

OBSAN RAPPORT
11/2020

Situation sociale et hospitalisations pour maladies chroniques

Lucy Bayer-Oglesby, Nicole Bachmann, Andrea Zumbrunn



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

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

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Lucy Bayer-Oglesby, Nicole Bachmann, Andrea Zumbrunn, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für soziale Arbeit

Avec la participation de

Carlos Quinto und Christian Schindler, Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Université de Bâle; Daniel Zahnd, Info Navigation, Berne; Marcel Widmer et Reto Jörg, Obsan

Direction du projet à l'Obsan

Marcel Widmer

Série et numéro

Obsan Rapport 11/2020

Référence bibliographique

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.

Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tél. 058 463 60 45

obsan@bfs.admin.ch

www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 873-2008) et en anglais (numéro OFS: 2080-2001).

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress/Print

Photo de couverture

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://www.istock.com/photo/Matjaz_Slanic)

Online

www.obsan.ch → Publications

Print

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2020

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

Numéro OFS

874-2004

ISBN

978-2-940670-04-8



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

Situation sociale et hospitalisations pour maladies chroniques

Auteurs Lucy Bayer-Oglesby, Nicole Bachmann, Andrea Zumbrunn

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2020



Système de santé
Programme national de recherche



University of Applied Sciences and Arts Northwestern Switzerland
School of Social Work

Table des matières

Résumé	3
1 Introduction	4
2 Méthodologie	5
3 Résultats	8
4 Réflexions et conclusions	17
5 Références	18

Résumé

Dans le cadre du projet PNR 74 "Inégalités sociales dans les soins stationnaires en Suisse" (SIHOS), une base de données a été créée pour disposer d'un échantillon représentatif de la population suisse; elle contient entre autres des variables démographiques et socio-économiques ainsi que les caractéristiques des séjours hospitaliers. Les données nationales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) relatives à la santé et à la situation sociale ont été anonymisées au moyen de procédures de hachage et combinées grâce au code de liaison anonyme généré.

La présente étude est basée sur ces nouvelles données et montre pour la première fois en Suisse que certains groupes sociaux ont un risque accru d'hospitalisation en raison de maladies chroniques. Les personnes touchées sont celles qui ont un niveau de formation bas, de faibles ressources sociales et qui ne sont pas intégrées sur le marché du travail. Comme la base de données SIHOS ne contient pas d'informations sur le comportement et l'état de santé des personnes avant leur admission à l'hôpital, les résultats montrent également, dans une certaine mesure, des différences dans les comportements en matière de santé (par exemple, le tabagisme) et dans l'incidence ou la prévalence de maladies chroniques spécifiques dans les groupes sociaux étudiés. Il est donc particulièrement intéressant de savoir si la situation sociale a un effet différent selon la maladie et si différentes caractéristiques sociales ont une influence sur le risque d'hospitalisation.

L'influence la plus importante du *niveau de formation* est repérée pour le diabète, l'insuffisance cardiaque, la BPCO¹ et l'asthme (maladies dites sensibles aux soins ambulatoires, c'est-à-dire pour lesquelles un séjour à l'hôpital peut être évité par un traitement ambulatoire adéquat), ainsi que pour le cancer du poumon et les maladies psychiques. Une personne n'ayant pas de formation post-obligatoire a un risque deux à trois fois plus élevé d'être hospitalisée pour l'une de ces maladies qu'une personne ayant terminé des études supérieures, ceci en tenant compte de l'âge, du sexe, de la nationalité et de l'année d'enquête. Pour ces mêmes maladies, l'indicateur de *ressources sociales faibles*, c'est-à-dire le fait de "vivre seul", est également associé à des risques accrus d'hospitalisation. Les maladies psychiques présentent ici clairement ces effets le plus fortement. En ce qui concerne *l'intégration sur le marché du travail*, les personnes à la recherche d'un emploi et les personnes sans emploi présentent aussi un risque parfois fortement accru d'hospitalisation pour cause de maladie psychique. Pour les maladies somatiques, les gradients les plus marqués en relation avec l'absence d'activité professionnelle se trouvent parmi celles qui peuvent entraîner de d'importantes limitations fonctionnelles, par exemple la BPCO et les problèmes de dos.

Les maladies somatiques étudiées ont généralement un développement long et ont tendance à se manifester dans la seconde moitié de la vie (p. ex. la BPCO), on peut donc supposer que la formation accomplie au début de l'âge adulte influence le risque de maladie.

En revanche, dans le cas des maladies psychiques, qui, si elles commencent tôt, peuvent rendre difficile l'obtention d'un titre professionnel ou supérieur, une causalité inverse est également envisageable en ce qui concerne la formation. Il en est de même pour l'intégration sur le marché du travail, car il a été démontré qu'une maladie psychique rend plus difficiles la recherche d'emploi et le maintien sur le marché du travail. Les deux sens de causalité sont plausibles en ce qui concerne le lien entre les faibles ressources sociales et les maladies psychiques: la solitude peut déclencher ou intensifier des états dépressifs, mais les maladies psychiques peuvent aussi, à l'inverse, entraîner une rupture des contacts sociaux.

Globalement, les risques d'hospitalisation inégalement répartis socialement sont probablement le résultat d'une accumulation de plusieurs facteurs au sein d'une longue chaîne de processus. Il s'agit notamment de l'exposition inégale aux facteurs de risque, des différences sociales dans la disponibilité des ressources pour faire face à la maladie et des obstacles rencontrés pour accéder aux services de santé ambulatoires adéquats. L'étude SIHOS ne permet pas de définir directement la part imputable aux différents facteurs dans le résultat final – la nécessité d'une hospitalisation.

Toutefois, à partir des résultats différenciés selon les indicateurs sociaux et les maladies spécifiques, des pistes peuvent être dégagées afin de permettre une réduction des risques d'hospitalisation liés aux différences sociales:

- une prévention comportementale et structurelle d'avantage axée sur les groupes de population vulnérables
- des formes de soins ambulatoires, centrés sur le patient, qui répondent aux besoins des groupes concernés et auxquels ceux-ci recourent
- une meilleure prise en compte dans le système de rémunération du temps consacré aux entretiens pour répondre aux besoins accrus d'échanges entre les professionnels de santé et les patients
- une imbrication plus étroite des systèmes de santé et social pour faciliter la coordination des soins médicaux et du soutien social informel et professionnel
- des offres d'insertion ou de réinsertion professionnelle qui répondent aux besoins des groupes concernés et un renforcement des ressources des demandeurs d'emploi par les autorités compétentes en matière d'assurances, le système social et la société tout entière.

¹ Bronchopneumopathie chronique obstructive

1 Introduction

L'importance des déterminants sociaux dans les disparités observées au sein de la population suisse en matière de santé a fait l'objet de nombreuses études et est solidement documentée. L'influence du niveau de formation sur les comportements de santé, la charge de morbidité et la mortalité est clairement établie (Obsan, 2015). L'impact des ressources sociales sur la santé est lui aussi connu. Une bonne intégration sociale et un soutien social étendu abaissent par exemple le risque de maladies cardiovasculaires (Bachmann, 2014; Obsan, 2015). Pour ce qui est de la population en âge de travailler, diverses études mettent en évidence un lien entre l'intégration sur le marché du travail d'une part et le risque de maladie et la mortalité d'autre part (Bachmann, 2014; Obsan, 2015).

L'existence de disparités sociales dans le recours à des prestations médicales ambulatoires en Suisse est également avérée: les personnes sans formation postobligatoire consultent plus souvent un médecin généraliste que celles qui ont un diplôme du degré tertiaire, alors qu'elles renoncent plus fréquemment à voir un spécialiste ou un dentiste; elles effectuent aussi plus rarement des examens de dépistage (Office fédéral de la statistique, 2017).

En ce qui concerne le lien entre les déterminants sociaux et le recours aux soins stationnaires en revanche, les connaissances sont encore lacunaires dans notre pays. Des études internationales montrent que les personnes qui ont un statut socio-économique modeste (Frølich et al., 2019; Wallar et Rosella, 2020) et celles qui ne peuvent s'appuyer que sur un faible soutien social (Hu et al., 2019; Pimouguet et al., 2016) ont davantage de risques d'être hospitalisées à la suite d'une maladie chronique.

Dans le cadre de l'étude *Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland* (SIHOS, cf. chapitre 2 Méthodologie), des données nationales sur les séjours hospitaliers et sur la situation sociale ont été croisées pour la première fois dans une nouvelle base de données anonymisée. En nous appuyant sur celle-ci (cf. chapitre 2 Méthodologie), nous avons cherché, dans le cadre de ce rapport de l'Obsan, à répondre à la question suivante:

Existe-t-il, en Suisse, une corrélation entre le niveau de formation, les ressources sociales et l'intégration sur le marché du travail d'une part et le risque d'hospitalisation à la suite d'une maladie chronique d'autre part?

Les analyses ci-après se concentrent sur les maladies non transmissibles (MNT) de longue durée. En 2011, les maladies chroniques représentaient 80% des coûts totaux de la santé en Suisse (Wieser et al., 2014). Caractérisées par de longues phases durant

lesquelles l'état de santé se dégrade, elles placent les patients, leurs familles et le système de santé face à un défi de taille.

