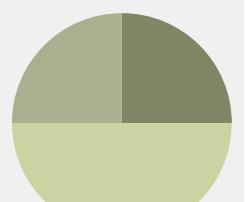




Actualités OFS



14 Santé

Neuchâtel, mai 2025

Enquête suisse sur la santé 2022

Santé et genre

L'espérance de vie à la naissance n'est pas égale entre les femmes et les hommes. Si les femmes vivent en moyenne 3,8 ans de plus, leur qualité de vie liée à la santé semble cependant moins bonne. Des disparités de santé entre femmes et hommes apparaissent dans de nombreux résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS). Divers travaux ont montré que la santé et les comportements en santé sont largement façonnés et influencés par des normes sociales que sont les rôles et les relations de genre. Analyser la santé au prisme du genre apparaît important pour mieux comprendre les différences de santé de la population, et pour mettre en place des stratégies de prévention et de promotion de la santé spécifiques au genre, qui soient bénéfiques pour toute la société.

En matière de santé, les femmes et les hommes montrent certaines différences qui ne s'expliquent pas seulement par des facteurs biologiques. L'introduction de la dimension sociale du genre dans l'analyse de la santé apporte une compréhension plus fine et complète de la santé d'une population. Elle permet de comprendre comment les inégalités de santé observées résultent de processus sociaux et biologiques intriqués. Cette publication se propose d'aborder la santé dans une perspective de genre intersectionnelle, et de privilégier l'exploration des facteurs sociaux qui influent sur la santé de façon parfois différentes entre les femmes et les hommes. Elle s'appuie sur certains résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS) ainsi que sur la littérature existante traitant du genre dans la santé afin de mieux comprendre les disparités de santé entre femmes et hommes, et ses enjeux.

Une première partie, plus théorique, explique la différence de terminologie entre «sex» et «genre». Plusieurs disparités de santé entre femmes et hommes sont ensuite présentées, puis discutées dans une perspective plus globale et compréhensive de rapports de genre. Ainsi, divers résultats de l'ESS22 concernant

la santé générale, le surpoids et l'obésité, le tabagisme et la santé psychique seront abordés, avec un regard sur l'évolution depuis trente ans parfois.

Santé: du sexe biologique et du genre social

Les différences de biologie entre les femmes et les hommes permettent d'expliquer par exemple, pourquoi la survenue d'événements coronariens intervient généralement plus tardivement chez les femmes, les œstrogènes jouant un rôle protecteur. En revanche, la biologie ne permet pas d'expliquer pourquoi, jusqu'à récemment, les hommes étaient plus à risque de développer un cancer du poumon, et pourquoi la prévalence de ce cancer est en augmentation chez les femmes. Pour expliquer ces évolutions, il est nécessaire d'utiliser le concept du genre, afin de comprendre par exemple comment les normes sociales genrées ont favorisé l'adoption du tabagisme par les hommes d'abord, puis plus tardivement par les femmes.

Le genre est un concept incontournable pour comprendre la santé. Les normes et rôles de genre établis dans la société façonnent les comportements liés à la santé, l'exposition aux risques ou l'accès aux soins, phénomènes intriqués qui s'observent à l'aide de données épidémiologiques telles que celles obtenues avec l'ESS. Le genre constitue ainsi un angle d'analyse fondamental pour comprendre une société: structurant tous les domaines de la vie sociale, il concerne donc des aspects fondamentaux de pouvoir, de hiérarchies, de classifications et d'identités, que ce soit dans les entreprises, la famille, les institutions de formation, ou encore les espaces publics. Le système de genre classe ainsi des identités de genre, qui recouvrent un ensemble de manières d'être, d'agir, et de penser attribué à chaque genre, spécifique, que les individus intérieurisent depuis leur naissance à

travers une socialisation qui passe par les rites sociaux, la famille, l'école et la culture. Historiquement situé, le genre est un système dynamique et évolutif: les normes de genre changent au cours du temps et évoluent également en fonction de la phase de vie d'une personne.

Par ailleurs, la séparation conceptuelle entre sexe et genre est artificielle en réalité, car le genre marque les corps: il entre sous la peau et modifie le biologique (concept nommé *embodiment*).

Appréhender la santé en termes de genre pourrait heurter au premier abord, tant la santé semble s'incarner principalement dans le corps, renvoyant implicitement au biologique et aux différences vues comme naturelles entre femmes et hommes. La prégnance encore forte du modèle biomédical dans le champ de la santé renforce cette acceptation. Néanmoins, l'inclusion de la notion de genre dans la santé entraîne une meilleure compréhension des processus biologiques et sociaux intriqués qui influencent les trajectoires de santé des individus en fonction de leur genre. Elle permet également de mieux cibler les activités de prévention et de promotion de la santé, dans le but de réduire les inégalités observées et de favoriser une meilleure santé pour toutes et tous. Dans une perspective de santé publique, elle permet une meilleure prise en charge dans le domaine médical (des maladies cardiovasculaires par ex.) selon les spécificités respectives en s'éloignant des stéréotypes de genre, et contribue ainsi à réduire les inégalités en santé.

Le sexe biologique et le genre social

Le sexe désigne les différences biologiques entre les femmes et les hommes: les organes génitaux, les chromosomes, les hormones, etc. Le genre désigne des positions sociales différencierées entre les femmes, les hommes et les personnes qui ne s'identifient pas dans ces catégories, qui structurent les champs du travail (rémunéré et domestique), de la formation, des loisirs, de la famille, etc. En d'autres termes, les différences de genre correspondent aux rôles et comportements distincts qui sont régis par les normes et les valeurs de la société dans laquelle les individus vivent.

Le genre, un déterminant social de la santé

L'approche des déterminants sociaux de la santé opérée à partir des années 1980 et institutionnalisée en 2005 avec la création de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, a pour postulat que «les caractéristiques d'une société – les conditions de logement, le niveau de formation, le chômage, l'exclusion sociale, etc. – ont une influence majeure sur le niveau de santé de la population et sur le risque de maladie des individus qui la composent» (Marmot, 2019). Comme le genre est un principe organisateur du monde social, il influence la santé au même titre que d'autres caractéristiques sociales (classe sociale, ethnicité, etc.). Dans cette perspective, le genre est un déterminant social qui crée des inégalités de santé.

À titre d'exemple, en Suisse, l'augmentation du nombre de femmes actives dans le monde professionnel à partir des années 1970 s'est principalement faite par le travail à temps partiel. En 2022, 56,7% des femmes professionnellement actives de 25 à

54 ans travaillaient à temps partiel, contre 14,6% des hommes¹. Cela est en lien avec la répartition du travail ménager, et la prise en charge des enfants ou encore celle des personnes dépendantes. Ceci influe sur les possibilités d'avancement et de carrière dans un monde professionnel calqué sur le modèle du plein temps, et par conséquent sur les revenus et la position sociale. Il est établi depuis les années 1980 que les différences de revenus ont une influence sur la santé, les personnes à plus faible revenu ayant une santé moins favorable que les personnes à haut revenu. Bien que les normes de genre semblent changer en Suisse, avec une participation aux tâches domestiques et familiales grandissante des jeunes hommes, les traits généralement observés des rapports de genre restent encore en majorité en défaveur des femmes dans beaucoup de domaines.

Ainsi, le genre est un déterminant de la santé à considérer en association avec d'autres déterminants sociaux tels que la condition socio-économique, l'âge ou l'appartenance ethnique. Ce phénomène, appelé «intersectionnalité», permet de décrire cette interaction de différentes caractéristiques qui façonne la santé des populations.

L'approche de l'intersectionnalité dans la santé publique

Le concept d'intersectionnalité a été développé par la juriste noire américaine W. Crenshaw pour le domaine du droit. Appliqué à la santé, il met en lumière l'intrication des avantages et des désavantages des différentes identités et positions sociales qui génère des inégalités sociales en matière de santé. Les catégories «femmes» et «hommes» en santé ne sont en effet pas homogènes, mais présentent des situations plus ou moins spécifiques en fonction de la race sociale, de la classe socio-économique, du statut migratoire, de l'orientation sexuelle, de l'âge, du handicap/ de l'incapacité ou encore de la religion.

