

Sociograph n°75

Sociological research studies

**Mobilités de santé sur le Grand Genève et
inégalités sociales dans l'accès aux soins**
Résultats de l'enquête transfrontalière

Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit



FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
INSTITUT DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

**MOBILITÉS DE SANTÉ SUR
LE GRAND GENÈVE ET
INÉGALITÉS SOCIALES DANS
L'ACCÈS AUX SOINS**

**RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE
TRANSFRONTALIÈRE**

Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit
Sociograph n°75

Cette enquête est le fruit d'une collaboration entre des structures associatives ou fondations, des services hospitaliers et des universités de part et d'autre de la frontière franco-suisse.

Que les volontaires et bénévoles, collaborateurs-trices, étudiant·e·s soient ici chaleureusement remercié·e·s pour leur indispensable contribution :

Fabio Alfama
 Quentin Emery
 Jade Foret
 Florence Desrues
 Jessica Gomes De Sousa
 Yanko Kalem
 Farah Maarouf
 Linoa Tur
 Sandra Chillotti
 Perrine Necker

Sophia Melissa Valverde
 Moreno
 Sara Vallerani
 Matthieu Piau
 Tina Latifi
 Nelia Rouibah
 Sandro Cattacin
 Sabrina Roduit
 Ludovic Lacroix
 Christophe Catin
 Florent Jouinot
 Emilie Piet
 Anne Saturno
 Olivier Nawej Tshikung
 Elissa Zeghdoud
 Walter Ceron
 Mélina Calla
 Léa Birraux
 Julie Deschamps
 Latifa Adjmi
 Jennifer Hasselgard-Rowe
 Sara Arsever
 Sarah Daligaux
 Cecilia Piccoli
 Guy Funck-Thomaz

Sofiane Hemaz
 Grace Luis Perez
 Véronique Descloître
 Sabrina Peulot
 Constance Lenglard
 Cynthia Anacouroumy
 Juliana Santos Cruz
 Julien Deseuste
 Cassandra Granjean
 Myriam Azout
 Regina Kulier
 Chloé Parrat
 Xavier Mabire
 Hélène Revil
 Vanessa Vaucher
 Maxym Grimonprez
 Christophe Notin
 Mohamed
 Dolorès Rosier
 Tavita Faito
 Liz Escalé
 Kevin Abadie
 Nicolas Charpentier
 Claudine Burton-Jeangros
 Emma Vogel

Comité de relecture : Sarah Daligaux (Axihome 74), Emma Vogel (UNIGE), Sara Arsever (HUG), Claudine Burton-Jeangros (UNIGE), Melina Calla (ARIES), Elissa Zeghdoud (ARIES), Sandro Cattacin (UNIGE), Anne Saturno (Groupe santé Genève).

Citation conseillée : Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit (2026). *Mobilités de santé sur le Grand Genève et inégalités sociales dans l'accès aux soins, résultats de l'enquête transfrontalière*. Genève: Université de Genève (Sociograph - Sociological Research Studies, 75)

ISBN: 978-2-940386-85-7

Publication sur Internet: www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	5
ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
CONSTRUIRE LE GRAND GENÈVE DE LA SANTÉ	10
PENSER LES INÉGALITÉS À PARTIR DES MOBILITÉS	13
LE DISPOSITIF D'ENQUÊTE	17
MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'ENQUÊTE	17
LA PHASE DE RECUEIL DES DONNÉES	20
L'ANALYSE DES DONNÉES	22
LA RESTITUTION DES RÉSULTATS	23
QUI A RÉPONDU ?	25
UNE POPULATION RÉSIDANT SUR LE GRAND GENÈVE CUMULANT DES VULNÉRABILITÉS	28
LA FRONTIÈRE N'EXISTE PAS, VRAIMENT ?	30
TOUT COMMENCE AVEC LES MOBILITÉS TRANSFRONTALIÈRES	33
LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE POUR RAISONS DE SANTÉ N'EST PAS UN PHÉNOMÈNE ANECDOTIQUE	33
MOBILITÉS VERS OÙ ET VERS QUOI	35
LES RAISONS DE CES MOBILITÉS	37
ACCÈS AUX SOINS SUR LE GRAND GENÈVE : CE QUE LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NOUS ENSEIGNENT	41
L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES PRECARISEES	41
Des inégalités sociales aux inégalités territoriales	41
L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES ADDICTIONS	47

Personnes consommatrices ou concernées par une addiction et milieu du soin : une relation complexe	48
Une population précarisée qui cumule les facteurs d'éloignement aux soins sur le territoire du Grand Genève	49
L'ACCÈS AUX SOINS SUR LE GRAND GENÈVE, UNE PROBLÉMATIQUE STRUCTURELLE	53
LES DIMENSIONS STRUCTURANTES DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS L'ESPACE FRONTIÈRE	53
COMMENT SE SAISIR DE CES RÉSULTATS POUR AGIR SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SUR LE GRAND GENÈVE ?	56
L'espace frontière comme système complexe d'opportunités et de contraintes en matière d'accès à la santé	56
L'espace frontière, révélateur des contraintes qui s'exercent dans l'accès aux services de santé	59
DE L'ANALYSE STATISTIQUE...	61
... À L'ÉLABORATION D' ACTIONS	63
La régulation des différentiels frontaliers	64
Des dispositifs spécifiques de santé	65
Innover par la coopération transfrontalière	66
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS	71
POSTFACE	75
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	83
ANNEXE 1. AFFICHE RECRUTEMENT PROJET ENQUÊTE	83
ANNEXE 2. AFFICHE DE RESTITUTION DES RÉSULTATS AUPRÈS DES PERSONNES ENQUÊTÉES	85
ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE	86

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des répondant-exs selon le domaine d'action des structures	21
Figure 2. Lieux d'administration du questionnaire	22
Figure 3. Caractéristiques sociodémographiques des répondant-exs	26
Figure 4. Répartition des répondant-exs sur l'indice global de précarité	29
Figure 5. Rapports à la frontière	31
Figure 6. Mobilités transfrontalières pour des raisons de santé et orientation par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social vers l'autre côté de la frontière	34
Figure 7. Vers où les mobilités de santé ont-elles lieu ?	35
Figure 8. Vers quels besoins de santé sont dirigées ces mobilités ?	36
Figure 9. Les raisons données à ces mobilités par les répondant-exs	37
Figure 10. Les raisons des mobilités selon le lieu où les personnes vivent	38
Figure 11. Niveau de précarité des répondant-exs selon les différentes composantes de territoire du Grand Genève	42
Figure 12. Distribution des niveaux de vie dans les sous-territoires du Grand Genève, en 2018	43
Figure 13. Gradient social dans la population étudiée	44
Figure 14. Capital de mobilité et niveau d'accès aux soins où la personne réside selon le niveau de précarité	46
Figure 15. Illustrations d'une relation complexe entre le milieu de soin et les personnes consommatrices ou concernées par une addiction	48
Figure 16. Indices de précarité (moyennes) de la population consommatrice ou concernée par les addictions	50
Figure 17. Les dimensions structurantes de l'accès aux soins dans l'espace frontière	54
Figure 18. Modélisation de l'accès aux soins selon le capital de mobilité au sein d'un espace transfrontalier	58

Figure 19. Transposition du modèle théorique sous la forme d'un gradient	60
Figure 20. Répartition des répondant-exs en quatre groupes, selon leur capital de mobilité croisé avec leur score d'accès aux soins	61

ACRONYMES

BEP : Brevet d'études professionnelles
CAAP : Centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique
CHANGE : Centre hospitalier Annecy genevois
CSAPA : Centre de soins et d'accompagnement en addictologie
CFC : Certificat fédéral de capacité
CRFG : Comité régional franco-genevois
DiPCare-Q : Deprivation in Primary Care- Questionnaire
GLCT : Groupement local de coopération transfrontalière
GREA : Groupement romand d'étude des addictions
HUG : Hôpitaux universitaires de Genève
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LAMal : Loi sur l'assurance maladie
Mpox : *Monkey Pox* ou variole du singe
ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services
OCSTAT : Office cantonal de la statistique
PEP : *Post exposure prophylaxis* ou prophylaxie post-exposition
PrEP : *Pre exposure prophylaxis* ou prophylaxie pré-exposition
PUMA : Protection universelle maladie
RTS : Radio Télévision Suisse
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Les résultats présentés dans ce rapport sont tirés d'une enquête par questionnaire coconstruite entre l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé et une quinzaine de structures de terrain en France et en Suisse¹. L'enquête a permis de collecter des données inédites notamment auprès de personnes vulnérables habituellement peu représentées dans les enquêtes sur la santé à l'échelle du Grand Genève.

Cette enquête fait suite aux travaux engagés par l'Observatoire depuis 2022. Le travail exploratoire mené pour mieux comprendre les mobilités transfrontalières de santé, notamment des personnes les plus éloignées des systèmes de soins, nécessitait un passage à l'échelle statistique. Il s'agissait de proposer une lecture quantitative, une approche chiffrée, de ce phénomène à l'échelle des structures partenaires.

Il s'agit de la première enquête abordant la question de l'accès aux soins sur ce territoire transfrontalier et démontrant la prégnance des mobilités transfrontalières pour raisons de santé. La prégnance de ces mobilités dans la population étudiée rend compte des problématiques d'accès aux services de santé sur le Grand Genève pour les personnes vulnérables.



¹ L'enquête constitue un partenariat de recherche entre l'Institut de Recherches Sociologiques de l'Université de Genève, les Hôpitaux Universitaires de Genève, le Centre Hospitalier Annecy-genevois, le Groupe Santé Genève, l'association ARIES, Axihome 74, le Centre Saliba, Groupe Trans'Alpin, Dialogai, Première Ligne, l'association Apreto, Addictions France, la Fondation PROFA, l'ODENORE à l'Université de Grenoble Alpes, l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne, l'Aide Suisse contre le Sida et le GREA.

L'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé en bref

L'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé est un projet piloté par cinq structures : le Centre hospitalier Annecy genevois (CHANGE), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ARIES, le Groupe santé Genève et l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Ce qui rassemble ces structures est un carrefour thématique et d'intérêt entre le champ de la santé sexuelle, l'addictologie et la réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs, ainsi que la santé en lien avec la précarité. L'Observatoire est avant tout né d'un besoin des acteurs de terrain de documenter les situations rencontrées, rendre visibles ces mobilités de santé et mieux les comprendre afin de pouvoir agir sur les inégalités sociales dans l'accès à la santé sur le Grand Genève. L'enquête présentée dans ce rapport s'inscrit à la suite d'autres travaux que conduit par l'Observatoire depuis 2022 : épidémiologie du VIH sur le périmètre du Grand Genève, étude qualitative des trajectoires de santé transfrontalières, réponse transfrontalière à la crise du Mpox en 2022, évaluation d'un dispositif informel de coordination transfrontalière des acteurs du champ de l'addictologie. Vous retrouvez la plupart de ces éléments sur le site internet de l'Observatoire : www.unige.ch/observatoire-transfrontalier-iss/

CONSTRUIRE LE GRAND GENÈVE DE LA SANTÉ

Le territoire transfrontalier du Grand Genève a manifesté politiquement son engagement pour construire un projet de territoire équilibré. Ces équilibres sont à penser selon les différentes composantes territoriales de la métropole transfrontalière, mais il s'agit aussi de l'équilibre entre les politiques publiques à déployer sur le territoire.

Cet engagement politique est rendu visible avec l'adoption le 23 juin 2022 par l'Assemblée du Groupement local de coopération

transfrontalière Grand Genève (GLCT) de la *Charte Grand Genève en transition*, puis la validation par cette même assemblée le 15 novembre 2024 de la *Feuille de route politique sur la métropolisation*².