Quelques MNT somatiques, comme le cancer du poumon, l'insuffisance cardiaque et la BPCO, présentent des facteurs de risque communs tels que le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et une activité physique insuffisante. Ces comportements à risque sont influencés par des déterminants sociaux. Le traitement de nombreuses MNT – diabète, insuffisance cardiaque et BPCO, p. ex. – exige, pour être couronné de succès, un degré élevé d'adhésion thérapeutique et d'autogestion de la part des personnes concernées (Burkert Nathali et al., 2014; Wallar et Rosella, 2020). On considère par conséquent la maîtrise d'une maladie chronique comme une coproduction, c'est-à-dire une collaboration entre les patients et les professionnels de la santé, qui porte avant tout sur le quotidien de la personne concernée. Pour que cette coopération soit réussie, il est indispensable que le médecin établisse une relation de confiance avec son patient et que la situation individuelle de celui-ci soit prise en compte (Bachmann, 2015; Haslbeck et al., 2015). Le diabète, l'insuffisance cardiaque, la BPCO et l'asthme se classent parmi les maladies propices aux soins ambulatoires. En d'autres termes, un traitement ambulatoire approprié bien suivi et une bonne autogestion permettent souvent d'éviter une hospitalisation liée à une détérioration aiguë de l'état de santé. Or, les groupes de personnes socialement défavorisés, qui sont plus souvent touchés par ces maladies, manquent généralement de ressources pour introduire les changements nécessaires dans leur mode de vie, par exemple, et s'assurer le soutien nécessaire pour ce faire.

En particulier pour les troubles psychiques, telle la dépression, on observe, outre un gradient social en relation avec la charge de morbidité (Obsan, 2015), des différences dans le recours précoce à des offres ambulatoires appropriées à même d'éviter une dégradation de la maladie et, le cas échéant, une hospitalisation, que ce soit au niveau de la disposition à les utiliser ou de la possibilité de le faire (Baer et al., 2013).

2 Méthodologie

Projet SIHOS

Le projet Inégalités sociales dans les soins hospitaliers (*Social Inequalities and Hospitalisations*, SIHOS) fait partie du programme national de recherche 74 sur le système de santé. Le PNR 74 vise à promouvoir une recherche innovante dans le domaine des services de santé afin d'apporter des réponses aux défis qui se posent dans le traitement des maladies chroniques en Suisse (cf. <http://www.nfp74.ch/fr>, consulté le 05.11.2020).

Le projet SIHOS met l'accent sur la prise en charge des groupes de patients socialement défavorisés atteints de maladies chroniques au sein des établissements stationnaires. Il s'intéresse notamment à la relation entre les facteurs sociaux et la durée du séjour à l'hôpital, la multimorbidité chez les patients hospitalisés, le lieu de séjour à la sortie de l'hôpital, le risque de réadmission non programmée ainsi que la mortalité dans les trente jours qui suivent la sortie de l'hôpital. D'autres analyses se concentrent par exemple sur les disparités sociales dans le traitement stationnaire des problèmes de dos.

Les résultats des analyses statistiques font l'objet d'une étude qualitative approfondie au sein de groupes de discussion avec des patients et des professionnels de la médecine, de la migration et du social. Des approches sont développées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des groupes socialement défavorisés. L'étude jette en outre les bases d'un futur monitoring des facteurs socio-économiques et sociaux dans le système de santé.

Le projet est réalisé par l'Institut « Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW » en collaboration avec l'Obsan, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) et l'Institut tropical et de santé publique suisse (SwissTPH). <http://www.nfp74.ch/fr/projets/soins-stationnaires/projet-bayer-oglesby>, consulté le 05.11.2020.

Base de données SIHOS

Depuis la révision partielle de l'ordonnance sur les relevés statistiques en 2014, il est possible d'apparier des données provenant de sources différentes pour les analyser. Une base de données a été constituée pour un échantillon représentatif de la population suisse avec des variables démographiques et socio-économiques ainsi qu'avec les caractéristiques des séjours hospitaliers et des séjours en homes médicalisés ou pour personnes âgées; ces données ont été appariées avec des informations relatives à

la mortalité, ce qui a donné lieu à la création d'une base de données unique en Suisse pour étudier les liens entre la situation sociale, les hospitalisations et les résultats du traitement dans le contexte stationnaire. La taille des échantillons SIHOS permet également de réaliser des analyses pour des maladies chroniques spécifiques et des groupes vulnérables relativement petits.

Les données nationales relatives à la santé et à la situation sociale relevées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ont été anonymisées par celui-ci au moyen d'une procédure de hachage. Les codes de liaison anonymes ont permis de combiner 1,2 million de données tirées du relevé structurel (RS 2010–2014) avec 9,6 millions de données de la statistique médicale des hôpitaux (MS 2010–2016), 1,0 million de données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED 2010–2016), 0,4 million de données relatives aux décès de la statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT 2011–2016) et 1,0 million de données relatives aux départs provenant de la statistique de la population et des ménages (STATPOP Mouvements 2011–2016).

Limites de la base de données SIHOS

La base de données a été soumise à une validation approfondie et l'exhaustivité et l'exactitude des appariements ont été vérifiées. Ce processus a permis de conclure que les taux d'hospitalisation absolus des participants au RS calculés avec la base de données SIHOS sont inférieurs de 35% environ aux taux effectifs dans l'ensemble de la population suisse. Nous avons pu montrer que cet écart est lié à trois facteurs, à savoir (1) des erreurs dans la formation des codes de liaison anonymes (sous-estimation de 30%), (2) une sous-représentation des personnes ayant des problèmes de santé dans l'échantillon tiré du RS et (3) des écarts démographiques entre l'échantillon tiré du RS et la population de référence. L'évaluation détaillée a cependant montré qu'il n'y a pas lieu de supposer que les codes de liaison incorrects dans la base de données SIHOS entraînent un biais en relation avec les facteurs sociaux qui nous intéressent, hormis une sous-représentation des groupes de migrants non européens.

Les problèmes survenus lors de l'appariement des données ne devraient guère avoir d'influence sur les résultats présentés ici (évolution du risque d'hospitalisation relatif au fil de l'âge selon le groupe de MNT et le niveau de formation, risque d'hospitalisation relatif selon le niveau de formation, le type de ménage et l'intégration sur le marché du travail). Il n'en sera pas moins nécessaire de développer rapidement des codes de liaison anonymes fiables

pour les statistiques nationales de la santé afin de garantir une base de données valable dès le départ.

Indicateurs de la situation sociale

Dans la base de données SIHOS, on dispose de différents indicateurs pour apprécier la situation sociale. Comme indicateur du *niveau de formation*, on a la plus haute formation achevée, celle-ci étant pertinente à partir de 25 ans environ (Office fédéral de la statistique, 2014). Dans la cohorte de population SIHOS (25 à 84 ans), 21% des individus ont suivi uniquement la scolarité obligatoire ou n'ont pas terminé leur scolarité, 48% possèdent un titre du degré secondaire II et 31% un diplôme du degré tertiaire. Le niveau de formation est un indicateur classique des inégalités sociales verticales et présente un lien fort et cohérent avec les chances en matière de santé ou, plus précisément, avec les risques de maladie et de décès dans la population (Marmot et al., 2012; Obsan, 2015).

Comme indicateur des *ressources sociales*, on dispose de la variable «type de ménage». Il est établi qu'une personne qui vit seule a davantage de risques de recevoir moins de soutien social et d'éprouver un sentiment de solitude qu'un individu qui fait ménage commun avec d'autres (Bachmann, 2014). Dans la cohorte de population SIHOS (25 à 84 ans), 22% des individus vivent dans un ménage d'une seule personne et 78% dans un ménage de plusieurs personnes. Ce n'est pas parce qu'un individu vit seul qu'il ne dispose pas d'un réseau social solide et étendu. En cas de problèmes de santé ou de situation de crise, il ne pourra cependant pas compter sur le soutien immédiat que les personnes qui vivent dans un même ménage assurent dans la vie de tous les jours. Il est démontré que les ressources sociales ont un impact sur la santé. Une bonne intégration sociale et un soutien social étendu diminuent en particulier le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers et d'infections. Le soutien social peut déclencher ou influencer des processus biologiques en agissant sur des comportements et des émotions (Bachmann, 2014). Une maladie psychique, d'un autre côté, peut entraîner un repli social et conduire à un isolement croissant (Bachmann, 2014).

Comme indicateur de *l'intégration sur le marché du travail*, on dispose du statut d'activité. Dans la cohorte de population SIHOS en âge de travailler (25 à 64 ans), on compte 81,1% d'individus travaillant à plein temps ou à temps partiel, 15,3% de personnes non actives et 3,6% de chômeurs au sens du Bureau international du travail (BIT), cette catégorie regroupant toutes les personnes de la population résidante permanente en Suisse qui sont sans travail, qui cherchent activement un emploi et qui sont disponibles à court terme pour travailler. Différentes études montrent, pour la population en âge de travailler, une corrélation entre l'intégration sur le marché du travail et les chances en matière de santé. Les personnes qui exercent une activité professionnelle sont généralement en meilleure santé que celles qui sont sans activité ou que les chômeurs (Bachmann et al., 2015). Les personnes inscrites au chômage ont un risque nettement plus élevé de décès prématuré que celles qui exercent une activité professionnelle (Bachmann et Neuhaus, 2010).

