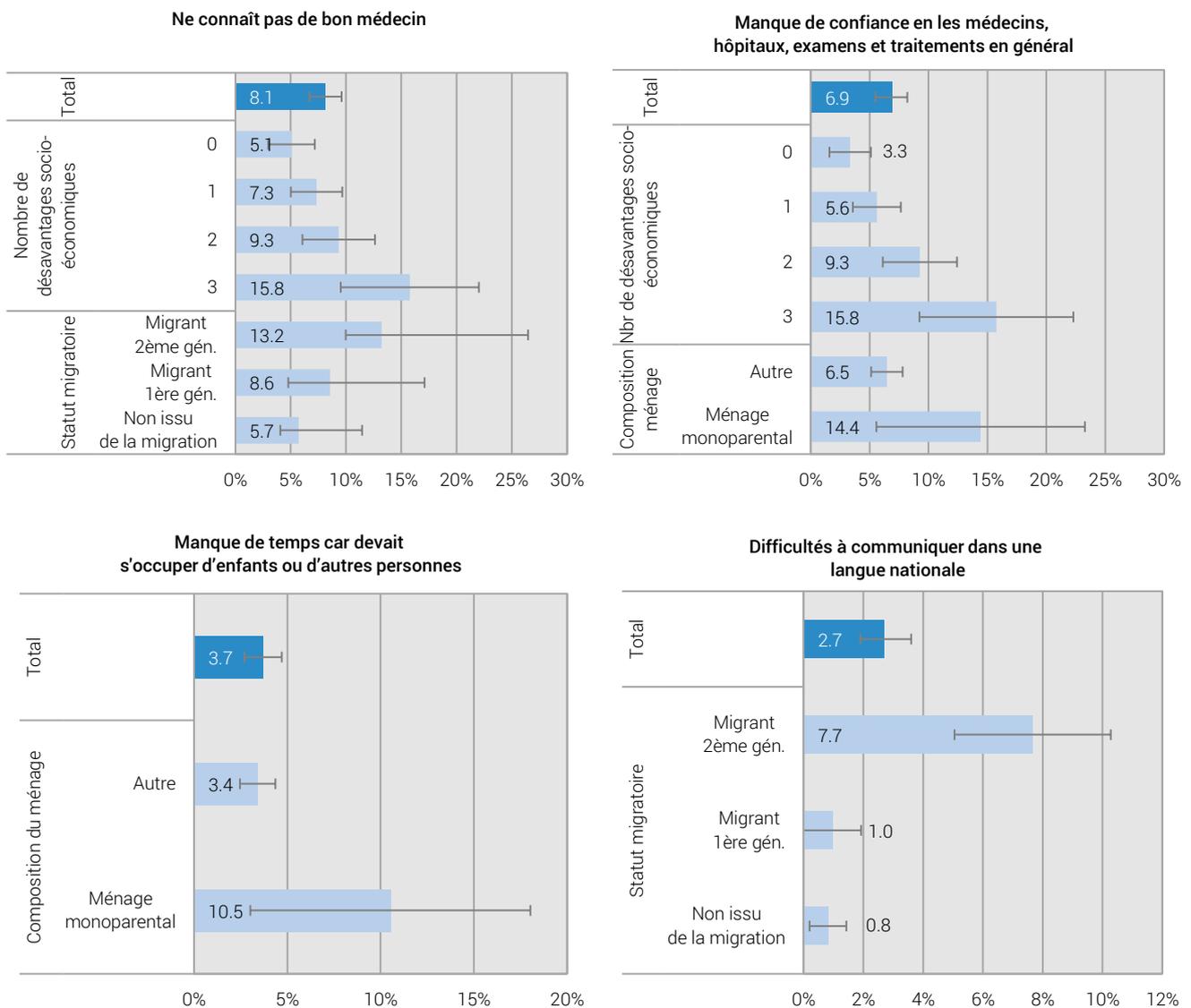
Chez les migrants de première génération, la part qui rapporte ne pas connaître de bon médecin est plus élevée (13,2%) en comparaison avec les répondants non issus de la migration (5,7%) et 7,7% évoquent la difficulté à communiquer dans une langue nationale. Ce dernier résultat constitue une estimation conservatrice, la population allophone étant certainement sous-représentée au sein de l'enquête disponible uniquement dans les langues officielles.

Comparées aux hommes, les femmes renoncent plus à des soins par manque de connaissance d'un bon médecin (femmes:

9,3% ; hommes: 7,0%), par peur de ce que le médecin pourrait leur dire (femmes: 9,5% ; hommes: 6,9%) ou par manque de temps car elles doivent s'occuper d'enfants ou d'autres personnes (femmes: 4,9% ; hommes: 2,4%).

Finalement, en comparaison avec les autres classes d'âge, les jeunes de 18 à 34 ans ont plus souvent mentionné le manque de temps pour raisons professionnelles (25,3%), la peur des résultats (12,0%), le fait de ne pas connaître un bon médecin (11.6%) ou de ne pas avoir confiance (10.7%).

### G.3.2 N'a pas effectué de visite chez le médecin ou a renoncé à des soins, différents motifs non financiers (12 derniers mois) selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, 2020



n= 2271

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

## Dimension n° 2 Continuité et coordination des soins



### Indicateur «Informations contradictoires des différents médecins et professionnels de la santé»

Au cours de ces deux dernières années, en recevant des soins pour un problème de santé, vous est-il déjà arrivé de recevoir des informations contradictoires de différents médecins ou professionnels de la santé ?

La qualité de la prise en charge tient en partie à la continuité et à la bonne coordination de la chaîne de traitement tout au long du parcours clinique du patient. Des lacunes peuvent survenir dans la coordination des soins à différents niveaux. L'indicateur retenu désigne la part de répondants déclarant avoir reçu des informations contradictoires de différents médecins ou professionnels de la santé, au moment de recevoir des soins pour un problème de santé au cours des deux dernières années.

*Des informations univoques comme enjeu central de la communication avec les patients les plus atteints dans leur santé*

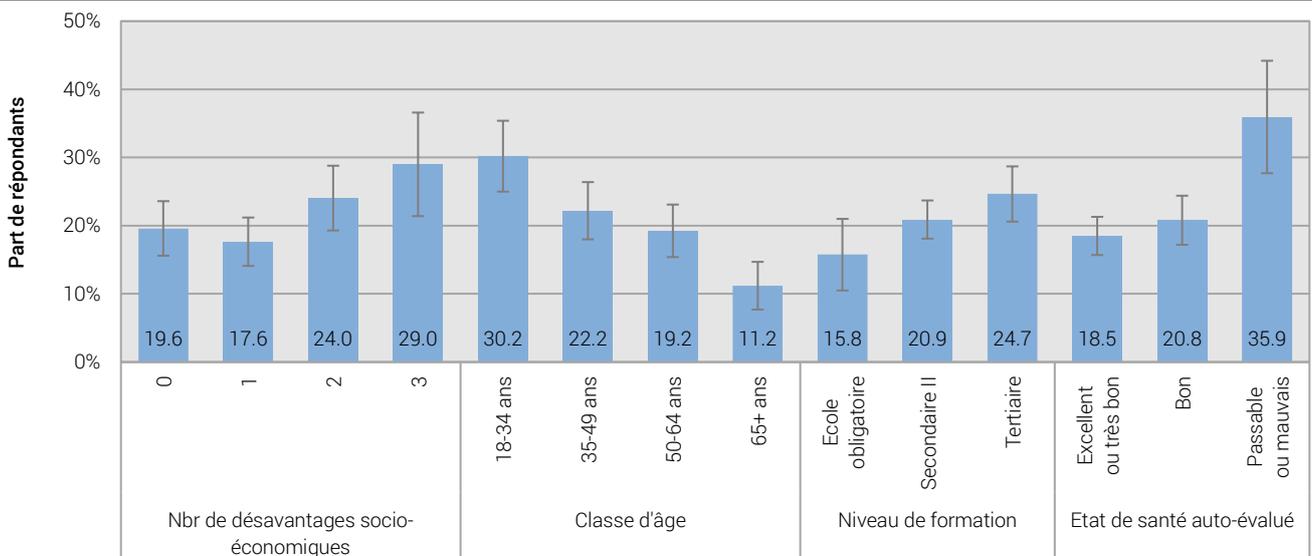
L'IHP passe en revue différents problèmes de coordination. Il apparaît notamment que 8,6% de l'ensemble des répondants rapportent qu'il est arrivé au cours des deux dernières années que les

résultats d'un test ou que le dossier médical ne soient pas disponibles au moment du rendez-vous pour les soins. En outre, 12,7% se sont vus prescrire un test médical jugé inutile, car celui-ci avait déjà été effectué. Le problème de coordination le plus fréquemment mentionné concerne le fait de recevoir des informations contradictoires de la part de différents médecins et professionnels de santé. Environ un répondant sur cinq rend compte d'une telle expérience (20,9%). Cet indicateur est ici utilisé pour étudier la dimension «Continuité et coordination» de la qualité des soins.

Des iniquités en lien avec le **nombre de désavantages socio-économiques** se dessinent: 29,0% des répondants cumulant les trois types de désavantages déclarent avoir reçu des informations contradictoires, contre 19,6% chez les répondants ne présentant aucun type de désavantage.

