

Date de dépôt : 24 mai 2011

Rapport

de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier la proposition de motion de M^{mes} et MM. Anne Emery-Torracinta, Christian Bavarel, Philippe Schaller, Marie Salima Moyard, Mathilde Captyn, Alain Charbonnier, Christian Dandrès, François Lefort, Brigitte Schneider-Bidaux, Lydia Schneider Hausser, Fabiano Forte, Michel Forni, Anne Marie von Arx-Vernon et Olivier Norer : Il faut connaître l'ampleur et l'évolution de la pauvreté pour la combattre !

Rapport de M. Michel Forni

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission des affaires sociales a étudié la motion 1950 lors de ses séances des 22, 29 mars, 19 avril et 3 mai 2011, sous la présidence de M. M. Poggia.

Les procès-verbaux ont été tenus par M. M. Stojanovic, que nous remercions.

M. M. Maugué, directeur général de la direction générale de l'assurance sociale, a assisté aux différentes séances.

La Commission a procédé aux auditions suivantes :

- M. A. Bolle, directeur du Centre Social Protestant
- M. D. Froideveaux, directeur de Caritas
- M. J. Blanchard, secrétaire général du Mouvement Populaire des Familles
- M. A. Bordeaux et Mme F. Tissière de ATD Quart Monde
- M^{me} M. Diebold, directrice, et M^{me} F. Moreau, chef de projet scientifique de l'observatoire suisse de la santé
- Professeur J.-M. Gaspoz, HUG

- MM. les docteurs I. Guessous et H. Wolff, HUG
- A été également interpellé et suivi de réponses écrites, le CATI.

Audition et présentation de la motion par M^me A. Emery-Torracinta (mardi 22 mars 2011).

Cette motion a été lancée avec le concours de plusieurs groupes parlementaires ainsi que par des institutions privées telle que Caritas.

Il n'existe pas de paysage normatif à la pauvreté, ce thème affecte individus, familles et groupes sociaux. Il existe un problème de définition et les baromètres de la pauvreté n'apportent pas toute fiabilité aux chiffres dans un monde où les frontières de la famille continuent d'évoluer, où la confiance dans les institutions est parfois en crise et où les leviers du changement social sont grippés par des mécanismes de précarisation ou d'exclusion et surtout dans une société vieillissante où certains sont à la dérive suite à des déstabilisations découlant également de mutations technologiques et économiques.

La définition retenue est tirée du « manuel de la pauvreté en suisse » (Kehrli et Knopf, 2006) où les pauvres (personnes, familles, groupes) sont définis par cette étiquette lorsqu'ils disposent de moyens (matériels, culturels et sociaux) tellement faibles qu'ils sont exclus du mode de vie qui, dans leur société, est « le minimum acceptable ».

Il n'existe cependant, en Suisse, pas de seuil de pauvreté et il est nécessaire de trouver des outils pour comprendre et décrire les problèmes découlant des retours de l'insécurité sociale et surtout lui fournir les antidotes.

Plusieurs indicateurs existent, notamment les normes CSIAS qui utilisent le montant des prestations nécessaires pour vivre décemment en Suisse, d'autre part celui de l'Office fédéral de la statistique qui mesure le taux de pauvreté de la population active avec une étude effectuée en 2007 (20 à 59 ans) et regroupant environ 8.8 % de la population, soit environ 380 000 personnes.

Ce chiffre est légèrement augmenté dans l'indicateur de Caritas (11 à 12% de la population totale) et l'auteur souligne qu'au-delà des chiffres et sans dramatiser à outrance, il est légitime de s'intéresser à la situation de notre canton face aux situations et aux conséquences variables de la pauvreté.

Les causes de la pauvreté sont analysées sous différents angles allant des bas salaires chez les actifs (working poors) aux problèmes des familles, notamment monoparentales ou avec de nombreux enfants, sans oublier les

conséquences de la crise économique aboutissant au chômage et parfois aux fins de droit d'indemnité.

Les chiffres cités ont également été utilisés dans une autre étude (PL 10600 page 13), permettant également de s'intéresser au pourcentage de chômeurs (16,4% environ à Genève) et aux demandeurs d'emploi. Le corollaire est le développement de dispositifs notamment de l'aide sociale, du maintien d'un revenu minimum cantonal (RMCAS) ou son équivalent et surtout le ciblage de certains mécanismes de la pauvreté faisant appel à la spirale de l'endettement et dans une certaine fatalité du destin social contemporain où les moins qualifiés et les moins diplômés sont exposés aux risques de la précarité.

D'autres phénomènes sont également mentionnés telle que la marginalisation, la saturation des normes en politique fiscale et les conséquences suite à la révolution écologique de certaines de ses externalités.

Cette analyse des mécanismes de pauvreté sera également associée à une étude de ses conséquences, notamment sur la souffrance morale et physique dans le sens d'une augmentation de certaines maladies et de certains facteurs de risque traditionnel (tabac, alcool, alimentation...). Vulnérabilité et dégradation des relations sociales seront indirectement signalées tout comme le débat sur le Care qui se cache derrière certains dispositifs standardisés ou à prestations monétaires.

A cet effet, certaines études, telle que celle de Caritas publiée en 2009 confirmant le rapport pauvreté et répercussion sur la santé, sont également citées.

Enfin la mise au grand jour d'une pauvreté frappant certains modèles sociaux suisses, adaptés jadis à un contexte de plein emploi et à une protection de ses salariés, révèle que ces modèles répondent désormais mal à certaines populations précarisées et à leurs besoins. D'où un questionnement...

L'auteur signale encore des moyens qui pourraient être dégagés pour lutter contre cette pauvreté et notamment les méthodes de visibilité telle que celle émise par l'Union Européenne en 2010 (année européenne de la lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale), les opérations du CSIAS sur le terrain et les mesures de Caritas visant également à réduire l'indifférence face à la pauvreté.

C'est donc dans le sens de maintenir une lutte contre cette pauvreté, au niveau cantonal, qui exige moyens investigationnels, suivi régulier et également un survol de certains angles morts sociologiques, que 3 invites

sont déposées devant permettre de lutter et de prévenir la pauvreté et de lui apporter des remèdes.

Ces invites faites au Conseil d'Etat sont de trois types, à savoir :

- Par un rapport annuel permettre une analyse et une quantification de la pauvreté à Genève, permettant séquentiellement évaluation et correction.
- Une mesure particulière ciblant l'accroissement de l'endettement.
- Un axe d'impact sur la santé associé à une vulnérabilité et à des conséquences sur l'espérance de vie.

Les commissaires dégageront un niveau de sensibilité différent selon les invites notamment dans le groupe libéral, demandant de compléter l'analyse sur 2 points :

- Relation entre la pauvreté et les revenus des individus (notamment sur les travailleurs à plein temps).
- Evolution de la pauvreté (sortie de la pauvreté) par opposition à pauvreté héréditaire.

Ils soulignent également la « pauvreté » des chiffres pour confirmer une augmentation de la pauvreté et rejoignent également un commissaire radical dans l'importance de traiter le problème de l'endettement (notamment par l'accès au crédit).

Enfin, il est souligné l'absence de référence aux différentes études scientifiques menées en Suisse, notamment par le fond national de la recherche.

Une commissaire MCG reviendra sur les problèmes d'exclusion et de perte d'estime de soi ainsi que sur les problèmes dits « héréditaires » de la pauvreté, mieux connus à l'étranger.

Une commissaire Verts soulignera l'importance d'un ciblage de sous-groupes défavorisés et permettant d'entrer dans le modèle des problèmes dits héréditaires et souvent associés également à d'autres formes « d'exclusion » notamment en ce qui concerne les possibilités d'éducation.

Un commissaire Radical reviendra sur certains aspects sociétaux interférant dans les mécanismes de pauvreté, découlant de problèmes nutritionnels, de déterminants économiques et même de phénomènes de délinquance.

Un commissaire Libéral insistera sur l'absence de ciblage de la « grande pauvreté » ainsi que des problèmes de misère par opposition aux facteurs de bien-être qui sont décrits dans différentes études en Suisse.

D'autres commissaires Verts insisteront également sur les facteurs de risque notamment de type maltraitance d'enfants associés parfois à une dévalorisation de membres de notre société et se répercutant également d'un certain manque de traitement (notamment au niveau dentaire).

Le département, par le biais de son directeur général, M. Maugué, commentera les invites revenant notamment sur l'OFS où des statistiques sur l'aide sociale sont relativement récentes.

Les différents types de pauvreté (cachée, pauvreté des jeunes, facteurs de surendettement, etc...) appellent à une description particulière de ce type de pauvreté, nécessitent des chiffres, notamment une connaissance des seuils de revenus. Il confirme que derrière les statistiques il y a souvent des éléments contradictoires et il répète qu'il est préférable de poser les bonnes questions pour avoir de bonnes réponses. Ceci s'adresse notamment à la 1^{ère} invite.

En ce qui concerne la 2^{ème} parlant de l'endettement, il rappelle que la direction de l'action sociale, par un programme cantonal de lutte contre le surendettement, a clairement identifié les objectifs allant dans le sens de la prévention et de la détection précoce.

Enfin, concernant la 3^{ème} invite, il rappelle que l'observatoire suisse de la santé a cité, dans son récent rapport, les efforts du canton de Genève qui dénonçaient également les facteurs de risque tel que le tabagisme et il conclut dans le sens que l'élément déterminant est celui de la meilleure articulation face à toutes les informations dont l'on dispose et également de bien quantifier le besoin.

A ses yeux, des informations ciblées plutôt que des rapports annuels avec des statistiques globales seraient plus efficaces. Suite à différentes interrogations, l'auteur (socialiste) de cette motion rappellera, qu'en se référant au PL 10241, il est important de mettre au point des problématiques précises et elle rappellera que ce PL 10241 a été suspendu suite à l'évolution des différents problèmes notamment sous l'angle observateur du social et dans le contexte du rattachement de l'Hospice Général à un service de l'Etat.

Finalement le problème des auditions sera repris notamment par des commissaires MCG et Radicaux ainsi qu'UDC, demandant l'audition également du mouvement populaire des familles, du CSP et de Caritas bien que ces services aient été entendus récemment, lors de l'analyse du PL 10600 et face également à certains cofacteurs négatifs nouveaux (tels que ceux du

manque de remboursement de certains problèmes de santé par les assurances maladies).

Enfin il sera précisé que derrière cette motion, il y a un désir de consensus qui prenne en compte également les efforts prodigués au niveau de l'aide sociale dans le sens de maintenir un minimum vital, mais de tenir compte également de l'évolution de la situation de personnes pauvres par exemple en auditionnant des représentants de ATD Quart Monde.

Le département proposera également de bien coordonner les acteurs et les actions réelles qui se passent sur le terrain, ce qui permettra également à un commissaire Libéral de relever que les conclusions découlant de ce problème ne peuvent pas être présumées et que ce n'est pas à la commission de les étudier, mais c'est au Conseil d'Etat de le faire.

C'est la raison pour laquelle deux modifications seront faites en faveur des invites, la 1^{ère} étant de présenter non pas un rapport annuel mais un rapport par législature décrivant l'ampleur et l'évolution de la pauvreté à Genève. Une modification dans la 3^{ème} invite doit permettre d'évaluer l'impact de la pauvreté sur la qualité de la santé et également sur la qualité de l'espérance de vie.

Un autre commissaire socialiste confirme que les auditions doivent permettre de confirmer les bonnes invites dont le calendrier des analyses pourrait être annuel aux yeux de la gauche. Meilleure compréhension du sujet pour les uns (MCG) ou « sonderfall » genevois pour les autres (R) font privilégier également l'audition de l'observatoire suisse de la santé, ce qui permet aux commissaires Verts de rappeler que leur groupe n'est pas opposé à ce qu'un rapport soit publié tous les 2 ans et qu'il y ait renvoi de la motion au Conseil d'Etat. En revanche, le thème « espérance de vie » doit subsister, ce qui permet consensuellement de retenir qu'un rapport tous les deux ans serait tout à fait satisfaisant.

Un commissaire PDC insiste sur la qualité des auditions techniques, c'est-à-dire de cibler ceux qui sont sur « le terrain » et un commissaire Libéral conclut dans le sens qu'une solution de compromis peut être obtenue.

Enfin, il est proposé par le même groupe de modifier le 6^{ème} considérant : « le fait que l'ampleur de la pauvreté, ses causes, ses conséquences notamment la qualité de la santé ne sont que superficiellement répertoriées et analysées ». Il propose également, dans la 3^{ème} invite, de changer le libellé comme suit :

« Evaluer l'impact de la pauvreté sur la qualité de la santé (incidence des maladies chroniques, augmentation des facteurs de risque, vulnérabilité

accrue..) et notamment sur la qualité de vie personnelle ainsi que l'espérance de vie ».

Pour ce groupe, il convient de voter cette motion en fonction de ces amendements, puis de la renvoyer au Conseil d'Etat.

Il est précisé que le CATI possède des informations intéressantes, pouvant être source de réflexions pour la commission et permettant de se concentrer prioritairement sur les personnes en « 1^{ère} ligne » permettant également une appréciation hautement politique.