La *Charte Grand Genève en transition* reprend notamment les travaux de l'Université de Lausanne qui a fourni une version Grand Genève du « Donut »³. Il s'agit d'une représentation graphique du baromètre de la transition écologique (p.10 de la *Charte*). Il est intéressant de retenir ce « Donut », ici, en introduction de la présentation des résultats d'enquête de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, car ce baromètre repose sur deux notions qui nous apparaissent importantes pour aussi penser les inégalités sociales de santé sur le territoire. La première notion est celle du « plafond écologique », ou les valeurs à contrôler pour s'éloigner du dépassement des limites planétaires en matière de changement climatique, d'érosion de la biodiversité ou encore de qualité de l'air. La seconde notion est celle du « plancher social » ou autrement dit les valeurs à atteindre en matière d'équité sociale et transfrontalière. Le couple de ces deux notions, plafond écologique et plancher social, doit permettre de situer les « bonnes » conditions de vie à offrir à l'entier de la population résidente sur le Grand Genève.



² La feuille de route politique sur la métropolisation et la charte Grand Genève en transition sont accessibles sur le site du GLCT Grand Genève : <https://www.grand-geneve.org>.

³ Concernant le donut ou plutôt l'économie du donut, il convient de se référer aux travaux de Kate Raworth (2018)

Le Grand Genève en bref⁴

Le Grand Genève représente une agglomération transfrontalière regroupant 209 communes situées sur deux départements français (la Haute-Savoie et l'Ain), le canton de Genève et le district de Nyon sur le canton de Vaud en Suisse. Plus d'un million de personnes résident sur ce territoire. Ce bassin de vie représente plus de 550 000 emplois.

Cette métropole est caractérisée par des liens forts entre ces différentes composantes du territoire et entre ses habitant-exs. La manifestation de ces liens se fait au travers des mobilités qui existent entre les deux côtés de la frontière et entre les différentes composantes du territoire métropolitain : mobilités pour travailler, pour se loger, pour étudier, pour consommer, pour se divertir, mais aussi pour se soigner.

Chaque jour environ 660 000 passages aux frontières du canton de Genève sont enregistrés.

Deux indicateurs de ce baromètre retiennent en particulier l'attention de l'Observatoire et ses partenaires. Il y a tout d'abord l'état de santé auto-évalué de la population qui nécessiterait, selon *la Charte Grand Genève en transition*, des actions en vue de son amélioration. Le second est l'indice de précarité globale, qui est mentionné sans toutefois être quantifié.

Si nous croisons l'état de santé d'une population et le niveau de précarité de celle-ci, nous obtenons un gradient social de santé. C'est-à-dire l'idée qu'il existe une relation linéaire entre l'état de santé des personnes et leur position sociale ; en d'autres termes plus une personne serait en situation de précarité moins son état de santé serait bon et inversement (Marmot, 2005). La représentation de cette relation entre ces deux mesures permet de penser la dimension inégalitaire qui peut exister dans le fait d'être en



⁴ Des données actualisées peuvent être trouvées sur le site internet du Groupement local de coopération transfrontalière du Grand Genève <https://www.grand-geneve.org>.

bonne santé, notamment dans le fait d'avoir un bon accès aux ressources de santé ou de pouvoir accéder aux prestations du système de santé.

PENSER LES INÉGALITÉS À PARTIR DES MOBILITÉS

L'analyse de l'accès ou du non-accès aux systèmes de santé de part et d'autre de la frontière laisse des zones d'ombre si nous ne prenons pas en compte la mobilité transfrontalière pour des raisons de santé. L'Observatoire avait déjà rapporté que des minorités en marge des deux systèmes de santé – français et suisse - échappent aux radars qui scrutent la santé des populations de ce territoire. C'est le cas des personnes vulnérables au VIH (notamment les personnes migrantes, les personnes consommatrices de produits psychoactifs, les minorités de genre, les travailleur-eusex du sexe) (Roduit, Charpentier, et al., 2024).

La mobilité transfrontalière pour raison de santé est donc une réalité à considérer comme paramètre des systèmes de santé en France et en Suisse sur le territoire du Grand Genève. Jusqu'à maintenant, cette forme de mobilité n'était pas quantifiée, contrairement, par exemple, au flux des travailleur-eusex frontaliers, ou encore des mobilités pour le logement. Le second phénomène documenté par l'Observatoire, mais qui n'était pas encore quantifié, est celui d'externalisation des soins vers l'autre côté de la frontière. En effet, il a été observé que des soignant-exs orientent hors du territoire des personnes qui ne peuvent a priori pas être prises en charge là où elles demandent des soins (Roduit, 2020). La présente enquête permet de combler ce manque, tout du moins auprès de la population spécifique enquêtée.

Penser les inégalités sociales de santé sur le Grand Genève revient d'une part à enquêter sur ces phénomènes au sein de chaque système de santé (français et suisse) et, d'autre part, à identifier les mécanismes spécifiques liés à l'espace frontière et pouvant agir sur ces phénomènes. Nous pouvons considérer ici les différentiels existant sur le territoire en matière de santé. Les différentiels

frontaliers sont ces différences mesurables entre les deux côtés de la frontière, différences qui peuvent être exploitées et qui fonctionnent comme un phénomène d'attraction ou de répulsion. L'exploitation de ces différentiels génère des flux, donc des mobilités (Glinos, Baeten, et al., 2010; Brenna et Spandonaro, 2015). Il est connu que certaines prestations de santé sont moins chères en France, alors que d'autres sont plus accessibles en Suisse, compte tenu d'une meilleure démographie médicale (OCSTAT, 2026). Il est également reconnu que les systèmes d'assurance santé ne sont pas similaires de part et d'autre de la frontière, notamment en matière de reste à charge pour les personnes assurées⁵.

Ces différentiels amènent à imaginer l'espace frontière comme un système d'opportunité qui ouvre le champ des possibilités en matière d'accès aux soins ou à la santé de manière générale. Pour autant, penser uniquement en termes d'opportunité reviendrait à minimiser les obstacles qui peuvent se dresser devant pour certains et faire alors de cet espace frontière un espace de contraintes dans l'accès aux soins.

C'est avec la volonté de mieux comprendre les contraintes qui touchent les personnes les plus vulnérables dans leur accès aux soins que l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé et ses partenaires ont entrepris de documenter de manière quantitative les mobilités transfrontalières de santé parmi les personnes accueillies au sein de différentes structures associatives ou hospitalières en France et en Suisse sur le Grand Genève. Il s'agit d'explorer dans quelle mesure ces mobilités sont à penser au prisme des inégalités sociales de santé existantes sur ce territoire et seraient ainsi à prendre en compte dans les politiques publiques



⁵ Voir www.missoc.org. MISSOC est le Système d'Information Mutuelle sur la Protection Sociale qui a été établi en 1990 afin de promouvoir un échange continu d'informations sur la protection sociale au sein des États membres de l'UE. Il comprend également des informations des pays de l'Espace Économique Européen – Islande, Liechtenstein et Norvège – ainsi que la Suisse et le Royaume-Uni (jusqu'au 1er juillet 2019).

de la santé de part et d'autre de la frontière, comme à l'échelle de la métropole transfrontalière que constitue le Grand Genève.

Après une présentation du dispositif d'enquête et des caractéristiques des personnes ayant répondu au questionnaire, nous analyserons dans un premier temps l'ampleur des mobilités transfrontalières de santé et leurs motivations. Dans un second temps, nous montrerons les enseignements issus de ces résultats relatifs aux inégalités d'accès aux soins. Nous analyserons ces inégalités selon le niveau de précarité des personnes ainsi qu'en lien avec la consommation de produits psychoactifs ou la problématique de l'addictologie. Nous étudierons ensuite en quoi la question de l'accès aux soins à l'échelle du Grand Genève est une problématique structurelle, et ne relève pas uniquement de choix individuels. De là, nous esquisserons une typologie des actions de réduction des inégalités sociales de santé au sein d'un tel espace frontière. Nous conclurons ce rapport par quelques recommandations inspirées par ce travail d'enquête inédit.

LE DISPOSITIF D'ENQUÊTE

Si les flux de personnes entre la France et la Suisse sur le Grand Genève ne sont plus à démontrer, les mobilités transfrontalières pour raisons de santé sont quant à elles peu documentées statistiquement sur ce territoire, en particulier pour les personnes vulnérables dans leur accès à la santé.

Pour pallier cela, la présente enquête a été réalisée en 2024 à l'initiative de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, en partenariat avec 11 structures associatives, 2 structures hospitalières (5 services différents) de France et de Suisse, actives dans le champ de la santé sexuelle, des addictions et de la précarité, ainsi qu'avec le soutien de 3 universités. L'objectif était de mieux comprendre les raisons de ces mobilités, de savoir qui elles concernent, et d'analyser les facteurs qui peuvent y être associés.

Le dispositif d'enquête a été co-élaboré avec les partenaires de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé. Ce partenariat s'inspire des principes de la collaboration en recherche communautaire (Demange, Henry, et al., 2012).

MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'ENQUÊTE

Le dispositif d'enquête est le fruit d'une co-construction à toutes les étapes de la recherche avec les structures partenaires. Constatant que les structures ne recueillaient pas systématiquement de données sur les mobilités transfrontalières de santé des personnes accueillies, nous ne pouvions donc pas exploiter et agréger des données d'activités pour rendre compte de ce phénomène.

Plusieurs modalités de participation ont été identifiées pour contribuer au travail d'enquête. Les structures de terrain, selon leurs possibilités et leur intérêt, pouvaient s'impliquer dans chaque étape de construction du dispositif en participant aux différentes rencontres, ou pouvaient contribuer à distance en réagissant aux comptes rendus et en commentant les documents produits, ou encore simplement en ouvrant leurs portes pour l'administration de l'enquête. Les ressources des associations ou des services hospitaliers sont très variables, ce qui nécessite d'adapter les conditions de la participation à un projet de recherche pour ne pas pénaliser les structures moins bien dotées.

Le design de l'enquête a été élaboré lors de réunions entre les différentes structures volontaires pour cela. Quatre réunions se sont tenues entre mars et juin 2024. C'est lors de ces temps d'échange qu'ont été élaborées les questions de recherche et le questionnaire, ainsi que le terrain d'enquête avec l'élaboration des outils de communication comme l'affiche qui annonçait l'enquête (voir annexe 1). Les questions de recherche ont été énoncées selon les besoins scientifiques de documentation de la mobilité transfrontalière pour des raisons de santé, mais aussi selon les expertises de terrain pour que les résultats de recherches soient utiles à l'action de santé. Il a ainsi été formulé six hypothèses afin d'explorer ces mobilités (voir encadré ci-après).

Les hypothèses ont été formulées de la manière suivante : les personnes qui sont amenées à franchir la frontière pour des raisons de santé le font :

Hypothèse 1 : car elles évoluent dans un système d'opportunité qui leur permet d'optimiser leur parcours de santé ;

Hypothèse 2 : car elles n'ont pas la chance d'obtenir les mêmes soins/services en santé là où elles résident ;

Hypothèse 3 : cela dépend du statut socio-économique de la personne (capital social, économique, culturel) ;

Hypothèse 4 : Le recours en France ou en Suisse est déterminé par le système de santé de l'autre côté de la frontière (motif du recours/ besoin de santé, existence du service, accessibilité du service, orientation/externalisation, motif de non-recours) ;

Hypothèse 5 : Les deux systèmes de santé, bien que considérés comme universalistes, répondent à des systèmes de valeurs différents, ce qui se traduit par des profils de personnes reconnues comme ayant droit et d'autres non ;

Hypothèse 6 : Le non-recours est d'autant plus important et délétère que la personne est en situation de précarité.

Le questionnaire a ensuite été élaboré afin de pouvoir approcher ces différentes dimensions concernant les mobilités. Le niveau de précarité a quant à lui été mesuré à l'aide d'un score validé qui est présenté en page 28.