Maladies chroniques

Les risques d'hospitalisation ont été analysés séparément pour seize MNT spécifiques (cf. encadré 1). Les maladies ont été sélectionnées sur la base des critères suivants: (1) affection chronique ou épisode aigu (infarctus du myocarde, p. ex.) d'une affection chronique, (2) fréquence de la maladie en Suisse, (3) fréquence des hospitalisations liées à la maladie en Suisse et (4) part de la maladie dans les causes de mortalité en Suisse.

Les codes de la CIM-10-GM et la classification selon le Clinical Classifications Software (CCS Level 1) sont indiqués dans le tableau 2.1 pour les seize maladies retenues.

Modèles multivariés

Les analyses descriptives relatives à l'âge et à la formation ne tiennent pas compte d'autres facteurs susceptibles d'influencer les hospitalisations qui pourraient expliquer une partie des écarts constatés. Pour les analyses plus approfondies, nous avons par conséquent développé des modèles de régression logistique multivariés afin de limiter le plus possible les effets parasites d'autres facteurs (modèles ajustés). Dans les modèles utilisés, l'influence bien connue de l'âge, du sexe et de la nationalité sur le risque d'hospitalisation a été systématiquement contrôlée. Pour tenir compte d'une éventuelle évolution dans le temps (baisse ou hausse des taux d'hospitalisation au fil du temps), nous avons inclus l'année du relevé structurel dans les modèles. Le comportement et l'état de santé avant l'admission à l'hôpital sont également des facteurs qui exercent une forte influence sur le risque d'hospitalisation. Or, le relevé structurel ne comporte aucune indication sur ces deux éléments. Les résultats reflètent par conséquent jusqu'à un certain point des différences dans les groupes sociaux étudiés pour ce qui est du comportement en matière de santé (tabagisme, p. ex.) et de l'incidence et de la prévalence des MNT spécifiques.

Odds ratio

Les figures G 3.3 à G 3.5 représentent les *odds ratios* ajustés (avec les intervalles de confiance à 95%) pour au moins une hospitalisation liée à la maladie spécifique considérée (par opposition à l'absence d'hospitalisation pour cette maladie) dans les deux ans après la participation au relevé structurel en relation avec le niveau de formation, le type de ménage et l'intégration sur le marché du travail. **Exemples de lecture:** la probabilité d'être hospitalisée à la suite d'un cancer du poumon est deux fois plus élevée pour une personne qui n'a suivi que la scolarité obligatoire que pour une personne titulaire d'un diplôme du degré tertiaire (OR=2,0). La probabilité d'être hospitalisée à la suite d'un cancer du poumon est plus élevée de 40% pour une personne vivant seule que pour un individu qui vit dans un ménage composé de plusieurs personnes (OR=1,4). Une femme qui n'est pas allée au-delà de la scolarité obligatoire a un risque d'être hospitalisée pour un cancer du sein inférieur de 20% à celui d'une femme qui a une formation de niveau tertiaire (OR=0,8).

T 2.1 Définition des maladies spécifiques

Maladies spécifiques	CCS level 1*	Codes de la CIM-10-GM (version 2017)
Maladies chroniques somatiques		
Tumeurs malignes (cancers)		
Cancer du poumon	CCS_LEV1=19	C34, D022
Cancer du côlon	CCS_LEV1=14	C18, D010
Cancer du sein (femmes)	CCS_LEV1=24	C50, D05
Cancer de la prostate (hommes)	CCS_LEV1=29	C61, D075
Maladies cardiovasculaires (y. c. facteurs de risque)		
Diabète	CCS_LEV1=49.5	E10–E14, R73
Insuffisance cardiaque	CCS_LEV1=108	I50
Infarctus aigu du myocarde	CCS_LEV1=100	I21, I22
Maladies cérébrovasculaires aiguës	CCS_LEV1=109	I60–64, I66
Maladies chroniques de l'appareil respiratoire		
Bronchite chronique obstructive	CCS_LEV1=127	J40–J44, J47
Asthme	CCS_LEV1=128	J45, J46
Maladies musculo-squelettiques		
Arthrose	CCS_LEV1=203	M15–M19
Problèmes de dos (dorsopathies)	CCS_LEV1=205	M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M45, M46 (sauf M46.2, M46.3), M47, M48 (sauf M48.5), M49 (sauf M49.0, M49.5), M50, M51, M53, M54
Troubles psychiques		
Troubles affectifs	CCS_LEV1=69	F3, F41.2
Troubles psychotiques	CCS_LEV1=70, 71	F2, R41.0
Troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool	CCS_LEV1=66	F10, G31.2, R78.0

*CCS = Clinical Classifications Software ; logiciel développé par le Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) et financé par l'Agency for Healthcare Research and Quality aux États-Unis, adapté pour la Suisse par Daniel Zahnd (BFH)

3 Résultats

Risque d'hospitalisation selon l'âge et le niveau de formation

La figure G 3.1 montre l'évolution du risque d'hospitalisation au fil de l'âge selon le groupe de MNT. Pour les affections sélectionnées (cancers, maladies cardiovasculaires et maladies de l'appareil respiratoire), les hospitalisations sont relativement rares jusqu'à 40 ans environ, puis augmentent fortement à partir de 45 ans. Les hospitalisations liées aux maladies musculo-squelettiques sont nettement plus fréquentes dès l'âge de 30 ans environ, alors que les maladies psychiques retenues pour l'analyse entraînent relativement souvent des séjours à l'hôpital déjà chez les adolescents et les jeunes adultes; elles augmentent légèrement entre 40 et 60 ans, puis diminuent à nouveau.

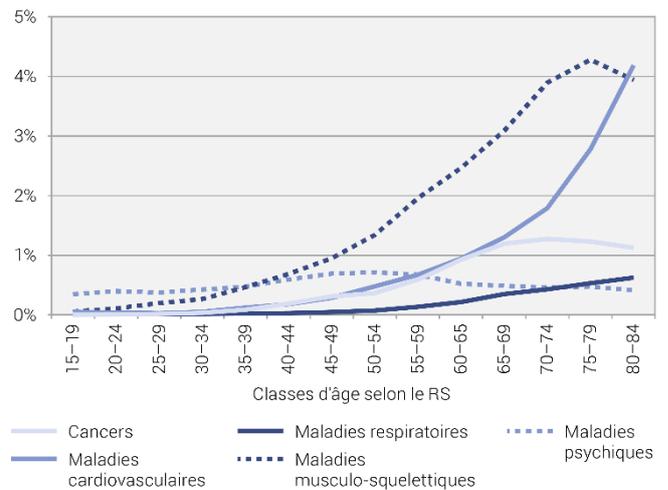
Le graphique G 3.2 illustre le risque d'hospitalisation non ajusté – c'est-à-dire sans correction statistique des effets induits par d'autres variables comme le sexe, la nationalité, etc. – pour les MNT sélectionnées selon le niveau de formation et l'âge. Le risque d'être hospitalisé pour un cancer du poumon, un diabète ou une BPCO augmente plus tôt et plus fortement dans le groupe sans formation postobligatoire que chez les personnes qui possèdent un titre du degré tertiaire. Ce résultat renvoie à la thèse selon laquelle les personnes socialement défavorisées vieillissent plus vite, de sorte que les maladies chroniques et la multimorbidité apparaissent plus tôt (Barnett et al., 2012). Ce vieillissement prématuré peut s'expliquer par un comportement néfaste pour la santé, mais aussi, comme le montrent des études récentes, par un processus de vieillissement biologique accéléré dû au stress chez les personnes qui se situent au bas de l'échelle sociale; ce processus, indépendant du comportement individuel, peut être mesuré par des biomarqueurs épigénétiques (Fiorito et al., 2017).

Pour le cancer du côlon et l'attaque cérébrale aiguë, on ne relève pratiquement pas de différence entre les différents niveaux de formation jusqu'à l'âge de la retraite; on observe ensuite un gradient inverse pour le premier et tendanciellement inverse pour la seconde.

Le tableau est très différent pour les troubles psychotiques. Le risque d'hospitalisation est particulièrement élevé chez les personnes jeunes, avec un gradient social très prononcé dans ce

groupe d'âge. Ce résultat peut en partie s'expliquer par un rapport de causalité inverse entre la santé et le statut social: des troubles psychotiques peuvent diminuer sensiblement la capacité de suivre une formation (OCDE, 2014). Les taux d'hospitalisation absolus représentés dans les figures G 3.1 et G 3.2 ont été calculés avec la base de données SIHOS et sont donc sous-estimés de 30% environ en raison des codes de liaison anonymes incorrects (cf. chapitre 2 Méthodologie); cet écart ne devrait toutefois guère avoir d'influence sur les différences observées dans l'évolution au fil des classes d'âge selon le groupe de MNT ou le niveau de formation.