A cet effet, l'audition des spécialistes médicaux des HUG ainsi que l'observatoire de la santé et plus généralement le principe de l'audition des différents intervenants souhaités ci-dessus est mise au vote et acceptée avec une majorité confortable :

OUI	10 (2 S, 3 Ve, 1 PDC, 2 R, 2 MCG)
NON	–
Abstentions	3 (3 L)

Auditions du 29 mars 2011

- **M. A. Bolle, directeur du Centre Social Protestant**
- **M. D. Froideveaux, directeur de Caritas**
- **M. J. Blanchard, secrétaire général du Mouvement Populaire des Familles**
- **M. A. Bordeaux et M^{me} F. Tissière de ATD Quart Monde**

L'objectif de l'association ATD, fondée en 1957 est de combattre la pauvreté. Son catalogue va de la précarité en passant par l'emploi, il comprend également les obligations familiales et sociales à assumer dans les familles ainsi que la jouissance des droits fondamentaux. Lorsqu'il en résulte une insécurité, il s'ensuit des conséquences et parmi celles-ci notamment la pauvreté.

La priorité est portée aux plus exclus avec un objectif primaire qui est celui de revaloriser le dialogue et de restaurer la confiance. Caritas, par la bouche de M. Froideveaux, souhaite faire entendre la parole des personnes touchées par la pauvreté et d'emblée il est souligné qu'il y a un manque considérable de données concernant ce phénomène en Suisse.

L'objectif d'un rapport annuel, préconisé dans la motion, serait d'offrir un outil de base collectant les données existantes, d'une manière transversale. Il est souligné que la pauvreté affecte les domaines économiques, l'éducation, la santé, la migration parfois, le marché du travail et la fiscalité ainsi que la vie familiale. De plus, les analyses ciblent souvent la pauvreté qui est repérée et non pas celle qui est suspectée. Caritas a ajouté 2 indicateurs, l'un la précarisation et l'autre les questions de santé aboutissant à des maladies ordinaires dont la pauvreté peut-être une cause importante. Des rapports concernant ce problème ont été établis en France et en Belgique. Le canton de Berne a établi un rapport qui permet de donner des lignes directrices pour des actions de lutte contre la pauvreté associées également à une liste des moyens mis en œuvre.

M. Bolle revient sur la prise de position lors d'une conférence, en octobre 2010, par le Professeur Tabin à l'Université de Lausanne (regard croisé sur la pauvreté) qui est associée à un regard extrêmement critique sur la manière dont les statistiques concernant la pauvreté sont traitées en Suisse et surtout sur leur exploitation. Il propose à Genève de s'inspirer du travail du canton de Berne qui a déjà publié 2 rapports (2008 et 2010) notamment avec transversalité et qui apportent des chiffres confirmant que 7,7% des ménages sont pauvres et que 4.8 % sont menacés de pauvreté. Il insiste sur le fait que la pauvreté doit être analysée en amont et qu'il est important de repérer les comportements, préventivement. Il suggère également qu'un éventuel partenariat entre l'Etat et les associations concernées puissent être abordé par la motion 1950. Enfin, il rappelle qu'aucune statistique n'existe dans le canton de Genève qui permette d'identifier des personnes réellement touchées par la pauvreté, il en va de même dans le domaine des revenus notamment des différentes catégories de familles et le même problème existe concernant les questions de logement (personnes sans logement dans le canton de Genève).

Enfin, les problèmes de santé sont également de bons moyens pour permettre d'identifier les personnes affectées par la pauvreté, rappelant qu'à Genève 7 à 10 % des personnes sont menacées par la pauvreté ou sont pauvres et soulignant également qu'il est établi que l'espérance de vie est diminuée chez les personnes pauvres.

Enfin, il rappelle que des conséquences notamment au niveau des enfants découlent de la pauvreté notamment dans le contexte de l'accès à une alimentation saine et équilibrée.

Un commissaire (MCG) souligne les actions pragmatiques des associations représentées à la séance et estime que des solutions simples peuvent être envisagées. Selon lui, le manque d'instruction est l'une des

causes majeures et il rappelle une action pilote menée à Onex (Onex solidaire).

Les représentants d'ATD Quart Monde rappellent également que les problèmes découlant de la pauvreté ne sont pas uniquement d'ordre financier mais que le niveau d'éducation doit également être pris en compte.

M. Blanchard insiste également sur le fait qu'il est, actuellement, difficile de trouver du travail dans les entreprises si on ne dispose pas d'une formation adéquate et souligne que notre société a changé, car il est de plus en plus laborieux de rechercher un emploi si on ne dispose pas d'un bagage adapté et surtout innovateur.

Enfin la coordination des mesures opérées sur le terrain, notamment avec l'effort des communes, est à souligner.

Il est précisé par M. Froideveaux que Caritas a lancé un programme à partir de moyens privés concernant les enfants et avec 4 enjeux :

- Soutien scolaire
- Accès à des loisirs
- Accès à la santé
- Soutien à la parentalité

Il s'y associe d'autres cofacteurs tels que revenus faibles, dissolution des ménages, maladies, thèmes qui doivent engager une réflexion politique pour agir d'une manière correctrice et coordonnée.

Un commissaire revient sur le manque évident de statistiques concernant la pauvreté et également sur le problème des personnes sans domicile fixe à Genève et souhaite le développement de la notion de partenariat entre Etat et associations sur le terrain.

Certaines mesures sont également soulignées tel que le vestiaire social permettant à 4200 personnes d'acheter des vêtements bon marchés. Il s'agit d'un exemple de partenariat puisque le financement de l'Etat représente 12% du budget du Centre social protestant, ce qui permet également aux associations de bien souligner que l'Etat doit être en mesure de prendre ses responsabilités et faisant également des choix politiques.

En ce qui concerne Caritas, 5% de son budget est financé par l'Etat, et aux yeux de M. Froideveaux, le but d'un partenariat serait de rechercher des solutions ensemble mais en respectant les compétences de chacun.

Enfin, il apporte le chiffre de 3600 personnes qui sont accueillies annuellement par Caritas dont 725 sont concernées par des problèmes d'endettement.

Un commissaire Radical s'interroge sur l'utilité d'obtenir un rapport annuel et il lui est répondu que, compte tenu de l'expertise bernoise, une périodicité de 2 ans semble suffisante. Cette mesure impose une importante mobilisation de collaborateurs et nécessite temps et argent pour déboucher sur des propositions et sur des demandes de moyens.

Pour Caritas, des rapports intermédiaires et une vision stratégique quadriennale sont probablement suffisants.

En ce qui concerne l'endettement, en réponse aux questions de commissaires Radicaux, il est rappelé que l'information doit être relancée et que le problème est en amont puisqu'il faut essayer de dissuader par différents moyens, donc recourir à la prévention pour éviter ce fléau.

Il y a donc besoin d'édicter des règles pour qu'il y ait une information concernant les établissements octroyant des crédits, y compris dans les grands magasins.

En réponse à une question d'un commissaire Socialiste, il est précisé que le soutien à la parentalité a pour but d'aider les parents à reprendre leur rôle d'éducateurs.

En revanche, l'almanach social et les publications annuelles rassemblent des études disparates dans le sens d'une perspective d'études critiques. Il est également annoncé à la commission que le manuel de Caritas va être réactualisé prochainement. Cependant cette organisation ne dispose pas de moyens nécessaires pour effectuer une statistique exhaustive sur tout le territoire suisse.

Un commissaire Socialiste s'interroge sur la perception de la pauvreté et il est rappelé que plusieurs bénéficiaires de l'aide sociale sont l'objet de jugement sévère.

Enfin, il est souligné également qu'il n'existe pas de statistique unifiée sur le plan fédéral.

Un commissaire PDC propose de collecter et de rassembler les différents thèmes allant de la transversalité en passant par le partenariat ou la coopération en terme institutionnel et il propose d'adjoindre à ce catalogue des mesures ainsi qu'un budget qui permettrait de pallier les problèmes concernés.

Un commissaire Verte revient sur cette suggestion et estime que c'est au département qu'il appartient d'établir un document regroupant ces différents

thèmes dont la réalisation prendrait du temps et qui, pour certaines organisations, ferait plutôt appel à une forme de partenariat.

Le département, par la bouche de M. Maugué, souhaite que les commissaires prennent position afin de savoir si c'est au département d'établir un rapport ou si c'est aux associations de le faire. Suite à la proposition PDC, M. Bolle confirme qu'une association va se constituer autour du suivi de la pauvreté dans le contexte d'une conférence nationale s'étant tenue le 9 novembre 2010 sous l'égide de la Confédération.

Enfin, un commissaire Radical rappelle que la pauvreté est un phénomène collectif qui met en jeu également la stabilité sociale (cohabitation entre les personnes) et propose de réfléchir à la mise en place d'un observatoire de la pauvreté avec des indicateurs, des facteurs de risque et des moyens pour rechercher les causes et pouvoir y remédier.

Suite aux discussions susmentionnées et dans le contexte des axes déterminés par cette motion, il est proposé des auditions complémentaires notamment avec des informations provenant du centre d'analyses territoriales des inégalités (CATI) et de revenir également sur les problèmes de santé ainsi que d'auditionner les représentants de l'OFS.

Un commissaire MCG demandera l'audition de personnes s'occupant de jeunes en rupture et finalement il est estimé, par les commissaires, que le rapport bernois ainsi que le texte de la conférence de M. J.-P. Tabin sont suffisants.

L'audition de la CATI sera mise au vote

OUI	10 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 UDC, 2 MCG, 1 L)
NON	1 (1 R)
Abstentions	3 (1 R, 2 L)

L'audition de la CATI est donc acceptée à la majorité.

La réponse écrite de cet organisme se fera par l'intermédiaire de M. G. Ferro Luzzi, qui rappelle que ce centre d'analyses territoriales des inégalités a été créé pour fournir des indicateurs sociaux dont la pauvreté dans différents quartiers ou sous-secteurs du canton.

L'objectif est de récolter et d'harmoniser les statistiques qui existent sur la question, projet découlant de la politique du développement urbain, en souhaitant améliorer la cohésion sociale du canton et en coordonnant au mieux les politiques d'éducation, de logement, d'emplois et de santé.

Il est rappelé que ce centre est une création récente et qu'il n'a pas encore été associé à des publications. Un 1^{er} rapport devrait voir le jour en avril.

Enfin, il est souligné que la pauvreté est mesurée d'une manière très indirecte en raison du manque de données et qu'une enquête sur la consommation et les revenus au niveau du canton serait idéale pour étudier la pauvreté et obtenir un profil de la population, données qui n'existent qu'au niveau national.

Cependant, l'OCSTAT dispose de données fiscales sur les revenus ce qui permet de construire certains indicateurs découlant de la distribution des revenus mais surtout de la pauvreté.

Audition de M^{me} M. Diebold, directrice et de M^{me} F. Moreau, chef de projet scientifique de l'observatoire suisse de la santé (19 avril 2011)

La présentation de Mme Moreau analysant le rapport pauvreté-santé sera basé prioritairement sur les déterminants de la santé et elle sera étayée par une méthodologie de l'enquête suisse incluant également une étude réalisée dans le canton de Genève sur la mortalité prématurée en fonction de la classe sociale et dans laquelle un écart d'espérance de vie de 4 ans et demi entre les classes défavorisées et les classes plus favorisées est nettement établi.

Il est vrai que l'espérance de vie a augmenté avec les siècles, grâce notamment aux améliorations des conditions de vie, de travail et d'hygiène ainsi que de l'alimentation. L'amélioration du système de santé (analysée notamment au Canada) et les questions de sécurité sociale (analysées en Grande-Bretagne) expliquent les améliorations observées, mais les inégalités existent probablement dues aux disparités économiques.

Les différences observées font appel à des modèles d'interprétations où il ressort que la sélection naturelle ou sociale occupe une place importante. L'autre explication (matérialiste ou structuraliste) met en exergue les conditions matérielles de vie ou la structure d'une société. Dans le même sens, l'OMS a mis en place une commission de déterminants sociaux de la santé qui ont conclu et permettent d'accuser la distribution inégale du pouvoir, des revenus et des biens.

Une 3^{ème} explication (culturelle ou comportementale) incrimine les comportements à risque pour la santé (alcool, manque d'activités physiques...). Cependant, les principaux déterminants de la santé, analysés sur 5 niveaux d'influence, considèrent en premier lieu l'âge, le sexe et l'hérédité puis le style de vie individuel, enfin l'attrait aux réseaux sociaux et communautaires, mais aussi en 4^{ème} position, les conditions de vie et de travail et enfin l'environnement socio-économique, culturel et physique.

Il se surajoute le lien entre le niveau d'éducation, le revenu et la santé. Le niveau de formation a un impact sur les conditions de vie car il contribue au type d'emploi et souvent au type de logement. Enfin, la pauvreté au sein de la famille peut aboutir à des carences culturelles, intellectuelles ou matérielles et il peut s'y ajouter un déficit dans le domaine social, aboutissant parfois aux isolements ou se répercutant sur les résultats scolaires.