À partir du mois de septembre 2024, l'enquête a été intégrée à l'atelier de recherche du master de sociologie de l'Université de Genève et a ainsi pu bénéficier du soutien des étudiant-exs pour la récolte de données. Cette inclusion a permis de faire collaborer les structures partenaires avec un groupe d'étudiant-exs qui se sont ainsi intégré-exs pendant quelques mois à l'équipe de recherche. En octobre 2024, une formation a été donnée aux enquêteur-tricexs qui ont eu à administrer le questionnaire au sein des structures de terrain. Cette formation a été coconstruite avec l'Institut

de psychologie de l'Université de Lausanne et a permis de sensibiliser 30 personnes à la démarche d'enquête tout en les formant à l'administration d'un questionnaire selon les standards ⁶. Les membres des structures de terrain ont pu poursuivre leur implication en participant aux séances hebdomadaires de l'atelier de recherche tout en bénéficiant de la même formation que les étudiant-exs. Cette configuration a été proposée pour favoriser le croisement des savoirs académiques et expérientiels.

LA PHASE DE RECUEIL DES DONNÉES

Le questionnaire a été administré entre le 5 et le 27 octobre dans 22 lieux d'accueil ou services, dans le champ de la santé sexuelle, des addictions et de la précarité, ainsi qu'en détention, en France et en Suisse sur le territoire du Grand Genève (figure 1). L'équipe des enquêteur-tricexs était composée de 13 membres des structures partenaires de l'enquête, 11 étudiant-exs du master de sociologie de l'Université de Genève et 6 collaborateur-tricexs de l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève. Le questionnaire était proposé à toute personne rencontrée dans la structure. Le seul critère d'exclusion était d'être âgé de moins de 16 ans. L'enquêteur-trice-x présentait le projet d'enquête à la personne rencontrée avant de valider avec elle son accord pour participer et répondre au questionnaire.

Les questionnaires ont été remplis en face-à-face, c'est-à-dire avec l'une des personnes enquêtrices qui posent les questions (56%) ou de manière auto-administrée, lorsque la personne remplit elle-même le questionnaire (44%) via un outil sécurisé en ligne, LimeSurvey, ou en version papier.

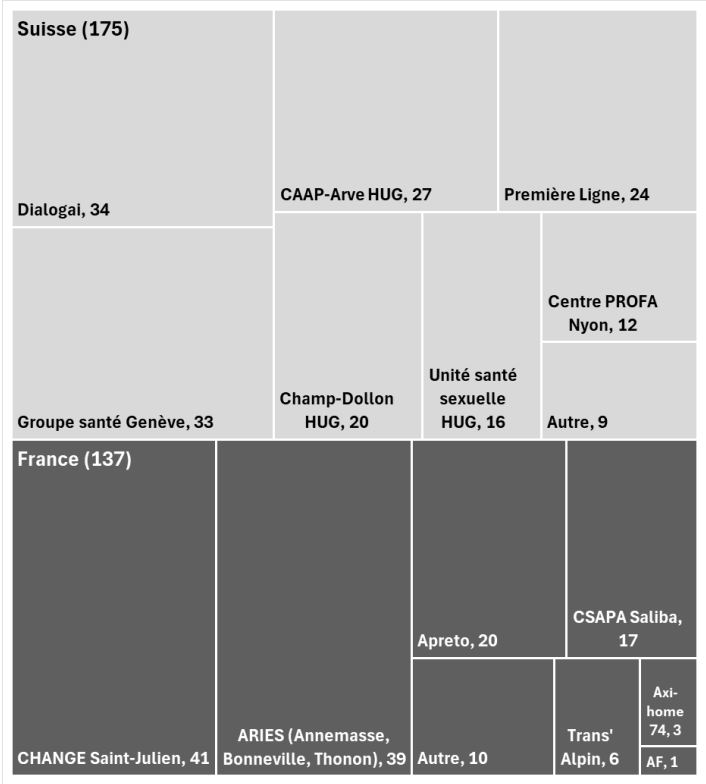
●
⁶ Maîtriser les critères d'inclusion ou d'exclusion comme l'âge requis pour participer, se familiariser avec les différents temps de l'entretien (prise de contact, recueil du consentement, démarrer le questionnaire, etc.) ou encore la gestion des refus.

Figure 1. Répartition des répondant-exs selon le domaine d'action des structures

	<i>N (effectifs)</i>	<i>%</i>
Santé sexuelle	109	34,5
Addictions	91	28,8
Précarité	74	23,4
Détention	20	6,3
Autre (via internet)	22	7

316 personnes ont répondu. 56% des questionnaires ont été réalisés en Suisse (Canton de Genève, district de Nyon) et 44% en France (partie française du Grand Genève dans les départements de l'Ain et de la Haute Savoie) (figure 2).

Figure 2. Lieux d'administration du questionnaire



Les non-réponses n'apparaissent pas dans ce graphique ($n=4$), c'est-à-dire les personnes pour lesquelles nous n'avons pas d'indication quant au lieu de remplissage du questionnaire.

Les questionnaires étaient disponibles en quatre langues : français, anglais, espagnol et roumain. 93% des questionnaires ont été renseignés en français, 4% en anglais et 3% en espagnol.

L'ANALYSE DES DONNÉES

Les étudiant-exs du master de sociologie ont réalisé des premières analyses sur les données autour de diverses thématiques (mobilité,

rapport à la frontière, non-recours aux soins, santé mentale, logement, précarité). Ces travaux ont été présentés sous forme de posters⁷ en décembre 2024 et ont alors fait l'objet d'échanges avec des membres de structures et institutions partenaires.

La seconde phase d'analyse s'est déroulée tout au long de l'année 2025 avec des groupes de travail qui se sont réunis autour de thématiques (focus consommation de produits/addictologie, précarité, mobilité). Ces séances étaient préparées par les collaborateur-trice·s de l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève. Les sets de données par thématiques étaient ainsi produits et partagés lors de ces séances. L'équipe de terrain et de recherche était alors invitée à commenter ces données et proposer des pistes d'analyse, là encore selon le principe de croisement entre expertise académique et expertise tirée de l'expérience du terrain.

A l'issue de ces séances de travail, les collaborateur-trice·s de l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève ont proposé une mise en forme rédigée de ces échanges pour arriver ensuite au présent rapport.

LA RESTITUTION DES RÉSULTATS

La restitution des résultats a été discutée dès le début du projet notamment à l'initiative des structures de terrain pour qui il était essentiel d'assurer un retour auprès des personnes ayant répondu au questionnaire et plus généralement auprès de la population qu'elles accueillent. Cette restitution a notamment été réalisée au travers de la production d'une affiche (annexe 2) présentant les principaux résultats et orientant vers une synthèse disponible en ligne sur le site internet de l'Observatoire. Ces éléments étaient

●
⁷ La présentation sous-forme de poster est une norme de présentation. Il s'agissait de proposer aux étudiant·es de se mettre en situation et d'éprouver la présentation sous forme de poster comme lors d'une conférence scientifique.

aussi une manière d'assurer un retour auprès des équipes au sein des structures partenaires.

Un second niveau de restitution, au-delà du présent rapport, a consisté à proposer une synthèse des principaux résultats sous la forme d'un *policy brief* disponible sur le site internet de l'Observatoire et destiné à une cible professionnelle dans le champ de la santé et de la précarité, ainsi qu'aux institutions concernées. Ce *policy brief* a été communiqué via la liste de diffusion de l'Observatoire. Dans le même esprit de rendre accessibles les résultats et aussi de les discuter, une conférence a été organisée en décembre 2025 en partenariat avec Annemasse Agglo en France. Cette conférence a réuni plus de 70 personnes. Une version en ligne de la présentation est également disponible⁸. Cette présentation a été assurée par une membre du comité de pilotage de l'Observatoire et cheffe de service au sein d'une structure associative dans le champ de la précarité en France et par un collaborateur de l'Institut de recherches sociologiques.

●
⁸ <https://www.unige.ch/observatoire-transfrontalier-iss/conference-decembre-2025>

QUI A RÉPONDU ?

Les répondant-exs ont entre 16 et 74 ans (moyenne à 39,27 ans, médiane à 39 ans). 23% n'ont pas fait d'études au-delà de l'école obligatoire, alors que 38% ont une formation universitaire (figure 3).

Trente-neuf pour cent ont un emploi déclaré, quand 6,5% ont un emploi non déclaré, 23% sont au chômage ou en recherche d'emploi, 17% en invalidité ou à l'aide sociale.

Nous observons une large diversité quant à l'identité de genre : 59% s'identifient comme hommes cis, 28% comme femmes cis, 4% comme femmes trans, 4% comme hommes trans, 4% comme personnes non-binaires, soit plus d'une personne sur dix qui se définit comme trans ou non binaire.

Figure 3. Caractéristiques sociodémographiques des répondant·e·s

Âge	n=316	%
16-25 ans	43	13,6
26-45 ans	161	50,9
46-65 ans	90	28,5
Plus de 65 ans	22	7
Identité de genre	n=293	
Homme cis	173	59
Femme cis	82	28
Homme trans	13	4,4
Femme trans	13	4,4
Personne non-binaire/fluide/agenre	11	3,5
Femme intersexe	1	0,3
Emploi	n=308	
Emploi déclaré	119	38,6
Sans emploi/en recherche	71	23,1
Invalidité/aide sociale	65	21,1
En formation	21	6,8
Activité non déclarée	20	6,5
A la retraite	7	2,3
Activités non rémunérées	5	1,6
Niveau de formation	n=295	
Aucun / école obligatoire	68	23,1
Maturité / bac	40	13,6
Formation technique/professionnelle	76	25,8
Etudes supérieures	111	37,6
Pays de naissance	n=301	
France	113	37,5
Suisse	77	25,6
Union Européenne	28	9,3
Hors Union Européenne	83	27,6

Lieu où a passé la dernière nuit	n=299	%
Suisse : Genève	154	51,5
Suisse : Vaud	20	6,7
France : Haute-Savoie	83	27,8
France : Ain	37	12,4
Autre (non localisable)	5	1,7
Groupe d'appartenance (plusieurs réponses possibles)	n=301	
Consommateur-trice-x de produits psychoactifs	94	31,2
Ayant vécu la détention	56	18,6
Chemsexeur-euse-x	15	5
Travailleur-euse-x du sexe	15	5
Vivant avec le VIH	14	4,7
Vivant avec une hépatite virale	11	3,7

Cinquante-cinq pour cent s'identifient à au moins un groupe concerné par une vulnérabilité au VIH : 31,2% en tant que consommateur-trice-x de produits psychoactifs ; 19% comme ayant connu la détention ; 5% comme travailleur-euse-x du sexe ; 5% comme chemsexeur-euse-x ; 4,7% comme personne vivant avec le VIH et 3,7% comme personne vivant avec une hépatite virale.

UNE POPULATION RÉSIDANT SUR LE GRAND GENÈVE CUMULANT DES VULNÉRABILITÉS

Soixante-deux pour cent des personnes répondantes se trouvent en situation de précarité, qu'elle soit matérielle, sociale ou de santé. La précarité a ici été mesurée à partir d'un score validé le DiPCare-Q (*Deprivation in Primary Care- Questionnaire*)⁹. L'équipe franco-suisse qui a élaboré ce score est partie de la notion de précarité définie comme :

« Un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. La précarité ne conduit à la pauvreté que lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle se chronicise et qu'elle compromet ainsi gravement les chances d'assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ». (Bodenmann, Wolff, et al., 2014)

La définition retient l'idée que la précarité peut conduire à la pauvreté. Nous verrons plus loin que l'échelle de précarité utilisée permet de présenter la situation de la population étudiée sous forme d'un gradient social (la notion de gradient social a été définie en page 12). Les deux pôles de ce gradient représentent les situations de non-précarité absolue et à l'autre extrémité les situations de pauvreté.