Les **répondants âgés de 18 à 34 ans** rapportent particulièrement fréquemment avoir reçu des informations contradictoires (30,2% de l'ensemble des répondants de cette classe d'âge, G 3.3). Chez les 18-34 ans ayant consulté un médecin spécialiste au cours des deux dernières années (46,3% des répondants de cette classe d'âge), la part rapportant avoir reçu des informations contradictoires atteint même 49,9% alors que ce pourcentage est de 16,3% chez les répondants âgés de 65 ans et plus ayant consulté un médecin spécialiste (64,7% des répondants de cette classe d'âge, données non représentées). On peut relever que les répondants plus jeunes disposent moins souvent d'un médecin ou d'un centre de soins régulier, mais cette variable a été testée et aucun effet sur le risque de relever des problèmes de coordination n'a été observé.

**G 3.3 A reçu des informations contradictoires des différents médecins et professionnels de la santé selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020**



n= 2284

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

Par ailleurs, cet effet d'âge ne semble en fait concerner que les répondants non issus de la migration ou de deuxième génération. Chez les migrants de première génération, la part déclarant avoir reçu des informations contradictoires se situe autour de 20%, quelle que soit la classe d'âge.

Une propension à rapporter plus fréquemment des problèmes de coordination se repère chez les répondants avec une **formation de niveau tertiaire**. Comme pour le thème du renoncement aux soins, l'articulation avec les compétences en santé et leur possible mobilisation pour détecter des problèmes de coordination pourrait être examinée.

Il convient encore de mentionner que les répondants considérant leur **état de santé comme passable ou mauvais** rapportent plus fréquemment avoir reçu des informations contradictoires (35,9%) que les répondants déclarant un bon (20,8%) ou très bon (18,5%) état de santé. D'un côté, des problèmes de santé plus nombreux induisent en principe des contacts avec un plus grand nombre de prestataires de santé et de ce fait, augmentent le risque que les informations reçues ne concordent pas systématiquement. D'un autre côté, ce résultat met en évidence l'enjeu d'une communication claire avec les patients les plus atteints dans leur santé.

Finalement, les femmes rapportent plus fréquemment que les hommes des problèmes de coordination. Cette différence ne transparait guère dans les fréquences des réponses (22,8% contre 19,0%, données non représentées). Elle est toutefois avérée par l'analyse multivariée qui contrôle l'ensemble des facteurs d'influence considérés.

#### **Évolution temporelle: Signalement d'informations contradictoires en hausse**

La part de répondants rapportant avoir reçu des informations contradictoires de différents médecins ou professionnels de la santé est passée de 17,2% en 2010 à 19,3% en 2016 et à 25,3% en 2020. Cet indicateur a particulièrement progressé chez les répondants âgés de moins de 35 ans (de 23,5% en 2010 à 37,9% en 2020) ainsi que chez ceux disposant d'une formation de degré tertiaire (de 18,8% en 2010 à 30,8% en 2020). Si des écarts en fonction de la classe d'âge se repéraient déjà en 2010, ceux-ci se sont accentués en 2020. Comme pour l'accès financier aux soins, le signalement plus fréquent d'informations contradictoires par les répondants avec une formation du degré tertiaire ne se manifeste qu'en 2020.

### Dimension n° 3 Communication avec le médecin traitant



#### Indicateur « Temps pour la consultation, implication du patient et clarté des explications »

Lorsque vous avez besoin de soins ou d'un traitement, à quelle fréquence le médecin ou le personnel de santé que vous voyez (réponses « toujours » ou « souvent ») ...

- A2. ... passent assez de temps avec vous ? ET
- A3. ... vous impliquent autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins et traitements ? ET
- A4. ... expliquent les choses d'une manière facilement compréhensible ?

Une bonne communication entre le patient et son médecin traitant constitue un indicateur central de la qualité de la prise en charge médicale. De manière générale, une communication claire et efficace favorise l'expérience des soins des patients. De surcroît, elle contribue à renforcer le rôle des patients pour prendre soin de leur propre santé, en leur permettant de prendre des décisions éclairées quant aux soins dont ils bénéficient. Les indicateurs présentés sont ici ceux retenus par l'OCDE pour rendre compte du vécu des patients en soins ambulatoires (2019). Seuls les répondants disposant d'un médecin ou d'un lieu de soins habituel ont répondu à ces questions (93,0% des répondants).

#### *Insatisfaction des jeunes concernant la durée de la consultation et des migrants concernant leur implication*

Dans l'ensemble, la grande majorité des répondants disposant d'un médecin ou d'un lieu de soin habituel considère que le médecin ou le personnel de santé passe toujours ou souvent suffisamment de temps avec eux (86,0%), les implique suffisamment dans les décisions concernant les soins et traitements (83,3%) et explique les choses de façon compréhensible (91,5%). Ces trois critères sont remplis pour 74,2% des répondants ayant un médecin ou un lieu de soins habituel.

En premier lieu, il apparaît que l'indicateur ne présente pas de différences marquées dans l'appréciation de la communication avec le médecin traitant en fonction de la situation socio-économique des répondants (nombre de désavantages socio-économiques, niveau de formation). Sur le thème spécifique de l'implication des patients (item A2), les **répondants avec trois désavantages socio-économiques** se montrent toutefois moins positifs que les autres catégories de répondants (78,7% contre environ 85%, données non représentées). Par ailleurs, l'effet du désavantage socio-économique semble dépendre du genre. Chez les hommes, la part faisant état d'une bonne communication avec le médecin traitant (trois critères remplis) passe de 81,4% pour ceux sans ou avec un seul désavantage socio-économique à 66,6%

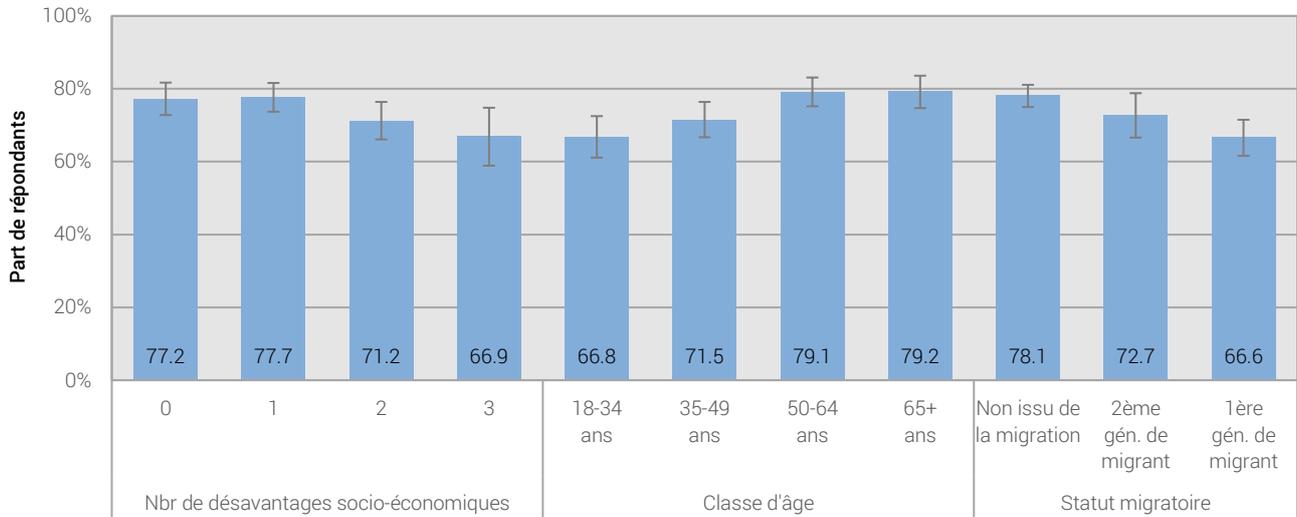
chez ceux avec deux ou trois désavantages socio-économiques. Chez les femmes, la part rapportant une bonne communication avec le médecin traitant se situe autour de 75% quel que soit le nombre de désavantages socio-économiques.

Les **répondants âgés de 18 à 34 ans** sont 66,8% à présenter les trois critères de l'indicateur de bonne communication alors que chez ceux âgés de 50 ans et plus, cette part est de presque 80%. La question du temps passé avec le patient est ici un point particulièrement critique: 79,1% des répondants âgés de 18 à 34 ans rapportent que le personnel de santé a passé assez de temps avec eux contre environ 90% pour les 50 ans et plus (données non représentées).

Quant aux **migrants de première génération**, ils présentent moins souvent les trois critères d'une bonne communication avec le médecin habituel (66,6%) en comparaison avec ceux n'étant pas issus de la migration et présentant les trois critères d'une bonne communication (78,1%). Pour les migrants de première génération, c'est surtout la clarté des explications qui est moins bien évaluée (76,4% contre 85,8% pour les personnes non issues de la migration, données non représentées).