Taux d'hospitalisation (en %) pour les groupes de MNT, selon la classe d'âge quinquennale G3.1



N=1 184 616

L'hospitalisation dans les deux ans suivant la participation au relevé structurel.

Les taux d'hospitalisation calculés avec la base de données SIHOS sont sous-estimés de 30% environ en raison des codes de liaison anonymes incorrects; les différences entre les groupes de maladies au fil de l'âge devraient néanmoins être pertinentes (cf. chapitre 2 Méthodologie).

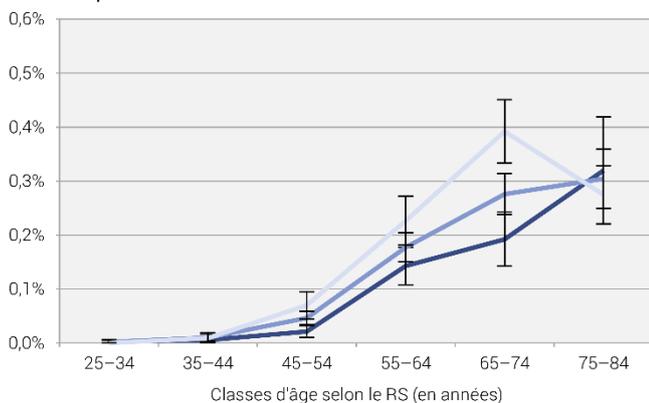
Source: Cohorte de population SIHOS, 15 à 84 ans, RS 2010-2014 et MS 2011-2016

© Obsan 2020

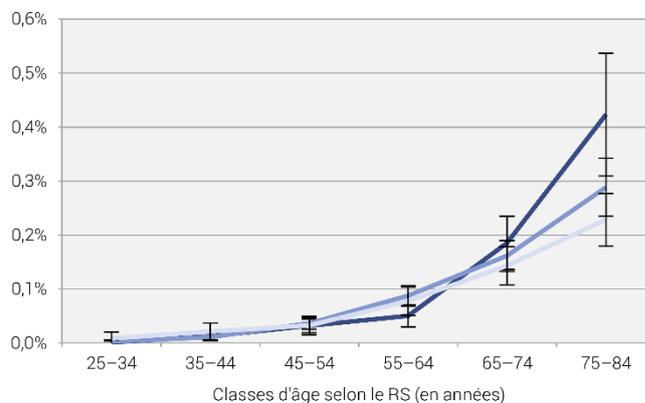
Taux d'hospitalisation (en %) selon l'âge et le niveau de formation

G3.2

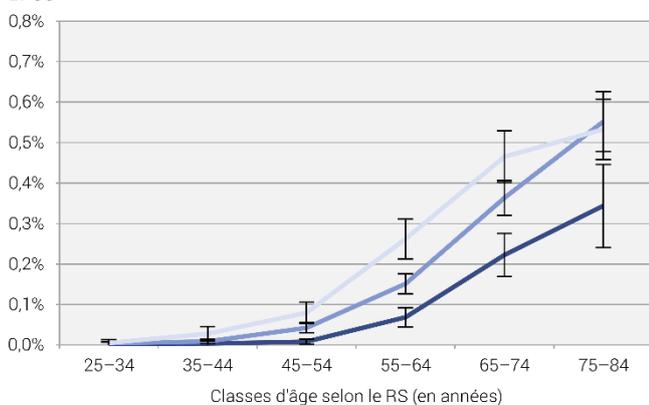
Cancer du poumon



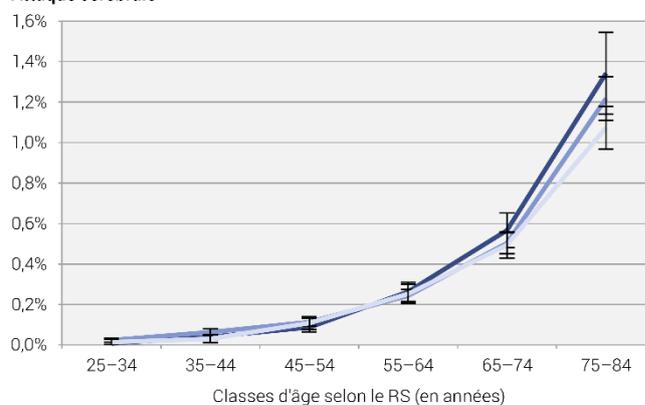
Cancer du côlon



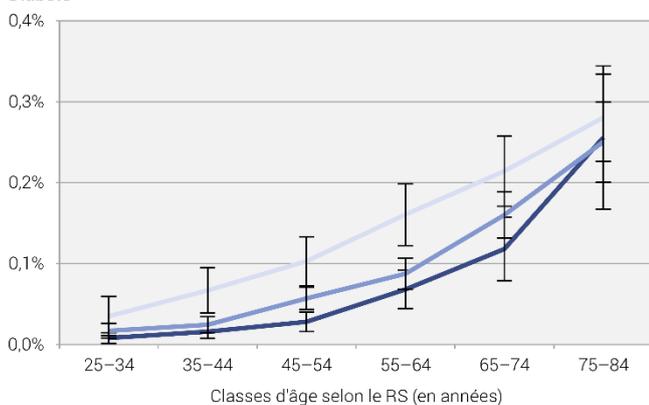
BPCO



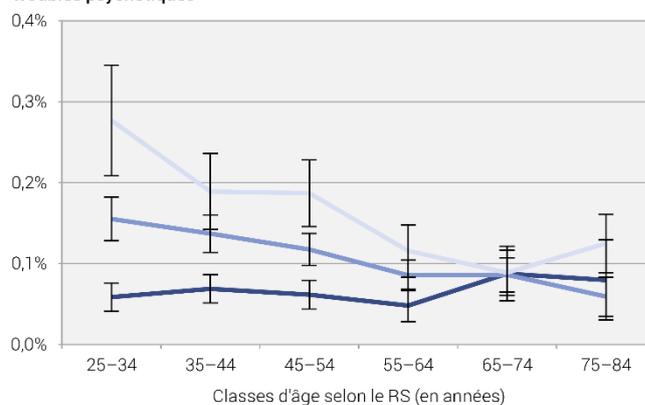
Attaque cérébrale



Diabète



Troubles psychotiques



— Scolarité obligatoire ┆ Intervalle de confiance (95%)
 — Degré secondaire II
 — Degré tertiaire

N=1 042 808

Hospitalisations dans les deux ans suivant la participation au relevé structurel. Les intervalles de confiance à 95% sont indiqués.
 Les taux d'hospitalisation calculés avec la base de données SIHOS sont sous-estimés de 30% environ en raison des codes de liaison anonymes incorrects; les différences au fil de l'âge selon le niveau de formation devraient néanmoins être pertinentes (cf. chapitre 2 Méthodologie).

Source: Cohorte de population SIHOS, 25 à 84 ans, RS 2010–2014 et MS 2011–2016

© Obsan 2020

Encadré 1: Maladies chroniques spécifiques et situation sociale (état de la recherche)

Cancers

Les analyses portent sur les cancers les plus répandus en Suisse, à savoir *les cancers du sein, du côlon et du poumon* chez la femme et *les cancers de la prostate, du poumon et du côlon* chez l'homme. Ces cancers sont aussi ceux pour lesquels les taux de mortalité sont les plus élevés (Office fédéral de la statistique, 2019). L'incidence du cancer du poumon suit un gradient social très marqué (Tweed et al., 2018), qui peut s'expliquer par le lien bien connu entre le tabagisme et le statut social. Pour l'incidence du cancer du côlon, le gradient social est faible (Tweed et al., 2018). Ce sont avant tout des facteurs non modifiables comme l'âge et les antécédents familiaux qui augmentent le risque de maladie; un mode de vie sain permet toutefois de réduire celui-ci (Ligue contre le cancer, 2015). Pour le cancer du sein, on constate un faible gradient social inverse: les femmes qui possèdent un diplôme du degré tertiaire présentent un risque légèrement accru, qui s'explique par des facteurs reproductifs: âge plus élevé à la première naissance et moins grand nombre d'enfants (Lundqvist et al., 2016; Tweed et al., 2018). En ce qui concerne l'incidence du cancer de la prostate, pour lequel les facteurs de risque connus – l'âge et la prédisposition héréditaire – ne sont pas modifiables, on observe un gradient inverse peu marqué (Tweed et al., 2018).

Diabète et maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité chez la femme; chez l'homme, elles se classent en deuxième position, derrière le cancer (Office fédéral de la statistique, 2019). Nous avons retenu pour l'analyse le *diabète*, qui est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires, *l'insuffisance cardiaque*, *l'infarctus du myocarde aigu* et *l'attaque cérébrale*. Un traitement approprié permet généralement d'éviter ou de diminuer les hospitalisations liées au diabète (Burkert Nathali et al., 2014). Pour le diabète de type 1, ce traitement consiste à effectuer régulièrement des injections d'insuline; pour le diabète de type 2, il s'agit avant tout de modifier le mode de vie. Si ces mesures ne suffisent pas, on leur associe la prise de médicaments hypoglycémisants ou une insulinothérapie (DiabèteSuisse, 2019). L'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde et l'attaque cérébrale ont deux facteurs de risques en commun: le tabagisme et le manque d'activité physique. Alors qu'un traitement ambulatoire approprié bien suivi par le patient permet d'éviter ou de limiter les séjours à l'hôpital liés à l'insuffisance cardiaque (Burkert Nathali et al., 2014), une hospitalisation est inévitable en cas d'infarctus du myocarde aigu et d'attaque cérébrale.

Maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire se classent parmi les cinq premières causes de mortalité et constituent un motif fréquent d'hospitalisation (Office fédéral de la statistique, 2019). Nous avons sélectionné ici la *bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* et *l'asthme*, qui sont toutes deux incurables (Burkert Nathali et al., 2014), mais qui réagissent bien à un traitement ambulatoire. Le tabagisme est le principal facteur de risque de la

BPCO. Il est possible de ralentir l'évolution de la maladie en arrêtant de fumer, en suivant un traitement médicamenteux et en pratiquant une activité physique régulière (Ligue pulmonaire Suisse, 2018). L'asthme est une réaction excessive du système immunitaire à des facteurs environnementaux, comme un air froid et sec, à des allergènes tels que les acariens ou les poils d'animaux, au tabagisme ou aux polluants atmosphériques, mais aussi à des infections, au stress et à des influences psychiques. Il est possible de diminuer les symptômes en évitant ces facteurs déclenchants et en suivant un traitement médicamenteux (Ligue pulmonaire Suisse, 2020). La prévalence de l'asthme suit un gradient social moins marqué que celle de la BPCO (Obsan, 2020a). Pour ces deux affections, un comportement adapté et un traitement adéquat permettent d'éviter ou de diminuer les hospitalisations (Burkert Nathali et al., 2014); les groupes socialement défavorisés ne disposent toutefois souvent pas des ressources nécessaires à cet effet.

Maladies musculo-squelettiques

Nous avons retenu ici *l'arthrose* et les *problèmes de dos (dorsopathies)*. Les trois principaux facteurs de risque des maladies musculo-squelettiques – l'âge, le sexe et les facteurs génétiques – ne sont pas modifiables. Pour l'arthrose, le surpoids et des sollicitations physiques excessives constituent des facteurs de risque supplémentaires. L'arthrose est l'une des maladies chroniques les plus répandues en Suisse et le motif d'hospitalisation le plus courant lors de maladies articulaires. La prévalence est nettement plus élevée chez les femmes qui ont un bas niveau de formation, alors que ce n'est pas le cas chez les hommes (Obsan, 2020a). Le traitement de l'arthrose comprend avant tout l'auto-gestion, une activité physique régulière et la perte de poids le cas échéant (Hunter et Bierma-Zeinstra, 2019). Les maux de dos ou aux reins constituent le problème de santé le plus fréquemment mentionné par la population suisse (Office fédéral de la statistique, 2019). Des études longitudinales prospectives ont mis en évidence les éléments ci-après comme facteurs de risque: des contraintes physiques au travail (tâches très répétitives, fait de soulever de lourdes charges, station debout prolongée), mais aussi psychosociales, comme le manque de soutien social, un emploi précaire, le stress chronique, des problèmes financiers et des troubles du sommeil (Taylor et al., 2014).

Maladies psychiques

Pour l'analyse des *troubles psychiques*, nous avons retenu les *troubles affectifs*, les *troubles psychotiques* et les *troubles liés à la consommation d'alcool*. En comparaison avec la plupart des maladies chroniques somatiques, les troubles psychiques peuvent déjà survenir à un jeune âge et sont susceptibles de restreindre tant les chances d'effectuer une bonne formation scolaire que l'entrée dans la vie professionnelle. Ils donnent aussi lieu à une rente AI nettement plus tôt dans la vie active que les maladies somatiques (Obsan, 2020b). On observe par conséquent aussi un rapport de causalité inverse: si le fait d'occuper le bas de l'échelle sociale augmente le risque de maladie, une maladie psychique chronique grave peut entraîner une perte de statut social. La dépression – un trouble affectif – est particulièrement répandue

dans la population suisse. Elle représente environ 10% de la charge de morbidité totale mesurée par la perte d'années de vie en bonne santé (Bachmann et al., 2015). Les troubles affectifs (dont la dépression en particulier) sont aussi ceux qui sont le plus répandus dans les soins stationnaires. Viennent ensuite les troubles psychotiques chez la femme et, chez l'homme, les troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes, notamment l'alcool, ainsi que les troubles psychotiques. Les facteurs de risque varient en fonction du type de troubles psychiques. Les facteurs génétiques jouent notamment un rôle important dans les troubles psychotiques, mais aussi dans les troubles affectifs bipolaires. Les troubles psychotiques s'accompagnent souvent d'une addiction à l'alcool et au cannabis. Pour les dépressions, une situation sociale difficile, des événements de vie négatifs et des maladies somatiques concomitantes (douleurs chroniques, p. ex.) sont considérés comme d'importants facteurs de risque (American Psychiatric Association, 2018; Fryers et al., 2005; Gouzoulis-Mayfrank, 2016).

Situation sociale et risque d'hospitalisation (ajusté) pour certaines maladies chroniques spécifiques

Les modèles de régression logistique multivariés (ajustés selon la formation, le type de ménage, l'âge, le sexe, la nationalité et l'année d'enquête, cf. chapitre 2 Méthodologie) mettent en relief des risques d'hospitalisation relatifs variables selon la maladie et l'indicateur social (cf. chapitre 2). Ces différences sont exposées ci-après.

Différences selon le niveau de formation

Pour les maladies cancéreuses, on remarque un gradient social statistiquement significatif pour le cancer du poumon, avec un risque d'hospitalisation nettement plus élevé chez les personnes qui ont un bas niveau de formation (cf. G3.3). Ce risque accru s'explique probablement en partie par des différences dans le comportement face au tabac. Pour le cancer du sein, on observe un gradient inverse significatif: en comparaison avec les diplômées du degré tertiaire, les femmes titulaires d'un certificat du degré secondaire II et celles qui ont uniquement suivi la scolarité obligatoire ont un risque d'hospitalisation moins élevé de respectivement 10% et 20%. Ce résultat est en accord avec les gradients inverses observés pour l'incidence de ce cancer. Pour les cancers du côlon et de la prostate, en revanche, on ne relève pas de lien avec le niveau de formation.

Pour les trois maladies cardiovasculaires comme pour le facteur de risque que constitue le diabète (mais probablement sur-

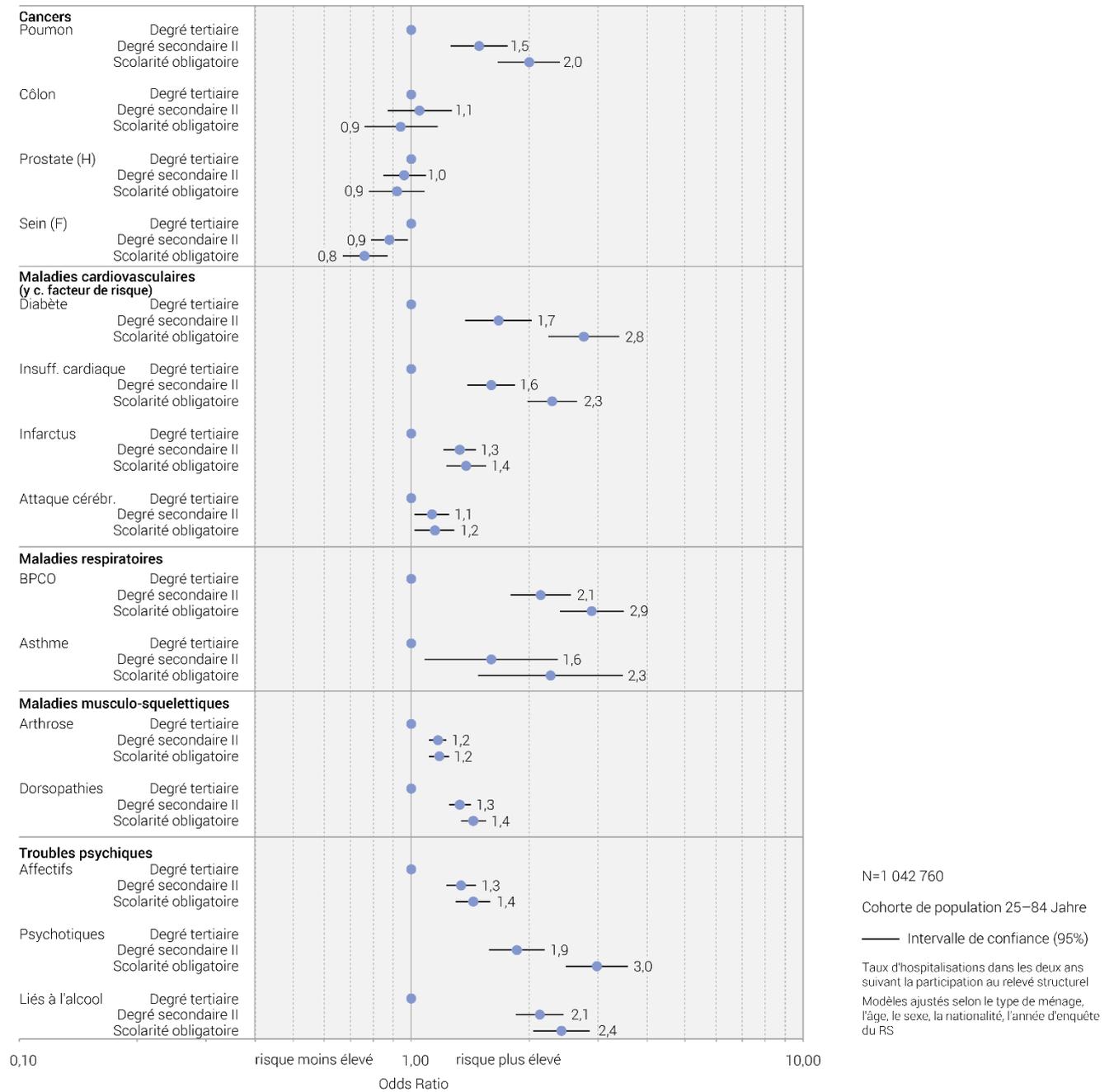
tout pour le diabète de type 2), le niveau de formation est un prédicteur significatif du risque d'hospitalisation. Le gradient observé est nettement plus marqué pour le diabète et l'insuffisance cardiaque que pour l'infarctus du myocarde aigu et l'attaque cérébrale. Ainsi, une personne qui n'a achevé que la scolarité obligatoire a un risque trois fois plus élevé d'être hospitalisée pour un diabète qu'une personne titulaire d'un diplôme du degré tertiaire; pour l'insuffisance cardiaque, le risque est deux fois plus grand. La BPCO et l'asthme suivent également un gradient significatif prononcé, avec des *odds ratios* comparables à ceux que l'on a pour le diabète et l'insuffisance cardiaque. Pour ces quatre maladies, qui se classent parmi les affections propices aux soins ambulatoires, un traitement ambulatoire adéquat bien suivi, associé à un changement du mode de vie et à l'autogestion, permet souvent d'éviter une hospitalisation, ce qui, nous l'avons mentionné plus haut, dépend également des ressources des personnes concernées et de la façon dont le système de soins veut et peut répondre aux besoins individuels des patients. En comparaison, l'infarctus du myocarde aigu et l'attaque cérébrale, qui nécessitent généralement une hospitalisation, présentent quant à eux des gradients liés aux niveaux de formation faibles, mais néanmoins significatifs.