L'observatoire suisse de la santé a publié 3 rapports, notamment un rapport national en 2008 appelé « santé en Suisse » et un 2^{ème} rapport au niveau cantonal réalisé dans 7 cantons, dont Genève, enfin un 3^{ème} rapport, à la demande de la conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), revenant sur la santé en « Suisse latine ». Il traite de 3 thématiques différentes (santé psychique, alimentation, activités physiques et consommation de substances psycho-actives). Il s'y associe un thème de la prévention et une 4^{ème} enquête sur la santé, prévue pour 2012.

Ce type de rapport regroupe, suite à des interviews, les malades mais également les citoyens en bonne santé. A Genève, 84,8 % de la population analysée s'estime en bonne santé. La formation professionnelle minimum semble être mal perçue et il en va de même pour le niveau de scolarité basique.

En ce qui concerne les symptômes dépressifs, Genève est affectée par le taux le plus élevé de Suisse (23,2 %). Il ressort également que l'activité physique régulière traduit un comportement favorable à la santé et qu'en ce qui concerne les nuisances (conditions de logement et situation professionnelle), Genève a également le taux le plus élevé de Suisse (38.9%) dans le sens des plaintes émanant de personnes disposant des revenus généralement les plus bas et qui en souffrent le plus.

Les problèmes de santé psychique sont également renforcés chez les personnes au chômage et permettent aux personnes ayant un niveau de formation relativement bas et à celles disposant d'un revenu inférieur, de confirmer qu'elles seront les plus affectées par des problèmes de santé.

En réponse à un commissaire Radical, il est précisé qu'il n'y a pas d'explication, mais que ce sont des observations qui sont également retrouvées dans les comparaisons avec des villes de Suisse romande.

En ce qui concerne les collaborateurs de la fonction publique, concernant une question d'un commissaire Libéral, l'observatoire suisse de la santé ne dispose pas de chiffre relatif précis, bien qu'à Genève, la mortalité frappe les collaborateurs de la fonction publique environ une année voire deux ans plus tard que les mêmes collaborateurs dans les services zurichois. Les résultats de

l'enquête sur les revenus et des conditions de vie (SILC 2009) sont joints au présent rapport.

Audition du professeur Gaspoz, département de médecine communautaire, HUG, et des docteurs Wolff et Guessous, unité d'épidémiologie populationnelle, HUG (19 avril 2011)

L'unité de médecine de 1^{er} recours et en particulier l'unité d'épidémiologie populationnelle ont évalué les critères de risque découlant des maladies cardiovasculaires et des cancers suite également à une étude lancée en 1993 invitant la population genevoise à participer à des recherches notamment dans les domaines de l'alimentation ou de l'activité physique. Après la partie questionnaire, les personnes auditionnées sont l'objet d'un examen clinique au HUG et, dès 2007, une attention particulière a été accordée aux renoncements aux soins avec des questions annexes ayant trait aux primes d'assurance, aux franchises ainsi qu'aux salaires.

Un rapport produit en 2011 démontre que l'analyse effectuée en population genevoise met en évidence que 15% des personnes ont renoncé à des soins pour des raisons économiques et que ce chiffre monte à 30% pour des personnes gagnant moins de 6000 F dans leur ménage.

Le lien entre revenu mensuel et renoncement aux soins est donc manifeste et il est précisé que 5% (environ 1600 personnes) ont été incapables, au moins une fois dans l'année, de payer leur prime d'assurance. Renoncement à des soins dentaires, à une consultation médicale, à un médecin traitant peut également permettre des spéculations concernant d'autres retombées telle que l'utilisation des urgences en lieu et place d'un programme régulier de surveillance de santé.

Le professeur Gaspoz rappelle que, lorsque les primes d'assurance sont impayées (article 64A de la loi fédérale sur l'assurance maladie), les cartes d'assurance sont alors bloquées et il n'y a plus de remboursement de consultation ni de médicaments.

En 2010, les HUG ont dû suppléer à ce problème qui a occasionné des dépenses d'environ 980 000 F pour donner des médicaments aux personnes déboutées par leur assurance maladie.

Actuellement, 300 personnes se présentent aux HUG pour bénéficier de cette prestation avec, en majorité, des femmes âgées entre 40 et 50 ans, généralement au chômage, ayant à charge un ou plusieurs enfants. D'autre part, les HUG signalent l'insolvabilité de ces précarisés qui peuvent éventuellement bénéficier d'une aide sociale de l'Etat. Enfin, le docteur

Wolff précise que le nombre de personnes qui renoncent à des soins n'est pas connu, car certaines ne s'annoncent pas forcément aux HUG.

Enfin, le département rappelle que certaines assurances jouent avec leur droit de suspension, notamment pour les quotes-parts aux franchises qui n'ont pas été payées sans tenir compte du décalage imputable au secteur correctif tel qu'acte de défaut, lui-même rétroactif, et autres mesures correctives. Enfin, il est précisé qu'il y a peu de fraudeurs et que les médicaments délivrés sont surtout des antidépresseurs et des agents ciblant des problèmes digestifs ou cardiovasculaires.

En réponse à une question d'un commissaire Radical désirant connaître la typologie des patients, il lui est répondu qu'elle n'existe pas par faute d'informations et qu'il faut retenir que 15% de personnes renonçant aux prestations aux soins sont généralement ceux qui ont le plus de problème de santé. Enfin, il est précisé, en réponse à une question d'un commissaire Libéral, que dans l'ordre du renoncement, logement et nourriture sont les besoins qualifiés de prioritaires et que les soins viennent après...

En réponse à une question d'une commissaire socialiste, il est rappelé que l'étude produite par les HUG n'a aucune intention politique et qu'elle reste purement scientifique, démontrant cependant l'ampleur des problèmes qui existe dans notre société genevoise.

Enfin, derrière cette étude, il y a également le désir de faire prendre conscience aux citoyens que leur santé ne doit pas être négligée, notamment pour ceux devant bénéficier d'un haut degré de couverture médicale.

En réponse à une question d'une commissaire Verte, il est précisé que les maladies psychiatriques rendent les personnes très vulnérables.

En réponse à la question d'une commissaire Socialiste, il est précisé qu'il n'existe, actuellement, pas de lien statistique entre les franchises et le renoncement aux soins, mais il ressort que c'est plutôt le montant des salaires qui garde un rôle important face au renoncement aux soins médicaux. Enfin, en ce qui concerne les soins dentaires, en réponse à une question d'un commissaire Radical, il est rappelé qu'il n'y a pas de basculement de prestations vers le secteur public, dont les moyens semblent relativement limités.

Le texte de l'étude publiée dans une revue médicale suisse est joint au présent rapport.

L'analyse finale par les commissaires aura lieu lors de la séance du 3 mai 2011 et à la demande des commissaires Libéraux, la première invite sera modifiée dans le sens d'établir un rapport tous les deux ans avec le libellé suivant :

- « à présenter un rapport tous les 2 ans, décrivant l'ampleur et l'évolution de la pauvreté à Genève de manière à permettre une évaluation et un suivi des politiques mises en œuvre dans ce domaine ».

Il est proposé également par le même groupe de modifier la 2^{ème} invite sous la forme suivante :

- « à mesurer l'évolution de l'endettement ainsi qu'à analyser les facteurs clés qui provoquent cette problématique à Genève ».

Un commissaire Radical rappelle les activités du « bus santé » et propose non pas de créer une nouvelle structure, mais de mandater ce bus santé pour l'accomplissement de tâches supplémentaires notamment sur le plan social et sociologique. Il s'agirait d'inclure tous les Genevois âgés de 18 à 35 ans où interviennent fréquemment les problèmes de précarité et de proposer également d'inclure les frontaliers bénéficiant d'assurances suisses dans ce type d'étude. Il propose donc un amendement pour la 3^{ème} invite :

- « à évaluer l'impact de la pauvreté sur la qualité de la santé (incidence des maladies chroniques, augmentation des facteurs de risque, vulnérabilité accrue...) et sur l'espérance de vie notamment en développant les activités du « bus santé » du service de médecine communautaire et de 1^{er} recours des HUG par l'ajout d'un volet social dans le questionnaire par l'augmentation de la tranche d'âge de population étudiée (dès 18 ans) et de la taille de l'échantillon en y incluant également les travailleurs frontaliers ».

Quelques corrections mineures sont demandées également par les commissaires Verts et Socialistes en précisant également en réponse à une demande d'un commissaire PDC qu'il y ait accord des spécialistes travaillant dans le bus santé pour un éventuel mandat du type proposé et qui est confirmé.

Finalement, les synthèses étant effectuées, le président proposera de voter l'amendement définitif de la 1^{ère} invite avec le texte définitif suivant :

- «à présenter un rapport tous les 2 ans, décrivant l'ampleur et l'évolution de la pauvreté à Genève de manière à permettre une évaluation et un suivi des politiques mises en œuvre dans ce domaine ».

La votation confirme l'acceptation de cet amendement à l'unanimité

OUI : 14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

NON : –

Abstention : –

Le 2^{ème} amendement ciblant la 2^{ème} invite devient le suivant :

- « à mesurer l'évolution de l'endettement ainsi qu'à analyser les facteurs clés qui provoquent cette problématique à Genève ».

Cet amendement est également accepté à l'unanimité

OUI : 14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

NON : –

Abstention : –

La proposition d'amendement de la 3^{ème} invite est également analysée :

- « à évaluer l'impact de la pauvreté sur la qualité de la santé (incidence des maladies chroniques, augmentation des facteurs de risque, vulnérabilité accrue...) et sur l'espérance de vie notamment en développant les activités du « bus santé » par l'ajout d'un volet social, dans le questionnaire, par l'étude d'un échantillon représentatif de la population adulte du canton de Genève ».

Cet amendement est également accepté à l'unanimité.

OUI : 14 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)

NON : –

Abstentions : –

Le président met ensuite au vote la M 1950 qui sera acceptée par 12 commissaires et avec 2 abstentions.

OUI :	12 (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 1 L, 1 UDC, 1 MCG)
NON :	–
Abstention :	2 (2 L)

Il est précisé que cette motion sera traitée dans la catégorie des débats classés sous extraits.

Propositions

Suite aux auditions et à la thématique concernant la pauvreté, le dispositif amendé proposé doit avoir un impact positif pour lutter contre la précarité, le creusement de l'inégalité et surtout contre la pauvreté dans la Genève de 2011 où un de ses représentants historiques, Jean-Jacques Rousseau, fut et reste un précurseur de la sociologie d'actions.

Pour ces raisons, Mesdames et Messieurs les Députés, la majorité des membres de la Commission des affaires sociales vous demande de vous ranger à l'avis de cette majorité et d'adresser, au Conseil d'Etat, cette motion pouvant reconfigurer notre paysage social genevois en termes de sécurité et de protection face aux aléas de l'existence et une de ses conséquences, la pauvreté.

Proposition de motion

(1950)

Il faut connaître l'ampleur et l'évolution de la pauvreté pour la combattre !

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- l'augmentation de la pauvreté, aussi bien en Suisse que dans notre canton ;
- le nombre de travailleurs pauvres (« working poors ») à Genève, ce qui a amené le Conseil d'Etat à déposer le projet de loi 10600 sur les prestations complémentaires familiales ;
- la conjoncture économique qui provoque une augmentation tant du chômage que du nombre de personnes devant recourir à l'aide sociale ;
- la difficulté à réinsérer nombre de demandeurs d'emploi sur le marché du travail ordinaire, notamment les bénéficiaires des emplois de solidarité rémunérés faiblement ;
- l'accroissement de l'endettement à Genève ;
- le fait que l'ampleur de la pauvreté, ses causes et ses conséquences ne sont que superficiellement répertoriées et analysées ;
- les raisons diverses qui peuvent conduire à la pauvreté ;
- la complexité du phénomène de la pauvreté qui la fait apparaître comme une question transversale de l'action publique ;
- la nécessité de bien connaître tant l'ampleur de la pauvreté que son évolution pour mieux la combattre ;
- le fait que 2010 ait été déclarée « Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale » ;
- la journée nationale d'action de Caritas contre la pauvreté le 24 avril 2010,

invite le Conseil d'Etat

- à présenter un rapport tous les 2 ans, décrivant l'ampleur et l'évolution de la pauvreté à Genève de manière à permettre une évaluation et un suivi des politiques mises en œuvre dans ce domaine ;

- à mesurer l'évolution de l'endettement ainsi qu'à analyser les facteurs clés qui provoquent cette problématique à Genève ;
- à évaluer l'impact de la pauvreté sur la qualité de la santé (incidence des maladies chroniques, augmentation des facteurs de risque, vulnérabilité accrue...) et sur l'espérance de vie notamment en développant les activités du « bus santé » par l'ajout d'un volet social, dans le questionnaire, par l'étude d'un échantillon représentatif de la population adulte du canton de Genève.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Actualités OFS



20 Situation économique et sociale
de la population

Neuchâtel, décembre 2010

Les conditions de vie en Suisse en 2009

Résultats de l'enquête sur les revenus
et les conditions de vie (SILC)

Renseignements:

Sylvie Rochat, OFS, Section Revenus, consommation et conditions de vie, tél.: +41 32 71 36083

e-mail: Sylvie.Rochat@bfs.admin.ch

Stéphane Fleury, OFS, Section Revenus, consommation et conditions de vie, tél.: +41 32 71 36448

e-mail: Stephane.Fleury@bfs.admin.ch

N° de commande: 1192-0900

Espace de l'Europe
CH-2010 Neuchâtel
www.statistique.admin.ch

Les conditions de vie en Suisse en 2009

1 Introduction

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC, Statistics on Income and Living Conditions) permet, pour la première fois en Suisse, d'étudier les conditions de vie de manière large, en prenant en considération les notions de bien-être et de répartition des revenus et en mettant l'accent sur la perspective des ménages. En cela, la présente publication s'inscrit pleinement dans l'approche défendue dans le Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social¹.