On relève encore que l'effet de l'âge mentionné plus haut tend à être particulièrement prononcé chez les répondants issus de la migration. Chez ces derniers (première et deuxième génération prises ensemble), la part faisant état d'une bonne communication avec le médecin traitant passe de 59,6% au sein des 18-34 ans à 80,0% chez les 65 ans et plus. Chez les non migrants, le résultat se situe entre 72,8% (18-34 ans) et 84,3% (50-64 ans) selon la classe d'âge (données non représentées). De même, on relève que parmi les jeunes participants à l'enquête (18-34 ans), ceux avec deux ou trois désavantages socio-économiques rapportent moins souvent les trois critères de bonne communication avec leur médecin traitant (58,6%) en comparaison avec les jeunes sans ou avec un seul désavantage socio-économique (72,0%). Au sein des classes d'âge plus élevées, l'impact des désavantages socio-économiques est moins fort. Les jeunes migrants et les jeunes avec plusieurs désavantages socio-économiques représentent donc des groupes plus particulièrement exposés au risque d'une communication jugée insuffisante avec leur médecin traitant.

**G 3.4 Bonne communication avec le médecin traitant (3 critères) selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020**



n= 2117 (seuls les répondants disposant d'un médecin ou d'un lieu de soins habituel sont inclus dans l'analyse)

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Évolution temporelle: Fréquence d'une bonne communication avec le médecin traitant constante depuis 2010**

Parmi les répondants disposant d'un médecin ou d'un lieu de soins habituel, la part remplissant les trois critères d'une bonne communication avec le médecin traitant se maintient autour de 75% entre 2010 et 2020 (74,2% en 2020), et peut donc être considérée comme stable. En termes d'iniquités, les résultats les plus marquants en 2020 concernent les migrants de première génération (66,6%) en comparaison avec les répondants qui ne sont pas issus de la migration (78,1%). Un écart similaire était déjà observé en 2016 (63,6% contre 76,4%).

## Dimension n° 4 Soutien reçu



### Indicateur «A tout à fait reçu le soutien nécessaire de la part des professionnels de santé pour pouvoir mieux gérer ses problèmes de santé»

Le soutien que les prestataires de santé procurent à leurs patients peut prendre plusieurs formes. Par exemple, en permettant de lever certaines inquiétudes, les échanges avec le professionnel de la santé peuvent être source de soutien émotionnel. Il peut également s'agir de soutien à la planification des soins ou dans des démarches administratives et sociales. Une approche centrée sur le patient implique également de procurer le soutien psychosocial adéquat. L'indicateur ici utilisé n'opère pas de distinction entre les différents types de soutien. Il ne concerne que les répondants atteints d'au moins une maladie chronique (49,3% des répondants).

#### *Lacunes dans le soutien aux personnes en difficulté socio-économique et issues de la migration*

Parmi les répondants ayant déclaré au moins une maladie chronique, 57,0% estiment avoir «tout à fait» reçu le soutien nécessaire de la part des professionnels de santé pour pouvoir mieux gérer leurs problèmes de santé. Pour 36,2%, le soutien nécessaire a été en partie reçu et pour 6,8%, pas du tout.

Cet indicateur montre des écarts importants entre les différents groupes de répondants. Un **fort gradient socio-économique** se repère: chez les répondants avec maladie chronique ne présentant pas de désavantages socio-économiques, 69,1% estiment avoir reçu tout à fait le soutien nécessaire. Cette part passe à 39,8% chez les répondants cumulant les trois types de désavantages.

On observe également que parmi les répondants souffrant d'une maladie chronique, ceux vivant dans un **ménage monoparental** rapportent nettement moins souvent que les autres avoir reçu le soutien nécessaire (26,6% contre 58,1%). Bien qu'en raison du petit nombre de personnes concernées au sein de l'échantillon, une grande incertitude entoure ces résultats, ce facteur de vulnérabilité est ici manifeste.

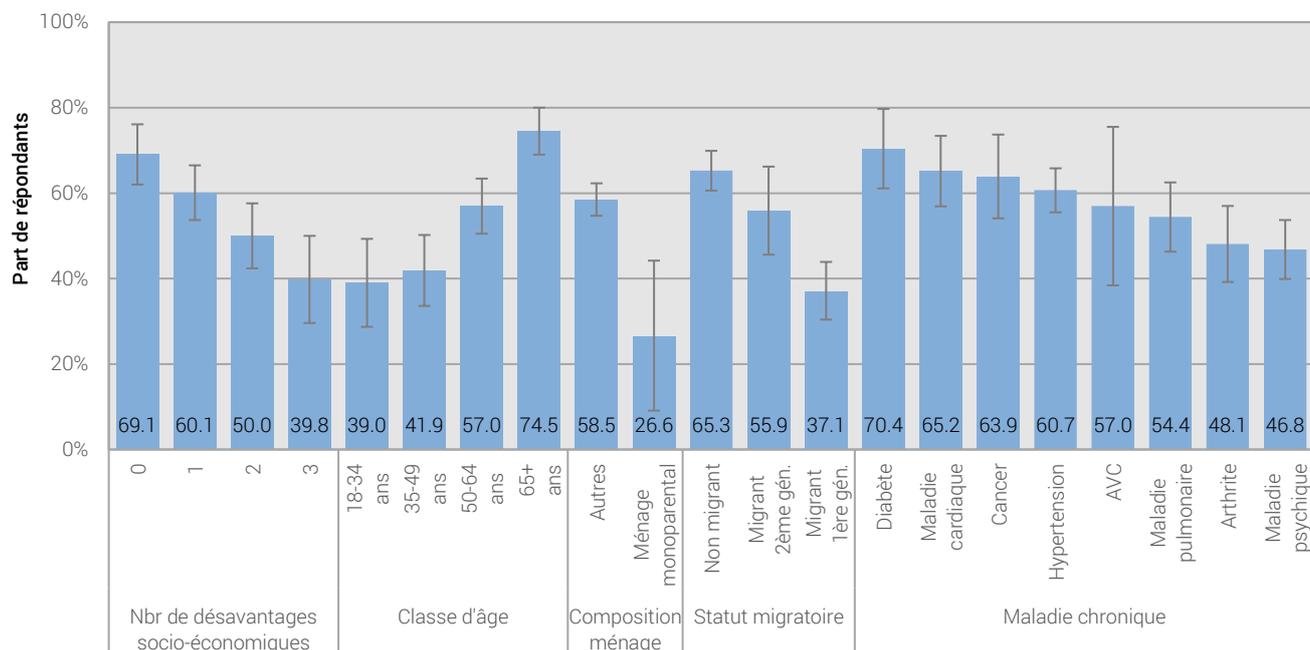
Des différences importantes apparaissent aussi concernant l'effet du **statut migratoire**: si parmi les répondants souffrant d'une maladie chronique, 65,3% de ceux n'étant pas issus de la migration disent avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire, cette part est de 37,1% chez les migrants de première génération (migrants de deuxième génération: 55,9%). On peut ici envisager que les migrants ou les personnes en proie à des difficultés socio-économiques rencontrent des difficultés spécifiques, par exemple en lien avec la compréhension de la langue ou avec l'accès financier, et que le système de soins ne soit pas toujours adapté aux besoins de ces patients.

Un gradient très marqué s'observe encore à travers les **classes d'âge**. Au sein des personnes avec une maladie chronique, parmi les répondants âgés de moins de 50 ans, environ 40% estiment avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire. Chez les répondants âgés de 50 à 64 ans, cette part passe à 57,0% et à 74,5% chez ceux âgés de 65 ans et plus. Précisons qu'environ un tiers des répondants âgés de moins de 50 ans rapporte une maladie chronique (34,8%), le plus souvent une maladie psychique (15,7%) et de l'asthme ou une maladie pulmonaire (11,3%, données non représentées). Chez les répondants âgés de 65 ans et plus, la part souffrant d'une maladie chronique passe à 73,3%, les maladies les plus fréquemment mentionnées étant l'hypertension (50,8%) et les maladies cardiaques (23,9%).

On note finalement que les effets relevant de la condition socio-économique, du statut migratoire et de l'âge tendent à se cumuler. Par exemple, chez les migrants de première génération âgés de moins de 50 ans, la part de malades chroniques estimant avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire est particulièrement basse (21,3%). De la même manière, chez les migrants de première génération présentant deux ou trois désavantages socio-économiques, seulement 29,2% rapportent avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire (données non représentées). Les jeunes migrants de première génération et les migrants défavorisés représentent donc deux groupes plus particulièrement exposés au risque de ne pas recevoir le soutien nécessaire de la part des professionnels de santé pour pouvoir mieux gérer leurs problèmes de santé.

La perception du soutien reçu diffère également selon les maladies concernées. De manière générale, la part de répondants déclarant avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire est particulièrement élevée chez les **répondants avec diabète** (70,4%) et elle est beaucoup plus basse chez les répondants avec **arthrite** (48,1%) ainsi que chez ceux souffrant d'une **maladie psychique** (46,8%). Par contre, la part estimant avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire ne varie pas selon que les répondants rapportent une seule maladie chronique (57,2%) ou plusieurs (59,7%). La taille de l'échantillon ne permet pas de comparer les réponses des répondants par maladie chronique et en fonction des caractéristiques socio-économiques et démographiques.