Pour l'arthrose et les problèmes de dos, le risque d'hospitalisation est plus élevé d'environ 30% chez les personnes qui n'ont pas de diplôme du degré tertiaire, ce qui constitue une différence significative. Dans le cas des problèmes de dos, il est établi que le risque est lié à des contraintes qui varient selon la situation professionnelle (fait de soulever de lourdes charges, station debout prolongée, tâches répétitives) (Taylor et al., 2014). Des études révèlent en outre des inégalités sociales dans le risque de passage à la chronicité des maux de dos, ce qui s'explique par des interactions complexes entre les facteurs biologiques et psychosociaux (Fliesser et al., 2017; Gatchel et al., 2007).

Pour les MNT somatiques considérées jusqu'ici, il est vraisemblable que les différences constatées dans les risques d'hospitalisation sont la conséquence – et non la cause – du niveau de formation différent, la formation étant généralement achevée au début de la maladie, qui survient à un âge moyen ou avancé (cf. G 3.2). Pour les MNT psychiques en revanche, pour lesquelles on observe un lien d'importance comparable entre le niveau de formation et le risque d'hospitalisation, on peut aussi imaginer un rapport de causalité inverse. Les maladies psychiques débutent en partie déjà à l'adolescence et peuvent rendre difficile l'obtention d'un certificat de formation professionnelle ou d'un diplôme d'une haute école. Un niveau de formation modeste serait alors la conséquence de la maladie psychique et ne constituerait dès lors pas la cause d'un risque accru d'hospitalisation.

Risques d'hospitalisation pour les maladies chroniques spécifiques selon le niveau de formation

G3.3



Source: Cohorte de population SIHOS, 25 à 84 ans, RS 2010–2014 et MS 2011–2016

© Obsan 2020

Différences selon le type de ménage

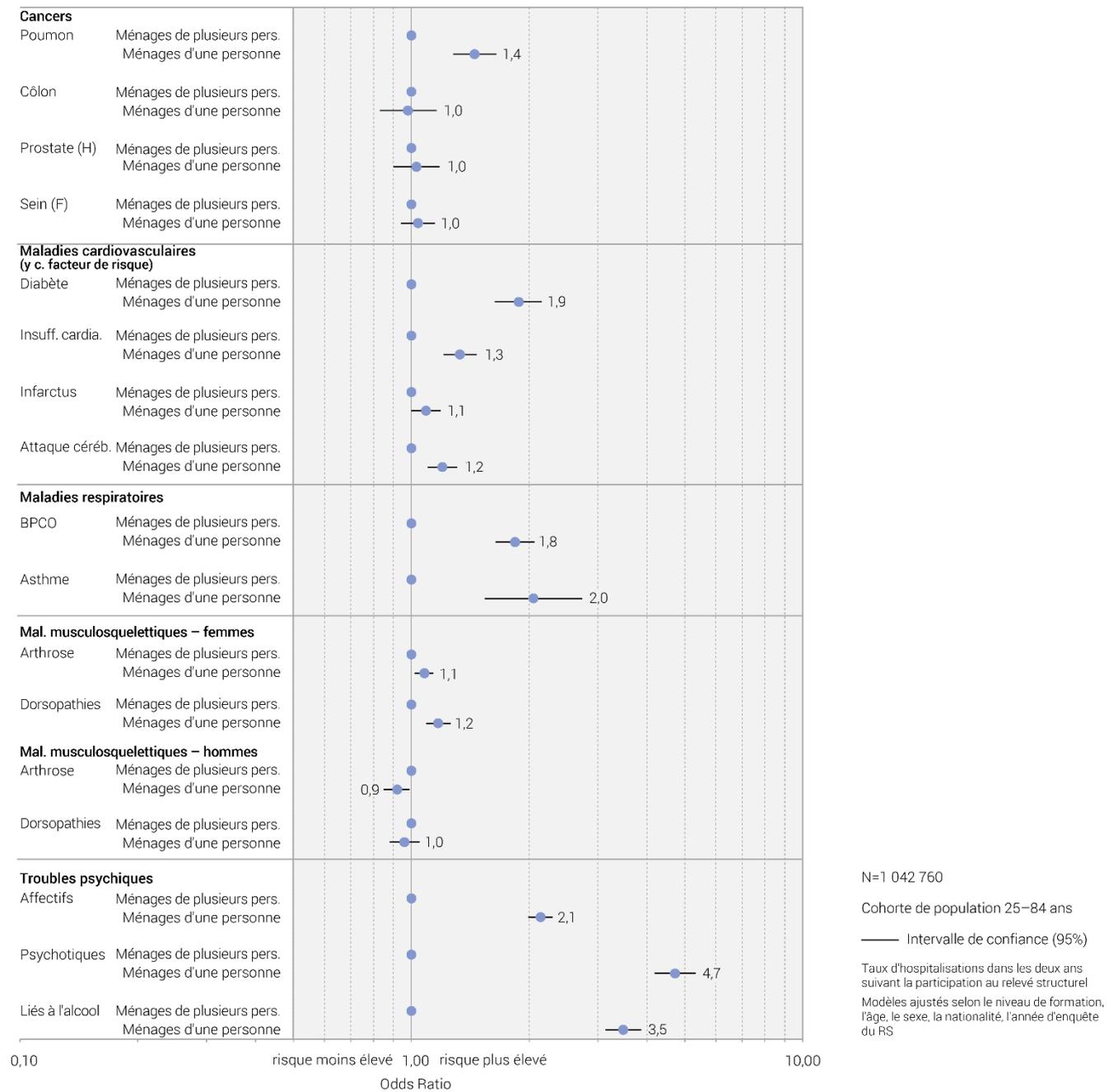
Dans le cadre de cette étude, le fait de vivre seul est un indicateur de ressources sociales limitées (cf. chapitre 2 Méthodologie) et constitue un prédicteur significatif d'hospitalisation pour le cancer du poumon (OR=1,4), mais pas pour les cancers du côlon, de la prostate ou du sein (cf. G 3.4). Les personnes qui vivent seules ont un risque significativement plus élevé d'être hospitalisées à la suite de maladies cardiovasculaires et respiratoires. Pour le diabète, la BPCO et l'asthme, le risque est pratiquement deux fois plus élevé que chez les individus qui vivent dans un ménage de plusieurs personnes; pour l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde et l'attaque cérébrale, il est plus élevé de 20%. Les femmes qui vivent seules ont également un risque significativement accru d'être hospitalisées pour des dorsalgies et de l'arthrose, ce qui n'est pas le cas des hommes. Un manque de ressources sociales peut augmenter le risque d'hospitalisation par le biais de divers mécanismes. En plus d'avoir un risque accru de maladie, les personnes qui vivent seules reçoivent probablement

moins de soutien pratique et émotionnel pour faire face à la maladie que celles qui font ménage commun avec d'autres. Les personnes qui vivent dans le même ménage peuvent par ailleurs encadrer la prise de médicaments et l'adhésion aux traitements et contribuer ainsi à réduire le risque d'hospitalisation.