Consacré aux aspects monétaires, le chapitre 2 examine la distribution des revenus, les inégalités de répartition des revenus et le risque de pauvreté en Suisse. Le chapitre 3 fournit des informations sur les privations matérielles. Le chapitre 4 porte quant à lui sur l'évaluation subjective de la qualité de vie. Enfin, l'annexe méthodologique fournit des informations détaillées sur les différents concepts abordés dans cette publication ainsi que sur les méthodes sous-jacentes.

2 Répartition des revenus

Ce chapitre décrit la répartition des revenus et le risque de pauvreté monétaire en Suisse. Son objectif est de comparer les personnes les mieux loties et les moins bien loties du point de vue monétaire en décrivant leurs caractéristiques et en quantifiant l'écart qui les sépare.

Les analyses présentées ici se basent sur le revenu disponible équivalent. Ce dernier se calcule en retirant les dépenses de transfert obligatoires du revenu brut et en divisant le solde par la taille d'équivalence du ménage. Le recours à cet estimateur permet une meilleure comparaison des revenus de personnes vivant

dans des ménages de taille différente. Les analyses sont donc effectuées au niveau des personnes, et non des ménages. L'annexe méthodologique fournit plus de détails à propos des différentes notions évoquées ici.

2.1 Distribution des revenus

Une représentation courante de la répartition des revenus consiste à classer les individus selon leurs revenus et à identifier les valeurs qui divisent l'ensemble de la population en tranches de même taille, par exemple en dix tranches comprenant chacune un dixième de la population. Les valeurs limites supérieures des dix tranches de revenus de taille égale sont appelées déciles. En procédant ainsi, on constate qu'en 2009, 10% des personnes vivant en Suisse disposent d'un revenu disponible équivalent inférieur à 25'352 francs par an. A l'autre extrémité de la distribution, 10% des personnes vivant en Suisse disposent d'un revenu disponible équivalent supérieur à 88'441 francs par an (voir tableau T1 en annexe).

La médiane est la valeur qui divise l'ensemble considéré, ventilé dans l'ordre croissant des revenus, en deux groupes de taille égale: pour la moitié de la population, le revenu disponible équivalent se situe au-dessus de la médiane, alors que pour l'autre moitié, il s'inscrit au-dessous. Contrairement à la moyenne, cet estimateur présente l'avantage d'être indépendant des valeurs extrêmes. En 2009, la médiane du revenu disponible équivalent se monte à 47'836 francs par année.

Dans la présente analyse, on considère qu'un groupe social est particulièrement défavorisé (respectivement favorisé) en termes de revenus si son revenu disponible équivalent moyen est sensiblement inférieur (respectivement supérieur) à celui de l'ensemble de la population pour les trois indicateurs considérés (1^{er} décile, médiane, 9^e décile). Les groupes sociaux les plus défavorisés en termes de revenus sont les personnes de 65 ans ou plus, les personnes de nationalité étrangère, en particulier les ressortissants extra-européens et les femmes, toutes nationalités étrangères confondues, les personnes disposant

¹ Créée en 2008 sur l'initiative du gouvernement français, cette commission est présidée par le professeur Joseph E. Stiglitz, de l'université de Columbia. Elle regroupe des experts reconnus, venant du monde universitaire, des organisations gouvernementales ou intergouvernementales, et de plusieurs pays (États-Unis, France, Royaume-Uni, Inde).

d'un bas niveau de formation, les personnes sans activité professionnelle (au chômage, retraitées ou autres inactives), ainsi que les personnes vivant dans une famille monoparentale ou dans une famille nombreuse (3 enfants ou plus). A l'autre extrémité de la distribution, les groupes sociaux les plus favorisés en termes de revenus sont les personnes de 50 à 64 ans, les hommes suisses, les personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire², les actifs occupés ainsi que les personnes vivant dans un ménage composé de deux adultes de moins de 65 ans sans enfant.

2.2 Inégalités de répartition des revenus

Le ratio S80/S20 est le rapport entre les revenus des 20% les plus riches et ceux des 20% les plus pauvres. Il constitue un indicateur de la concentration des revenus dans une société donnée. Plus il est élevé, plus la concentration est importante et, partant, plus la répartition des revenus est inégale. En 2009, ce ratio est de 4,4, ce qui signifie que les revenus des personnes les plus favorisées sont 4,4 fois supérieurs aux revenus des personnes les plus défavorisées.

En séparant l'ensemble de la population en deux groupes d'égale grandeur, on constate que la moitié la mieux lotie a un revenu disponible équivalent moyen 2,3 fois plus élevé que la moitié la moins bien lotie.

2.3 Risque de pauvreté monétaire

Le seuil de risque de pauvreté est une mesure relative définie par rapport au revenu disponible équivalent médian. Par convention, l'Union européenne fixe le seuil de risque de pauvreté à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent³. En 2009, le seuil de risque de pauvreté se monte à 28'701 francs par année. Ce montant peut être

directement appliqué à la situation financière d'une personne seule. Ainsi, une personne seule dont le revenu disponible est inférieur à 28'701 francs sera considérée comme étant à risque de pauvreté. A titre illustratif, il est possible de calculer le seuil de risque de pauvreté d'autres types de ménages (voir tableau T1*).

Être à risque de pauvreté signifie donc disposer de revenus significativement inférieurs à ceux de l'ensemble de la population, une situation qui entraîne un risque d'exclusion sociale. En 2009, 14,6% de la population vivant en Suisse, soit près d'une personne sur sept, est exposée au risque de pauvreté (voir tableau T2 en annexe). De par la définition appliquée, le profil social du risque de pauvreté est très proche du profil social du désavantage économique (présenté au chapitre 2.1). Ainsi, les groupes sociaux les plus concernés par le risque de pauvreté sont les personnes vivant dans une famille monoparentale (31,7%) ou une famille nombreuse (27,2%), les personnes ayant uniquement fréquenté l'école obligatoire (25,0%), les actifs non occupés (23,8%) et les autres inactifs (20,5%), les personnes de nationalité étrangère (20,6%), en particulier les ressortissants extra-européens (30,3%) et les femmes, toutes nationalités étrangères confondues (22,7%), et enfin les enfants de 0 à 17 ans (18,3%).

Les personnes de 65 ans ou plus constituent un cas tout à fait spécifique: si elles sont très exposées au risque de pauvreté (26,4%), en particulier lorsqu'elles vivent seules (32,8%), elles sont significativement plus nombreuses à consommer leur patrimoine pour financer leurs dépenses courantes (18,3%, contre 8,3% de la population totale). Or, le recours à sa fortune n'est pas pris en compte dans le revenu disponible équivalent et n'entre donc pas dans l'estimation du risque de pauvreté.

T 1* Seuil de risque de pauvreté pour différents types de ménages, en francs par année, en 2009

	Seuil de risque de pauvreté	+/- ¹
Personne seule	28 701	512
Parent seul avec 2 enfants de moins de 14 ans	45 922	819
2 adultes sans enfant	43 052	768
2 adultes avec 2 enfants de moins de 14 ans	60 273	1 075

¹ Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

² Par exemple haute école universitaire, haute école spécialisée, haute école pédagogique, formation professionnelle supérieure.

³ Le seuil de risque de pauvreté doit être distingué du seuil de pauvreté absolue calculé par l'OFS sur la base des normes suisses d'accès à l'aide sociale (cf. annexe méthodologique).

ACTUALITÉS OFS

Comme mentionné précédemment, le seuil de risque de pauvreté est une mesure conventionnelle. Si le seuil de risque de pauvreté fixé à 60% de la médiane est le seuil usuel pour les comparaisons européennes⁴, il est possible de calculer un taux de risque de pauvreté sévère en recourant à un seuil fixé à 50% de la médiane du revenu disponible équivalent⁵. Si un grand nombre de personnes se situe juste au-dessous du seuil de 60%, le taux obtenu pour un seuil fixé à 50% sera beaucoup plus faible que le taux basé sur le seuil établi à 60%. Inversement, si un grand nombre de personnes se situe très au-dessous du seuil de 60%, le taux obtenu pour un seuil fixé à 50% ne sera pas beaucoup plus faible que le taux basé sur le seuil établi à 60%.

En 2009, le taux de risque de pauvreté sévère se monte à 8,0%. Ainsi, en passant d'un seuil à 60% à un seuil à 50%, le nombre de personnes exposées au risque de pauvreté diminue presque de moitié. Certains groupes sociaux qui sont particulièrement à risque de pauvreté selon le seuil à 60% ne le sont plus selon le seuil à 50%: il s'agit des enfants (0 à 17 ans), des étrangers toutes nationalités confondues et des familles nombreuses. Ces groupes sociaux peuvent donc être considérés comme étant moins gravement exposés au risque de pauvreté dans la mesure où ils se situent près du seuil de risque de pauvreté à 60% et seraient donc susceptibles de changer de statut s'ils connaissaient une légère augmentation de leurs revenus.

3 Privations matérielles

Afin de dresser un tableau plus large des conditions de vie en Suisse, il est possible de compléter les informations relatives à la répartition des revenus par des informations relatives aux privations matérielles⁶. Ces dernières permettent de mesurer l'exclusion sociale en termes plus absolus.

En 2009, les privations les plus fréquentes sont liées à l'absence de réserves financières (21,6% de la population n'a pas les moyens de faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2000 francs) et aux conditions de logement (18,3% de la population vit dans

un quartier bruyant, 12,1% dans un quartier avec problèmes de délinquance et 11,1% dans un quartier avec problèmes de pollution). En outre, 10,7% de la population n'a pas les moyens de s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile et 9,4% a des arriérés de paiements. Les privations les moins fréquentes sont celles qui concernent l'équipement des ménages en biens durables (possession d'un téléviseur couleur, d'un ordinateur ou d'un lave-linge).

Le taux de privation matérielle se définit comme l'absence, pour des raisons financières, d'au moins trois éléments parmi neuf⁷. Selon cette définition, 6,7% de la population vivant en Suisse se trouve en situation de privation matérielle en 2009.

La plupart des groupes sociaux qui sont particulièrement à risque de pauvreté sont également davantage privés matériellement: c'est le cas des actifs non occupés (taux de privation matérielle: 28,8%), des personnes vivant dans une famille monoparentale (23,5%), des personnes de nationalité étrangère (13,3%), en particulier les ressortissants extra-européens (19,4%) et les femmes, toutes nationalités étrangères confondues (12,6%), et enfin des personnes ayant uniquement fréquenté l'école obligatoire (10,8%).

Pour certains groupes sociaux, toutefois, les liens entre pauvreté monétaire et privation matérielle sont plus complexes. Ainsi, si les hommes étrangers et les jeunes adultes (18 à 24 ans) ne sont pas particulièrement exposés au risque de pauvreté, leur taux de privation matérielle est significativement plus élevé que celui de l'ensemble de la population. A l'inverse, les familles nombreuses et les enfants (0 à 17 ans) sont particulièrement à risque de pauvreté mais pas spécialement privés matériellement. Enfin, les personnes de 65 ans ou plus constituent un cas tout à fait spécifique: si elles sont particulièrement exposées au risque de pauvreté, leur taux de privation matérielle (3,2%) est significativement plus bas que celui de l'ensemble de la population (6,7%).

Le risque de pauvreté en termes monétaires se répercute évidemment sur les conditions d'existence. Ainsi, les personnes exposées au risque de pauvreté ont un taux de privation matérielle significativement plus élevé (18,1%)

⁴ Il s'agit de l'approche préconisée par l'Union européenne (Eurostat) pour le calcul des indicateurs d'inclusion sociale dans le cadre de la méthode ouverte de coordination.

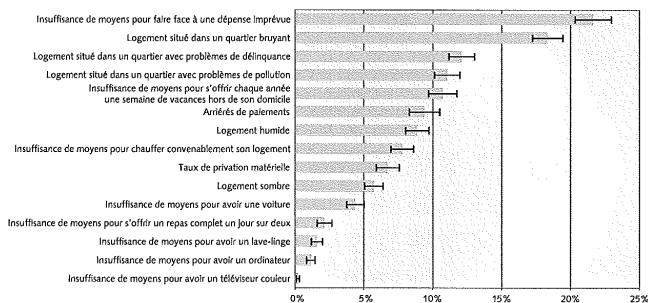
⁵ C'est d'ailleurs l'approche adoptée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

⁶ Pour qu'il soit question de privation matérielle, il faut que la non-possession de biens de consommation durables que la plupart souhaite posséder ou l'absence de conditions d'existence minimales soient imputables à un manque de ressources financières.