L'ESS22 a recueilli des informations permettant d'aller au-delà d'une catégorisation binaire femme-homme, en laissant la possibilité aux personnes de déclarer leur identité de genre. Il en résulte que 0,3% de la population s'identifie comme non binaire. En croisant les identités de genre «femme» et «homme» avec le sexe assigné à la naissance, également récolté, il résulte que 0,6% de la population peut être catégorisée comme transgenre. Les données de l'ESS22 incluent également des informations sur l'orientation sexuelle (autoidentification, attirance sexuelle et sexe des partenaires sexuels). Sur cette base, nous avons créé une variable permettant d'identifier et de regrouper les personnes appartenant à la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle, afin d'analyser les potentielles inégalités en santé. Cette variable, appelée SOGI (Sexual Orientation, Gender Identity)², se compose de trois catégories: (1) hommes cisgenres hétérosexuels, (2) femmes cisgenres hétérosexuelles et (3) personnes de la

¹ Pour davantage d'informations, voir [Indicateurs de l'égalité entre femmes et hommes et de la conciliation emploi et famille 2/2022 – GNP Diffusion](#)

² Les résultats de cette variable agrégée excluent les personnes à partir de 75 ans, et celles de 15 ans, car elles n'ont pas été interrogées sur les partenaires sexuels.

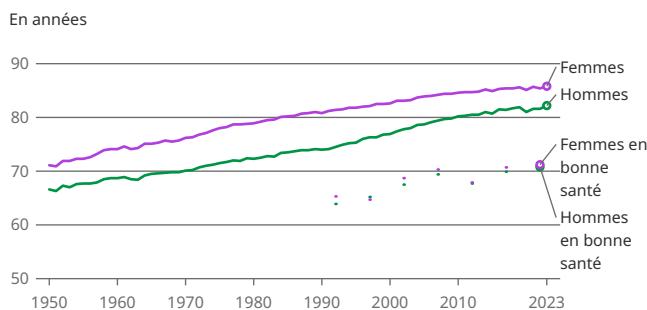
diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle (voir encadré). La catégorie des hommes cisgenres hétérosexuels représente 44% de la population, les femmes cisgenres hétérosexuelles en constituent 39%, et les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle 17%.

À travers les exemples que nous développons dans ce texte, nous présenterons les données selon les catégories binaires femmes et hommes (selon le sexe administratif). Nous ajouterons pour certains indicateurs de la santé psychique l'état de santé des personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle.

État de santé général

L'espérance de vie à la naissance n'est pas égale entre les femmes et les hommes, celle des femmes étant plus élevée de 3,8 ans en Suisse en 2022. Cette inégalité est toutefois contrastée par deux éléments: les femmes vivent plus longtemps, mais en moins bonne santé de manière générale; et l'écart de l'espérance de vie à la naissance tend à se réduire au fil des ans. En effet, depuis un demi-siècle, les modes de vie des femmes se rapprochent de ceux des hommes, qu'il s'agisse de l'accès au travail rémunéré ou des types d'activité professionnelle, ou encore de consommation de tabac ou d'alcool. À cela s'ajoutent des progrès plus rapides autour de pathologies qui touchaient majoritairement les hommes, comme les maladies cardiovasculaires, et dès lors une amélioration plus marquée de l'espérance de vie chez les hommes.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, à la naissance



Les données 2012 relatives à l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas directement comparables à celles des autres années, compte tenu d'un changement dans les modalités de réponse à la question portant sur l'état de santé auto-évalué.

État des données: 05.06.2024

Source: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP et ESS

gr-f-14.03.01.01

© OFS 2025

Les concepts liés à la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle

Les concepts développés ci-dessous – adaptés de Bize et al., 2022 – sont distincts et indépendants.

Le sexe assigné à la naissance: En fonction de ses caractéristiques sexuelles biologiques (le plus souvent selon l'apparence des organes génitaux externes), l'enfant se voit assigner un sexe à la naissance, qui sera ensuite enregistré à l'état civil (sexe légal ou administratif). Cette variable est recueillie de manière binaire (homme-femme) dans l'ESS22, sans documenter la présence ou non de variations des caractéristiques sexuelles biologiques («intersexuation»).

Le sexe administratif, quant à lui, est extrait du registre de l'état civil et repose initialement sur le sexe assigné à la naissance. Depuis janvier 2022 en Suisse, en cas de non-congruence avec l'identité de genre, il peut être modifié par une déclaration personnelle devant l'officier de l'état civil. Cependant, seul un système binaire de sexe (hommes-femmes) existe en Suisse, car le Conseil fédéral s'est prononcé contre une modification de ce système binaire. Dans l'ESS22, ce sexe administratif correspond à 99 % de l'identité de genre déclarée pour les femmes et à 100 % pour les hommes.

L'identité de genre se réfère au sentiment profond d'être un homme, une femme ou d'un genre qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire. Une personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance est catégorisée comme une personne «cisgenre». Lorsqu'une personne déclare une identité de genre «non binaire», elle est catégorisée comme telle. Enfin, lorsque l'identité de genre «femme» ou «homme» n'est pas congruente avec le sexe assigné à la naissance, la personne est catégorisée comme «transgenre».

L'orientation sexuelle englobe généralement trois dimensions basées sur: l'attraction sexuelle ou affective, le sexe des partenaires sexuels et l'autoidentification (la façon dont une personne se désigne en lien avec son orientation sexuelle). Les personnes rapportant une attraction sexuelle non exclusivement orientée vers les personnes du sexe opposé, ou des rapports sexuels avec des partenaires sexuels du même sexe, ou une autoidentification autre qu'hétérosexuelle sont catégorisées comme non exclusivement hétérosexuelles.

Les trois dimensions de l'orientation sexuelle couplées à l'identité de genre ont permis de construire la variable SOGI, qui distingue les personnes cisgenres exclusivement hétérosexuelles de celles de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle. Cette catégorie comprend par exemple les personnes qui s'identifient comme gays ou lesbiennes et/ou se disent attirées par les personnes du même sexe, et/ou s'identifient comme des personnes non binaires.

L'avantage apparent des femmes en matière d'espérance de vie à la naissance est contrasté lorsque l'on s'intéresse à la qualité de vie, notamment aux problèmes de santé générale et de santé fonctionnelle, qui sont généralement plus prévalents chez les femmes et qui peuvent avoir des conséquences limitatives sur

l'autonomie des personnes. L'indicateur «espérance de vie en bonne santé à la naissance», qui tient compte de ces facteurs, montre en effet que l'écart est fortement réduit puisqu'il s'élève à 71,2 années pour les femmes contre 70,8 années pour les hommes en 2022 (voir graphique précédent).

Bien que l'appréciation de la qualité de vie soit bonne à très bonne pour 91% de la population suisse, sans différence notable entre les femmes et les hommes (même en tenant compte du niveau de formation ou de l'âge), les femmes rapportent une moins bonne santé que les hommes: elles déclarent davantage de problèmes de santé de longue durée, sont plus nombreuses à faire état de limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle et à indiquer vivre avec au moins une maladie chronique (T1). Les femmes souffrent également davantage de douleurs spécifiques que les hommes. En effet, 50% des femmes déclarent des maux de dos ou des douleurs dans les reins au cours des 4 dernières semaines, contre 40 % des hommes. De même, les douleurs aux épaules, nuque et bras concernent 45% des femmes contre 34% des hommes. Les douleurs musculosquelettiques touchent près de la moitié de la population générale et contribuent de manière importante à l'invalidité. Ces douleurs, en particulier les maux de dos et les douleurs aux articulations, ont un impact direct sur la capacité à accomplir des tâches tant professionnelles que privées, affectant ainsi la qualité de vie globale de manière différenciée entre les sexes. Différentes études montrent en effet comment le genre influence la manière dont la douleur est perçue, traitée et l'impact qu'elle aura sur la vie quotidienne (Pedulla et al., 2024). Par ailleurs, les femmes rapportent en plus grand nombre une énergie et vitalité générale faible, qui exprime un état tant physiologique (fatigue, etc.) que psychologique (humeur, etc.).