**G 3.5 A tout à fait reçu le soutien nécessaire de la part des professionnels de santé pour pouvoir mieux gérer ses problèmes de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020**



n= 1099 (seuls les répondants souffrant d'une maladie chronique sont inclus dans l'analyse)

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

**Évolution temporelle:** En 2016, la question du soutien reçu de la part des professionnels de santé pour pouvoir mieux gérer ses problèmes de santé n'avait été posée qu'aux répondants souffrant d'asthme, de diabète, d'une maladie cardiaque ou d'hypertension: 62,4% considéraient alors avoir tout à fait reçu le soutien nécessaire. En prenant la même base de répondants pour 2020, ce pourcentage est de 57,4%, sans différence significative (contre 57,0% en considérant l'ensemble des répondants avec une maladie chronique).

## Dimension n° 5 Sécurité des patients



### Indicateur «Erreurs médicales constatées par le patient»

Au cours des 2 dernières années, vous est-il arrivé...

...qu'un médecin, une infirmière, quelqu'un d'un hôpital ou un pharmacien vous ait donné le mauvais médicament ou une mauvaise dose?

OU

... de penser qu'une erreur médicale a été commise dans votre traitement ou vos soins

Les travaux axés sur l'amélioration de la qualité du système de santé s'intéressent notamment aux erreurs médicales car celles-ci peuvent témoigner de défaillances organisationnelles (p. ex. des problèmes de coordination entre les prestataires) et être sources de gaspillage dans les soins de santé (OCDE, 2017). Les erreurs médicales déclarées par les patients ne permettent pas de connaître la survenue objective de ces événements. En outre, la définition d'une erreur médicale par un patient ne se superpose pas forcément à celle du professionnel de la santé. Appréhendé en tant qu'indicateur de l'expérience du patient, le taux de déclaration d'erreurs médicales peut être le résultat d'un manque d'information et de communication. Il peut également être lié aux capacités de détection des patients ou à leur faculté à questionner le système.

*Écarts quant aux taux de déclaration des erreurs médicales: différences d'incidence ou iniquités quant à la capacité de détection ?*

Dans l'ensemble, environ un répondant sur dix rapporte qu'au cours des deux dernières années, une erreur médicale a été commise (11,8%), que ce soit dans une administration médicamenteuse ou dans un autre domaine. À noter que de façon analogue à la question du renoncement aux soins, cet indicateur est construit indépendamment de l'existence d'un besoin de soin ou d'un recours aux soins.

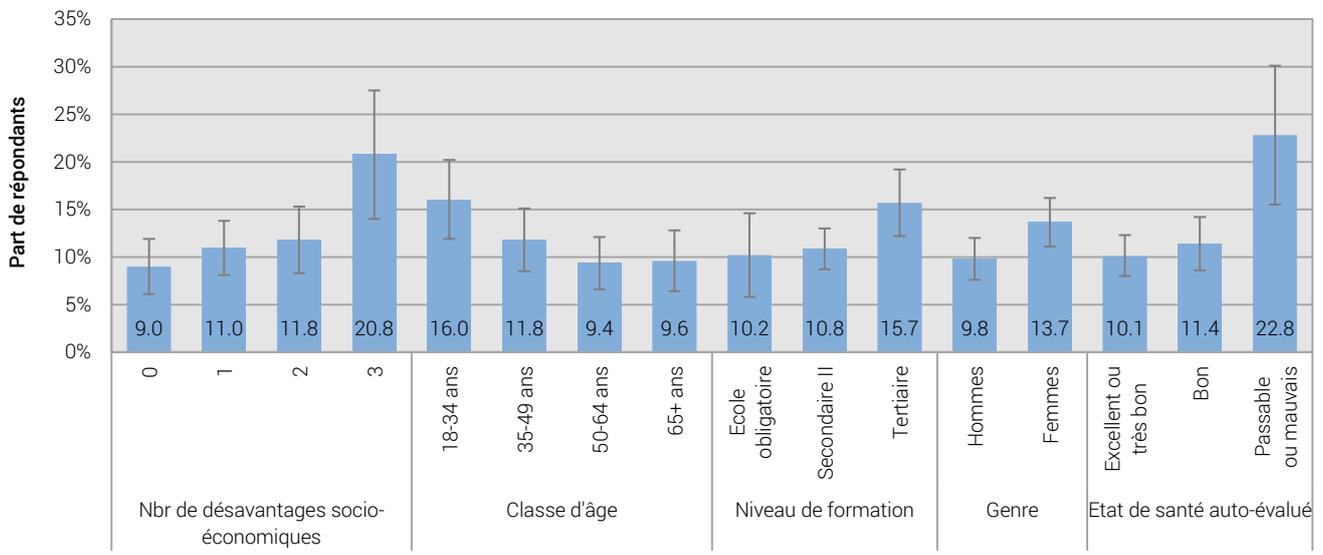
Le taux de déclaration connaît des écarts importants entre les différentes catégories de répondants: des erreurs médicales sont le plus souvent rapportées par les personnes présentant les **trois types de désavantages socio-économiques** (20,8%), par celles avec un titre de **formation du degré tertiaire** (15,7%), par les **femmes** (13,7%) ainsi que par les personnes **âgées de 18 à 34 ans** (16,0%). Il est à noter que cet effet de l'âge se limite aux personnes qui ne sont pas issues de la migration (18-34 ans: 18,7% vs 65+ ans: 7,6%). Pour les migrants de première ou de deuxième génération, la part ayant constaté une erreur médicale se situe autour de 12% quelle que soit la classe d'âge.

Pour les migrants de première ou deuxième génération pris ensemble, le niveau de formation joue un rôle dans leur constat d'une erreur médicale (18,4% avec formation de niveau tertiaire rapportent des erreurs médicales, comparé à 10,0% aux niveaux obligatoire et secondaire) comparé aux répondants non-issus de la migration pour lesquels le rôle du niveau de formation est négligeable.

Il y aurait lieu d'approfondir l'analyse afin de comprendre dans quelle mesure un taux de déclaration plus élevé témoigne d'écarts réels quant à la survenue de ces événements, s'il résulte de problèmes communicationnels avec les prestataires ou s'il reflète une plus grande sensibilité pour la détection d'événements perçus comme des erreurs. Il est possible que les mécanismes ne soient pas les mêmes selon la catégorie de répondants considérée.

Par ailleurs, 22,8% des répondants avec un **état de santé décrit comme passable ou mauvais** rapportent une erreur médicale, contre environ 10% pour les autres catégories de répondants. On peut effectivement s'attendre à ce que les personnes en moins bonne santé reçoivent plus de soins, faisant augmenter la probabilité qu'une erreur se produise. Le risque que surviennent des problèmes de coordination, voire des erreurs augmente également lorsque le nombre de prestataires impliqués est plus important.

### G 3.6 A constaté une erreur médicale au cours des deux dernières années, selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020



n= 2284

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

#### Évolution temporelle: Un taux d'erreurs médicales rapportées constant, sensible à la situation socio-économique

Depuis 2010, la part de répondants déclarant qu'une erreur médicale a été commise au cours des deux dernières années est restée stable, avec 11,4% en 2010, 12,6% en 2016 et 11,8% en 2020. En 2020, on observe que les répondants avec trois désavantages socio-économiques rapportent nettement plus souvent que les autres des erreurs médicales (20,8%). Les résultats par les deux composantes de l'indicateur de désavantage socio-économiques disponibles en 2016 (niveau de revenu et liés au fait de se faire du souci pour payer le loyer ou l'hypothèque) suggèrent également une constance quant à l'identification d'erreurs médicales en fonction de la situation socio-économique.

## Dimension n° 6 Appréciation générale de la performance



**Indicateur «Part de répondants qualifiant de «très bonne» ou de «bonne» la performance générale du système de santé.»**

Lorsqu'il est question de l'évaluation de la performance des systèmes de santé, on considère généralement l'analyse conjointe d'une variété d'indicateurs ayant trait à l'état de santé de la population, aux résultats des services de santé, à l'équité ou au financement. Dans le contexte de l'IHP, c'est l'appréciation par les répondants de la performance générale du système de santé qui est évaluée. A l'instar des questions relatives à la satisfaction des patients, cet indicateur revêt un caractère plus subjectif qui le distingue des cinq autres dimensions de l'expérience du patient (accès financier, continuité et coordination, communication avec le médecin traitant, soutien reçu et sécurité des patients).

En rendant compte de la manière dont la population se représente la performance du système de santé, cet indicateur renseigne toutefois sur des aspects importants en lien avec la confiance envers le système de santé et les attentes en termes d'amélioration du système.

### *L'appréciation de la performance comme reflet de l'expérience du patient*

Avec 88,0% de réponses «très bonne» ou «bonne», la Suisse était le pays présentant les résultats les plus favorables en 2020 dans l'évaluation de la performance du système de santé (Pahud, 2020). Cette appréciation n'est toutefois pas uniformément partagée.