⁷ Coordonnées au niveau européen, les neuf privations matérielles qui composent cet indicateur touchent les domaines suivants: capacité à faire face à une dépense imprévue d'un montant de 2000 francs, capacité à s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile, absence d'arriérés de paiements (remboursements hypothécaires ou loyers, factures courantes, mensualités de location-vente ou autres remboursements d'emprunts), capacité à s'offrir un repas composé de viande, de poulet ou de poisson (ou équivalent végétarien) tous les deux jours au moins, capacité à chauffer convenablement son domicile, possession d'un lave-linge, possession d'un téléviseur couleur, possession d'un téléphone, possession d'une voiture.

Part de la population privée matériellement, en 2009

G 1



Le symbole —|— représente les limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

T 2¹ Part de la population privée matériellement, selon le statut de risque de pauvreté, en 2009¹

	Population totale	+/- ²	Population à risque de pauvreté	+/- ²	Population pas à risque de pauvreté	+/- ²
Taux de privation matérielle	6,7%	0,8	18,1%	3,4	4,8%	0,7
Items de privation matérielle						
Insuffisance de moyens pour faire face à une dépense imprévue	21,6%	1,3	42,7%	4,0	18,1%	1,3
Logement situé dans un quartier bruyant	18,3%	1,1	22,2%	3,4	17,7%	1,2
Logement situé dans un quartier avec problèmes de délinquance	12,1%	0,9	13,4%	2,6	11,9%	1,0
Logement situé dans un quartier avec problèmes de pollution	11,1%	0,9	13,2%	2,6	10,7%	1,0
Insuffisance de moyens pour s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile	10,7%	1,0	23,5%	3,4	8,5%	1,1
Arriérés de paiements	9,4%	1,1	20,9%	3,7	7,4%	1,1
Logement humide	8,9%	0,8	10,0%	2,5	8,7%	0,9
Insuffisance de moyens pour chauffer convenablement son logement	7,8%	0,8	12,6%	3,1	7,0%	0,8
Logement sombre	5,7%	0,7	6,5%	1,8	5,6%	0,7
Insuffisance de moyens pour avoir une voiture	4,4%	0,6	10,3%	2,1	3,4%	0,6
Insuffisance de moyens pour s'offrir un repas complet un jour sur deux	2,2%	0,5	5,1%	2,4	1,7%	0,5
Insuffisance de moyens pour avoir un lave-linge	1,6%	0,4	2,8%	1,5	1,4%	0,4
Insuffisance de moyens pour avoir un ordinateur	1,2%	0,3	3,3%	1,2	0,8%	0,3
Insuffisance de moyens pour avoir un téléviseur couleur	0,2%	0,1	0,9%	0,6	0,1%	0,1

¹ Ces résultats se basent sur une distribution de personnes.

² Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

que les personnes qui ne sont pas exposées au risque de pauvreté (4,8%). Près de la moitié (42,7%) des personnes exposées au risque de pauvreté n'ont pas les moyens de faire face à une dépense imprévue, alors que seules 18,1% des personnes qui ne sont pas à risque de pauvreté connaissent ce problème. L'insuffisance de moyens pour partir en vacances une semaine par an touche près

d'une personne exposée au risque de pauvreté sur quatre (23,5%), contre 8,5% des personnes non exposées au risque de pauvreté. L'existence d'arriérés de paiements touche une personne à risque de pauvreté sur cinq, l'insuffisance de moyens pour chauffer convenablement son logement une sur huit et l'insuffisance de moyens pour avoir une voiture une sur dix.

ACTUALITÉS OFS

4 Évaluation subjective de la qualité de vie

La satisfaction dans la vie en général est une mesure globale de la qualité de vie subjective de la population.

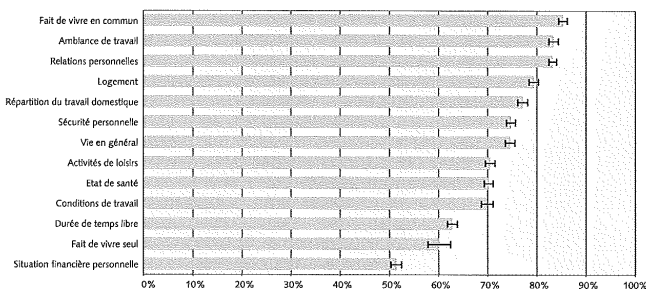
Le degré de satisfaction de la population vivant en Suisse est élevé: en 2009, trois personnes sur quatre (74,6%) se disent très satisfaites de leur vie⁸ (voir tableau T3 en annexe). Cette constatation ne s'applique toutefois pas uniformément à tous les groupes de la population. Les personnes moins satisfaites se rencontrent surtout dans les groupes les plus défavorisés du point de vue monétaire (personnes de nationalité étrangère, à l'exception des ressortissants de l'Europe du Nord et de l'Ouest, personnes disposant d'un bas niveau de formation, actifs non occupés, personnes vivant dans une famille monoparentale). Les groupes sociaux les plus satisfaits de leur vie en général sont les personnes de 65 ans ou plus (en particulier lorsqu'elles vivent en couple), les personnes de nationalité suisse ainsi que les personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire.

L'examen de la satisfaction relative à certains domaines de vie précis montre que les aspects relationnels (vie en commun, ambiance de travail, relations personnelles) sont ceux pour lesquels le pourcentage de personnes très satisfaites est le plus élevé. En revanche, les aspects liés à la situation financière personnelle et au fait de vivre seul sont les domaines dans lesquels le pourcentage de personnes très satisfaites est le plus bas.

Le risque de pauvreté en termes monétaires se répercute évidemment également sur l'évaluation subjective de la qualité de vie. Sans surprise, les personnes exposées au risque de pauvreté sont particulièrement peu satisfaites de leur situation financière (39,5% de personnes très satisfaites, contre 53,3% chez les personnes qui ne sont pas à risque de pauvreté). Le pourcentage de personnes très satisfaites par rapport à leur état de santé, par rapport à leur vie en général, par rapport à leur logement et par rapport au fait de vivre en commun est également significativement plus bas chez les personnes exposées au risque de pauvreté que chez celles qui ne le sont pas.

Part de la population de 16 ans ou plus ayant un degré de satisfaction élevé, en 2009

G 2



Le symbole —|— représente les limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁸ Score de 8, 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait).

T 3* Part de la population de 16 ans ou plus ayant un degré de satisfaction élevé, selon le statut de risque de pauvreté, en 2009

Items de satisfaction	Population totale		Population à risque de pauvreté		Population pas à risque de pauvreté	
	+/ - ¹		+/ - ¹		+/ - ¹	
Satisfaction par rapport au fait de vivre en commun	85,3%	0,9	81,4%	3,0	85,9%	0,9
Satisfaction par rapport à l'ambiance de travail	83,4%	1,0	80,3%	4,0	83,7%	1,0
Satisfaction par rapport aux relations personnelles	83,3%	0,8	84,2%	2,1	83,1%	0,8
Satisfaction par rapport à son logement	79,4%	1,0	75,7%	3,0	80,0%	1,0
Satisfaction par rapport à la répartition du travail domestique	77,2%	1,0	76,5%	3,1	77,3%	1,0
Satisfaction par rapport à sa sécurité personnelle	74,8%	0,9	77,6%	2,4	74,3%	0,9
Satisfaction par rapport à sa vie en général	74,6%	1,0	66,6%	2,8	75,9%	1,0
Satisfaction par rapport à ses activités de loisirs	70,5%	1,0	67,6%	2,9	71,0%	1,0
Satisfaction par rapport à son état de santé	70,2%	0,9	61,8%	2,8	71,6%	1,0
Satisfaction par rapport aux conditions de travail	69,9%	1,2	64,0%	4,8	70,5%	1,2
Satisfaction par rapport à la durée de temps libre	62,8%	1,0	69,1%	2,8	61,8%	1,1
Satisfaction par rapport au fait de vivre seul	60,1%	2,3	63,1%	4,9	59,3%	2,6
Satisfaction par rapport à sa situation financière personnelle	51,4%	1,1	39,5%	2,8	53,3%	1,2

¹ Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

Annexe méthodologique

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

SILC est une enquête coordonnée au niveau européen à laquelle participent plus de 25 pays. Elle a pour objectif d'étudier la distribution des revenus, la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen. Des données multidimensionnelles, actualisées et comparables, sur le revenu, le logement, le travail, l'éducation et la santé sont collectées chaque année.

En Suisse, l'enquête SILC se base sur un échantillon d'environ 7'000 ménages, soit plus de 17'000 personnes, sélectionnés aléatoirement dans le registre OFS des raccordements téléphoniques privés. La population de référence est constituée de la population résidante permanente dans les ménages privés. Les informations sur l'exclusion sociale et les conditions de logement sont collectées au niveau des ménages tandis que les informations sur le travail, l'éducation et la santé sont obtenues auprès des personnes de 15 ans et plus. Les personnes qui participent à l'enquête sont interrogées durant quatre années consécutives. Ceci permet de décrire les étapes importantes des trajectoires individuelles et d'étudier l'évolution des conditions de vie.

Revenu

Revenu brut: Le revenu brut du ménage est constitué de la somme des revenus de l'ensemble des membres du ménage. Il comprend les revenus du travail salarié, les revenus du travail indépendant, les rentes et transferts sociaux, les revenus de la propriété, les pensions alimentaires et autres transferts réguliers entre ménages, etc. De plus, afin de tenir compte de l'avantage financier que représente le fait d'être propriétaire de son logement ou de bénéficier d'un loyer inférieur au prix du marché, on ajoute au revenu brut des ménages concernés un «loyer fictif» correspondant à la valeur d'usage de ce patrimoine, après déduction des frais de logement effectivement payés. Les revenus relevés dans l'enquête SILC 2009 font référence à l'année 2008.

Revenu disponible: Le revenu disponible est obtenu à partir du revenu brut auquel on soustrait les dépenses de transfert obligatoires, à savoir les cotisations aux assurances sociales, les impôts, les primes d'assurance-maladie obligatoire et les pensions alimentaires payées.

Revenu disponible équivalent: Le revenu disponible équivalent est calculé à partir du revenu disponible du ménage en tenant compte du nombre de personnes qui le composent. Pour tenir compte des économies d'échelle (une famille de quatre personnes ne doit pas dépenser quatre fois plus qu'une personne seule pour assurer le même niveau de vie), un poids de 1 est assigné à la personne la plus âgée du ménage, un poids de 0,5 à toute autre

ACTUALITÉS OFS

T 4* Passage du revenu brut au revenu disponible équivalent, exemples fictifs

	Revenu brut du ménage	Revenu disponible du ménage	Taille d'équivalence du ménage	Revenu disponible équivalent
Personne seule	70 000	50 000	1,0	50 000
Parent seul avec 2 enfants de moins de 14 ans	70 000	50 000	1,6	31 250
2 adultes sans enfant	140 000	100 000	1,5	66 667
2 adultes avec 2 enfants de moins de 14 ans	140 000	100 000	2,1	47 619

personne âgée de 14 ans ou plus, et un poids de 0,3 à chaque enfant de moins de 14 ans (échelle OCDE modifiée). Le revenu disponible équivalent est égal au revenu disponible divisé par la somme des poids de chacun des membres du ménage. Le revenu disponible équivalent ainsi obtenu est attribué à chaque membre du ménage.

Exemples fictifs: Le tableau T 4* permet d'illustrer le passage du revenu brut au revenu disponible équivalent pour quatre types de ménages. Il s'agit de chiffres fictifs ayant uniquement une valeur illustrative.

Pauvreté

En l'absence d'une définition univoque, la mesure de la pauvreté donne lieu à une multitude d'approches statistiques. On distingue ainsi la pauvreté monétaire, la pauvreté en termes de conditions de vie, la pauvreté subjective, etc. Dans le cadre de la pauvreté monétaire, deux types d'approches peuvent être adoptées: l'approche absolue ou l'approche relative.

Depuis quelques années, l'OFS publie, sur la base des données de l'enquête suisse sur la population active (ESPA), un *taux de pauvreté* référant à un seuil «absolu». Ainsi, sont considérées comme pauvres les personnes qui n'ont pas les moyens d'acquérir les biens et services nécessaires à une vie sociale intégrée. Il s'agit donc d'une approche de la pauvreté qui fait référence à une norme de consommation (besoins fondamentaux dans une société donnée à une époque donnée, aux prix les plus bas du marché, indépendamment du niveau de vie des couches les plus fortunées)⁹. Le taux de pauvreté constitue ainsi une base pour l'évaluation de la politique sociale. En Suisse, la définition du minimum vital social est dérivée des normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) définissant les droits d'accès à l'aide sociale. Jusqu'à présent, le taux de pauvreté a été calculé uniquement pour les personnes

en âge de travailler. Il convient de noter que les statistiques de la pauvreté absolue sont en cours de révision à l'OFS. Ces travaux sont effectués dans le but de tenir compte de l'ensemble de la population sur une base de calcul optimisée.