Indicateurs de santé générale, en 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

T1

	Hommes		Femmes	
	%	+/-	%	+/-
Qualité de vie (très) bonne	91,7	0,7	91,8	0,6
Problème de santé de longue durée	33,7	1,1	38,2	1,1
Limitations depuis au moins 6 mois	23,7	1,0	29,8	1,0
Au moins 1 maladie chronique	44,1	1,2	55,1	1,1
Faible énergie et vitalité ¹	28,4	1,3	38,6	1,2
Maux de dos, des reins ¹	40,1	1,2	50,0	1,1
Maux de ventre ¹	13,5	0,8	22,1	0,9
Maux de tête ¹	26,4	1,1	39,1	1,1
Douleurs épaules, nuque, bras ¹	34,2	1,2	45,1	1,1

+/- Intervalle de confiance (95%)

¹ Sur une période de 4 semaines

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

© OFS 2025

Ces divers éléments de santé générale se réfèrent davantage à la morbidité «ressentie», dans le sens qu'ils résultent de la déclaration des individus à une enquête de population. N'étant

pas nécessairement fonction de l'état de santé «réel», au sens médical du terme, cette évaluation individuelle garde cependant toute sa pertinence et son utilité pour appréhender la santé d'une population car elle est l'expression de la perception de la santé par l'individu à travers des symptômes perçus et vécus au quotidien, faisant de l'individu un expert de sa santé et de son corps. Ces différences de santé entre hommes et femmes constatées plus haut peuvent s'expliquer en partie par un rapport à la santé différent, résultant de normes sociales apprises depuis l'enfance, et qui vont donc influencer la perception, l'interprétation et l'expression des problèmes de santé.

Impact de la pandémie du COVID-19

Les disparités de santé générale sont particulièrement visibles en période de crises sanitaires, comme ce fut le cas pendant la récente pandémie de COVID-19 (2020 à 2022). En effet, la pandémie causée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), a accentué les différences de santé entre les sexes. En 2020, alors que la Suisse enregistrait une surmortalité de 12,4% par rapport à l'année précédente, des différences notables entre femmes et hommes ont été observées³. Bien que le taux d'infection ait été plus élevé chez les femmes, les hommes présentaient des formes plus sévères de la maladie et un risque accru de décès. Le taux de mortalité lié au COVID-19 s'élevait à 64,8 pour 100 000 personnes chez les hommes contre 35,5 chez les femmes. Cet écart était encore plus marqué parmi les moins de 65 ans, où 72,4% des décès concernaient des hommes. Si le plus haut taux d'infection des femmes peut s'expliquer par le facteur du genre, les femmes étant plus souvent en première ligne dans les métiers de soins et d'accompagnement, le taux de mortalité plus élevé chez les hommes s'explique davantage par des facteurs biologiques. Parmi ceux-ci, une réponse immunitaire moins performante, davantage de comorbidités, mais également des niveaux plus élevés de récepteurs ACE-2, utilisés par le SRAS-CoV-2 pour pénétrer dans les cellules, contribuent à expliquer le pronostic défavorable chez les hommes (Auderset et al., 2024).

En revanche, les conséquences à long terme de la maladie semblent toucher davantage les femmes. Diverses études rapportent une prévalence plus élevée du syndrome post-COVID-19 chez les femmes, caractérisé par des symptômes persistants tels que la fatigue chronique, les douleurs articulaires ou encore des troubles cognitifs (Gebhard et al., 2024). Si ces disparités s'expliquent en partie par des différences biologiques, notamment dans le registre de l'auto-immunité (Ortona et Malorni, 2022), des facteurs socioculturels semblent également jouer un rôle. En effet, une position socio-économique moins favorable ou des situations de vie particulières, entraînant des niveaux de stress plus élevés, contribuent à une prévalence plus élevée du syndrome post-COVID-19 chez les femmes (Gebhard et al., 2024).

³ Pour davantage d'informations, voir [COVID-19: troisième cause de décès en Suisse en 2020 – | Communiqué de presse](#)

Facteurs explicatifs biologiques et sociaux

Ces disparités en matière de santé générale entre femmes et hommes peuvent mieux se comprendre en considérant l'articulation d'aspects biologiques et sociaux. Naissant biologiquement différents, hommes et femmes développent tout au long de leur vie leur identité psychologique et sociale propre, selon leurs rythmes corporels spécifiques et les prescriptions de la société en lien aux identités de genre. Femmes et hommes ont ainsi des expériences de vie distinctes, qui vont influencer leur santé de manière différente, et aboutir à des vécus de santé diversifiés. Certaines disparités de conditions de vie les exposent, par exemple, à des sources de stress souvent différentes. Les femmes sont davantage touchées par le sexism et le harcèlement sexuel sur le lieu de travail ou dans les lieux publics, ou par l'implication dans le travail domestique non rémunéré, souvent invisible et cumulé au travail rémunéré. Tandis que les hommes peuvent vivre un stress accru dans le rôle masculin de pourvoyeur de revenu principal du ménage (Krieger, 2020).

Certains résultats de l'ESS semblent le confirmer, montrant que le statut d'activité professionnelle peut influencer différemment les divers indicateurs de santé. Si les écarts entre les sexes sont généralement visibles à travers diverses classes d'âge et niveaux de formation, ils tendent à se réduire considérablement lorsque les individus sont sans emploi ou au chômage. Dans certains cas, l'état de santé des hommes sans emploi se détériore ainsi davantage que celui des femmes dans la même situation, annihilant tout écart entre les sexes. Par exemple, la proportion de personnes inactives rapportant une énergie et vitalité générale faible est semblable chez les hommes (42%) et les femmes (41%). L'absence d'emploi apparaît ainsi comme un facteur de vulnérabilité plus marqué pour la santé des hommes que pour celle des femmes.

Ces situations de vie stressantes, produites en partie par des normes sociales de genre, vont entraîner des réponses et conséquences différentes entre femmes et hommes dans leurs stratégies d'adaptation, elles-mêmes influencées aussi par les rôles sociaux transmis. Ainsi, les hommes ont tendance à mobiliser l'alcool, la violence et la prise de risque, et les femmes à développer des troubles de l'alimentation, un sentiment de maîtrise de sa vie faible et de la culpabilisation (Bird et al., 2012). Au final, ces types de réponses seront non seulement variés entre femmes et hommes, mais ils vont également contribuer à renforcer les différences dans l'impact du stress psychosocial sur la santé entre femmes et hommes.

Au-delà des inégalités de santé générale entre femmes et hommes et de l'impact divergent du stress psychosocial sur leur santé, des disparités s'observent également dans le recours au système de santé. Les femmes ont une meilleure adhésion générale à des programmes de dépistage et de prévention de la santé (Le Talec et al., 2019) et recourent davantage aux consultations médicales. Les données de l'ESS22 montrent par exemple que les femmes sont plus nombreuses à s'être rendues au moins une fois dans un cabinet médical au cours des 12 derniers mois (89 % contre 76%), et ceci jusqu'à 64 ans. Ces différences peuvent être interprétées comme résultant des inégalités dans la morbidité, les femmes étant en moins bonne santé. Elles peuvent aussi être expliquées par des rôles de genre qui influencent la façon de prendre soin des autres et de soi-même, le «prendre soin»

(care) étant fortement valorisé dans la socialisation des filles et des femmes depuis l'enfance. Par cette attribution des rôles sociaux, les femmes prendraient alors une fonction de «soignante de la cellule familiale». À l'inverse, sans entrer dans toutes les nuances, les garçons et les hommes sont plutôt encouragés à se montrer indépendants, protecteurs, et à masquer tout signe de vulnérabilité ou de faiblesse, dont la maladie en serait un signe, pour se conformer finalement au rôle de pilier social et économique.