Les répondants ne présentant aucun **désavantage socio-économique** affichent un taux de satisfaction très élevé (93,3%) vis-à-vis de la performance du système de santé, tandis que le taux est plus bas pour ceux avec trois désavantages socio-économiques (79,8%). Quant à l'évaluation des soins médicaux reçus en cabinet – un indicateur également utilisé pour mesurer l'appréciation générale de la qualité des soins – un gradient socio-économique encore plus important apparaît: 79,0% des répondants sans désavantage socio-économique jugent ceux-ci très bons ou excellents alors que pour les personnes avec trois désavantages socio-économiques, cette part passe à 59,2%. Pour ces deux indicateurs, le gradient socio-économique quant à la satisfaction générale est cohérent avec celui observé pour la plupart des autres indicateurs de qualité considérés qui se basent plus directement sur les expériences des répondants.

Du point de vue du système de santé et des prestataires, il se peut que ces résultats témoignent d'une insuffisante allocation des ressources et du temps consacrés à des patients socio-économiquement défavorisés. La formation du personnel de santé et

la collaboration avec les acteurs socio-sanitaires pourraient aussi être renforcées. Du point de vue des patients, le jugement plus négatif de la part des plus défavorisés peut être lié à une méfiance à l'égard du système de santé ou du corps médical, ou encore à leur moindre littéracie de santé.

Chez les **personnes âgées de 65 ans et plus**, le taux de satisfaction concernant la performance du système de santé atteint 94,9% et s'avère donc plus élevé que chez les catégories d'âges plus jeunes. De la même manière, cette classe d'âge évalue particulièrement positivement les soins médicaux reçus en cabinet: 82,0% considèrent ceux-ci comme excellents ou très bons contre 63,1% pour les répondants âgés de 18 à 34 ans. D'autres études ont déjà révélé que l'âge est un facteur prédictif important de la satisfaction des patients (Xesfingi & Vozikis, 2016).

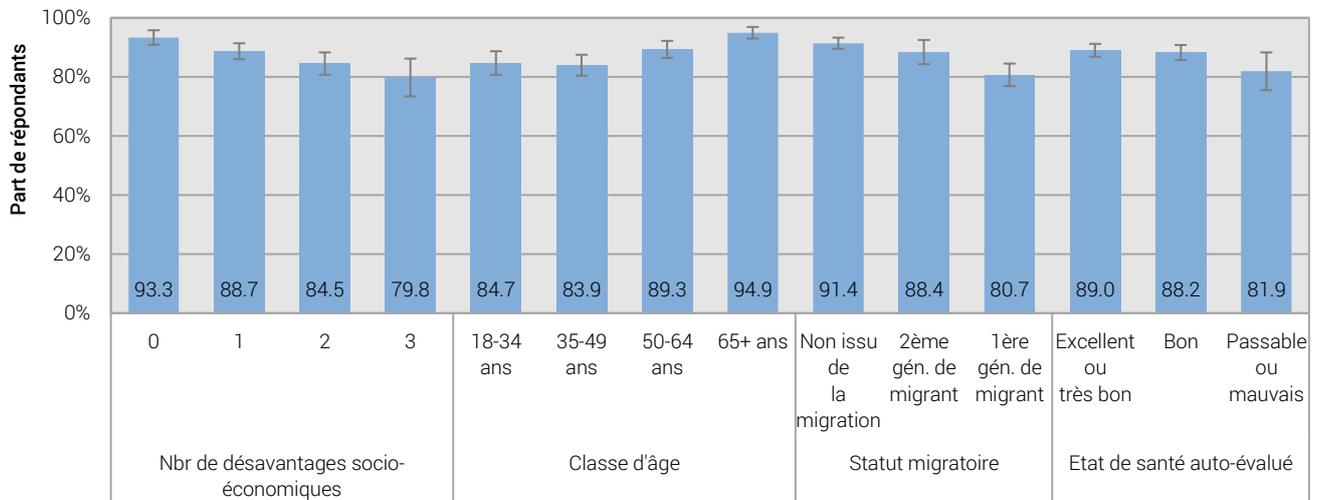
Les **migrants de première génération** fournissent une moins bonne évaluation de la performance du système de santé que les répondants non issus de la migration. Leur point de vue est également moins favorable lorsqu'il en va de l'évaluation des soins médicaux reçus. On rappelle ici que pour les autres dimensions de l'expérience du patient, les migrants de première génération jugent également plus défavorablement la communication avec le médecin traitant et le soutien reçu de celui-ci. On peut notamment envisager le rôle des barrières linguistiques, culturelles ou liées à la connaissance du système de santé et des assurances (De Gani et al., 2021 ; Stotzer, et al., 2006).

On relève encore que le statut migratoire et les désavantages socio-économiques se cumulent dans l'appréciation de la performance du système de santé. Ainsi, la part qualifiant de bonne ou de très bonne la performance du système de santé passe de 95,6% chez les non-migrants ne présentant aucun désavantage socio-économique à 82,8% chez les non-migrants avec les trois types de désavantages. Chez les personnes issues de la migration, ces parts sont de respectivement 88,9% et 77,5%.

Par ailleurs, les répondants percevant leur état de santé comme **passable ou mauvais** sont moins enclins à être satisfaits de la performance du système de santé. Cette relation a déjà été constatée dans de nombreuses études (p.ex. Crow et al., 2002). Sur la base des analyses menées ici, on peut également supposer que les opportunités d'éprouver des expériences défavorables (p.ex. problèmes de coordination ou erreur médicales) sont plus nombreuses pour les patients atteints dans leur santé.

Finalement, il est intéressant de relever que l'appréciation qui est faite de la performance du système de santé semble peu influencée par le **niveau de formation** des répondants, alors que pour plusieurs mesures de l'expérience du patient, une formation de niveau tertiaire était associée à des résultats moins favorables. D'un point de vue méthodologique, il a déjà été observé que les indicateurs de satisfaction tendent à fournir une image partielle et optimiste de la situation, ce qui pourrait tenir au fait que la question posée ne fait pas directement le lien avec des situations concrètes (Grøndahl, 2012). On peut également émettre l'hypothèse que les répondants avec un niveau de formation plus élevé puissent avoir une meilleure compréhension des limites du système de santé.

### G 3.7 Qualifie de «très bonne» ou de «bonne» la performance générale du système de santé, selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020



n= 2284

Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2020

© Obsan 2023

#### Différences régionales et évolution temporelle: Appréciation de la qualité des soins en hausse, sauf en Suisse italienne

La performance générale du système de santé ayant été évaluée pour la première fois en 2020, la comparaison dans le temps pour cet indicateur n'est pas possible. Par contre, l'appréciation générale de la qualité des soins médicaux peut être examinée pour 2016 et 2020, cet indicateur pouvant être considéré comme l'un des aspects composant la performance générale du système de santé. Entre 2016 et 2020, la part de répondants considérant la qualité des soins comme excellente ou très bonne a augmenté, passant de 65,7% à 73,9% (différence significative).

Cette tendance n'a toutefois pas concerné dans la même mesure l'ensemble des catégories de répondants. Cette bonne appréciation a progressé chez les répondants de Suisse alémanique et romanche (de 68,2% à 76,3% considérant la qualité des soins comme excellente ou très bonne) et de Suisse romande (de 58,0% à 69,1%) alors que celle des répondants de Suisse italienne marque plutôt une tendance à la baisse (de 66,2% à 62,4%). Il est utile de mentionner qu'en Suisse, l'enquête a été menée du 5 mars au 4 mai 2020. A cette période, le canton du Tessin était particulièrement touché par la pandémie de coronavirus qui arrivait en Suisse. Par contre, les répondants tessinois étaient en 2016 ceux qui considéraient le plus souvent que seuls des changements mineurs étaient nécessaires pour que le système de santé fonctionne mieux (68,8% contre environ 57,0% pour les répondants des autres régions linguistiques). Par ailleurs, selon une autre enquête représentative effectuée au début de l'année 2021, pour 77% des romands et 60% des italophones sondés, la vision de l'état du

système de santé avait changé de façon positive depuis la crise du coronavirus alors que cette part est de 31% pour les répondants alémaniques (Bieri et al., 2021).

On relève également que l'amélioration de l'appréciation de la qualité des soins est principalement le fait des personnes qui ne sont pas issues de la migration. En 2016, les résultats ne différaient donc pas de façon significative en fonction du statut migratoire. En 2020, la part de répondants qualifiant la qualité des soins médicaux d'excellente ou de très bonne s'avère par contre plus basse chez les migrants de première génération (67,0%) que chez les personnes non issues de la migration (78,0%, différence significative).

## 4 Discussion

### 4.1 Résultats principaux

L'analyse des données de l'IHP 2020 a permis de mettre en évidence des résultats marquants en matière d'iniquités dans les expériences des soins en Suisse. Ce type d'approche s'appuyant sur des enquêtes nous rappelle que le point de vue des patients est fondamental pour la compréhension des expériences de soins et complémentaire aux approches s'appuyant sur des données administratives de routine.

Les iniquités révélées par cette étude apparaissent pour chacune des dimensions de la qualité des soins examinée. Elles sont particulièrement prononcées sur le thème du renoncement aux soins pour des raisons de coûts, ainsi que sur la question du soutien reçu par les répondants souffrant d'une maladie chronique de la part des professionnels de santé. En lien avec la survenue d'événements indésirables, des iniquités se repèrent également, bien que moins prononcées, dans la mention d'erreurs médicales (rapportées par le patient) et d'informations contradictoires reçues des différents médecins et professionnels de la santé. Enfin, si la communication avec le médecin traitant et la performance générale du système de santé sont globalement évalués de façon positive, des écarts existent également entre les différentes catégories de répondants.