Les maladies psychiques sont de loin celles pour lesquelles les *odds ratios* sont les plus élevés et les plus significatifs pour l'indicateur «vivre seul». Le risque d'être hospitalisé pour des troubles psychotiques est 4,7 fois plus élevé chez les personnes qui vivent seules; il est multiplié par 3,5 pour les troubles liés à la consommation d'alcool. Pour les MNT psychiques, il existe vraisemblablement aussi des interactions avec les ressources sociales. Les écarts les plus marqués en relation avec le type de ménage concernent les psychoses et les problèmes liés à la consommation d'alcool. Pour ce qui est du lien entre l'isolement social et les maladies psychiques, un rapport de causalité est plausible dans les deux sens: la solitude peut provoquer ou aggraver des états dépressifs, mais, à l'inverse, les maladies psychiques peuvent rendre les relations difficiles et entraîner une rupture des liens sociaux.

Risques d'hospitalisation pour les maladies chroniques spécifiques selon le type de ménage

G3.4



Source: Cohorte de population SIHOS, 25 à 84 ans, RS 2010–2014 et MS 2011–2016

© Obsan 2020

Différences selon l'intégration sur le marché du travail

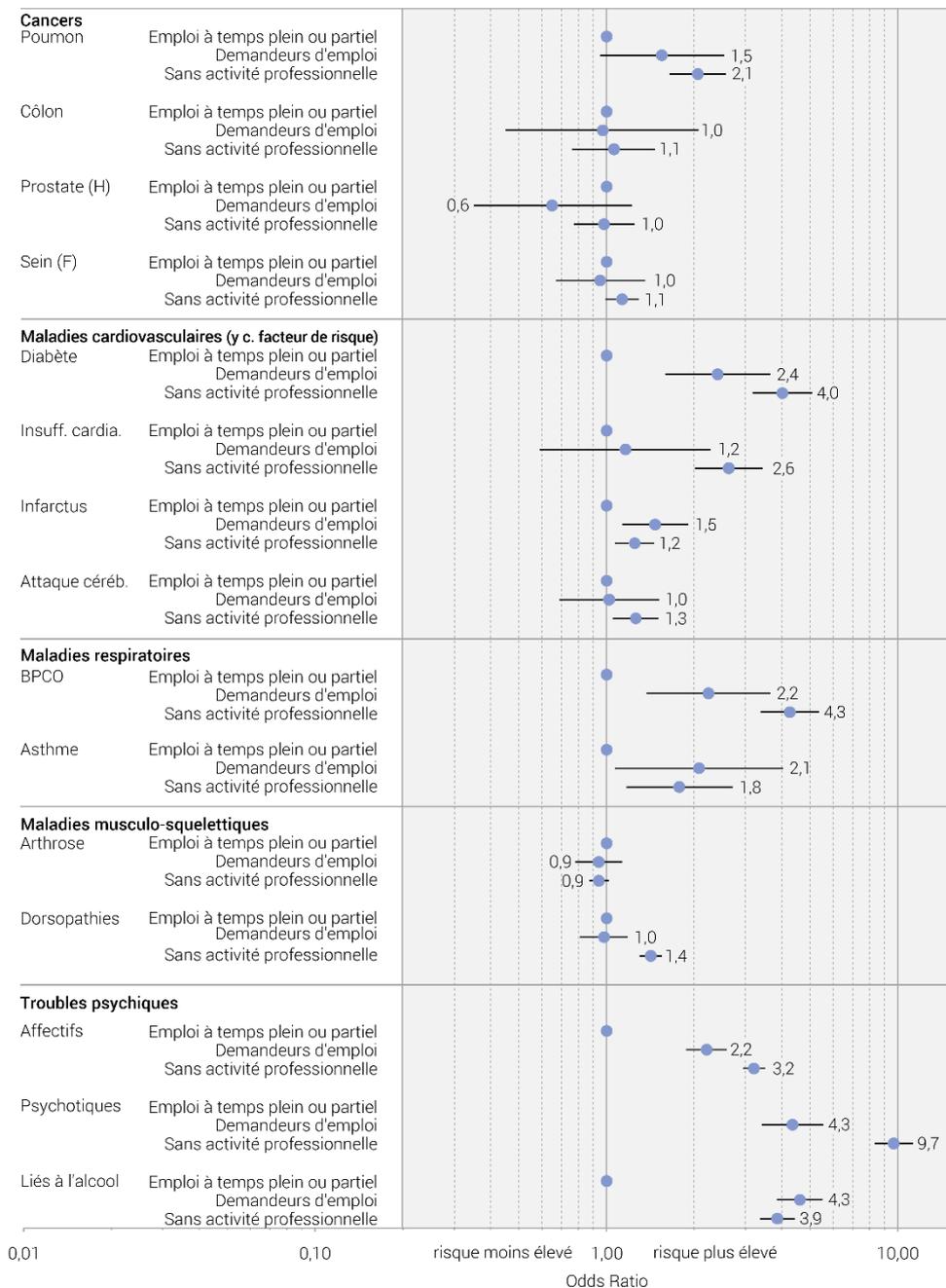
Les analyses relatives à l'intégration sur le marché du travail portent sur les personnes en âge de travailler (25 à 64 ans). Pour les MNT somatiques, les gradients les plus marqués en relation avec l'absence d'activité professionnelle dans ce groupe de population s'observent pour les maladies susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles importantes (cf. G 3.5). Cela vaut en particulier pour le cancer du poumon, l'insuffisance cardiaque, la BPCO et les problèmes de dos. La progression de la maladie oblige probablement souvent les personnes concernées à arrêter de travailler ou leur fait perdre leur emploi. Lorsqu'un manque de soutien social, voire des conflits au travail s'ajoutent à la maladie chronique, le cumul peut entraîner une dynamique négative, chaque problème venant amplifier l'autre, ce qui peut conduire à la sortie du monde du travail (Taylor et al., 2014).

Pour ce qui est du diabète en revanche, le risque accru d'hospitalisation constaté chez les demandeurs d'emploi et les personnes sans activité professionnelle pourrait être essentiellement lié à un surpoids important. La surcharge pondérale est, d'une part, un facteur de risque connu du diabète de type 2; d'autre part, elle augmente, en particulier chez les femmes, le risque de perte d'emploi, de chômage et de bas salaire. On suppose que ces effets sont dus à une baisse de performance induite par la maladie, mais aussi à des préjugés et à de la discrimination de la part des employeurs (Harkonen et al., 2011).

En comparaison avec les personnes qui exercent une activité professionnelle, les demandeurs d'emploi et les personnes sans activité professionnelle ont un risque d'être hospitalisés à la suite d'un infarctus du myocarde majoré de 50% pour les premiers et de 20% pour les secondes. On sait que le risque de décès s'accroît peu après la perte d'un emploi (Bachmann et Neuhaus, 2010), à l'instar du risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes actives occupées d'un âge plus avancé (Gallo et al., 2006). Il est donc plausible que la perte d'emploi augmente le risque d'être hospitalisé pour un infarctus du myocarde. Les demandeurs d'emploi ont également davantage de risques de se retrouver à l'hôpital pour un problème d'asthme; le stress induit par la perte du travail pourrait là encore entraîner une détérioration de la maladie et donc une hospitalisation.

Le risque d'être hospitalisé à la suite d'une maladie psychique est plus élevé chez les demandeurs d'emploi et les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Il est multiplié par 10 chez les personnes sans activité professionnelle et par 4 chez les demandeurs d'emploi lors de troubles psychotiques. Ces chiffres impressionnants reflètent la difficulté – déjà relevée dans d'autres études – de s'intégrer sur le marché du travail quand on souffre d'une maladie psychique, en particulier lorsque celle-ci survient tôt dans la vie, ainsi que le risque élevé de perdre son emploi (Baer et al., 2013).