Surpoids et obésité

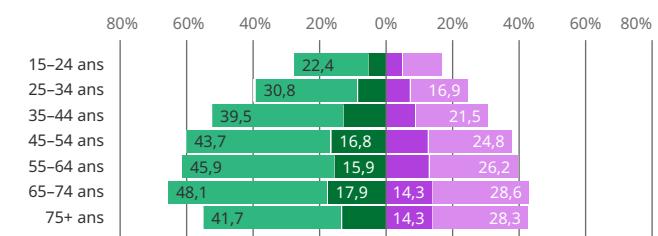
Dans le cadre de l'augmentation de la corpulence des femmes et des hommes dans le monde depuis une trentaine d'années, l'obésité et le surpoids représentent un défi de santé publique majeur, notamment du fait qu'ils sont des facteurs de risque de développement de nombreuses maladies métaboliques, cardiovasculaires, oncologiques ou encore ostéoarticulaires.

En 2022, 52% des hommes et 34% des femmes étaient en excès de poids (surpoids ou obèses), le plus grand nombre d'hommes en excès de poids par rapport aux femmes se retrouvant dans toutes les catégories d'âge. Avec l'âge, le surpoids et l'obésité gagnent en importance chez les femmes et chez les hommes jusqu'à 74 ans.

Surpoids et obésité, en 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

■ Hommes: Obésité ■ Surpoids ■ Femmes: Obésité ■ Surpoids



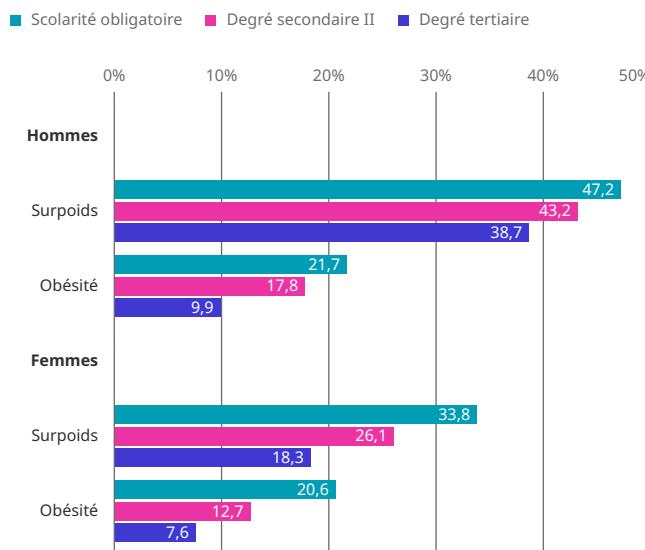
Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

gr-f-14.02.05.01
© OFS 2023

Le surpoids et l'obésité touchent davantage les personnes sans formation post-obligatoire. L'effet du gradient social est particulièrement marqué chez les femmes. À âge équivalent, les hommes sans formation postobligatoire présentaient un risque 2,4 fois plus élevé d'obésité et 1,4 fois plus élevé de surpoids par rapport à ceux titulaires d'un diplôme tertiaire. Chez les femmes sans formation postobligatoire, ces risques étaient encore plus prononcés, étant respectivement 2,9 fois plus élevé pour l'obésité et 2,0 fois plus élevé par rapport aux diplômées du degré tertiaire (OFS, 2024).

Surpoids et obésité selon le niveau de formation, en 2022

Population de 25 ans et plus vivant en ménage privé



État des données: 13.02.2024

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

gr-f-14.02.05.05
© OFS 2024

Cependant, bien qu'elles présentent moins d'excès de poids que les hommes, les femmes se montrent globalement plus insatisfaites de leur poids (28% contre 23%). Cette tendance s'accentue encore en cas de surpoids (52% d'insatisfaites contre 29% d'insatisfaits) ou d'obésité (68% d'insatisfaites contre 62% d'insatisfaits). Le fait que le rapport au poids diffère passablement entre les femmes et les hommes ressort également du constat que si la proportion d'hommes insatisfait de leur poids est très proche parmi ceux présentant un excès de poids (37%) et ceux avec une insuffisance pondérale (29%), ces proportions sont nettement différentes chez les femmes (57% sont insatisfaites parmi celles en excès de poids et 14% le sont parmi celles avec un sous-poids). Par ailleurs, si l'excès de poids est plus marqué chez les hommes, le sous-poids est, lui, plus marqué chez les femmes (6% contre 2% pour les hommes); les hommes en sous-poids sont rares, à part chez les 15 à 24 ans (6%).

Ces disparités de corpulence et de perceptions autour du poids selon le genre peuvent s'expliquer par différents facteurs. Si les prédispositions génétiques, la composition corporelle (c'est-à-dire la répartition masse musculaire/masse grasseuse) peuvent en partie déterminer le poids, l'activité physique et l'alimentation sont deux comportements en santé qui influencent le poids au cours de la vie, et qui peuvent eux-mêmes être modifiés dans une certaine mesure par les individus. Ces deux facteurs sociaux sont influencés par les normes de genre. Plutôt qu'une analyse détaillée des relations, plus ou moins directes, entre la corpulence et divers aspects de santé physiques, psychosociaux ou encore sociodémographiques (OFS, 2024), il s'agira ici de relever quelques différences entre les femmes et les hommes en matière d'activité physique et d'alimentation, qui montrent les normes de genre à l'œuvre en ce qui concerne le rapport plus général au corps et à la corpulence.

Activité physique

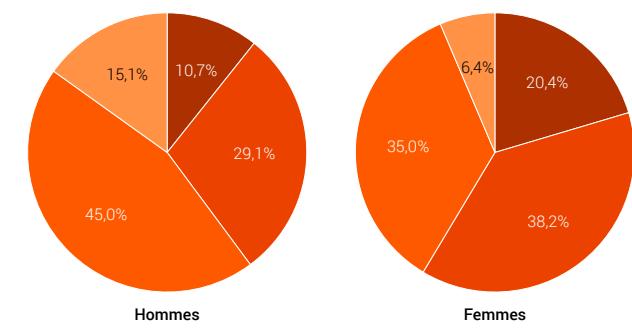
En 2022, les hommes étaient plus nombreux que les femmes (79% contre 73%) à avoir dans leurs loisirs une activité physique favorable à la santé selon les recommandations en la matière, c'est-à-dire une activité physique minimale par semaine soit de 150 minutes d'intensité modérée soit de 75 minutes d'intensité plus forte avec transpiration. Les femmes sont ainsi plus nombreuses à être catégorisées comme partiellement actives ou inactives. Plus le niveau de formation augmente et plus les individus sont nombreux à être actifs physiquement, ceci tant chez les hommes que les femmes et sans différence particulière à relever entre les deux sexes. Les Suisses sont plus actifs physiquement que les personnes de nationalité étrangère (77% contre 71%), mais de manière plus nette chez les femmes (75% contre 66%). L'écart entre les sexes se retrouve tant chez les Suisses que chez les personnes de nationalité étrangère.

Alimentation

De façon générale, les femmes rapportent être plus attentives à leur alimentation (76% pour les femmes contre 66% pour les hommes), et ce pour toutes les classes d'âge. Cette attitude se confirme dans les indicateurs de consommation de fruits et légumes, de viande et de boissons sucrées. La consommation recommandée de 5 portions de fruits et légumes au moins 5 jours par semaine atteint presque le double chez les femmes par rapport aux hommes. Cet écart augmente avec le niveau d'éducation (de 11% contre 7% pour les femmes et les hommes sans formation post-obligatoire à 26% contre 13% pour les femmes et hommes ayant achevé une formation de niveau tertiaire).

Consommation de fruits et légumes, en 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



¹ Au moins 5 jours par semaine
■ 5 portions et plus par jour¹ ■ 3 à 4 portions par jour¹ ■ 0 à 2 portions par jour¹
■ Moins de 5 jours par semaine

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

© OFS 2023

En ce qui concerne la consommation de viande, les recommandations sont de trois fois au maximum par semaine. Selon ces recommandations, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes (57% contre 37%) à en manger trop

souvent, c'est-à-dire quatre à sept jours par semaine. Cette différence hommes-femmes est marquée dans toutes les classes d'âge, mais encore plus prononcée chez les jeunes, avec 73% des hommes de 15 à 24 ans qui consomment de la viande au moins quatre fois par semaine, contre 43% des femmes du même âge. Concernant les boissons sucrées, dont il est déconseillé d'en boire plus d'un verre (2 à 3 dl) par jour, une tendance similaire se dégage. Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à boire trop de boissons sucrées (10% contre 4%).