●
⁹ Ce score s'appuie sur 16 questions validées méthodologiquement qui ont été reprises dans le questionnaire (questions 12 à 27, voir annexe 1). Les différents indices de précarité matérielle, sociale et de santé, comme l'indice globale, ont été calculés et pondérés selon les indications de l'équipe de recherche l'ayant mis en œuvre (Vaucher et al. 2012 ; Bodenmann, Wolff et al. 2014).

Les personnes répondantes se répartissent sur l'ensemble de ces situations (figure 4). La médiane et la moyenne se situent à 2 (figure 4).

Figure 4. Répartition des répondant-exs sur l'indice global de précarité (échelle 0 à 5), n=306

	<i>N (effectifs)</i>	<i>%</i>
0	63	20,6
1	52	17
2	59	19,3
3	74	24,2
4	47	15,4
5	11	3,6
Moyenne		2,1
Médiane		2,0
Écart-type		1,5

Concernant la précarité matérielle (score de 0 à 8), la médiane et la moyenne se situent à 3. Pour la précarité sociale (score de 0 à 5), la médiane se situe à 1 et la moyenne à 1,6. Concernant la précarité de santé (score de 0 à 3), la médiane et la moyenne sont à 1. Pour chaque indice, tous les niveaux de score sont représentés, indiquant une variabilité dans notre échantillon, mais où la précarité est importante.

Nous pouvons continuer d'énumérer certaines caractéristiques de la population enquêtée. 12% n'ont aucune couverture d'assurance maladie. 18% n'ont pas de logement stable. 57% des personnes déclarent vivre seules. Parmi les personnes qui vivent dans un autre pays que celui où elles sont nées (n=124), 29% sont sans titre de séjour. Concernant le recours aux soins, 32% des personnes interrogées ont indiqué avoir renoncé à des soins (consultation dans un service de santé alors qu'elles en auraient eu besoin) dans les deux dernières années.

30% des personnes répondantes déclarent avoir le sentiment d'avoir déjà été traitées différemment que d'autres pour accéder à des soins ou lors de consultations de santé (ce que nous nommons discrimination en santé dans ce rapport), principalement en raison de leur consommation de produits (46%), leur état de santé (27%), leur origine (23%), leur lieu de résidence (17%).

En complément de la notion de pauvreté évoquée plus haut et à l'appui des travaux de l'Observatoire, nous proposons pour mieux saisir la réalité sous-jacente à ces résultats de considérer la notion de vulnérabilité en santé selon trois dimensions¹⁰ :

1) le manque de ressources pour faire face à une situation ou à des conditions difficiles, créant un déséquilibre face aux risques ;

2) l'éloignement du système de santé (les facteurs d'éloignement peuvent être géographiques comme socio-économiques, par exemple du fait de l'absence de couverture santé) ;

3) l'invisibilité et la difficulté à exprimer des besoins (personnes migrantes sans papiers, sans-abri, minorités de genre, personnes souffrant de problèmes de santé mentale, personnes consommatrices de produits psychoactifs).

Ces différentes dimensions peuvent être cumulatives chez certaines personnes interrogées.

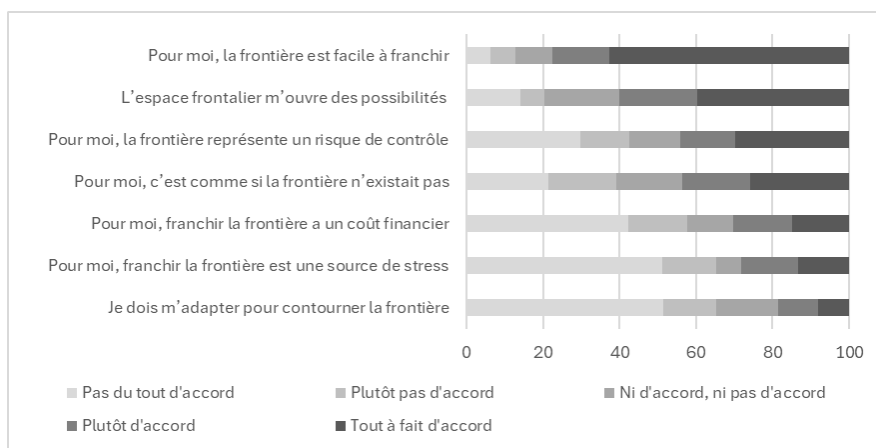
LA FRONTIÈRE N'EXISTE PAS, VRAIMENT ?

L'espace frontière est souvent présenté comme un espace d'opportunité qui ouvre des possibilités nouvelles (Hamman, 2013), ce qui est le cas pour deux tiers des personnes répondantes. Toutefois, une personne sur cinq considère à l'inverse que le territoire

●
¹⁰ Définition inspirée de Spini, Bernardi, et al., 2017 ; Weber, 2020 ; et du *Comité consultatif national d'éthique* (<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/populations-vulnerables>)

frontalier ne lui ouvre pas de possibilités. 43% estiment que la frontière représente un risque de contrôle (douanes ou police), 30% déclarent que franchir la frontière présente un coût financier, 28% que ce franchissement est une source de stress, et près de 19% disent devoir s'adapter pour contourner la frontière. La frontière reste donc un élément bien tangible dans la vie des personnes interrogées parmi lesquelles seulement 44% estiment que la frontière n'existe pas (figure 5).

Figure 5. Rapports à la frontière



TOUT COMMENCE AVEC LES MOBILITÉS TRANSFRONTALIÈRES

Comme nous l'avons explicité en introduction, l'Observatoire est né de constats de terrain qu'il existait des mobilités transfrontalières pour des raisons de santé, mais que celles-ci n'étaient pas documentées et donc qu'elles étaient en somme peu prises en compte dans le travail d'accompagnement en santé. Donc, le point de départ de cette enquête était bien l'existence ou non de ces mobilités et les facteurs qui les déterminent.

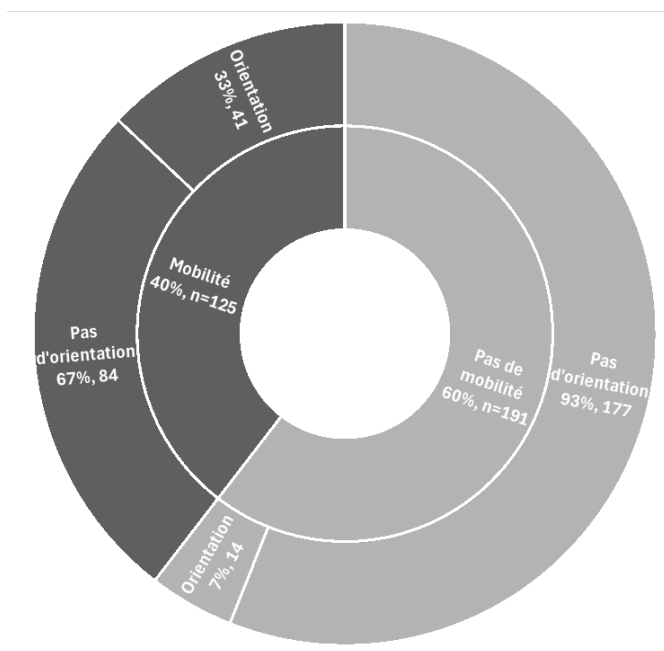
LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE POUR RAISONS DE SANTÉ N'EST PAS UN PHÉNOMÈNE ANECDOTIQUE

Deux résultats constituent des informations inédites pour donner à voir et à penser la mobilité pour raisons de santé sur le Grand Genève. Ces deux résultats confirment d'une part les constats de terrain des structures sur la prégnance de ce phénomène et d'autre part le rôle des professionnel·lex de la santé et du social dans ces mouvements.

Premièrement, 40% des personnes répondantes ont eu de la mobilité transfrontalière pour leur santé durant leur vie.

De plus, 17,5% des personnes ont déjà été orientées par un·ex professionnel·lex de la santé ou du social vers un service et/ou une offre, de l'autre côté de la frontière. Toutefois, la mobilité n'est pas nécessairement consécutive à une orientation, de même qu'une orientation ne conduit pas nécessairement à une mobilité (figure 6).

Figure 6. Mobilités transfrontalières pour des raisons de santé et orientation par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social vers l'autre côté de la frontière



La figure 6 montre qu'une partie des personnes qui ont eu de la mobilité transfrontalière pour des raisons de santé a pu également déclarer avoir déjà été orientée par un-ex professionnel-lex de l'autre côté de la frontière. Inversement, une partie des personnes déclarant ne pas avoir eu de mobilité a pu également déclarer avoir déjà été orientée de l'autre côté de la frontière. Le taux de mobilité chez les personnes ayant déclaré avoir déjà été orientées est de 75%. Ce résultat suggère que l'orientation par un-ex professionnel-lex, ou externalisation des soins, n'aurait qu'une effectivité relative. Nous reviendrons sur cette notion d'externalisation dans les chapitres suivants.

Le phénomène de mobilité pour des raisons de santé n'est donc pas anecdotique. La fréquence est élevée puisque plus de la moitié

des personnes répondantes franchit la frontière pour sa santé au moins une fois par an. En outre, il s'agit d'un phénomène d'actualité, car la moitié des personnes déclare que sa dernière mobilité remonte à moins d'un an.

MOBILITÉS VERS OÙ ET VERS QUOI

Ces mobilités transfrontalières ont lieu principalement au sein de l'espace du Grand Genève, même si elles peuvent aller au-delà (autre département, autre canton, ou autre pays). Cette information révèle que le territoire du Grand Genève fonctionne comme un territoire de proximité pour une partie de la population (figure 7). Nous entendons ici par proximité « une configuration spatiale dans laquelle la distance est suffisamment réduite pour que des effets, des usages et des pratiques spécifiques se développent, qui n'existent plus dans des situations où la distance vient à croître » (Lebrun, 2022). L'autre côté de la frontière s'inscrit ainsi comme faisant partie du territoire de proximité des individus.

Figure 7. Vers où les mobilités de santé ont-elles lieu ? (n=120)

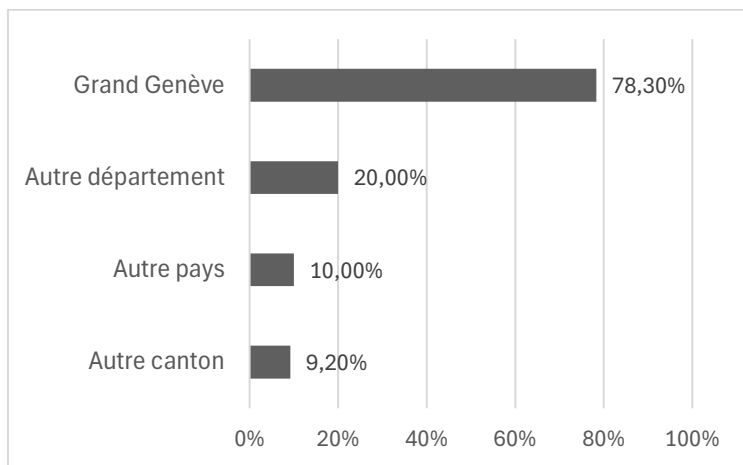
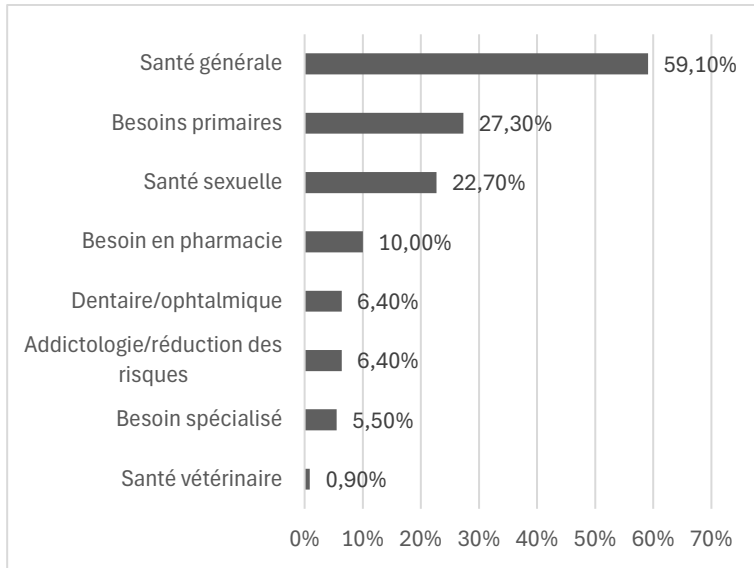