Pour chacun des indicateurs de qualité examinés, un **gradient socio-économique** est observé: les personnes avec plusieurs **désavantages socio-économiques** rapportent systématiquement des expériences et évaluations plus négatives en comparaison avec les personnes sans ou avec peu de désavantages socio-économiques. Cet effet est particulièrement prononcé pour les thèmes du soutien reçu par les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique et du renoncement aux soins pour des raisons de coûts. Les personnes avec plusieurs désavantages socio-économiques rapportent également plus fréquemment renoncer à des soins par manque de connaissance d'un bon médecin et par manque de confiance envers les médecins, hôpitaux, examens et traitements.

En ce qui concerne le **statut migratoire**, les migrants de première génération rapportent une moins bonne évaluation de la communication avec le médecin traitant, en particulier en ce qui concerne la clarté de l'information donnée et le soutien reçu pour mieux gérer les problèmes de santé en cas de maladie chronique. Ce sont notamment les jeunes migrants qui rapportent les plus mauvaises expériences avec leur médecin traitant ou les professionnels de la santé sur ces deux dimensions de la qualité. Pour les expériences rapportées de coordination et de sécurité des

soins, l'effet de l'âge semble moins prononcé chez les migrants, indiquant que les personnes âgées issues de la migration restent un groupe cible important dans l'amélioration de la qualité des soins. Par rapport à la situation socio-économique, le statut migratoire semble jouer un moindre rôle dans le renoncement aux soins pour des raisons de coûts. Par contre, les migrants de première génération renoncent plus souvent aux soins en raison de difficultés linguistiques ou parce qu'ils ne connaissent pas de bon médecin. Conformément à ces résultats, les migrants de première génération évaluent moins bien la performance du système de santé et la qualité des soins reçus en cabinet.

Les personnes vivant dans un **ménage monoparental** sont peu étudiées en raison du petit nombre de répondants concernés au sein des échantillons représentatifs. Il apparaît cependant qu'il s'agit d'un groupe particulièrement à risque de renoncer aux soins. L'accès aux soins est principalement limité par les contraintes financières, mais le manque de temps lié à la garde des enfants ainsi que le manque de confiance dans le système de santé sont également mentionnés. Les personnes vivant dans un ménage monoparental confrontées à au moins une maladie chronique déclarent aussi avoir moins souvent tout à fait reçu le soutien nécessaire pour faire face à leur problème de santé.

Pour chacun des indicateurs de qualité, un **effet d'âge** s'est également manifesté. Les classes d'âge plus jeunes présentent des résultats systématiquement plus défavorables que les classes d'âge plus âgées. Cet effet était le plus prononcé pour les informations contradictoires reçues de divers professionnels de santé (dimension continuité et coordination des soins) et du soutien reçu parmi les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique. L'observation de ce gradient d'âge appelle à mieux comprendre quelles sont les besoins et les attentes des plus jeunes vis-à-vis du système de santé.

Autres résultats d'intérêt, les répondants avec un **niveau de formation** plus élevé jugent moins bonne la coordination entre professionnels de la santé. L'effet de la formation est particulièrement notable pour les répondants issus de la migration, qui rapportent plus d'erreurs médicales et renoncent plus aux soins lorsqu'ils ont une formation de niveau tertiaire. Une hypothèse explicative possible concerne une meilleure navigation et orientation dans le système de soins de santé, et de ce fait, un regard peut-être parfois plus critique sur celui-ci. Concernant le renoncement aux soins, le rôle de la franchise devrait également être examiné plus en détail.

En ce qui concerne le **genre**, les femmes ont plus fréquemment rapporté des erreurs médicales et des problèmes de coordination. A partir de 50 ans, le renoncement pour des raisons financières semble concerner plus les hommes que les femmes. Par contre, les femmes renoncent plus aux soins par manque de connaissance d'un bon médecin, par peur des résultats ou parce qu'elles prennent en charge des proches dépendants.

Finalement, des différences ont été constatées en fonction de **l'état de santé auto-évalué** des répondants. Ceux se déclarant un état de santé passable ou mauvais rapportent plus fréquemment avoir reçu des informations contradictoires des différents médecins et professionnels de la santé et avoir constaté des erreurs médicales. En raison de ses contacts supposément plus fréquents avec le système de santé, cette catégorie de répondants est logiquement plus exposée à ce type de risque. Toutefois, on observe également que ces résultats vont de pair avec une moins bonne appréciation de la performance du système de santé.

## 4.2 Limites de l'étude et perspectives

L'analyse menée permet ainsi de tirer plusieurs enseignements utiles dans le domaine de l'équité en matière de qualité du système de santé suisse. Elle soulève toutefois également plusieurs questions, en lien avec l'identification des groupes cibles d'une part et concernant les mécanismes explicatifs d'autre part.

Pour ce qui est de la **définition des groupes cibles** auxquels des mesures de prévention et d'intervention pourraient s'adresser, rappelons d'abord que l'enquête IHP s'appuie sur le cadre d'échantillonnage de l'OFS et est à disposition uniquement dans les langues officielles (français, allemand et italien). En conséquence, les personnes ne vivant pas dans un ménage privé (p.ex. sans domicile fixe, vivant dans une institution) ou sans connaissance suffisante d'une langue du pays sont exclues de l'enquête. Il n'est pas non plus possible de tirer des conclusions concernant les personnes dans le processus d'asile ou sur les sans-papiers, car ceux-ci ne figurent pas, ou que de manière incomplète, dans le cadre d'échantillonnage.

De plus, les catégories ici utilisées pour l'analyse sont en fait relativement générales. Il serait donc nécessaire d'identifier les caractéristiques spécifiques générant des iniquités en santé. Par exemple, le statut migratoire des répondants est connu mais pas la durée de leur séjour, leur pays d'origine, ou leur statut de séjour.

Les indicateurs du statut socio-économique peuvent également être améliorés, par exemple avec une mesure plus fine du salaire ou en tenant compte de la fortune. En outre, d'autres caractéristiques constitutives des **iniquités**, telles que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, pourraient être considérées dans de futures analyses. Dans une perspective intersectionnelle, il s'agirait par ailleurs de saisir systématiquement la manière dont ces différentes caractéristiques se combinent. Agissent-elles de façon cumulative ou se manifestent-elles dans certaines configurations ? Nos analyses ont partiellement permis d'éclaircir ces questions, mais d'autres sont nécessaires, notamment sur la

base d'échantillons plus grands, afin de pouvoir cerner plus précisément les iniquités de santé en Suisse.

Les **mécanismes de la relation** entre les caractéristiques constitutives des iniquités identifiées et la qualité du système de santé devraient également être précisés. Dans une étude menée aux Etats-Unis mettant en évidence une expérience de la qualité des soins systématiquement défavorable pour les patients à bas revenu, les auteurs suggèrent que les facteurs explicatifs résident tant au niveau du système de santé et des fournisseurs de prestation que des patients (Okunrintemi et al., 2019). Du **côté du système de santé et des prestataires**, il peut s'agir d'un manque d'adaptation aux besoins des patients. Une part des mauvaises expériences avec les soins peut s'expliquer par des expériences de discrimination des patients. Des iniquités d'accès ou des traitements discriminatoires peuvent réduire la confiance envers le système de santé et la satisfaction vis-à-vis des soins. Ces expériences peuvent également conduire à renoncer à des soins (Glover et al., 2017 ; Krüger et al., 2022 ; Rivenbark & Ichou, 2020). Comme tout être humain, le personnel de santé dispose ainsi de biais implicites qui peuvent l'amener à développer des préjugés et à adopter des comportements discriminatoires envers des groupes défavorisés (Dominicé Dao & Bodenmann, 2018). Il est possible de former le personnel de santé afin de le sensibiliser à ces mécanismes en partie inconscients et de lui permettre de développer des compétences (p.ex. de type transculturel) et des stratégies pour garantir un traitement équitable des patients.

De plus, des difficultés de compréhension liées à la langue entre les professionnels de la santé et des patients allophones peuvent entraver le suivi médical et le succès thérapeutique (Genovese et al., 2023 ; Ortega et al., 2020). Ce constat rend d'autant plus nécessaire une sensibilisation des acteurs de la santé aux spécificités cliniques transculturelles, et pose la question du recours possible et souhaitable, en fonction de la situation de chaque patient, aux interprètes communautaires.

Pour répondre aux besoins complexes des patients vulnérables, de nombreuses structures ont déjà été mises en place mais souvent, le partenariat entre les acteurs du réseau socio-sanitaire pourrait être plus étroit. Le personnel de santé pourrait également être encore mieux formé et équipé pour faire face aux besoins sociaux des patients (Bayer-Oglesby et al., 2020 ; Bodenmann et al., 2018).