L'un des indicateurs centraux fournis par l'enquête SILC est le *taux de risque de pauvreté* référant à un seuil «relatif». Sont considérées comme à risque de pauvreté les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières (sans le stock de fortune) sont sensiblement inférieures au niveau habituel des revenus dans le pays considéré. La pauvreté est donc envisagée comme une forme d'inégalité; en effet, le fait qu'une personne soit considérée comme à risque de pauvreté ne dépend pas uniquement de sa situation économique propre, mais également de la situation économique des autres personnes dans le pays considéré. Par convention, le seuil de risque de pauvreté est généralement fixé à 60% (approche de l'Union européenne) ou à 50% (approche de l'OCDE) de la médiane du revenu disponible équivalent. Le taux de risque de pauvreté est calculé sur l'ensemble de la population, sans limite d'âge.

Le taux de pauvreté et le taux de risque de pauvreté aboutissent donc nécessairement à des résultats différents. Une étude de la transition entre les deux concepts et entre les deux sources sera publiée ultérieurement.

A titre indicatif, le tableau T 5* permet de visualiser, au moyen des données SILC, l'effet de la définition adoptée (pauvreté vs. risque de pauvreté). Le taux de pauvreté absolu présenté ici est calculé à titre d'illustration et doit donc être considéré comme provisoire.

⁹ Il s'agit en fait d'un concept «absolu socio-historique», ou «absolu relatif», puisque l'on prend tout de même en compte certaines spécificités de la société considérée (p. ex. conditions climatiques, traditions, niveau de développement).

T 5* Effet de la définition de la pauvreté, sur la base des données SILC 2009

	Seuil (personne/seule)	+/- ¹	Taux	+/- ¹
Risque de pauvreté, seuil relatif à 60% de la médiane	28 701	512	14,6%	1,1
Risque de pauvreté, seuil relatif à 50% de la médiane	23 918	426	8,0%	0,8
Pauvreté, seuil absolu ²	23 550	-	6,9%	0,7

¹ Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

² Chiffres provisoires.

Précision des résultats

Toute estimation obtenue sur la base d'un échantillon est sujette à une incertitude due au fait que seule une partie de la population (échantillon) est utilisée pour estimer une caractéristique de la population dans son entier. Il est possible de quantifier cette marge d'erreur en calculant un intervalle de confiance qui est d'autant plus étroit que la précision des résultats est grande. La notion d'intervalle de confiance exprime le fait qu'il recouvre presque certainement (à 95%) la vraie valeur de la caractéristique de la population. Plus précisément, cela signifie que si l'enquête était répétée un grand nombre de fois indépendamment et dans les mêmes conditions, 95% en moyenne des intervalles obtenus contiendraient effectivement la vraie valeur de la caractéristique. Par exemple, dans l'échantillon, la médiane du revenu disponible équivalent se monte à 47'836 francs (± 853); cela signifie que l'intervalle de 46'983 à 48'689 francs a 95% de chances de contenir la vraie médiane du revenu disponible équivalent calculée sur l'ensemble de la population.

Les intervalles de confiance permettent de déterminer si les différences sont statistiquement significatives. Par exemple, 20,9% ($\pm 3,7$) des personnes à risque de pauvreté ont des arriérés de paiements, contre 7,4% ($\pm 1,1$) des personnes qui ne sont pas exposées au risque de pauvreté. Les intervalles de confiance pour ces deux groupes vont respectivement de 17,2% à 24,6% et de 6,3% à 8,5% et ne se recoupent pas. On peut donc affirmer que la différence observée est statistiquement significative.

Annexes

T 1 Distribution du revenu disponible équivalent, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, en francs par année, en 2009¹

	Part de la population	1 ^{er} décile ²	+/- ³	Médiane ⁴	+/- ³	9 ^e décile ²	+/- ³
Population totale	100%	25 352	703	47 836	853	88 441	2 232
Classe d'âge							
0-17	19,2%	24 541	1 108	41 188	1 048	77 655	3 283
18-64	65,2%	28 120	794	52 443	930	93 605	2 176
18-24	8,8%	27 208	1 537	46 978	1 716	74 494	1 906
25-49	37,2%	28 256	918	51 580	1 062	92 647	2 453
50-64	19,3%	28 972	1 190	56 906	1 399	103 351	5 652
65 et plus	15,6%	20 445	826	39 061	1 237	76 706	3 495
Sexe et nationalité							
Femmes	50,6%	24 816	697	46 580	858	85 549	1 974
Suissesses	40,2%	25 487	693	48 196	909	87 576	2 227
Étrangères	10,4%	22 280	1 528	39 719	1 779	79 504	4 351
Hommes	49,4%	26 402	805	49 445	990	91 452	2 504
Suisses	37,7%	27 767	793	51 750	930	93 314	2 320
Étrangers	11,7%	24 150	1 496	41 934	2 448	81 885	4 201
Nationalité							
Suisses	77,9%	26 541	677	50 064	854	90 653	2 186
Étrangers	22,1%	22 938	1 501	40 881	1 944	80 356	3 640
Europe du Nord et de l'Ouest	5,7%	27 584	3 130	58 834	3 694	114 253	29 435
Europe du Sud	7,2%	24 668	3 238	41 863	3 135	70 809	6 235
Autres pays	9,2%	21 793	1 928	36 273	2 032	60 748	7 063
Niveau de formation (personnes de 18 ans ou plus)							
Ecole obligatoire	20,5%	20 614	1 077	38 291	1 048	64 593	2 201
Degré secondaire II	58,5%	27 526	680	50 312	886	85 010	1 858
Degré tertiaire	20,8%	33 266	1 637	65 730	1 686	122 077	4 306
Statut d'activité (personnes de 18 ans ou plus)							
Actifs occupés	62,0%	30 990	794	55 254	931	97 817	3 028
Actifs non occupés	2,5%	20 003	3 198	38 768	2 860	73 937	7 074
Retraités	20,0%	20 520	836	39 167	1 191	75 566	3 075
Autres inactifs	15,4%	22 682	1 175	41 878	1 358	77 830	2 834
Type de ménage ^{4,5}							
Ménages sans enfant							
Personne seule de moins de 65 ans	8,4%	25 619	2 004	52 023	1 542	94 739	4 161
Personne seule de 65 ans ou plus	5,3%	19 604	1 048	35 007	1 320	67 794	6 270
2 adultes de moins de 65 ans	19,0%	32 914	2 010	64 432	1 754	113 728	4 935
2 adultes dont au moins 1 de 65 ans ou plus	10,9%	21 109	1 167	43 000	1 761	82 069	3 823
Autres	8,6%	34 113	2 362	55 411	2 014	84 765	5 175
Ménages avec enfant(s) ⁶							
Parent seul avec enfant(s)	3,2%	17 349	2 656	35 370	2 299	58 289	3 352
2 adultes avec 1 enfant	10,7%	29 028	1 833	50 762	2 123	87 495	5 197
2 adultes avec 2 enfants	17,1%	27 808	1 483	44 177	1 712	82 797	3 797
2 adultes avec 3 enfants ou plus	8,4%	21 294	2 914	36 530	2 376	76 200	13 223
Autres	8,1%	26 397	3 495	41 483	2 681	70 164	4 348
Statut d'occupation du logement ⁷							
Propriétaires	45,7%	28 104	1 068	52 138	1 179	98 908	4 219
Locataires	54,2%	24 336	880	44 937	1 169	81 124	1 997

¹ Ces résultats se basent sur une distribution de personnes.

² Les déciles sont les valeurs qui partagent l'ensemble des observations, ordonnées selon leur grandeur, en dix parties égales: 10% des observations se situent au-dessous du 1^{er} décile, 10% se situent au-dessus du 9^e décile.

La médiane partage l'ensemble des valeurs observées en deux moitiés de taille égale, l'une comprenant les valeurs supérieures à la médiane, l'autre les valeurs inférieures à celle-ci.

³ Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

⁴ Le groupe «autres types de ménages» n'est pas représenté dans ce tableau, ces ménages étant trop peu nombreux dans l'échantillon.

⁵ Personnes vivant dans un ménage qui présente ces caractéristiques.

⁶ Sont considérés comme des enfants toutes les personnes âgées de moins de 18 ans ainsi que les personnes de 18 à 24 ans qui sont économiquement inactives et qui vivent avec leur père et/ou leur mère.

Source: OFS, Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2009 version 25.11.10, avec prise en compte du loyer fictif.

ACTUALITÉS OFS

T 2 Risque de pauvreté et privations matérielles, selon différentes caractéristiques sociodémographiques, en 2009¹

	Taux de risque de pauvreté				Taux de privation matérielle	±/- ²
	à 60% de la médiane	±/- ³	à 50% de la médiane	±/- ³		
Population totale	14,6%	1,1	8,0%	0,8	6,7%	0,8
Classe d'âge						
0-17	18,3%	2,2	9,1%	1,7	8,9%	1,7
18-64	10,6%	0,9	5,6%	0,7	7,0%	0,9
18-24	11,9%	2,3	5,6%	1,5	10,1%	2,4
25-49	10,7%	1,1	5,4%	0,8	7,5%	1,1
50-64	9,9%	1,3	5,9%	1,1	4,5%	0,9
65 et plus	26,4%	2,3	16,6%	2,0	3,2%	0,8
Sexe et nationalité						
Femmes	16,0%	1,2	8,8%	0,9	6,8%	0,8
Suissesses	14,2%	1,1	7,8%	0,8	5,3%	0,7
Etrangères	22,7%	3,7	13,0%	3,0	12,6%	3,0
Hommes	13,1%	1,1	7,1%	0,8	6,7%	1,0
Suisses	11,4%	1,0	6,4%	0,8	4,4%	0,7
Etrangers	18,6%	3,2	9,4%	2,2	13,8%	3,2
Nationalité						
Suisses	12,8%	1,0	7,1%	0,7	4,9%	0,6
Etrangers	20,6%	3,2	11,1%	2,4	13,3%	2,9
Europe du Nord et de l'Ouest	12,2%	3,8	6,5%	2,9	5,3%	2,5
Europe du Sud	14,7%	4,2	9,6%	3,3	11,7%	4,9
Autres pays	30,3%	6,4	15,0%	4,8	19,4%	5,3
Niveau de formation (personnes de 18 ans ou plus)						
Ecole obligatoire	25,0%	2,6	15,3%	2,1	10,8%	1,9
Degré secondaire II	12,1%	1,0	6,1%	0,7	5,8%	0,8
Degré tertiaire	6,9%	1,1	4,7%	1,0	2,9%	0,8
Statut d'activité (personnes de 18 ans ou plus)						
Actifs occupés	7,6%	0,8	3,8%	0,6	5,2%	0,8
Actifs non occupés	23,8%	6,3	14,2%	5,1	28,8%	7,1
Retraités	26,1%	2,3	16,2%	1,9	3,3%	0,8
Autres inactifs	20,5%	2,3	11,5%	1,8	10,4%	1,8
Type de ménage ^{3,4}						
Ménages sans enfant						
Personne seule de moins de 65 ans	12,9%	1,9	8,3%	1,6	8,9%	1,7
Personne seule de 65 ans ou plus	32,8%	3,6	19,7%	3,1	5,0%	1,5
2 adultes de moins de 65 ans	6,3%	1,4	3,4%	1,0	4,5%	1,2
2 adultes dont au moins 1 de 65 ans ou plus	23,8%	2,9	15,3%	2,4	2,2%	1,0
Autres	5,3%	2,4	3,3%	2,0	4,1%	2,9
Ménages avec enfant(s) ⁵						
Parent seul avec enfant(s)	31,7%	6,1	19,3%	5,2	23,5%	5,6
2 adultes avec 1 enfant	9,3%	2,8	4,5%	2,0	7,4%	2,6
2 adultes avec 2 enfants	12,6%	2,8	5,6%	2,0	5,4%	1,9
2 adultes avec 3 enfants ou plus	27,2%	5,9	11,9%	4,1	9,6%	4,6
Autres	12,9%	4,8	7,5%	3,9	11,8%	4,9
Statut d'occupation du logement ⁴						
Propriétaires	10,6%	1,2	6,2%	0,9	2,1%	0,6
Locataires	17,9%	1,6	9,5%	1,2	10,6%	1,4

¹ Ces résultats se basent sur une distribution de personnes.² Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.³ Le groupe «autres types de ménages» n'est pas représenté dans ce tableau, ces ménages étant trop peu nombreux dans l'échantillon.⁴ Personnes vivant dans un ménage qui présente ces caractéristiques.⁵ Sont considérés comme des enfants toutes les personnes âgées de moins de 18 ans ainsi que les personnes de 18 à 24 ans qui sont économiquement inactives et qui vivent avec leur père et/ou leur mère.

Source: OFS, Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2009 version 25.11.10, avec prise en compte du loyer fictif.