Impact de la pandémie du COVID-19 sur le surpoids et l'activité physique

Les restrictions sociales pendant la pandémie de COVID-19 ont entraîné des changements dans les habitudes alimentaires et l'activité physique d'une grande partie de la population mondiale. En 2022, 67% des femmes affirmaient que leur poids est resté stable par rapport à avant la pandémie contre 70% des hommes. Et plus d'un cinquième des femmes (21%) disaient qu'il a nettement augmenté contre 18% des hommes. Concernant l'activité physique, les résultats de l'ESS22 ne montrent pas de différence marquée entre les sexes: elle est restée stable pour environ deux tiers des individus (63% des femmes et 64% des hommes), et a beaucoup diminué pour 20% des femmes et 19% des hommes.

Ces résultats indiquent que, malgré certaines différences observables, l'impact global de la pandémie sur l'évolution du poids et de l'activité physique semble relativement similaire pour les femmes et les hommes.

Normes de genre dans le rapport au corps

Ces disparités de genre observées en matière de comportement alimentaire et de l'activité physique pourraient se comprendre par le rapport au corps et les représentations de la santé du corps qui sont, eux aussi, influencés par les normes sociales de genre. Le rapport au poids est complexe et englobe un rapport à l'image de soi et aux représentations de la santé du corps qui varie avec les époques et les cultures. Par exemple, l'association entre corps musclé et corps sain est plus commune pour les hommes que pour les femmes (Wardle et al., 2004). En outre, les femmes sont encouragées à surveiller leur alimentation dans le cadre de la grossesse (Kiefer et al., 2008). De façon plus générale, l'attention portée à la corpulence et à l'image corporelle est plus marquée chez les femmes, qui subissent une pression sociale à avoir un corps mince, ceci étant associé à la fois aux standards de beauté mais également de santé. Les normes sanitaires renforcent ici les normes esthétiques. Ces standards sont largement véhiculés par les médias, le monde de la mode et du cinéma et les réseaux sociaux (Wardle et al., 2004). Le caractère genré du rapport au corps et au poids s'exprime donc dans un corps mince pour les femmes, et dans un corps plus musclé pour les hommes, qui renvoie à la connotation positive de la force. En découle une perception subjective différente entre femmes et hommes du surpoids: non seulement un surpoids est une plus grande source d'insatisfaction chez les femmes, mais elles ont également plus souvent tendance à se croire en surpoids alors que ce n'est pas le cas selon des

critères médicaux (Saint Pol, 2010). Cela n'empêche pas le rapport au corps des hommes d'être également socialement contraint, puisque le sous-poids dans la perception du corps masculin joue un rôle symétrique au surpoids chez les femmes. Les normes de genre en lien avec le rapport au corps et à la corpulence peuvent ainsi expliquer en bonne partie un surpoids et une obésité moins grande chez les femmes, mais également un plus grand sous-poids et une crainte de l'excès de poids, qui peut se traduire par une prévalence plus grande de troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie et la boulimie.

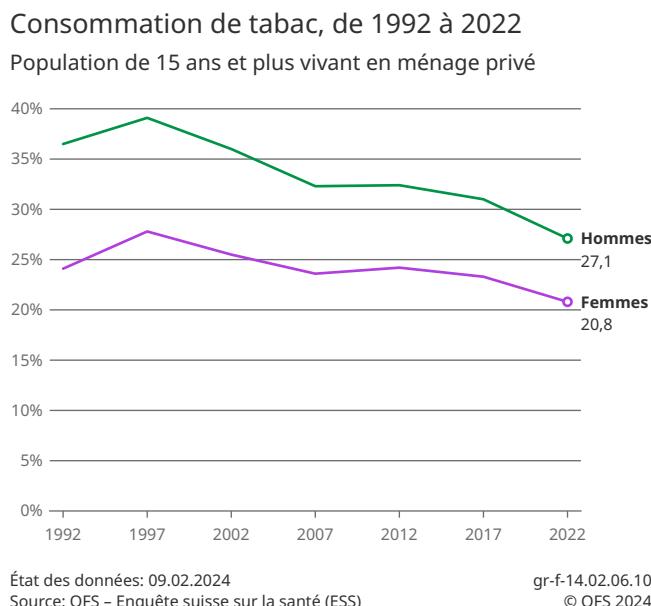
Tabagisme

Le tabagisme est un comportement genré, c'est-à-dire qu'il a été, et reste dans une certaine mesure, influencé par les normes de genre (Denton et al., 1999). L'industrie du tabac a dans un premier temps valorisé le tabagisme auprès des hommes (Clair, 2015), avant de cibler aussi les femmes à partir des années 1950–60, en présentant la cigarette comme un moyen d'émancipation, d'accès à un statut égalitaire avec les hommes, de liberté et d'anticonformisme, et de contrôle sur le poids. Les femmes ont donc adopté le tabagisme à partir des années 1960 et les maladies liées au tabagisme comme les maladies cardiovasculaires, les cancers ou les maladies respiratoires, ont cru dans la population féminine en conséquence. Outre les maladies spécifiquement féminines ou liées à la grossesse, les femmes fumeuses présentent un risque de morbidité et de mortalité accru comparé aux hommes fumeurs, qui peut s'expliquer notamment par des différences de métabolisation des composés de la cigarette.

Prévalence du tabagisme

En 2022, la prévalence du tabagisme actif restait en Suisse plus élevée chez les hommes (27%), comparée aux femmes (21%), et il y a également davantage d'anciens fumeurs parmi les hommes (24% contre 20% pour les femmes). Cette différence entre femmes et hommes est particulièrement marquée chez les personnes qui consomment beaucoup de cigarettes (20 cigarettes journalières) avec le triple d'hommes dans cette catégorie (6% chez les hommes contre 2% chez les femmes). Si le tabagisme a reculé depuis les années 1990 pour la population générale, l'un des changements majeurs réside dans la réduction progressive de l'écart entre les sexes. Entre 1992 et 2022, la prévalence du tabagisme a diminué de 9,5 points de pourcentage chez les hommes contre seulement 3,3 points chez les femmes, tous âges confondus (voir graphique suivant). Le tabagisme a reculé dans toutes les tranches d'âge chez les hommes, mais est resté semblable chez les femmes de 15 à 24 ans (26% en 1992 et 2022), et a augmenté chez celles de plus de 65 ans (de 8% en 1992 à 13% en 2022).

En 2022, les femmes de 15 à 24 ans fumaient autant que les jeunes hommes (26% contre 25%). Ces tendances suggèrent donc une convergence progressive des comportements tabagiques entre les sexes, malgré une prévalence globale qui demeure plus élevée chez les hommes.



Des disparités selon la nationalité et le sexe sont également observées. Parmi la population étrangère résidant en Suisse, 33% des hommes fument actuellement, contre 23% des femmes; tandis que dans la population de nationalité suisse, cet écart est moins accentué, avec 25% des hommes et 20% des femmes qui fument.

Le niveau de formation joue également un rôle clé dans la prévalence du tabagisme, avec des disparités selon le sexe. Chez les femmes, la prévalence du tabagisme reste relativement stable entre les trois niveaux de formation. Par contre, les hommes avec une formation de niveau tertiaire sont nettement moins nombreux à fumer (22%) que ceux avec une formation plus basse (32–34%), si bien que les femmes avec une formation de niveau tertiaire fument dans des proportions relativement proches de celles des hommes avec le même niveau de formation (17% pour les femmes et 22% pour les hommes). Chez les personnes à partir de 65 ans au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire, il n'y a même plus aucune différence hommes-femmes.

La réduction de l'écart entre les femmes et les hommes en matière de tabagisme peut contribuer à expliquer en partie la diminution comparable et parallèle de leur écart d'espérance de vie, même si de nombreux autres facteurs y participent également.