Du côté **des patients**, ces résultats pourraient en partie s'expliquer par leur niveau de littératie en santé. En effet, les personnes manquant de ressources financières, sans soutien social ou ayant des difficultés de communication dans une langue locale présentent généralement un niveau de littératie en santé plus faible (De Gani et al., 2021 ; Wieber et al., 2022), ce qui entrave notamment leur capacité à s'orienter et à naviguer le système de soins, et pourrait expliquer une satisfaction plus faible vis-à-vis des soins (Altin & Stock, 2016). Inversement, un niveau élevé de littératie en santé peut être associé à une capacité avancée de réfléchir aux facteurs et processus déterminants pour la santé, d'analyser de façon critique des informations de santé et de mieux comprendre la complexité des services (Abel & McQueen,

2020 ; De Gani et al., 2023). Ces compétences pourraient également rendre plus attentif aux faiblesses du système et expliquer une partie des erreurs ou manques de coordination rapportés par les participants avec un haut niveau de formation.

L'impact relatif de ces mécanismes - l'offre et l'organisation du système de santé, les attitudes et pratiques des professionnels, les ressources, compétences et expériences des patients - doit encore être étudié tant au niveau individuel qu'au niveau du système, ainsi qu'en mesurant l'interaction entre la personne et le système.

En outre, l'analyse a porté sur des **mesures d'expérience** rapportée par le patient (PREM's). Si ces indicateurs sont considérés comme plus objectifs que les mesures de satisfaction du patient, ils peuvent néanmoins comporter une part de subjectivité, rendant plus difficile la comparaison. L'appréciation de la qualité du système de santé dans ses différentes composantes s'avère en effet influencée par les besoins, attentes et préférences des patients. La construction de ces dernières en fonction des caractéristiques des répondants constitue un domaine de recherche encore peu exploré. Une meilleure connaissance à ce niveau permettrait de guider les chercheurs dans l'interprétation des iniquités relatives à l'expérience du système de santé. La **prise en compte des besoins et préférences des patients** constitue d'ailleurs un élément clé d'une prise en charge centrée sur le patient.

Les objectifs de qualité étant souvent plus difficiles à atteindre pour les groupes socialement défavorisés (Cookson et al., 2018), il est particulièrement important que l'analyse de la qualité d'un système de santé tienne suffisamment compte de la dimension de l'équité. Pour ce faire, il est nécessaire que les bases de données existantes (enquêtes et données administratives de routine) intègrent à l'avenir des informations spécifiques quant à la situation socio-économique, au statut migratoire ainsi que sur d'autres caractéristiques de désavantage. Cela peut par exemple passer par la mise en place de conditions permettant de compléter ces informations par le biais d'appariements de données.

L'apport de cette étude nécessite également d'être pensé dans le contexte global de l'évolution des politiques publiques: la tendance de fond à intégrer l'équité en santé comme objectif transversal des politiques de santé publique, voire des politiques publiques au sens large (dans une logique d'intersectorialité), est déjà en œuvre au niveau européen (p.ex. EuroHealthNet, 2021) et canadien. En complément à cet ancrage de l'équité au niveau stratégique des politiques publiques et de santé publique, il est à relever une préoccupation croissante des **acteurs de santé** de terrain quant à cette thématique, en Suisse comme à l'international, particulièrement depuis la pandémie de COVID-19. En Suisse plus spécifiquement, le réseau Swiss health Network for Equity nouvellement formé fin 2022 (anciennement Swiss hospitals for equity) a pour ambition d'approfondir les connaissances sur les enjeux d'équité dans les soins, de faciliter les échanges entre les acteurs clés mobilisés sur la prise en charge des populations vulnérables, plus particulièrement les migrants, de favoriser le transfert de savoirs et de bonnes pratiques.

### 4.3 Conclusion

L'apport de cette étude tient notamment au fait que la prise en compte de la dimension d'équité agit comme un révélateur: alors que dans les études internationales et indicateurs standardisés d'état de santé de la population, la Suisse est en général très bien classée, la présente analyse amène à nuancer les constats favorables. Un système de santé globalement performant et qualitatif peut également comporter des disparités importantes en termes d'égalité des chances des individus dans l'accès au système de santé et la qualité des soins prodigués.

On observe de plus que la crise liée au COVID-19 a creusé encore davantage les iniquités de santé. Dans ce contexte, qui concerne également la Suisse, cette étude invite à des approfondissements utiles pour mieux comprendre les facteurs à l'origine des iniquités et les spécificités des groupes de population concernés. Une telle base d'information est nécessaire pour permettre une sensibilisation des acteurs du domaine de la santé, des responsables politiques ainsi que des prestataires. Ce n'est qu'en mesurant les problèmes d'équité avec des indicateurs adéquats qu'un système peut être adapté aux besoins des groupes cibles et que ces mesures peuvent être évaluées et améliorées pour obtenir des soins de qualité pour l'ensemble des patients.

## 5 Bibliographie

- Abel, T., & Benker, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health Promotion International*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Altin, S.V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res*, 16, 450. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Arditi, C., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). Giving patients a voice about cancer care: should Switzerland do more to collect patients' experiences of cancer care?. Swiss Learning Health System.
- Anhang Price, R., Elliott, M.N., Zaslavsky, A.M., Hays, R.D., Lehrman, W.G., Rybowski, L., ... & Cleary, P.D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71, 522-554.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N. & Zumbrunn, A. (2020). Situation sociale et hospitalisations pour maladies chroniques. Obsan Rapport 11/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Beltran, G. (2017). Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population ruralo-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-1, 87-107.
- Bieri U., Ph. Kocher, J., Doriot, A., Seebacher, L. & Muradova, N. (2021). L'essentiel en bref sur le Moniteur de la santé 2021. Bâle: Interpharma.
- Bodenmann, P., Jackson, Y., Bischoff, T., Vaucher, P., Diserens, E.-A., Madrid, C., Althaus, F., & Wolff, H. (2018). Déterminants sociaux de la santé et précarité: quels rôles pour le médecin ? In P. Bodenmann, Y. Jackson, & H. Wolff (Eds.), *Vulnérabilités, équité et santé* (pp. 21-27). Chêne-Bourg: RMS.
- Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Brunner L., Eggli Y., Marti J., Moschetti K., Nicolet A., Spycher J., (2023, à paraître). Réadmissions hospitalières et désavantage socioéconomique en Suisse. Etude mandatée par l'office fédérale de la santé publique. Berne : OFSP.
- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Shaw, R., Doran, T., & Goldblatt, P. (2018). Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Social Science & Medicine*, 198, 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.004>
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of Satisfaction with Health Care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment* 6, 1-244. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.004>
- De Gani, S.M., Beese, A.-S., Guggiari, E., & Jaks, R. (2023, forthcoming). *A concept paper on health literacy*. On behalf of the Swiss Federal Office of Public Health (FOPH), Bern.
- De Gani S.M, Jaks R., Bieri, U., & Kocher, J.P. Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zurich: Careum Stiftung; Available from: Health Literacy (admin.ch)
- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). Forgoing healthcare in Switzerland. Prevalence, determinants, and consequences. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH
- De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*; 17, 1-288.
- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, 170, 1-6.
- Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dominicé Dao, M. & Bodenmann, P. (2018). Ce que l'autre peut susciter chez nous: préjugés, stéréotypes et discrimination dans la pratique clinique. In P. Bodenmann, Y. Jackson, & H. Wolff (Eds.), *Vulnérabilités, équité et santé* (pp. 107-114). Chêne-Bourg: RMS.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3, e001570.
- EuroHealthNet (2021). An Economy of Wellbeing for Health Equity. Fostering a transition towards healthier, more inclusive, and sustainable societies. [Policy précis](#).

- Fujisawa, R. and N. Klazinga (2017), "Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016", OECD Health Working Papers, No. 102, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en>.
- Genovese, E., Page, K. R., Cailhol, J., & Jackson, Y. (2023). Learning from the COVID-19 pandemic response to strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: case studies from four countries. *The Lancet Regional Health – Europe*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100601>
- Glover, L.M., Sims, M. & Winters, K. (2017). Perceived discrimination and reported trust and satisfaction with providers in African Americans: The Jackson Heart Study. *Ethnicity & Disease*, 27), 209-216. doi:10.18865/ed.27.3.209
- Grøndahl, V. (2012). *Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital*. Dissertation. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Guessous I, Gaspoz J.,M., Theler, J.,M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55, 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.005>
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Krüger, P., Pfister A., Eder, M. & Mikolasek, M. (2022). Santé des personnes LGBT en Suisse. Etude mandatée par l'office fédérale de la santé publique, Berne.
- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Merçay, C. (2018). Privation ou renoncement aux soins dentaires. Explication des différences de résultats entre les enquêtes SILC et IHP. Situation économique et sociale de la population. Rédaction conjointe Obsan et OFS (SILC). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OECD / OMS (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing.
- OECD (2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé. Éditions OCDE, Paris.
- OECD (2019). Measuring What Matters: the Patient-Reported Indicator Surveys Patient-reported indicators for assessing health system performance. Éditions OCDE, Paris.
- OECD (2021). Health Statistics 2021.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). Rapport d'approfondissement Genre et santé. Berne: OFSP
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2019). Politique de la santé: Stratégie du Conseil fédéral 2020-2030 (Santé2030).
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2022). Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (Stratégie qualité). Berne: OFSP
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2017). Privations pour raison financière en matière de soins selon le risque de pauvreté ou la privation matérielle, en 2017. Neuchâtel: OFS
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2020). La pauvreté des personnes âgées. Actualisation 2020. Neuchâtel: OFS
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2022). Pauvreté et privations matérielles. Neuchâtel: OFS. Site internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/pauvrete-et-privations-materielles.html>.
- Okunrintemi, V., Khera, R., Spatz, E. S., Salami, J. A., Valero-Elizondo, J., Warraich, H. J., Virani, S. S., Blankstein, R., Blaha, M. J., Pawlik, T. M., Dharmarajan, K., Krumholz, H. M., & Nasir, K. (2019). Association of Income Disparities with Patient-Reported Healthcare Experience. *Journal of general internal medicine*, 34, 884-892. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04848-4>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2023). Health Equity. Retrieved August 9, 2023, from [https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1)
- Ortega, P., Martínez, G., & Diamond L. (2020). Language and Health Equity during COVID-19: Lessons and Opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31, 1530-1535. <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0114>
- Pahud, O. (2020). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich (Obsan Bericht 12/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rivenbark, J. G. & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>
- Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse. Berne: Socialdesign SA, sur mandat de l'OFSP...