ACTUALITÉS OFS

T 3 Evaluation subjective de la qualité de vie, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, en 2009

	Part de la population de 16 ans ou plus ayant un degré de satisfaction élevé ¹ par rapport					
	à sa vie en général	+/- ²	à sa situation financière personnelle	+/- ²	au fait de vivre seul	+/- ²
Population totale	74,6%	1,0	51,4%	1,1	60,1%	2,3
Classe d'âge						
16-17	81,2%	4,2	55,8%	5,1		
18-64	73,4%	1,1	47,9%	1,2	54,2%	3,0
18-24	72,1%	3,2	37,4%	3,1	67,8%	10,7
25-49	72,1%	1,5	45,3%	1,6	47,0%	4,0
50-64	76,4%	1,7	58,0%	2,0	63,6%	4,5
65 et plus	78,9%	1,8	65,1%	2,2	69,8%	3,4
Sexe et nationalité						
Femmes	75,0%	1,2	51,8%	1,4	66,4%	2,8
Suisseuses	76,8%	1,2	55,2%	1,4	67,8%	2,8
Etrangères	67,4%	3,8	38,1%	3,9	57,5%	9,4
Hommes	74,2%	1,3	50,9%	1,4	51,0%	3,8
Suisseurs	78,3%	1,2	55,2%	1,5	53,7%	4,0
Etrangers	61,0%	3,8	37,3%	3,6	41,3%	9,8
Nationalité						
Suisses	77,5%	0,9	55,2%	1,1	62,4%	2,3
Etrangers	64,0%	2,9	37,7%	2,8	49,0%	7,0
Europe du Nord et de l'Ouest	73,3%	4,0	50,6%	4,4	48,0%	8,9
Europe du Sud	59,9%	5,4	30,6%	4,6	55,5%	14,3
Autres pays	59,3%	5,1	32,7%	4,8	39,3%	16,7
Niveau de formation (personnes de 18 ans ou plus)						
Ecole obligatoire	66,9%	2,6	44,0%	2,6	66,2%	5,1
Degré secondaire II	75,3%	1,2	50,9%	1,4	60,3%	3,0
Degré tertiaire	79,2%	1,7	59,3%	2,0	54,0%	4,7
Statut d'activité (personnes de 18 ans ou plus)						
Actifs occupés	74,8%	1,2	49,4%	1,3	54,2%	3,2
Actifs non occupés	41,4%	7,6	15,8%	5,4	43,1%	16,7
Retraités	78,7%	1,8	66,4%	2,1	68,6%	3,5
Autres inactifs	72,0%	2,4	44,6%	2,5	63,8%	7,7
Type de ménage ^{3,4}						
Ménages sans enfant						
Personne seule de moins de 65 ans	62,7%	2,9	44,1%	3,0	54,2%	3,0
Personne seule de 65 ans ou plus	73,3%	3,3	60,8%	3,6	69,8%	3,4
2 adultes de moins de 65 ans	76,8%	2,0	54,3%	2,4		
2 adultes dont au moins 1 de 65 ans ou plus	82,0%	2,1	67,6%	2,6		
Autres	71,0%	4,3	46,7%	3,9		
Ménages avec enfant(s) ⁵						
Parent seul avec enfant(s)	59,5%	5,4	37,4%	5,6		
2 adultes avec 1 enfant	76,2%	3,4	41,5%	3,6		
2 adultes avec 2 enfants	77,1%	2,6	50,6%	3,0		
2 adultes avec 3 enfants ou plus	77,5%	3,7	49,8%	4,5		
Autres	75,2%	4,0	43,8%	3,9		
Statut d'occupation du logement ⁴						
Propriétaires	81,5%	1,2	61,0%	1,4	63,7%	4,0
Locataires	68,7%	1,5	43,2%	1,5	58,9%	2,7

¹ Score de 8, 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait).² Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.³ Le groupe «autres types de ménages» n'est pas représenté dans ce tableau, ces ménages étant trop peu nombreux dans l'échantillon.⁴ Personnes vivant dans un ménage qui présente ces caractéristiques.⁵ Sont considérés comme des enfants toutes les personnes âgées de moins de 18 ans ainsi que les personnes de 18 à 24 ans qui sont économiquement inactives et qui vivent avec leur père et/ou leur mère.

Source: OFS, Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2009 version 25.11.10, avec prise en compte du loyer fictif.

ACTUALITÉS OFS

T 3 Evaluation subjective de la qualité de vie, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, en 2009 (suite)

	Part de la population de 16 ans ou plus ayant un degré de satisfaction élevé ¹ par rapport					
	au fait de vivre en commun	+/- ²	à son état de santé	+/- ²	à son logement	+/- ²
Population totale	85,3%	0,9	70,2%	0,9	79,4%	1,0
Classe d'âge						
16-17	78,6%	4,2	77,6%	4,3	81,0%	4,3
18-64	84,8%	1,0	72,3%	1,0	76,7%	1,1
18-24	79,8%	2,8	76,3%	3,0	76,6%	3,0
25-49	84,8%	1,3	74,4%	1,4	72,2%	1,6
50-64	87,4%	1,6	66,4%	1,9	85,3%	1,5
65 et plus	89,8%	1,7	60,4%	2,2	90,7%	1,4
Sexe et nationalité						
Femmes	84,5%	1,2	68,2%	1,3	80,7%	1,1
Suisseuses	86,4%	1,0	68,9%	1,3	83,6%	1,0
Etrangères	77,5%	3,6	65,5%	3,8	68,9%	3,8
Hommes	86,2%	1,1	72,4%	1,3	78,1%	1,3
Suisse	87,6%	1,1	74,0%	1,3	81,6%	1,2
Etrangers	81,6%	3,2	67,0%	3,5	66,7%	3,7
Nationalité						
Suisse	87,0%	0,8	71,3%	0,9	82,6%	0,9
Etrangers	79,7%	2,5	66,3%	2,6	67,7%	2,9
Europe du Nord et de l'Ouest	84,7%	3,6	72,2%	4,1	73,1%	4,3
Europe du Sud	79,3%	4,4	59,7%	4,6	68,9%	4,8
Autres pays	76,0%	4,7	67,6%	4,6	61,2%	5,3
Niveau de formation (personnes de 18 ans ou plus)						
Ecole obligatoire	79,8%	2,5	59,6%	2,5	78,4%	2,4
Degré secondaire II	86,9%	1,0	71,0%	1,2	80,1%	1,2
Degré tertiaire	87,4%	1,5	78,0%	1,6	78,4%	1,9
Statut d'activité (personnes de 18 ans ou plus)						
Actifs occupés	86,2%	1,0	75,1%	1,2	76,9%	1,2
Actifs non occupés	67,3%	8,2	62,7%	7,2	68,1%	7,3
Retraités	91,3%	1,5	59,9%	2,1	90,4%	1,4
Autres inactifs	80,5%	2,3	63,2%	2,6	76,9%	2,5
Type de ménage ^{3,4}						
Ménages sans enfant						
Personne seule de moins de 65 ans			66,4%	2,8	70,0%	2,8
Personne seule de 65 ans ou plus			55,4%	3,7	89,6%	2,3
2 adultes de moins de 65 ans	88,5%	1,5	72,2%	1,9	81,3%	2,0
2 adultes dont au moins 1 de 65 ans ou plus	90,2%	1,6	63,4%	2,5	90,8%	1,7
Autres	80,2%	3,2	69,9%	3,6	80,2%	3,4
Ménages avec enfant(s) ⁵						
Parent seul avec enfant(s)	82,0%	4,4	68,9%	4,9	70,8%	5,3
2 adultes avec 1 enfant	84,0%	2,9	74,4%	3,1	72,0%	3,6
2 adultes avec 2 enfants	84,2%	2,1	75,2%	2,4	76,0%	2,9
2 adultes avec 3 enfants ou plus	83,4%	3,4	79,6%	3,7	75,8%	4,6
Autres	81,4%	3,4	74,4%	3,4	78,4%	3,8
Statut d'occupation du logement ⁴						
Propriétaires	86,9%	1,0	72,5%	1,2	90,3%	0,9
Locataires	83,7%	1,4	68,3%	1,4	70,2%	1,5

¹ Score de 8, 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait).

² Limites de l'intervalle de confiance à 95%, cf. annexe méthodologique.

³ Le groupe «autres types de ménages» n'est pas représenté dans ce tableau, ces ménages étant trop peu nombreux dans l'échantillon.

⁴ Personnes vivant dans un ménage qui présente ces caractéristiques.

⁵ Sont considérés comme des enfants toutes les personnes âgées de moins de 18 ans ainsi que les personnes de 18 à 24 ans qui sont économiquement inactives et qui vivent avec leur père et/ou leur mère.

Source: OFS, Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2009 version 25.11.10, avec prise en compte du loyer fictif.

Short communication

Swiss Med Wkly. 2011;141:w13165 · www.smw.ch E1

Short communication | Published 18 February 2011, doi:10.4414/smw.2011.13165
 Cite this as: Swiss Med Wkly. 2011;141:w13165

Health care renunciation for economic reasons in Switzerland

Hans Wolff^a, Jean-Michel Gaspoz^a, Idris Guessous^{a,b}

^a Division of Primary Care Medicine, Department of Community Medicine, Primary Care and Emergency Medicine, University Hospitals of Geneva and Faculty of Medicine, University of Geneva, Switzerland.

^b Institute of Social and Preventive Medicine (IUMSP), University Hospital Centre and Faculty of Biology and Medicine, Lausanne, Switzerland

Correspondence:

Idris Guessous MD

Unit of Population Epidemiology

Division of Primary care medicine

Department of community medicine, primary care and emergency medicine

Geneva University Hospitals

4, Rue Gabrielle-Perret-Gentil

CH-1211 Geneva 14

Switzerland

idris.guessous@hcuge.ch

Equivalence of currencies: 1 CHF ≈ 1\$ ≈ 1.35€

Summary

BACKGROUND: Most societies elaborate ways to contain increasing health care expenditures. In Switzerland out of pocket payments and cuts in the catalogue of reimbursed services are used as cost-containment measures. The aims of the study were to estimate the extent of health care renunciation for economic reasons and to identify associated factors.

METHODS: A population-based cross-sectional survey (2008–2009) of a representative sample in the Canton of Geneva, Switzerland. Health care underuse, income level categories (<CHF 3000/month, 3000–4999, 5000–6999, 7000–9499, 9500–13 000, >13 000), education, occupation, insurance status and cardiovascular comorbidities were collected using self-rated questionnaires.

RESULTS: 765 men and 814 women aged 35–74 years participated. 14.5% (229/1579) (95%CI 12.7–16.2) renounced health care for economic reasons. Among those who renounced (N = 229), 74% renounced dental care, 37% physician consultation (22% specialist, 15% general practitioner), 26% health devices, 13% medication, and 5% surgery. Income was negatively correlated with renunciation ($r = -0.18$, $p < 0.001$). Each decrease in income level category provided a 48% increased risk of renouncing health care for economic reasons (OR 1.48, 1.31–1.65). This association remained when dental care was excluded from the definition of health care renunciation.

CONCLUSIONS: In a region of Switzerland with a high cost of living, such as Geneva, socioeconomic status may influence the use of the health care system, and renunciation for economic reasons was not uncommon. More than 30% of the lowest income group renounced health care for economical reasons in the previous year. Health care underuse and renunciation may worsen the health status of a substantial part of society.

Key words: renunciation; underuse; health care; socioeconomic status; health insurance

Introduction

Most societies elaborate ways to contain increasing health care expenditure. Switzerland, which ranks second in the list of the world's most expensive health care systems, has universal health-insurance coverage, permitting access to a broad range of services. Patients are largely satisfied with the health care they receive [1].

Health insurance is compulsory for all citizens of Switzerland (7 million) and insurance premiums are paid independently of earnings [2]. Subsidies are paid for citizens with low income (e.g., in Geneva, subsidies were paid for 30.7% of citizens in 2009, a figure similar to the national mean [31.4%]) [3]. Health insurance covers the costs of medical treatment and hospitalisation of the insured. However, the insured person pays part of the cost of treatment: 1. an annual flat deductible, called the franchise, which ranges from CHF 300 to a maximum of CHF 2,500 (1CHF ≈ 1\$ ≈ 1.35€), at the insured person's choice (premiums are adjusted accordingly); and 2. a 10% deductible of the costs up to a stop-loss amount of CHF 700. Dental care is not included in the basic health insurance. In 2010, the average monthly compulsory basic

Glossary

OR = odds ratio

aOR = adjusted odds ratio

CI = confidence interval

CV = cardiovascular

SD = standard deviation

insurance premiums were: CHF 351 for adults >25, CHF 294 for those aged 19–25 and CHF 84 for those <18 years [4]. Some 40% of the Swiss population choose to top up their insurance coverage with private health insurance, which offers a wider choice of treatments and health professionals, or more comfortable accommodation during a hospital stay. In contrast to basic insurance, insurers may refuse applicants for private insurance or only accept them subject to conditions. Between 1999 and 2009, health insurance premiums increased by 54%, with increasing out-of-pocket payments; cuts in the catalogue of reimbursed health care services were decided as cost-containment measures [5]. Health and socioeconomic status are closely related: in general, lower socioeconomic status is related to worse health outcomes [6, 7]. Ensuring socioeconomic equity and responsiveness of the health care system is often considered a high priority in health policymaking, as lack of access and responsiveness may cause or at least reinforce any socioeconomic gradient in health [8, 9]. Health care renunciation for economic reasons may worsen chronic diseases and increase the risk of complications and hospitalisation [10]. The aims of the study were to estimate the extent of health care renunciation for economic reasons and to identify associated factors.