Risques d'hospitalisation pour les maladies chroniques spécifiques selon l'intégration sur le marché du travail G3.5



N=806 866
 Cohorte de population 25-64 ans
 — Intervalle de confiance (95%)
 Taux d'hospitalisations dans les deux ans suivant la participation au relevé structurel
 Modèles ajustés selon le niveau de formation, le type de ménage, l'âge, le sexe, la nationalité, l'année d'enquête du RS

Source: Cohorte de population SIHOS, 25 à 64 ans, RS 2010-2014 et MS 2011-2016

4 Réflexions et conclusions

Les résultats présentés dans ce rapport montrent pour la première fois que certains groupes sociaux présentent un risque accru d'hospitalisation à la suite d'une maladie chronique en Suisse. Cela vaut pour les personnes dont le niveau de formation est bas, qui disposent de peu de ressources sociales et qui ne sont pas intégrées sur le marché du travail. Les analyses réalisées révèlent également que l'influence de la situation sociale sur le risque d'hospitalisation varie en fonction du type de maladie. Le gradient social apparaît clairement pour un grand nombre de pathologies; il est inexistant pour quelques autres ou même inverse pour certaines, comme le cancer du sein. Pour bien des maladies chroniques, l'hospitalisation est le résultat d'un enchaînement de processus qui se déroulent sur plusieurs années, ces processus étant influencés par différents facteurs. Les inégalités sociales sont essentiellement liées à des différences dans l'exposition aux facteurs de risque (contraintes professionnelles, comportements néfastes pour la santé et stress chronique notamment) et dans les ressources à disposition, ces deux facteurs influençant l'apparition de la maladie. Chez les personnes déjà malades, d'autres facteurs viennent s'y ajouter: le recours à une aide, le type de prise en charge dans le système de soins ambulatoires et son accessibilité, ainsi que les compétences nécessaires pour maîtriser la maladie et les possibilités à disposition pour le faire. Les inégalités sociales constatées dans cette étude quant aux risques d'hospitalisation sont dues à un cumul de ces facteurs.

Les données de l'étude SIHOS ne permettent pas de définir directement la part imputable aux différents facteurs dans le résultat final, à savoir la nécessité d'un traitement stationnaire. L'analyse différenciée des maladies spécifiques d'une part et de divers paramètres de la situation sociale d'autre part autorise toutefois les conclusions suivantes:

- Les inégalités sociales en relation avec le risque d'hospitalisation sont particulièrement marquées pour les maladies chroniques propices aux soins ambulatoires, dont l'évolution peut être influencée positivement par une prise en charge centrée sur le patient et une collaboration réussie entre le patient et les professionnels de la santé pour maîtriser la maladie. Cette combinaison propice présuppose notamment une relation entre professionnels et patient basée sur la confiance, mais aussi une certaine marge de manœuvre chez la personne concernée (pour pouvoir adapter ses conditions de travail, par exemple).
- La maîtrise de la maladie, l'observance thérapeutique nécessaire, les adaptations au travail ou les changements dans le mode de vie sont beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre pour les personnes en situation précaire. Bâtir une vision commune de la maladie et introduire les traitements nécessaires dans le quotidien de la personne concernée demande du temps et des compétences ad hoc de la part des professionnels de la santé. Le temps consacré aux entretiens avec les patients devrait donc être suffisamment pris en compte dans le système de rémunération.
- Les résultats présentés dans ce rapport montrent également qu'une imbrication plus étroite des systèmes de santé et social serait utile pour éviter des souffrances subjectives et des hospitalisations chez les personnes atteintes de maladies chroniques qui appartiennent à un groupe socialement défavorisé.
- En Suisse, le risque de maladie et le moment où celle-ci survient varient selon la situation sociale pour de nombreuses affections chroniques. Pour prévenir ou retarder l'apparition de ces maladies, il est nécessaire d'axer davantage la prévention structurelle et comportementale sur les groupes de population vulnérables.
- Enfin, nos résultats révèlent un lien étroit entre l'état de santé et l'intégration sur le marché du travail, comme en témoignent les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de maladies psychiques ou le risque accru d'infarctus chez les demandeurs d'emploi. Ici encore, la recherche de nouvelles approches visant à améliorer la prise en charge des personnes concernées et à leur apporter un soutien optimal ne doit pas être laissée au seul système de santé. Il apparaît nécessaire de développer les offres d'insertion ou de réinsertion professionnelle et d'inciter davantage d'entreprises à embaucher et à soutenir des personnes atteintes dans leur santé. Enfin, il est essentiel que les autorités compétentes en matière d'assurances, le système social et la société tout entière s'attachent à renforcer les ressources des demandeurs d'emploi.

5 Références

- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß, & M. Zaudig, Eds.; 2nd ed.). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. (Obsan Dossier 27).
- Bachmann, N. (2015). Vivre avec une maladie chronique. In M. Diebold, I. Kickbusch, F. Paccaud, et T. Zeltner (Eds.), *La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015*. (pp. 146–184). Hogrefe.
- Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalités des chances en santé*. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., et Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. (Obsan Rapport 56). Observatoire suisse de la santé.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., et Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*, *380*(9836), 37–43.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Burkert, N., Freidl, W., Rasky, E., Grossschädl, F., Muckenhuber, J., Schenouda S. & Hofmann, H. (2014). *Ambulatory Care Sensitive Conditions. Potentiell vermeidbare stationäre Aufenthalte, entsprechende Diagnosen, Einflussfaktoren und Empfehlungen zur Durchführung von Untersuchungen* (S. 112). Medizinische Universität Graz Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie.
- DiabèteSuisse. (2019). *Diabète sucré. Causes, traitement, complications et polyopathologie*.
- Fiorito, G., Polidoro, S., Dugué, P.-A., Kivimaki, M., Ponzi, E., Mattullo, G., Guarrera, S., Assumma, M. B., Georgiadis, P., Kyrtopoulos, S. A., Krogh, V., Palli, D., Panico, S., Sacerdote, C., Tumino, R., Chadeau-Hyam, M., Stringhini, S., Severi, G., Hodge, A. M., ... Vineis, P. (2017). Social adversity and epigenetic aging: A multi-cohort study on socioeconomic differences in peripheral blood DNA methylation. *Scientific Reports*, *7*(1), 16266.
<https://doi.org/10.1038/s41598-017-16391-5>
- Fliesser, M., De Witt Huberts, J., et Wippert, P.-M. (2017). The choice that matters: The relative influence of socioeconomic status indicators on chronic back pain- a longitudinal study. *BMC Health Services Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2735-9>
- Frølich, A., Ghith, N., Schiøtz, M., Jacobsen, R., & Stockmarr, A. (2019). Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLOS ONE*, *14*(8): e0214183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214183>
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *1*(14). <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- Gallo, W. T., Teng, H. M., Falba, T. A., Kasl, S. V., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2006). The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: A 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occupational and Environmental Medicine*, *63*(10), 683-687.
<https://doi.org/10.1136/oem.2006.026823>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., et Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. [Review] [645 refs]. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581–624.
<https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2016). Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *10*, 14-20. <https://doi.org/10.1007/s11757-015-0352-1>
- Härkönen, J., Räsänen, P., & Näsi, M. (2011). Obesity, Unemployment, and Earnings. *Nordic Journal of Working Life Studies*, *1*(2), 23-38. <https://doi.org/10.19154/njwls.v1i2.2343>
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I., et Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen*. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

- Hu, Y., Leinonen, T., van Hedel, K., Myrskylä, M., & Martikainen, P. (2019). The relationship between living arrangements and higher use of hospital care at middle and older ages: To what extent do observed and unobserved individual characteristics explain this association? *BMC Public Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7296-x>
- Hunter, D. J., et Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(10182), 1745–1759. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)
- Ligue contre le cancer. (2020). *Le cancer du côlon et du rectum*
- Ligue pulmonaire Suisse. (2019). *BPCO. Dépistage précoce - traitement efficace.*
- Ligue pulmonaire Suisse. (2019). *Asthme. Respirer plus facilement - vivre plein d'entrain.*
- Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., et Gerdtham, U. (2016). Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—A systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 26(5), 804–813. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw070>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., et Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Obsan (Ed.). (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015.* Éditions Hogrefe.
- Obsan. (2020a). *Égalité des chances | OBSAN.* <https://www.obsan.admin.ch/fr/gesellschaft-und-regulierung/chancengleichheit>
- Obsan. (2020b). *Nouvelles rentes AI pour cause de maladie (âge: 18-âge de la retraite) | OBSAN.* <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/nouvelles-rentes-ai-pour-cause-de-maladie-age-18-age-de-la-retraite>
- Office fédéral de la statistique. (2017). *Recours aux soins et au dépistage du cancer selon la position sociale. Enquête suisse sur la santé 2012.* [Actualités OFS].
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Statistiques de la santé 2019.*
- Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE). (2014). *Santé mentale et emploi: Suisse.* Office fédéral des assurances sociales. <https://www.oecd.org/fr/els/emp/sante-mentale-et-emploi-suisse-9789264205192-fr.htmf>
- Pimouguet, C., Rizzuto, D., Lagergren, M., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2016). Living alone and unplanned hospitalizations among older adults: A population-based longitudinal study. *The European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw150>
- Taylor, J. B., Goode, A. P., George, S. Z., et Cook, C. E. (2014). Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: A systematic review and meta-analysis. *The Spine Journal*, 14(10), 2299–2319. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.01.026>
- Tweed, E. J., Allardice, G. M., McLoone, P., et Morrison, D. S. (2018). Socio-economic inequalities in the incidence of four common cancers: A population-based registry study. *Public Health*, 154, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.005>
- Wallar, L. E., et Rosella, L. C. (2020). Risk factors for avoidable hospitalizations in Canada using national linked data: A retrospective cohort study. *PLOS ONE*, 15(3), e0229465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229465>
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M., et Schwenkgenks, M. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. *Office fédéral de la santé publique, Berne.* http://www.monitorage-addictions.ch/docs/library/wieser_jdbllqbpebcd.pdf



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.