Spycher, J., Morisod, K., Eggli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH

Stotzer, U., Efionayi-Mäder, D., & Wanner, P. (2006). Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier: analyse des lacunes existantes et recommandations. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.

Vincent, C., & Staines, A. (2019). Enhancing the quality and safety of swiss healthcare. Bern: FOPH.

Weber, D. (2020). Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques. Rapport de base. Berne: PSCH, OFSP, CDS

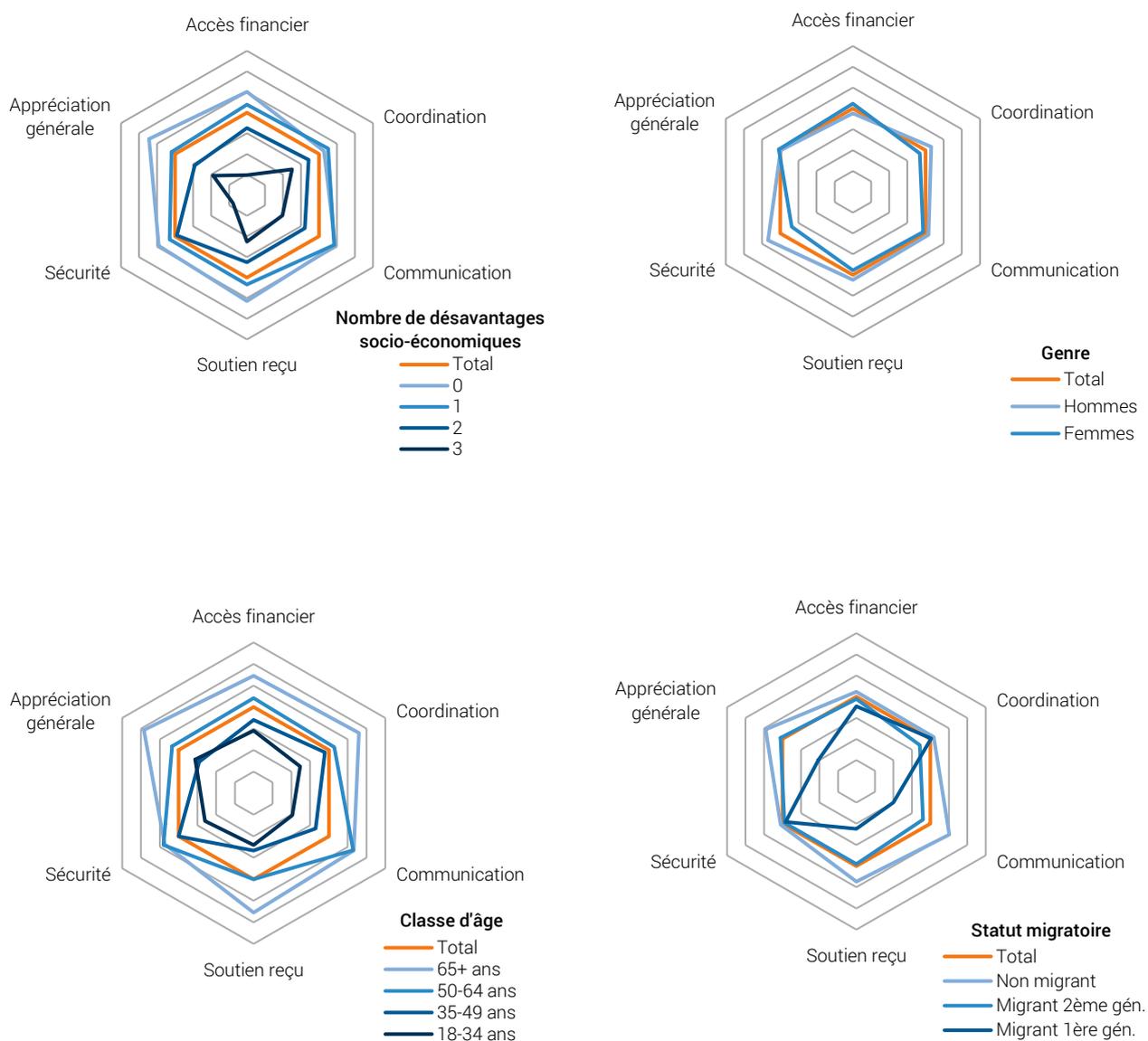
Wieber, F., Ackermann, G., Juvalta, S., & Marti, S. (2022). Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten. Eine Bedarfsanalyse zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen in schwierigen Lebenslagen durch sozialberatende Stellen. Schlussbericht zuhanden der Allianz Gesundheitskompetenz.

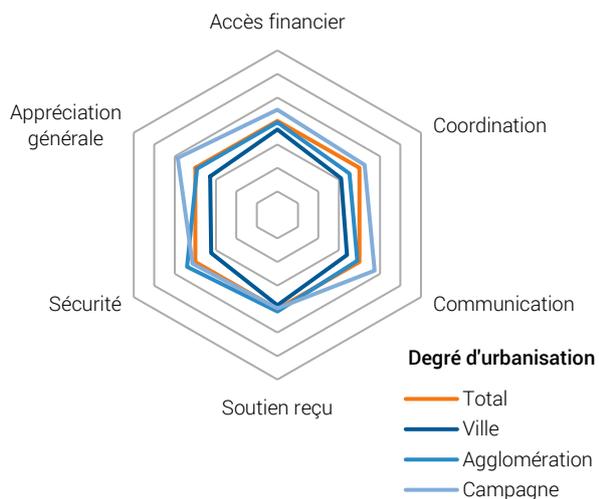
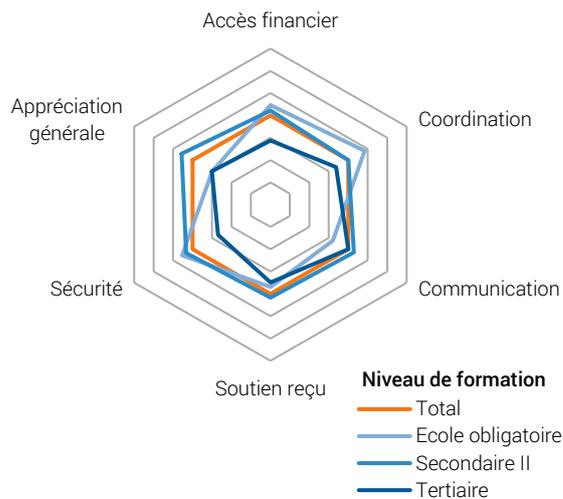
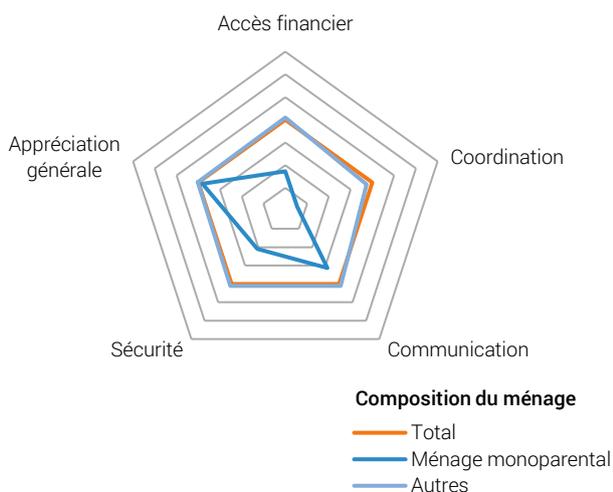
Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res* 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>

Zumbrunn, A., Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., Joerg, R. & SIHOS Team (2022). Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PLoS One*, 17, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273342>

# 6 Annexes

**G 6.1 Indicateurs de qualité et configuration des iniquités selon certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques, Suisse, 2020**





Note: Ces schémas sont présentés à titre illustratif. Plus un point atteint le bord du rayon, plus le résultat est favorable. Les valeurs des différents indicateurs sont exprimées sous forme d'indices, de façon à pouvoir comparer les différentes catégories de répondants entre elles et à les situer par rapport à la moyenne suisse. Les données ont été standardisées de façon à ce que tous les indicateurs aient la même moyenne pour la Suisse







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



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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



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.