Methods

Our study used a population-based cross-sectional survey (2008–2009) of a representative sample in the Canton of Geneva, Switzerland. The “Bus Santé”-survey is an ongoing population-based cross-sectional study which collects information on cardiovascular (CV) risk factors. Details about the population and sampling methods are described elsewhere [11]. Briefly, every year the Unit of Population Epidemiology contacts and studies a representative stratified sample of men and women from the population of Geneva Canton (inhabitants in 2009). This ongoing, community-based surveillance has been designed to monitor chronic disease risk factors continuously since 1993 [12]. Subjects are selected independently throughout each year to represent the canton’s approximately 100 000 male and 100 000 female non-institutionalised residents aged 35–74 years. Eligible subjects are identified by means of a standardised procedure using an annual residential list established by local government. This list includes all potential eligible participants except persons living illegally in the country. Stratified random sampling is performed on the basis of the list, by gender, within 10-year age strata, proportional to the corresponding population distributions. Selected subjects are mailed an invitation to participate, and, if they do not respond, up to 7 telephone attempts are made at different times on various days of the week. If telephone contact is unsuccessful, 2 letters are mailed. Subjects not reached are replaced using the same selection protocol. Subjects who refuse to participate are not replaced. The participation rates reached 51% in 2008 and 54% in 2009. Each participant receives several self-administered, standardised questionnaires covering lifestyle and the risk factors for major chronic diseases.

Renouncing health care for economic reasons:

Renouncing health care for economic reasons was assessed by questionnaire. Participants were asked whether, during the previous 12 months, they had renounced any health care service for economic reasons. Participants specified the type of renounced health care (e.g. surgery), if any. Participants were also asked whether, during the previous 12 months, they had been unable to pay their premiums for economic reasons. For the present analyses, renounced health care was classified using the following six categories: devices (e.g., glasses or hearing device), healthcare provider consultation (generalist or specialist physician), surgery, dental health, medication, and others.

Cardiovascular disease and risk factors:

Information on CV comorbidities and risk factors (smoking, diabetes, hypertension, hypercholesterolaemia, myocardial infarction, angina, arterial thrombosis) were collected using questionnaires and defined as follows: yes to both questions: “Have you ever been told that you had diabetes/high blood pressure/high cholesterol/myocardial infarction? If so, are you taking a drug for it?” (if appropriate). Smoking was defined as current smoker.

Socio-economic status and deductible:

Occupation, education, and income were used to characterise socioeconomic status. Occupation was grouped into independent/non-manual and non-independent/manual. Education was grouped as high (≥ 13 years), medium (9–12 years), and low (≤ 8 years). Income was grouped into 6 categories (<CHF 3000/month, 3000–4999, 5000–6999, 7000–9499,

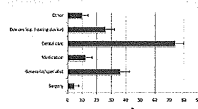


Figure 1

Type of renounced health care during the previous 12 months among a representative sample of 35 to 74 year old citizens of the canton of Geneva, Switzerland (2008–9).

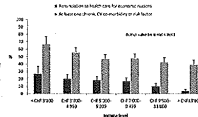


Figure 2

Health care renunciation for economic reasons during the previous 12 months and cardiovascular co-morbidity or risk factor among a representative sample of 35 to 74 year old citizens of the canton of Geneva, Switzerland (2008–9).

9500–13000, >13000). Deductible was grouped into 3 categories (CHF ≤500, 1000–1500 and ≥2000). All information was self-reported. There were no language restrictions as long as the participants were able to understand and answer the questionnaires. In 2008–9, 0.8% of the subjects were ineligible because of language problems. All participants gave written informed consent. The “Bus Santé”-survey was approved by the ethical research committee of the Geneva University Hospitals.

Statistical analyses

Means and frequencies (with 95% confidence intervals) of study variables were calculated. Cochran-Armitage test was used to test trends. Logistic regression models were used to test associations between renunciation of health care for economic reasons and study variables. In Switzerland most subjects do not have insurance for dental care, so we conducted a subanalysis among subjects who renounced care but not dental care. All *p* values were 2-tailed and significance set at <0.05. All analyses were performed using SAS software (SAS Institute, Inc., Cary, North Carolina).

Results

Information on renunciation of care was missing for only 2 subjects who were excluded from the analyses. 765 men and 814 women aged 35–74 years participated (participation rate = 51.5%). Mean age was 51.9 (standard deviation [SD] 10.9) for men and 51.5 (SD 10.8) for women. 229 out of 1579 (14.5%) (95%CI 12.7–16.2) renounced health care for economic reasons. Among those who renounced health care, 74% (95%CI 12.7–16.2) renounced dental care and 36% (82/225), (95%CI 30.1–42.7) physician consultation (21% specialist, 15% general practitioner), 26% (59/225) (95%CI 20.4–31.9) health devices, 12% medication (28/225) (95%CI 8.1–16.7) and 4.9% (11/225) (95%CI 2.0–7.7) surgery (fig. 1). Income level was negatively correlated with renunciation of care ($r = -0.18$; p -value = 0.02, fig. 2, table 1). 58 subjects renounced care but not dental care. When the analysis was restricted to this subgroup, the association between health care renunciation and income remained. Thus, dental care was not the only relevant factor for the association. Persons with the lowest income (<3000 CHF/month) renounced health care 9 times more frequently than those with the highest income (≥13 000 CHF) (27.3% vs. 3.8%). Further, those with the lowest income presented with the highest burden in terms of CV disease or risk factors ($r = -0.12$, $p < 0.0001$) (fig. 2). Compared to non-renouncing subjects, renouncers were 54% more likely to have at least one CV comorbidity or risk factor (OR 1.54 95%CI 1.10–2.17, adjusted for age, gender, Swiss citizenship, education, occupation, income and deductible level). We found no interaction between income and renunciation of health care on the prevalence of CV co-morbidity or risk factors.

After adjustment for smoking, age, sex, education, occupation, CV co-morbidities, deductible level, and Swiss citizenship, each decrease in the income level provided a 48% increased risk of renouncing health care for economic reasons (aOR 1.48, 1.31–1.65).

During 2008 and 2009, 4.7% of participants declared they were unable to pay their health insurance premium at least once.

Table 1: Adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for risk of health care renunciation for economic reasons by income during the previous 12 months among a representative sample of 35- to 74-year-old citizens of the Canton of Geneva, Switzerland (2008–9).

Income	Adjusted* OR (95%CI)
< CHF 3000 vs >13 000	13.46 (5.85–30.93)
3000–4999 vs >13 000	6.17 (2.98–12.76)
5000–8999 vs >13 000	4.89 (2.44–10.14)
7000–8499 vs >13 000	4.84 (2.43–9.64)
9500–13 000 vs >13 000	2.50 (1.20–5.21)

* Odds ratios are adjusted for smoking, age, gender, CV comorbidity, Swiss citizenship, education, occupation, and deductible level.

Discussion

A substantial proportion (14.5%) of a representative sample of the general population of Geneva renounced health care for economic reasons during the previous year. 75% renounced dental care, 36% physician consultation and 26% health devices such as eyeglasses or hearing devices. Because dental care is not covered by the basic health insurance in Switzerland, dental care may be the first health care to be renounced among people with scarce economic resources. Nevertheless, the association between income and health care renunciation remained after removing dental care renunciation. Thus, dental care was not the only relevant factor associated with health care renunciation.

Another expected finding was the inverse correlation of income with health care renunciation. The poorest were 13 times more likely to renounce health care than the richest, even after adjustment for CV comorbidities, smoking, education and occupation.

Strengths of the study are the representativeness of the participants, as well as the large sample size which allowed conclusions for an entire Swiss Canton. However, our results may not be representative of Switzerland as a whole.

Another limitation is the self-reported nature of part of the data. Also, since no former data exist, it is difficult to relate health care renunciation to cost containment instruments. It could also be related to other factors connected with health

care underuse not assessed in our survey, such as culture, patient-doctor communication, or patient motivation [13–15]. Finally, a complete physical morbidity assessment would have improved the strength of the study but was not available. Delay in access to health care and prevention may worsen health problems and, in the end, increase costs, as diseases are not detected in their early stages [10, 16–19]. Also, the accumulation of negative social determinants of health, such as lower educational level or lower income, determines a higher burden of disease [6, 7]. Our findings highlight the fact that persons with lower income have the highest burden of disease and renounce care more frequently. The highest proportion of dental care renunciation is worrying and must be interpreted in the light not only of the association between dental health with socioeconomic status, but also with cardiovascular outcomes [20, 21]. A meta-analysis found a 20% higher risk of future cardiovascular events in individuals with periodontal disease compared with those without. This increase in relative risk is more pronounced (44%) in persons aged ≤ 65 years. Although the increase in CV risk between subjects with or without periodontal disease in the general population is modest, it may have a profound public health impact since nearly 40% of the population has periodontal disease [22].

Income is a strong determinant of health and relates to various social determinants of health, such as housing, healthy food or access to health care [6]. In our study each decrease in income level provided a 48% higher risk of renouncing health care for economic reasons. This finding stresses how important it is that the organisation of public health systems should ensure equity in access to health care, which means that it should be available to all, including the socioeconomically disadvantaged. Our results suggest that this goal is not realised in one of the wealthiest countries of the world.

Conclusions

In a region of Switzerland with a high cost of living, such as Geneva, socioeconomic status may influence the use of the health care system and health care renunciation for economic reasons was not uncommon. In the previous year more than 30% of the lowest income group renounced health care for economic reasons. This effect is most pronounced in dental care, which is not included in the basic health insurance. Health care underuse and renunciation may worsen the health status of a substantial part of society.

The authors thank all collaborators of the Unit of Population Epidemiology for their involvement in the "Bus Santé" study. IG is supported by a Swiss National Science Foundation grant (SNF 33CM30-124087/1).

Study funding / potential competing interests

The authors declare no conflict of interest. Funding: budget of Bus Santé, University Hospitals of Geneva and the General Directorate of Health, Canton of Geneva, Switzerland.

References

- 1 OECD. OECD and WHO survey of Switzerland's health system. http://www.oecd.org/document/47/0,2340,en_2649_201185_37562223_1_1_1_1,00.html. 19-10-2006.
- 2 Reinhardt UE. The Swiss health system: regulated competition without managed care. *JAMA*. 2004;292(10):1227–31.
- 3 Office cantonal de la statistique. Prestations allouées dans le cadre de la réduction individuelle de primes et bénéficiaires de réductions individuelles de primes dans l'assurance obligatoire des soins LAMal (AOS), par canton, depuis 1999. http://www.ge.ch/statistique/tel/dominines/13/13_03_3/T_13_03_3_6_02.xls. 2010.
- 4 Federal Office of Public Health. Kantonale Durchschnittsprämien 2010/2011 der oblig. Krankenpflegeversicherung. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de>. 2010.
- 5 Swiss Federal Statistical Office. Krankenversicherungsprämien – Daten, Indikatoren. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/05/03/blank/key/index.html>. 2010.
- 6 Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization, Europe 2003; 2. edition: 10–25.
- 7 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
- 8 Wagstaff A, Van Doorslaer E. Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health*. 2000;21:543–67.
- 9 Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der BH, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*. 2000;19(5):553–83.
- 10 Heister M, Choi H, Rosen AB, Vijan S, Kabeto M, Langa KM, et al. Hospitalizations and deaths among adults with cardiovascular disease who underuse medications because of cost: a longitudinal analysis. *Med Care*. 2010;48(2):87–94.
- 11 Galobardes B, Costanza MC, Bernstein MS, Delhumeau CH, Morabia A. Trends in risk factors for the major "lifestyle-related diseases" in Geneva, Switzerland, 1993–2000. *Ann Epidemiol*. 2003;13(7):537–40.

- 12 Galobardes B, Costanza MC, Bernstein MS, Delhumeau C, Morabia A. Trends in risk factors for lifestyle-related diseases by socioeconomic position in Geneva, Switzerland, 1993–2000: health inequalities persist. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1302–9.
- 13 Baroletti S, Dell’Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation.* 2010;121(12):1455–8.
- 14 Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *Am J Public Health.* 2004;94(10):1782–7.
- 15 Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse: do patients with chronic illnesses tell their doctors? *Arch Intern Med.* 2004;164(16):1749–55.
- 16 Cummings JR, Lavarreda SA, Rice T, Brown ER. The effects of varying periods of uninsurance on children’s access to health care. *Pediatrics.* 2009;123(3):e411–e418.
- 17 Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174(2):177–83.
- 18 Weissman JS, Stern R, Fielding SL, Epstein AM. Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med.* 1991;114(4):325–31.
- 19 Epstein AM, Stern RS, Weissman JS. Do the poor cost more? A multihospital study of patients’ socioeconomic status and use of hospital resources. *N Engl J Med.* 1990;322(16):1122–8.
- 20 Destefano F, Anda RF, Kahn HS, Williamson DF, Russell CM. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *BMJ.* 1993;306(6879):688–91.
- 21 Madrid C, Abarca M, Pop S, Bodenmann P, Wolff H, Bouferrache K. Oral health: social determinants of a health inequality. *Rev Med Suisse.* 2009;5(219):1946–51.
- 22 Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(5):559–69.