Impact de la pandémie du COVID-19 sur la consommation de tabac

Certaines études observent une augmentation de la consommation de tabac chez une partie de la population suite à la pandémie de COVID-19, qui est perçue comme une stratégie d'adaptation face au stress, à l'anxiété et à la dépression engendrés par la pandémie (Bakaloudi et al., 2023). Selon les données de l'ESS22, 4% des hommes et 3% des femmes avaient (beaucoup) augmenté leur consommation de tabac par rapport à avant la pandémie.

Cheminement vers les inégalités de genre dans les maladies chroniques

Les thèmes présentés de manière plus détaillée plus haut (surpoids et obésité, en lien avec l'alimentation et l'activité physique, ainsi que le tabagisme) permettent de mieux comprendre comment les différences biologiques entre les femmes et les hommes, mais surtout les différences sociales liées aux rôles et relations de genre influencent la santé, de manière spécifique et conjointe. Les comportements sociaux genrés influent sur les habitudes d'alimentation, d'activité physique et de tabagisme, et sur la corpulence, qui elles-mêmes ont un impact sur le développement, le diagnostic et le traitement de maladies chroniques. Bien que ces cheminements soient difficilement quantifiables, car complexes et croisés avec d'autres facteurs comme l'âge ou le niveau socio-économique, certains éléments sont présentés ici sur la manière dont le genre constitue un modulateur important de la santé.

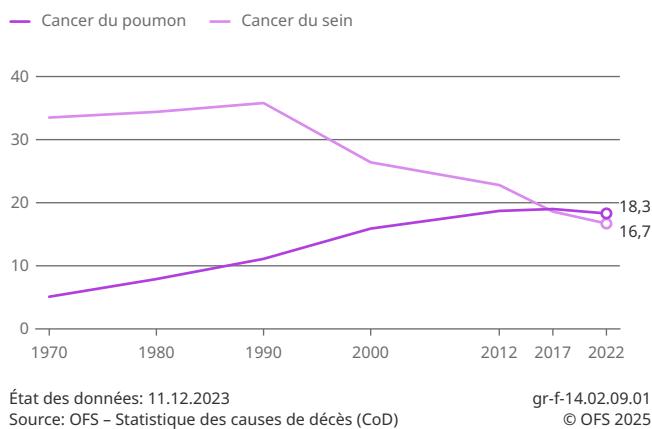
Le tabagisme, par exemple, est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires et de cancers. L'évolution de la prévalence du tabagisme ces dernières années, notamment la diminution chez les hommes, peut partiellement expliquer une baisse plus importante des infarctus du myocarde observée chez les jeunes hommes que chez les femmes (Arora et al., 2019). Dans certains pays voisins, on note même une augmentation inquiétante du nombre d'infarctus du myocarde chez les femmes pré-ménopausées. D'autres facteurs, comme pour les femmes une prise en charge moins rapide des maladies, ou des traitements moins efficaces car développés principalement à partir de recherches effectuées sur des sujets masculins, peuvent aussi expliquer cette différence d'évolution. Un autre exemple lié au comportement tabagique est celui du cancer du poumon dont la prévalence et la mortalité ont augmenté en Suisse chez les femmes depuis les années 1990 (+75% pour les nouveaux cas et +50% pour la mortalité) alors qu'elles sont en baisse chez les hommes (-34% pour les nouveaux cas, et -48% pour la mortalité)⁴. La proportion de décès liés au cancer du poumon a augmenté chez les femmes (voir graphique suivant) et ce cancer est en Suisse, comme dans de nombreux pays (France, États-Unis), même devenu la première cause de décès par cancer chez les femmes. Par ailleurs, les femmes, en raison des rôles sociaux de genre, assument davantage de responsabilités domestiques, pouvant affecter négativement leur survie au cancer du poumon et leur capacité à prioriser leur santé pendant les traitements (Florez et al., 2024). De plus, les données révèlent des différences entre les sexes concernant la tolérance et la réponse aux traitements du cancer du poumon. Pourtant, les femmes restent sous-représentées dans les essais cliniques sur le cancer du poumon, manquent de directives de dépistage adaptées et de discussions sur le dépistage avec leurs équipes de soins de santé (Florez et al., 2024).

Le cancer du sein, quant à lui, représente la deuxième cause de décès par cancer en Suisse. Bien que l'association entre le tabagisme et le risque de cancer du sein ait longtemps été controversée, un nombre croissant d'études soutient aujourd'hui que le tabagisme constitue également un facteur de risque de cancer du sein (Scala et al., 2024). Les cancérogènes présents dans le tabac semblent ainsi surpasser l'effet anti-oestrogénique du tabac, que l'on pensait jusqu'à présent avoir un effet protecteur sur le risque de cancer du sein.

⁴ Pour davantage d'informations, voir <https://cancer-monitorage.bfs.admin.ch/fr/comparaison/deces/>

Décès selon les cancers du poumon et du sein chez les femmes, de 1970 à 2022

Taux standardisé pour 100 000 habitantes



La surcharge pondérale, le manque d'activité physique et une alimentation non équilibrée sont des facteurs de risques cardiovasculaires et métaboliques. Les maladies non transmissibles sont en augmentation, notamment le diabète qui est une conséquence directe de l'obésité. On note une prévalence de diabète de type 2 plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ceci est largement influencé par l'alimentation et l'obésité, particulièrement l'obésité abdominale. La répartition des graisses semble être influencée hormonalement, les femmes pré-ménopausées étant relativement protégées contre l'obésité abdominale. Cependant, cette répartition des graisses peut être influencée par le tabac qui a un effet anti-oestrogénique, mettant ainsi les femmes fumeuses plus à risque de maladies métaboliques et cardiovasculaires en «annulant» l'effet hormonal protecteur. Le comportement tabagique a ici un effet direct sur l'équilibre hormonal et le métabolisme. Par ailleurs, les mesures de prévention et de promotion de la santé touchent moins les hommes de façon générale. Ceci peut être dû à la fois à des messages de prévention qui ne sont pas adaptés aux hommes, mais également au fait que les hommes peuvent se sentir moins concernés par leur santé. Il est cependant observé que les normes sociales en rapport avec la représentation du corps masculin «sain» évoluent avec l'émergence des réseaux sociaux, notamment chez les jeunes hommes.

Santé psychique

La santé psychique est également distribuée de façon inégale entre les hommes et les femmes, avec un écart qui se crée notamment au moment de la puberté. L'ESS22 montre que 32% des femmes rapportaient être nerveuses «tout le temps/la plupart du temps ou parfois» contre 22% des hommes. C'est surtout chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans que cette nervosité est la plus élevée, 43% d'entre elles contre 28% des jeunes hommes. Les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle ressentent aussi plus fréquemment de la nervosité (38%) que les femmes cisgenres hétérosexuelles (30%) ou hommes cisgenres

hétérosexuels (21%). Concernant le trouble anxieux généralisé (TAG), 6% de la population rapportaient des symptômes modérés à sévères, qui sont plus forts et fréquents que de se sentir anxieux de temps en temps ou pour un événement précis. C'est à nouveau chez les femmes de 15 à 24 ans que le taux est le plus élevé, atteignant 18% contre 7% chez les hommes du même âge. Aucun gradient social ne se révèle chez les femmes, tandis que les hommes avec une formation de niveau tertiaire sont moins touchés que les autres, entraînant par là une moins forte prévalence de trouble d'anxiété généralisé chez eux que chez les femmes au bénéfice du même niveau de formation tertiaire (4% contre 6%). L'inactivité professionnelle semble avoir un impact sur le trouble d'anxiété généralisée, particulièrement chez les hommes puisqu'ils sont aussi nombreux (12%) à en souffrir que les femmes inactives (11%), alors que chez les personnes actives les femmes sont plus nombreuses (7%) que les hommes à en souffrir (5%).

Finalement, les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle rapportent des symptômes modérés à sévères de TAG dans des proportions beaucoup plus élevées (12%) que les femmes cisgenres hétérosexuelles (7%) et les hommes cisgenres hétérosexuels (5%), traduisant un effet des normes sociales de genre et sexuelles, ainsi que l'impact de la stigmatisation, des violences et de la discrimination (Krüger et al., 2022).