Figure 8. Vers quels besoins de santé sont dirigées ces mobilités ? (n=110)

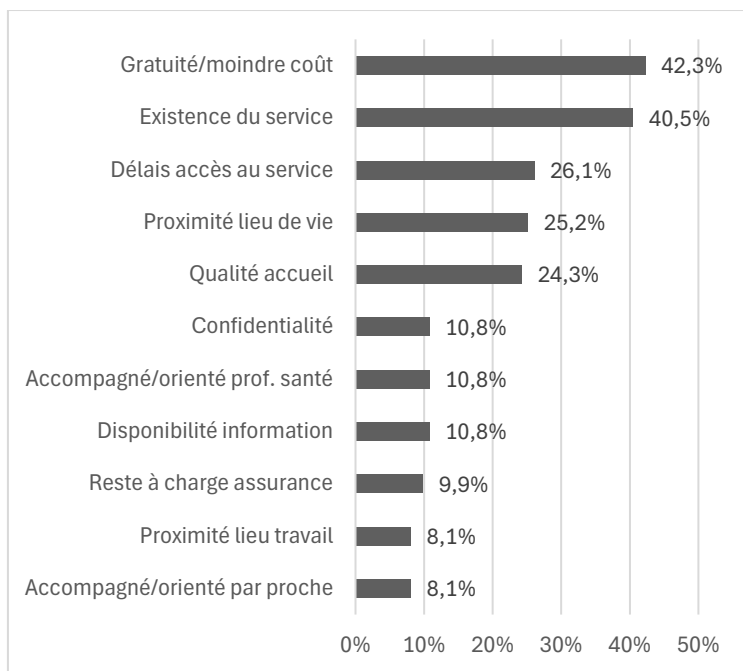


Le motif principal de mobilité transfrontalière est un besoin général de santé, donc de premier recours (figure 8) ; ensuite ce sont pour des besoins primaires (manger, accéder à l'hygiène, se vêtir, dormir) ; puis vient un besoin en santé sexuelle (dépistage, vaccination, IVG, etc.), ou encore l'achat de médicaments. D'autres besoins existent (consultations spécialisées, dentaires, ophtalmiques, ou encore pour soigner un animal domestique), mais sont moins souvent rapportés.

LES RAISONS DE CES MOBILITÉS

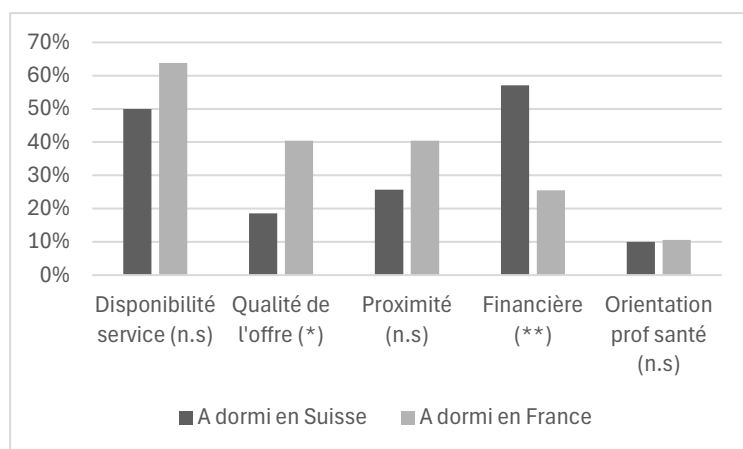
Comme nous pouvons le lire dans la figure 9, les principales raisons de ces mobilités sont par ordre décroissant un motif financier, une question de disponibilité du service, le délai d'accès à un service, sa proximité ou encore la qualité de l'accueil.

Figure 9. Les raisons données à ces mobilités par les répondants (n=111)



Selon la typologie proposée par Glinos et al. (2010), ces raisons des mobilités peuvent être réparties dans les quatre catégories suivantes : la disponibilité (*availability*), l'accessibilité financière (*affordability*), la proximité (géographique/culturelle – *familiarity*), la qualité (présumée) supérieure des soins de santé (*quality*). Le regroupement des différentes raisons des mobilités en quatre catégories peut être ensuite réparti selon si la personne a dormi la nuit dernière en France ou en Suisse (figure 10)¹¹. Cela nous permet de considérer les raisons de la mobilité en fonction de la directionnalité de celle-ci.

Figure 10. Les raisons des mobilités selon le lieu où les personnes vivent (n=119)



* *p*-valeur <0.05 ; ** *p*-valeur <0.01 ; n.s. différence statistiquement non-significative

¹¹ La question « où avez-vous dormi la nuit dernière » se substitue dans cette enquête à la question sur le département ou canton de résidence. Ce choix a été fait sur la base d'expériences d'enquête auprès de personnes sans-abri ou en grande précarité (Dittmann, Dietrich, et al., 2022). Il s'agit d'une manière respectueuse de prendre en compte l'expérience et la situation de vie de personnes aux trajectoires non normatives.

Nous observons certaines différences dans les raisons de ces mobilités selon si la personne vit (à dormi la nuit dernière) en France ou en Suisse. La raison financière (recherche d'un service à moindre coût ou du fait d'un reste à charge élevé lié à l'assurance) est la plus prégnante pour les personnes qui résident en Suisse, puis la disponibilité du service recherché (existence d'une prestation, délais d'attente). Pour celles vivant en France, la disponibilité du service est la première raison d'une mobilité, puis sont citées la proximité et la qualité de l'offre.

L'orientation de l'autre côté de la frontière par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social est rapportée comme raison d'une mobilité de manière égale entre France et Suisse. Ce phénomène d'externalisation des soins n'est donc pas monodirectionnel mais bien un phénomène partagé sur le territoire du Grand Genève.

L'étude des mobilités transfrontalières pour des raisons de santé nous permet d'avancer que la santé est donc bien aussi une question qui se pose à l'échelle du territoire de l'espace frontière. Ajoutons que ces mobilités sont multidirectionnelles et qu'elles correspondent à des différentiels frontaliers existant sur le territoire du Grand Genève : existence ou absence d'une offre, différence de coût d'une prestation, proximité de l'offre, délai d'accessibilité, etc. Et enfin elles sont parfois le fruit d'une orientation par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social.

ACCÈS AUX SOINS SUR LE GRAND GENÈVE : CE QUE LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NOUS ENSEIGNENT

L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES PRECARISEES

DES INEGALITES SOCIALES AUX INEGALITES TERRITORIALES

Comme nous l'avons évoqué en introduction de ce rapport, les inégalités sociales de santé se distribuent au sein d'une population selon un gradient social. C'est en poursuivant cette idée et en voulant la vérifier à l'échelle métropolitaine que l'Observatoire a entrepris de mesurer pour chaque personne son niveau de précarité. Cette mesure nous a permis ensuite de regarder la proportion de personnes qui peuvent être caractérisées de précaire ou de non précaire, ou encore de vulnérable, comme situation intermédiaire. Ces trois niveaux (précaire – n=191, vulnérable – n=52, non précaire – n=63) constituent trois paliers différents pour visualiser la place des individus en termes de position sociale¹².

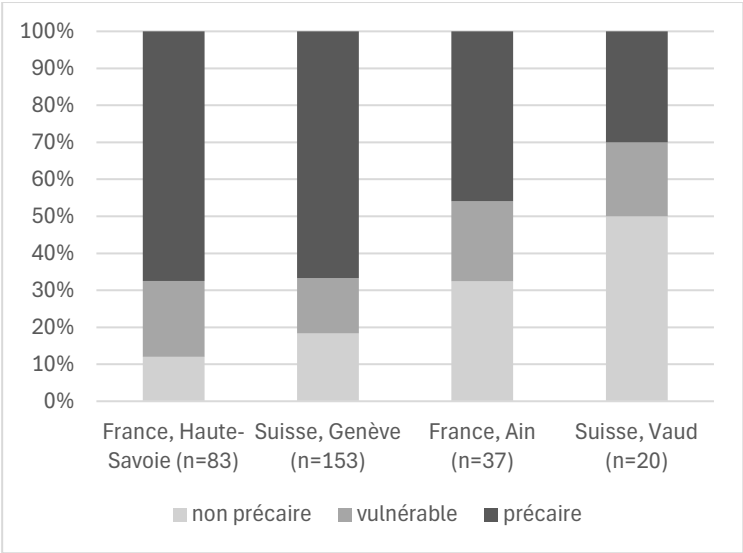
Si nous regardons cette répartition selon les différentes composantes du territoire, nous observons que la précarité répond à un gradient, une échelle en quelque sorte, une échelle ou un



¹² Comme présenté en page 29, la médiane du score de précarité se situant à 2, nous avons retenu ce seuil comme marqueur de la précarité. Nous avons ainsi catégorisé les personnes avec un score de 0 comme non-précaires. Les personnes ayant un score de 1 se situent alors dans une situation intermédiaire que nous avons nommé situation de vulnérabilité dans le risque de basculer dans le premier stade de la précarité.

gradient territorial. Selon ce gradient, la précarité est la plus élevée en Haute-Savoie, puis sur le canton de Genève, ensuite dans le Pays de Gex et enfin le district de Nyon dans le canton de Vaud (figure 11).

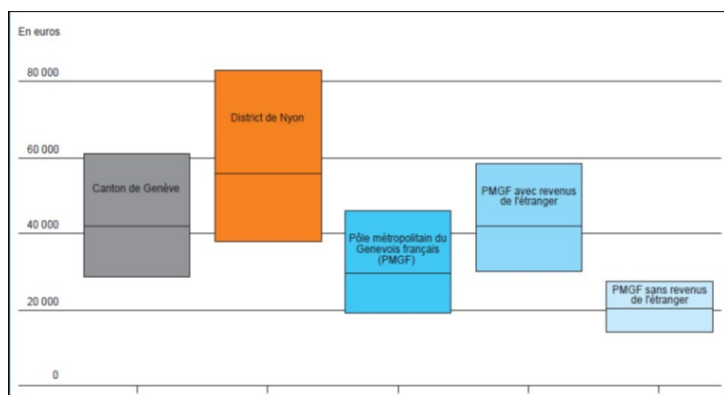
Figure 11. Niveau de précarité des répondant-exs selon les différentes composantes de territoire du Grand Genève



$p=0.004$

Nos données ne sont pas représentatives de la population générale du Grand Genève et pourtant elles peuvent être rapprochées de ce qui est publié par l’Observatoire statistique transfrontalier (OCSTAT, 2025, p. 2). Sur le graphique suivant (figure 12), nous pouvons lire que le niveau de vie est le plus élevé dans le district de Nyon, puis le canton de Genève et enfin la partie française du Grand Genève. Ce graphique (figure 12) n’est pas représenté comme un gradient progressif, ce qui conditionne notre regard et ne permet pas de voir immédiatement cette forme graduelle.