Symptômes de dépression

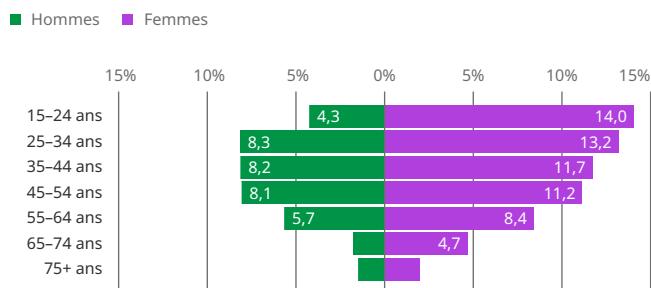
Concernant la dépression, 10% de la population en Suisse rapportaient des symptômes de dépression modérés à sévères en 2022, les femmes en plus grande proportion que les hommes (12% contre 8%). Chez les jeunes de 15 à 24 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à rapporter de tels symptômes (26% contre 13%). Ces taux décroissent avec l'âge, sans que l'écart femme-homme soit vraiment significatif, sauf à partir de 75 ans (6% pour les femmes contre 2% pour les hommes). À nouveau, l'activité professionnelle semble impacter la santé psychique puisque les hommes actifs occupés rapportent nettement moins de symptômes de dépression modérés à sévères que ceux inactifs (7% contre 21%), alors que chez les femmes la différence de symptômes de dépression modérés à sévères entre celles qui travaillent et celles qui sont inactives est moindre (11% contre 17%). Ces disparités de genre dans le risque de développer une dépression au cours de la vie sont connues: l'écart se crée à partir de la puberté et se maintient jusqu'à un âge avancé. Il est expliqué en partie par les hormones sexuelles activées lors de la puberté, mais également par des facteurs intrapersonnels et interpersonnels liés au genre, notamment le stress. En effet, aux inégalités structurelles de genre peuvent s'ajouter une exposition accrue à l'adversité, en particulier certaines formes de violences contre les femmes et les filles, pouvant aller même jusqu'à des abus sexuels dans l'enfance, contribuant à expliquer la prévalence plus élevée de dépression chez les femmes (Kuehner 2017). Les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle rapportaient davantage de symptômes de dépression modérée à sévère (19%) que les femmes cisgenres hétérosexuelles (10%) ou les hommes cisgenres hétérosexuels (7%).

Traitements pour problèmes psychiques

Les éléments exposés ci-dessus ont montré que les jeunes femmes de 15 à 24 ans étaient nettement plus touchées en 2022 dans leur santé psychique. Cela se confirme par le recours à un traitement, puisque 14% des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont affirmé en 2022 avoir été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois contre 4% des jeunes hommes du même âge. Même si ce recours à un traitement décroît avec l'âge, l'écart entre les sexes subsiste. Là aussi l'inactivité professionnelle semble avoir un impact fort puisque les hommes sans emploi sont nettement plus nombreux que les hommes actifs à avoir suivi un traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois (19% contre 6%), alors que c'est moins le cas chez les femmes (16% chez les femmes inactives contre 10% chez celles avec un travail). Les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle sont aussi plus nombreuses (15%) à avoir été en traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 mois que les femmes cisgenres hétérosexuelles (9%) et les hommes cisgenres hétérosexuels (6%).

Traitements pour problèmes psychiques, en 2022

Au cours des 12 derniers mois; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



État des données: 31.01.2024

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

gr-f-14.03.02.06

© OFS 2024

En 2022, 42% de la population avaient déclaré «très souvent, assez souvent, parfois» un sentiment de solitude. Ce sentiment de solitude est plus prévalent chez les femmes à tout âge, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans (69% pour les femmes contre 59% pour les hommes). Si le sentiment de solitude décroît avec l'âge, il augmente de nouveau à partir de 75 ans, et plus nettement chez les femmes, atteignant 44% contre 26% chez les hommes du même âge. Le sentiment de solitude est plus souvent déclaré par les femmes que par les hommes à tout niveau de formation, mais seulement chez les femmes actives professionnellement. Il est par ailleurs rapporté plus fréquemment par les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle (58%) en comparaison aux femmes ou hommes cisgenres hétérosexuels (45% et 35%).

D'autres indicateurs de santé psychique (T2) montrent des tendances semblables, à savoir une santé psychique plus fragilisée chez les femmes par rapport aux hommes.

Indicateurs de santé psychique, 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

T2

	Hommes		Femmes	
	%	+/-	%	+/-
Très nerveux (parfois, la plupart ou tout le temps) ¹	21,5	1,0	31,7	1,1
Symptômes modérés à sévères de trouble anxieux ²	5,0	0,6	7,7	0,7
Symptômes modérés à sévères de dépression ²	7,9	0,8	11,7	0,9
Recours à un traitement pour problème psychique (12 derniers mois)	6,0	0,6	9,5	0,7
Sentiment de faiblesse généralisé ¹	38,2	1,2	53,6	1,1
Troubles du sommeil moyens ou pathologiques	28,7	1,2	37	1,2
Faible sentiment de maîtrise de sa vie	26,5	1,2	29,3	1,1
Détresse psychologique moyenne ou élevée	14,4	0,9	21,1	0,9

+/- Intervalle de confiance (95%)

¹ Sur une période de 4 semaines

² Sur une période de 2 semaines

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

© OFS 2025

En Suisse, les femmes font de manière générale plus de tentatives de suicide, mais les hommes se suicident plus. En 2023, le taux de mortalité par suicide était de 13 chez les hommes contre 5 chez les femmes (taux de mortalité standardisés par classes d'âge pour 100 000 habitants). Ce paradoxe dans le suicide s'explique par l'influence du genre dans ce qui détermine les idées et les conduites suicidaires. D'abord, les manifestations différentes de la souffrance psychologique pourraient conduire à un défaut de reconnaissance de la dépression chez les hommes. Puis, les hommes tendent à opter pour des moyens plus létaux et l'évolution du processus suicidaire est plus rapide notamment à cause d'une consommation plus fréquente de diverses substances telles qu'alcool ou drogues par exemple (Michaud et al., 2021). À nouveau, les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle rapportent deux fois plus de tentatives de suicide (8%) en comparaison aux femmes (4%) et hommes (3%) cisgenres hétérosexuels.

Les personnes de la diversité de genre et/ou d'orientation sexuelle vivent un stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles, à des violences psychologiques, verbales et/ou physique (Bize et al., 2022). Ce stress – appelé «stress minoritaire» – cumulé à l'isolement généré par ce statut minoritaire mène très fréquemment à des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une prévalence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires, tels que retrouvés dans les données de l'ESS.

Impact de la pandémie du COVID-19 sur la santé psychique

Au-delà des conséquences physiques, plus marquées chez les femmes, la pandémie a également eu des répercussions psychologiques différencierées selon le genre. Une proportion plus élevée de femmes a signalé une augmentation importante du stress (24% contre 17% chez les hommes) et de l'anxiété (17% contre 11%). Cet impact psychologique plus prononcé chez les femmes pourrait être lié à des facteurs sociaux, notamment la charge de travail domestique, la conciliation entre emploi et responsabilités familiales, ainsi que l'isolement social (Wenham 2020). Dans cette perspective, le sentiment de solitude a été ressenti «beaucoup plus souvent et plus souvent» par 11% des femmes contre 8% des hommes, après la pandémie.

Conclusion

Les cheminements qui partent des inégalités sociales et mènent aux inégalités en santé dans les maladies non-transmissibles sont complexes et pas encore totalement élucidés. Cependant, les divers éléments présentés précédemment permettent de souligner que les comportements en santé sont façonnés et influencés par des normes sociales que sont les rôles et relations de genre. Les valeurs et normes de genre – aussi fluides, multidimensionnelles et sensibles aux mutations sociohistoriques soient-elles – induisent des expériences sociales différentes vécues par les femmes et hommes qui marquent les corps différemment, dans l'entrecroisement avec d'autres facteurs intersectionnels comme l'âge, la position socio-économique, l'orientation affective et sexuelle, ou encore l'appartenance ethnique ou la nationalité.