Figure 12. Distribution des niveaux de vie dans les sous-territoires du Grand Genève, en 2018



Source : Observatoire statistique transfrontalier, 2025

Ce que nous enseigne également l'Observatoire statistique transfrontalier c'est qu'il y a encore une différence concernant la partie française du Grand Genève avec la population de travailleur-eusexs frontalier-èrexs, qui dispose du même niveau de vie que la population du canton de Genève, alors que les foyers en France ne disposant pas de revenus suisses se retrouvent quant à eux avec un niveau de vie bien plus bas.

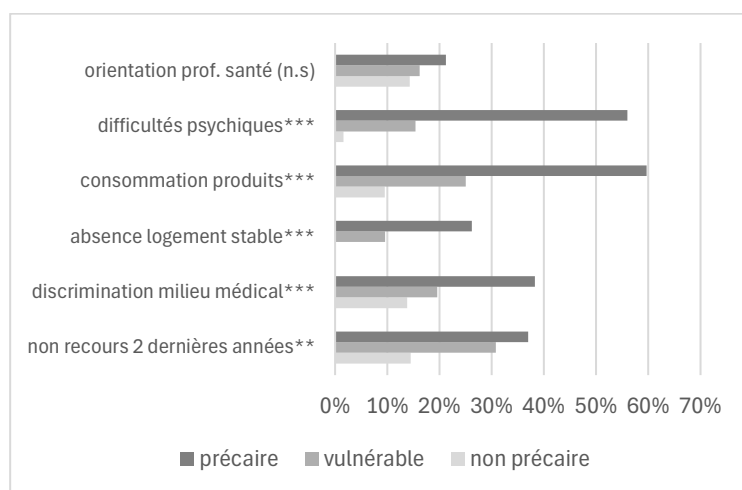
Cependant, ces données restent incomplètes, car des personnes échappent à cette mesure du niveau de vie, comme les personnes sans papiers ou les personnes qui vivent à la rue.

Comment se manifeste alors le gradient social sur le Grand Genève en matière de santé ? Cette précarité qui échappe en quelque sorte aux enquêtes en population générale est, à l'inverse, bien présente dans la population accueillie par les structures partenaires de l'Observatoire.

Nous avons vu précédemment la distribution territoriale de ce gradient social, nous allons à présent essayer de mieux cerner ce que cela signifie en matière d'accès aux soins. Au sein de la

population enquêtée sur le Grand Genève, selon la figure 13 ci-après, plus on est en situation de précarité, plus on est à risque de non-recours aux soins. Par ailleurs, la précarité augmente le risque d'une expérience de discrimination en milieu médical, le risque d'être sans logement stable, le risque d'être concerné par une problématique d'addiction, le risque de rapporter des difficultés d'ordre psychique, et aussi le risque d'être orienté par un professionnel de la santé ou du social vers l'autre côté de la frontière.

Figure 13. Gradient social dans la population étudiée



** *p*-valeur <0.01 ; *** *p*-valeur <0.001 ; n.s. différence non-significative statistiquement.

Exemple, plus une personne est en situation de précarité (matérielle, sociale, de santé), plus elle est à risque de déclarer du non-recours aux soins dans les 24 derniers mois.

Nous avons établi également deux scores afin de mieux comprendre ce que vit la population enquêtée en matière d'accès aux soins et en prenant en compte la notion d'espace frontière.

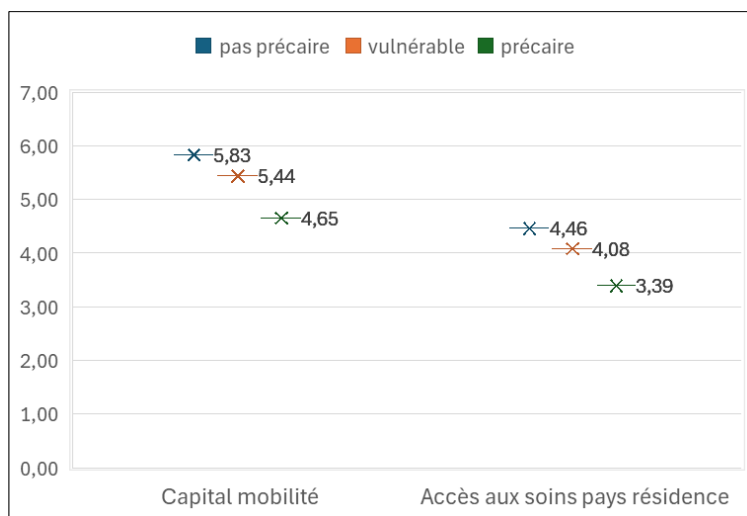
Un premier score traduit le capital de mobilité des personnes c'est-à-dire les ressources dont elles disposent pour réaliser une mobilité sur le territoire transfrontalier.

Un second score permet d'apprécier le niveau d'accès aux soins là où la personne réside¹³.

Si nous regardons comment se distribue le gradient social (figure 14) : plus on est en situation de précarité, plus on est à risque de ne pas avoir accès aux soins là où l'on réside. Ce résultat suit la même logique que les données de la figure 13. Il apparaît aussi que plus on est en situation de précarité, moins le capital de mobilité transfrontalière est élevé (indifféremment de si la personne habite d'un côté ou de l'autre de la frontière).

●
¹³ Le capital de mobilité a été conçu à partir des sept questions sur le rapport à la frontière (questions 28 à 34 du questionnaire, voir annexe 1) et le score d'accès aux soins est un indice composite sur la base de quatre indicateurs intégrant la couverture d'assurance maladie, le statut légal, le (non)recours aux soins, les discriminations vécues en milieu médical. Les deux scores présentés varient entre 0 (pour le plus faible) et 7 (pour le plus élevé).

Figure 14. Capital de mobilité et niveau d'accès aux soins où la personne réside selon le niveau de précarité



Exemple, plus une personne est en situation de précarité, moins son capital de mobilité au sein de l'espace frontière est élevé.

Nous avons alors une contradiction entre un capital de mobilité transfrontalière qui se réduit lorsque la personne est en situation de précarité (voir figure 14) et pourtant une probabilité pour celle-ci d'être orientée pour sa santé de l'autre côté de la frontière qui augmente (voir figure 13).

Ce paradoxe vient questionner la notion d'externalisation, que nous avons évoquée à plusieurs reprises déjà, notamment avec le risque de non-recours aux soins qui peut résulter de cette pratique si elle ne débouche pas effectivement sur une prise en charge.

Nous observons aussi ce phénomène concernant les personnes sans assurance maladie, à la fois plus souvent orientées de l'autre côté de la frontière que les personnes assurées (29% vs 18%, $p < 0.01$) et pourtant avec un moindre capital de mobilité (4,46 vs 5,12).

L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES ADDICTIONS

L'implication des structures de prise en charge dans le champ de la réduction des risques et de l'addictologie a permis de collecter un nombre important de réponses au sein de cette population. 42,4% (n=133) des personnes enquêtées rapportent un lien avec cette thématique, soit pour avoir déclaré des difficultés liées à la consommation d'alcool ou de produits psychoactifs (84%, n=112), soit pour s'être identifiées comme consommateur-trice-x de produits psychoactifs (70%, n=94), ou encore comme chemsexeur-euse-x (11%, n=15).

Cependant, la question des consommations et besoins en addictologie n'est pas circonscrite aux personnes rencontrées dans ces mêmes structures, et constitue bien une problématique transversale que l'on retrouve dans les structures œuvrant dans le champ de la santé sexuelle ou de la précarité. En effet, huit personnes sur dix en détention, près d'une personne sur deux dans les structures en lien avec la précarité et une sur cinq dans les structures en santé sexuelle déclarent consommer ou être concernées par une addiction. Par ailleurs, cette question est aussi transversale géographiquement, car 45% des personnes répondantes rencontrées en Suisse et 44% rencontrées en France sont consommatrices ou concernées par une addiction.

Parmi cette population, plus d'une personne sur trois a achevé au maximum l'école obligatoire ; seuls 26% possèdent un diplôme d'études supérieures (vs 45% des non-consommateur-tricexs). 64% des personnes qui s'identifient comme non-binaires/agenres se disent consommatrices ou concernées par une addiction. C'est aussi le cas de 47% des hommes cis, 37% des femmes cis, 39% des hommes trans et 31% des femmes trans interrogé-exs. La moyenne d'âge des personnes consommatrices ou concernées par une addiction est de 40 ans (médiane à 41,5), similaire à la moyenne de l'échantillon.

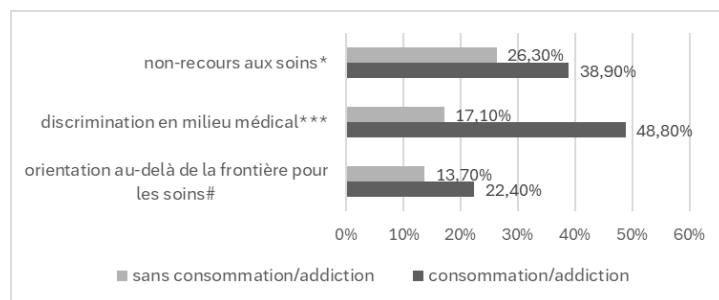
Les personnes nées en Suisse et en France sont proportionnellement plus souvent concernées par cette problématique (respectivement 57,1% et 50,4%) que les personnes nées dans un autre pays (28,8%). 9% des personnes consommatrices ou concernées par une addiction sont sans titre ou permis de séjour.

On constate un éloignement de l'emploi pour deux tiers de ces personnes : si 31,8% ont un emploi (25% une activité déclarée et 6,8% non déclarée), 25% sont en invalidité, 17% au chômage, 12% sans emploi et 11% à l'aide sociale.

PERSONNES CONSOMMATRICES OU CONCERNÉES PAR UNE ADDICTION ET MILIEU DU SOIN : UNE RELATION COMPLEXE

Les données permettent d'abonder dans le sens d'une relation complexe entre milieux du soin et les personnes consommatrices ou concernées par une addiction. Cette complexité s'apprécie notamment selon trois niveaux : d'abord le niveau de non-recours aux soins, ensuite l'expérience de la discrimination dans le milieu de la santé, et enfin l'externalisation des soins de l'autre côté de la frontière (cf. figure 15).

Figure 15. Illustrations d'une relation complexe entre le milieu de soin et les personnes consommatrices ou concernées par une addiction



p-valeur <0.1 ; * *p*-valeur <0.05 ; *** *p*-valeur <0.001

Les personnes consommatrices ou concernées par une addiction rapportent un non-recours aux soins plus élevé que le reste de l'échantillon (38,9% vs 26,3%)¹⁴. Ces personnes rapportent également presque trois fois plus de discrimination en milieu de santé que les autres (48,8% vs 17,1%), en lien avec la consommation de produits et l'apparence physique. Elles sont enfin plus souvent orientées par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social vers une offre de l'autre côté de la frontière (externalisation des soins), dans 22,4% des cas contre 13,7% pour le reste de l'échantillon.

Ces résultats illustrent le déséquilibre dans la relation de soin. Les écarts présentés entre le groupe des personnes consommatrices ou concernées par une addiction et le reste de l'échantillon sont à considérer comme des marqueurs des inégalités d'accès au(x) système(s) de santé pour ce groupe en question.

UNE POPULATION PRÉCARISÉE QUI CUMULE LES FACTEURS D'ÉLOIGNEMENT AUX SOINS SUR LE TERRITOIRE DU GRAND GENÈVE

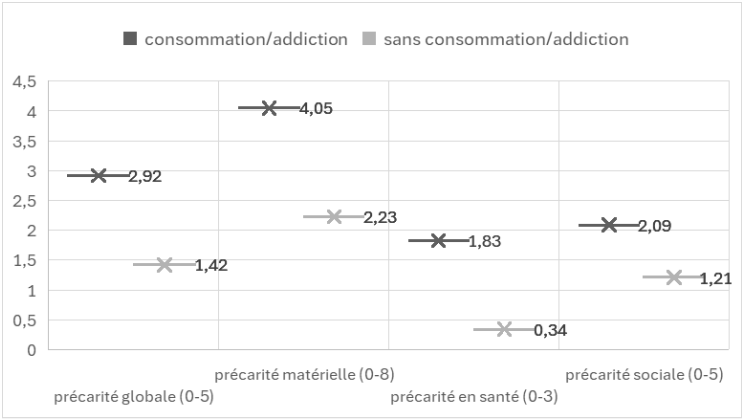
Les personnes sans logement stable sont sur-représentées au sein de cette population (24% des personnes consommatrices ou concernées par une addiction vs 13% du reste de l'échantillon). Les personnes consommatrices ou concernées par une addiction sont surreprésentées parmi celles déclarant avoir dormi la nuit dernière en Suisse dans le canton de Genève (60,4% vs 40,6%). La mobilité

●
¹⁴ Le niveau général de non-recours relevé dans cette enquête se situe à 31,7% comparativement au non-recours mesuré de manière générale en Suisse (3,1%) et en France (6,8%), Données Eurostat 2024 (<https://ec.europa.eu/eurostat/>) : statistiques sur le non-recours aux soins, extraction de juillet 2025. A Genève, une étude menée par le Bus Santé indique une prévalence de 15,7% de renoncement aux soins de santé en 2019, allant 8,3% pour les revenus élevés à 27,4% pour les revenus les plus faibles (De Mestral et al. 2022).

transfrontalière résidentielle, ou plutôt faudrait-il dire pour la mise à l’abri, est importante au sein de ce groupe.

Les personnes consommatrices de produits ou concernées par une addiction présentent des niveaux de précarité significativement supérieurs au reste de l’échantillon, que ce soit matériel, en santé, dans leur environnement social ou global (indice de précarité de 2,92 vs 1,42) (voir figure 16). Les personnes rapportent aussi plus de difficultés psychiques ayant des conséquences importantes sur leur quotidien (61,7% vs 19,7%)

Figure 16. Indices de précarité (moyennes) de la population consommatrice ou concernée par les addictions



p-valeurs <0.001

Cette précarité se traduit dans le niveau d’accès aux soins là où la personne réside (ou là où elle se met à l’abri pour celles sans logement stable).

Les personnes consommatrices ou concernées par une addiction présentent un score d’accès aux soins là où elles résident inférieur de 15% à celui du reste de la population étudiée (3,42 vs 3,95). De plus, 13,5% n’ont aucune assurance maladie.

Dans le même temps, les personnes de ce groupe présentent un score de capital de mobilité inférieur de 7% aux autres (4,84 vs 5,17), c'est-à-dire de ressources spécifiques pour se déplacer au sein du territoire transfrontalier, et ainsi bénéficier des différentiels existants sur le territoire de santé si ceux-ci présentaient un avantage les concernant. L'incitation ou injonction à se rendre de l'autre côté de la frontière pour sa santé peut s'avérer ainsi inefficace si elle ne donne pas lieu à une prise en charge.

Nous retrouvons là encore ce paradoxe d'une population cumulant des facteurs d'éloignement aux soins et qui, proportionnellement, font plus l'objet d'une externalisation de la réponse à leur besoin de santé de l'autre côté de la frontière, alors qu'elles disposent d'un moindre capital pour se mouvoir au sein de l'espace frontière.

Des groupes particulièrement vulnérables

Les personnes qui pratiquent le chemsex

Cette minorité de l'échantillon (n=15) se déplace plus au-delà de la frontière pour sa santé que les autres (60% vs 40%), elle est plus souvent réorientée de l'autre côté de la frontière pour des soins (40% vs 22,4% chez les autres consommateur-tricexs et 13,7% chez les non consommateur-tricexs). De plus, ces personnes affirment davantage avoir subi de la discrimination en milieu médical (70% vs 28,5%).

Les personnes en détention

Les personnes rencontrées en détention (n=20) déclarent : davantage de mobilité (50%), davantage d'orientation pour leurs soins de l'autre côté de la frontière (35%) et davantage de discrimination (60%). 45% d'entre elles n'ont pas recouru systématiquement aux soins dans les 24 derniers mois.

Pour conclure, le groupe des personnes consommatrices de produits ou concernées par une addiction, quoiqu'hétérogène, présente un cumul de vulnérabilités. Ce groupe nécessite donc une attention particulière quel que soit l'endroit où elles résident sur le territoire du Grand Genève. Ces résultats questionnent en particulier la stratégie d'externalisation des soins employée auprès de ce groupe.

L'ACCÈS AUX SOINS SUR LE GRAND GENÈVE, UNE PROBLÉMATIQUE STRUCTURELLE

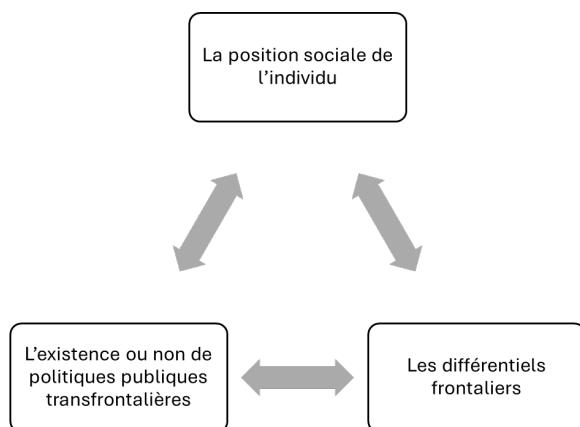
Cela nous amène à regarder l'accès aux soins sur le Grand Genève comme une problématique structurelle. La notion de "structurel" signifie que l'accès aux soins relèverait de l'organisation de la société, on peut ici parler de la « société frontalière ». Dans leur ouvrage « Sociétés frontalières » publié en 2023, les auteur-exs reviennent sur cette expression qui suggère selon eux que la frontière est un paramètre pour comprendre les réalités sociales au sein de ces espaces. Toutefois ils et elles rappellent que « ces sociétés ne sont jamais uniquement frontalières » (Clément, Gumy, et al., 2023, p. 10). En effet, ces sociétés peuvent être marquées par d'autres déterminants ou réalités comme le fait d'être « urbaines, rurales, montagnardes, balnéaires, insulaire, etc. »

Si l'accès aux soins sur le Grand Genève relève de facteurs structurels, il nous faut donc regarder du côté des institutions. Et pour bien comprendre ce qui relève du structurel, nous pouvons opposer cette notion à ce qui relèverait de l'individuel : la pratique d'un individu comme son choix propre et non dicté.

LES DIMENSIONS STRUCTURANTES DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS L'ESPACE FRONTIÈRE

Penser le structurel au sein d'un espace frontière à l'appui des résultats précédents nous amène à retenir trois dimensions structurantes, c'est-à-dire déterminantes pour organiser l'accès aux systèmes de soins de part et d'autre de la frontière. Et si ces dimensions sont déterminantes, c'est sur cette base qu'il serait possible d'agir pour réduire les inégalités :

Figure 17. Les dimensions structurantes de l'accès aux soins dans l'espace frontière



1/ La position sociale de l'individu, que nous avons décrite au travers du gradient social, dont le corollaire en termes d'action serait les mesures d'équité à promouvoir. Par mesure d'équité, nous entendons toute mesure permettant de lever les obstacles à l'accès au système de santé. Ces mesures peuvent se situer au niveau clinique, institutionnel ou structurel (Bodenmann, Vu, et al., 2023).

2/ Les différentiels frontaliers, dont nous avons vu la place dans les raisons des mobilités. Cela peut se traduire par exemple par la disponibilité ou non d'une prestation, son existence d'un côté de la frontière et non de l'autre, d'une différence dans ses conditions d'accès comme pour un service inconditionnel versus un service à l'accueil conditionné. Néanmoins, nous avons vu que la possibilité d'utiliser ces différentiels est liée à la position sociale de l'individu. Le capital de mobilité transfrontalière s'avère corrélé au niveau de précarité.

3/ et enfin, l'existence ou non de politiques publiques transfrontalières permettant d'agir sur les inégalités sociales de santé. Il existe des éléments de politique publique

transfrontalière en matière de santé qui sont négociés au sein du Comité régional franco-genevois – CRFG : la Convention pour les patient-exs hospitalisés en urgence, la Convention pour les patient-exs du Pays de Gex bénéficiant de séances de dialyse, ou encore la Convention pour les patient-exs bénéficiant de séances d'oxygénothérapie hyperbare¹⁵.

Les différentiels ont pour effet d'offrir des opportunités, mais seulement en trompe-l'œil, puisque cela ne profite pas de manière égale à l'ensemble de la population résidente. On peut parler d'effet frontière. Plutôt que de produire des opportunités pour tout le monde, l'effet frontière va produire de la rareté. Par exemple, la mobilité des professionnels de santé a pour effet d'approfondir la crise de la démographie médicale dans la partie française du Grand Genève. Certaines offres de santé sont alors plus rares, du fait de lits fermés dans les établissements de santé ou de délais croissants pour obtenir une consultation¹⁶. Ce mécanisme produit des inégalités d'accès à ce qui est par définition rare, et cela au profit de certains acteurs économiques en particulier (mobilité de travail des personnels de santé, assurances santé en Suisse, choix de la patientèle pour les médecins généralistes en France, etc.). L'enjeu quant à la coopération transfrontalière serait donc de passer d'un système de production de la rareté en santé sur certaines parties du territoire à un choix de réorientation en vue d'une

●
¹⁵ Ces conventions sont disponibles sur le site suivant : <https://crfginfo.org/fr/dossiers-d-actualite/sante>. Ces conventions s'inscrivent dans l'esprit de mobiliser les différentiels frontaliers comme opportunités de santé pour la population résidente. Pour autant, deux de ces conventions contiennent une exclusion concernant les personnes au bénéfice de l'Aide Médicale d'Etat, produisant de fait une inégalité dans la possibilité de mobiliser positivement un différentiel frontalier pour cette population.

¹⁶ Nous retrouvons cette notion de rareté dans un travail de thèse réalisé à l'Université de Constance (Schlenker, 2025). La rareté est ici celle du personnel infirmier dans les hôpitaux en Allemagne en région frontalière de la Suisse. La rareté serait la conséquence du travail frontalier de ces personnels de santé. L'étude suggère que cette rareté est associée à une augmentation de la mortalité au sein de ces établissements.

production de ressources disponibles pour tout le monde, et contribuant à plus de cohésion (sociale) sur le territoire.

Cela nous amène vers une tentative de répondre à la question : comment se saisir de ces résultats pour agir sur les inégalités sociales de santé sur le Grand Genève ?

COMMENT SE SAISIR DE CES RÉSULTATS POUR AGIR SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SUR LE GRAND GENÈVE ?

Nous avons évoqué précédemment deux scores (p. 45-46) : le capital de mobilité transfrontalière et le score d'accès aux soins là où la personne réside.

Croiser ces deux dimensions nous permet d'établir quatre situations types selon les possibilités de se mouvoir dans l'espace frontière et selon le niveau d'accès aux soins dans le pays où l'on réside.

Il s'agit d'un modèle pour penser le système d'opportunités et de contraintes à l'accès à la santé à l'échelle transfrontalière, allant du système d'opportunité complet au système de contraintes total, en passant par les situations de contraintes intermédiaires.

Ce modèle est proposé ici pour répondre au besoin de disposer de nouvelles typologies pour penser les actions qui pourraient contribuer à réduire les inégalités, et donc permettre d'agir sur les contraintes que les personnes rencontrent dans leur accès aux soins sur le Grand Genève.