Cette approche de la santé par le genre est importante pour mettre en place des stratégies de prévention et de promotion de la santé mieux ciblées en fonction des groupes à risque et selon les spécificités de santé des hommes et des femmes, tout en évitant de tomber dans les stéréotypes. Elle apparaît également essentielle pour permettre d'agir également au niveau structurel plutôt qu'au seul niveau de la responsabilité individuelle (Schwarz et al., 2019), et réduire ainsi les inégalités de santé.

Source des données

Cette publication s'appuie sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS). L'ESS est réalisée depuis 1992, tous les cinq ans, par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

La septième enquête a eu lieu en 2022 dans le cadre du programme d'enquêtes du recensement de la population. Elle fournit des informations importantes sur l'état de santé de la population, sur les comportements de santé et sur l'utilisation des services de santé. Au total, 21 930 personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ont participé à l'enquête, 10 139 hommes et 11 791 femmes. L'enquête consiste en une interview téléphonique suivie d'un questionnaire écrit papier ou en ligne.

Bibliographie

Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI (2012). *Gender Role Affects Experimental Pain Responses: A Systematic Review with Meta Analysis*. European journal of pain 16, no. 9 : 1211-23.

Amos A., Haglund M (2000). *From Social Taboo to "Torch of Freedom": The Marketing of Cigarettes to Women*. Tobacco Control 9, no. 1 (Mar 2000): 3-8.

Arora Sameer, Stouffer George A, Kucharska-Newton Anna M, Qamar Arman, Vaduganathan Muthiah, Pandey Ambarish, Porterfield Deborah, Blankstein Ron, Rosamond Wayne D, Bhatt Deepak L (2019). *Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized with Acute Myocardial Infarction: The Aric Community Surveillance Study*. Circulation 139, no. 8: 1047-56.

Auderset D, Amiguet M, Clair C, Riou J, Pittet V, Schwarz J, Mueller Y. (2024). *Gender/Sex Disparities in the COVID-19 Cascade From Testing to Mortality: An Intersectional Analysis of Swiss Surveillance Data*. Int J Public Health. 2024 May 21; 69:1607063. doi: 10.3389/ijph.2024.1607063.

Bakaloudi DR, Evripidou K, Siargkas A, Breda J, Chourdakis M. (2023). *Impact of COVID-19 lockdown on smoking and vaping: systematic review and meta-analysis*. Public Health. 2023; 218:160-72.

Bird Chloe E, Lang Martha E, Rieker Patricia P (2012). "Changing Gendered Patterns of Morbidity and Mortality." In *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, edited by Ellen Kuhlmann and Ellen Annandale, 125-41. New York: Palgrave Macmillian.

Bize Raphaël, Berrut Sylvan, Volkmar Erika, Medico Denise, Werlen Mirjam, Aegerter Audrey, Wahlen Raphaël, Bodenmann Patrick (2022). *Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées*, In Bodenmann Patrick, Jackson Yves, Vu Francis, Wolff Hans (eds.) *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*, chap. 2.8, pp. 347–360, RMS éditions/Médecine et Hygiène.

Clair Carole, Cornuz Jacques, Bart Pierre-Alexandre, Schwarz Joëlle (2018). *Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?* Revue médicale suisse 14, 1951-54.

Clair Carole, de Kleijn MJJ, Jaunin-Stalder N, Cornuz Jacques (2015). *Genre et disparités: l'exemple du tabagisme*. Revue médicale suisse 11: 1298-1303.

Denton M, Walters V (1999). *Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health* (1999). Soc Sci Med 48, no. 9 (May 1999): 1221-35.

De Saint Pol Thibaut (2006). *Corps et appartenance sociale: la corpulence en Europe*. Données sociales – La société française. Institut National de la Statistique et des études Économiques, pp. 649–656

Fillingim Roger B, King Christopher D, Ribeiro-Dasilva Margarete C, Rahim-Williams Bridgett, Riley III Joseph L (2009). *Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings*. The journal of pain 10, no. 5: 447-85.

Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. (1989). *Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race*. JAMA 1989; 261: 49–55

Florez N, Kiel L, Riano I, Patel S, Decarli K, Dhawan N, et al.(2024). *Lung Cancer in Women: The Past, Present, and Future*. Clinical Lung Cancer. 2024; 25(1): 1–8.

Gebhard CE, Sütsch C, Gebert P, Gysi B, Bengs S, Todorov A, et al. (2024). *Impact of sex and gender on post-COVID-19 syndrome, Switzerland, 2020*. Eurosurveillance. 2024; 29(2).

Hitchman SC, Fong GT (2011). *Gender Empowerment and Female-to-Male Smoking Prevalence Ratios*. Bulletin of the World Health Organization 89, no. 3 (Mar 1 2011): 195–202.

Kiefer I, Rathmanner T (2008). *Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion Und Essstörungen. In Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte Für Die Klinische Praxis*, edited by A. Rieder and B. (eds). Lohff, 173-87. Vienna: Springer-Verlag Wien.

Krieger Nancy (2020). *Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—an Ecosocial Analysis*. Annual Review of Public Health 41, no. 1: 37–62.

Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. (2022). *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht*. Luzern: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Kuehner C (2020). *Why is depression more common among women than among men?* The Lancet Psychiatry, 2017 (4:2). Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2

Le Talec Jean-Yves, Authier Danièle, Tomolillo Sylvie (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Marmot Michael (2019). *Déterminants sociaux de la santé: santé publique et pratique clinique*. Revue médicale suisse 640.

Michaud Laurent, Brovelli Michel, Bourquin Céline (2021). Le paradoxe du genre dans le suicide: des pistes explicatives et pas mal d'incertitude. Revue Médicale Suisse, 7442

OFS (2021). *Le cancer en Suisse, rapport 2015 – État des lieux et évolutions*. Neuchâtel

OFS (2024). *Surpoids et obésité. Enquête suisse sur la santé*. Actualités OFS. Neuchâtel.

Orlona Elena, Malorni Walter (2022). Long COVID: to investigate immunological mechanisms and sex/gender related aspects as fundamental steps for tailored therapy. Eur Respir. 59(2):2102245

Pedulla R, Glugosh J, Jeyaseelan N, Prevost B, Velez E, Winnitoy B, et al. (2024). *Associations of Gender Role and Pain in Musculoskeletal Disorders: A Mixed-Methods Systematic Review*. The Journal of Pain. 2024; 25(12): 104644.

Scala M, Bosetti C, Bagnardi V, Possenti I, Specchia C, Gallus S, et al. (2023). *Dose-response Relationships Between Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis*. Journal of Epidemiology. 2023; 33(12): 640-8.

Schwarz Joëlle, Arminjon Mathieu, Zemp Stutz Elisabeth, Merten Sonja, Bodenmann Patrick, Clair Carole (2019). *Déterminants sociaux de la Santé en Suisse – comment le genre s'est perdu en chemin*. Revue médicale suisse 15: 485-89.

Wardle J., Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bel-lisle F (2004). *Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting*. Ann Behav Med 27, no. 2 (Apr 2004): 107-16.

Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et al. (2020). Women are most affected by pandemics – lessons from past outbreaks. Nature. 583(7815): 194-8.

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	renaud.lieberherr@ bfs.admin.ch, OFS, tél. +41 58 463 65 61
Conception, Rédaction:	Renaud Lieberherr (OFS, GESB), Carole Clair, Joëlle Schwarz, Margot Guth, Raphaël Bize (Unisanté, Lausanne)
Collaboration:	Eré Rrustemi, Timea-Chiara Annovazzi, Geraldina Mottini (Unité santé et genre, Unisanté, Lausanne)
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé de la population
Langue du texte original:	français
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS
Mise en page:	Publishing et diffusion PUB, OFS
Graphiques:	Publishing et diffusion PUB, OFS Vous trouverez également les graphiques en version interactive dans notre catalogue en ligne
En ligne:	www.statistique.ch
Imprimés:	www.statistique.ch Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@ bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60 Impression réalisée en Suisse
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2025 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS:	213-2219

**Les informations publiées ici contribuent à mesurer
la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).**



Système d'indicateurs MONET 2030

www.statistique.ch → Statistiques → Développement durable
→ Système d'indicateurs MONET 2030