L'ESPACE FRONTIÈRE COMME SYSTÈME COMPLEXE D'OPPORTUNITÉS ET DE CONTRAINTES EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA SANTÉ

L'étude du contexte transfrontalier révèle un système à deux facettes (Roduit, 2024) : la première facette est un système

d'opportunités (dans le sens où le contexte offre une plus grande diversité dans les offres en santé) qui permet aux personnes ayant un niveau de ressources plus élevé en termes de capital social, culturel ou économique de bénéficier d'une gamme plus large de services de santé accessibles. La seconde facette est un système de contraintes (offres de santé non disponibles en raison de la nationalité, impossibilité de franchir la frontière) qui affecte les personnes aux trajectoires marquées par la vulnérabilité. Nous avons décrit dans le présent rapport certains obstacles à l'accès à la santé au sein de ce système ; système qui peut conduire à des mobilités parfois contraintes, parfois présentées comme une solution par les professionnels qui y trouvent une opportunité d'éviter le refus de soins sans alternative (stratégies d'externalisation), ce qui présente toutefois un risque de non-recours aux services de santé (Roduit 2020). Nous avons également montré que le capital de mobilité transfrontalière se distribue inégalement selon le niveau de précarité des personnes.

Nous proposons ici un modèle qui permet à la fois de caractériser la capacité d'un individu à accéder aux soins dans le pays où il réside (en ordonnée sur la figure 18), en considérant également sa capacité à se mouvoir dans l'espace frontière (en abscisse sur la figure 18). Cela conduit à distinguer quatre situations types qui représentent les situations d'opportunités et contraintes dans l'accès aux services de santé dans un espace transfrontalier.

Figure 18. Modélisation de l'accès aux soins selon le capital de mobilité au sein d'un espace transfrontalier

Capital de mobilité pour franchir la frontière	
	+
Accès aux soins de santé dans le pays de résidence	Type B : Accès classique contraint En théorie, la personne a accès aux soins de santé dans son pays de résidence, mais ne dispose pas de ressources suffisantes pour entreprendre avec succès une mobilité transfrontalière pour sa santé si cela s'avère nécessaire. Type A : Système d'opportunité complet La personne a accès aux soins de santé dans son pays de résidence et dispose de ressources suffisantes pour franchir la frontière afin d'utiliser les services de santé si nécessaire.
	Type D : Système de contraintes total La personne n'a pas accès aux soins de santé dans son pays de résidence et ne dispose pas de ressources suffisantes pour franchir la frontière. Type C : Système d'opportunité contraint La personne a un accès limité aux soins de santé dans son pays de résidence et dispose de ressources suffisantes pour franchir la frontière afin d'utiliser les services de santé si nécessaire.

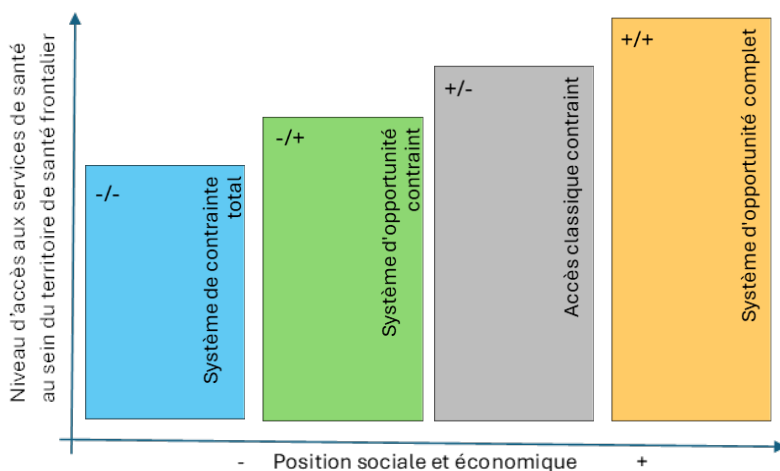
Exemple : la situation A correspond aux individus disposant de ressources en suffisance pour se mouvoir au sein de l'espace frontière (capital de mobilité) tout en disposant d'un accès aux soins là où ils résident. Cette situation type est appelée système d'opportunité complet .

Ce modèle permet de préciser les situations de contraintes rencontrées dans l'accès aux soins sur le territoire du Grand Genève. Ce modèle doit pouvoir être utile pour éclairer la décision publique en matière de lutte contre les inégalités, c'est pourquoi nous avons testé sa robustesse d'un point de vue statistique sur la base des données de la présente enquête.

L'ESPACE FRONTIÈRE, RÉVÉLATEUR DES CONTRAINTES QUI S'EXERCENT DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

L'espace frontière comme espace d'opportunités est ainsi une réalité soumise à condition. Cet espace d'opportunités existe pour les personnes témoignant de ressources suffisantes (capital social, économique et culturel) pour réaliser des mobilités permettant d'optimiser un parcours de santé (capital de mobilité). Pour les autres, c'est un système de contraintes à différents niveaux qui s'impose, contraignant ou empêchant l'accès aux services de santé. Ce niveau de contraintes varie selon le niveau d'accès au système de santé dans le lieu où l'individu réside et selon son capital de mobilité. La description précédente des quatre idéaux types peut être représentée sous la forme d'un gradient social dans l'accès aux ressources de santé au sein d'un espace frontière (figure 19).

Figure 19. Transposition du modèle théorique sous la forme d'un gradient



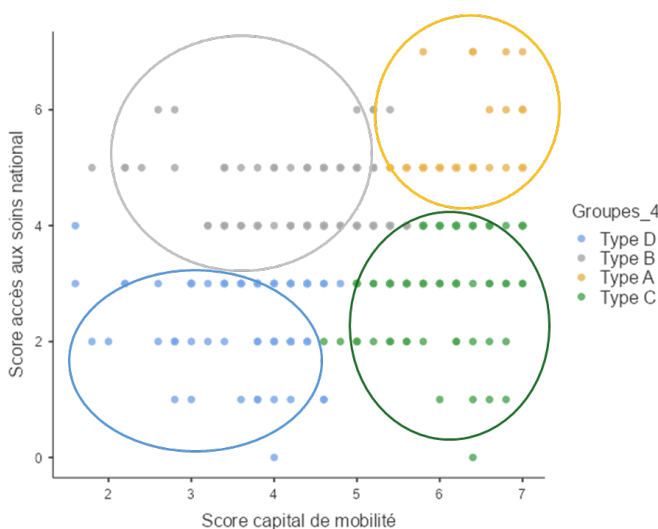
L'espace frontière comme espace d'opportunité en santé pour tout le monde reste ainsi théorique et soumis, d'une part, à une compréhension fine des obstacles qui s'imposent aux individus, comme nous l'avons décrit dans les parties précédentes du rapport. D'autre part, il est soumis à l'action des autorités, notamment sanitaires, pour mettre en place soit les mécanismes nécessaires pour prendre en charge les plus vulnérables dont la mobilité est impossible, soit pour établir une coopération sanitaire transfrontalière.

Nous allons à présent explorer statistiquement cette proposition théorique tirée des précédents travaux de l'Observatoire, avant de voir dans quelle mesure les acteurs de terrain et les autorités sanitaires peuvent se saisir de ce modèle pour planifier l'action de lutte contre les inégalités sociales de santé à une échelle transfrontalière.

DE L'ANALYSE STATISTIQUE...

Afin de tester le modèle pour évaluer s'il est applicable à la population enquêtée, nous avons repris le score pour juger du niveau d'accès aux soins là où la personne réside et le score concernant le capital de mobilité. Nous avons mené une analyse de classification (par clusters) en positionnant chaque individu au croisement de ces deux dimensions. Les quatre situations-types décrites dans le modèle théorique se confirment ainsi statistiquement, comme le montre la figure 20.

Figure 20. Répartition des répondant·e·s en quatre groupes, selon leur capital de mobilité croisé avec leur score d'accès aux soins



Observons maintenant les caractéristiques de ces quatre groupes.

Une minorité (n=51) se retrouve dans le groupe A, qui représente les personnes ayant le plus de ressources, à la fois pour accéder aux soins, comme pour être mobiles. Les caractéristiques des personnes composant ce groupe et qui les distinguent

significativement des autres sont les suivantes : elles sont plus souvent nées en Suisse, ou à l'étranger et titulaires d'un titre de séjour ; elles sont plus jeunes (34 ans vs 39 ans en moyenne) ; elles ont un niveau d'éducation plus élevé que la moyenne. Ce groupe réside proportionnellement plus dans le canton de Vaud.

Le groupe B (n=90) représente les personnes avec un accès aux soins théoriquement bon où elles résident mais un faible capital de mobilité. Nous retrouvons dans ce groupe proportionnellement plus de personnes consommatrices ou concernées par une addiction, une surreprésentation de personnes nées en France ainsi que des femmes cis. Les personnes du groupe B ont proportionnellement davantage dormi dans l'Ain.

Le groupe C (n=94) possède un capital de mobilité équivalent au groupe A mais un moins bon accès aux soins. Comme dans le groupe B, les personnes consommatrices de produits ou concernées par une addiction, ainsi que nées en France, sont surreprésentées. Néanmoins, il s'agit davantage d'hommes cis, et ayant davantage dormi en Haute-Savoie que dans les autres groupes. Ces personnes ont été davantage réorientées pour leurs soins.

Le groupe D (n=66) représente les personnes répondantes qui présentent le plus de contraintes. Ces personnes sont souvent nées à l'étranger et résident sans titre de séjour en France ou en Suisse ; elles ont moins souvent une assurance santé ainsi qu'un logement stable. Les femmes trans et les personnes non binaires sont surreprésentées dans ce groupe. Les individus du groupe D sont également proportionnellement plus réorientés pour leur prise en charge médicale au-delà de la frontière, malgré, comme le groupe C, une faible capacité de mobilité. Ce groupe présente le plus fort indice de précarité (2,92 vs 1,06 pour le groupe A).

Nous retrouvons le gradient social avec les personnes non précaires dans le groupe A et à l'opposé les plus précaires dans le groupe D. Nous retrouvons aussi le gradient social territorial avec les personnes ayant dormi dans le canton de Vaud en A, dans le Pays de Gex en B, en Haute-Savoie en C et les personnes sans logement stable en D.

Précédemment dans ce rapport, nous avons identifié un paradoxe. Les personnes en précarité, comme les personnes concernées par les addictions, ont un moins bon score d'accès aux soins là où elles résident et de moindres ressources pour se mouvoir dans l'espace frontière. Pour autant, elles sont proportionnellement plus orientées de l'autre côté de la frontière par un-ex professionnel-lex de la santé ou du social que les autres. Nous retrouvons ce paradoxe avec l'analyse de cluster puisque nous avons les groupes C et D où ces personnes sont surreprésentées et ce sont aussi les deux groupes où proportionnellement les personnes sont les plus réorientées de l'autre côté de la frontière.

Il y a bien ici un effet frontière, puisque le phénomène identifié ne pourrait probablement pas se retrouver à Toulouse ou Bordeaux en France ou encore à Fribourg ou Lucerne en Suisse.

Soulignons que le capital de mobilité ou l'accès aux soins ne suffisent pas pour expliquer le phénomène de la mobilité transfrontalière pour raisons de santé. Nous n'observons pas de différence significative entre les groupes en matière de mobilité transfrontalière. Comme nous avons pu le voir dans la partie dédiée à la mobilité, les mobilités transfrontalières pour raison de santé sont à la fois un paramètre des systèmes de santé de l'espace frontière et un symptôme des inégalités sociales de santé au sein de ce même espace.

Le modèle proposé ici n'est pas un modèle explicatif des mobilités transfrontalières pour des raisons de santé, mais un modèle pour saisir l'échelle métropolitaine transfrontalière comme niveau possible de l'action de réduction des inégalités sociales de santé de part et d'autre de la frontière.

... À L'ÉLABORATION D'ACTIONS

D'un point de vue de santé publique, cet effort de conceptualisation et les résultats de l'enquête, permettent de penser la diversité d'action à entreprendre.

Penser ces actions revient à questionner la capacité de chaque système de santé à répondre aux besoins des personnes établies sur son territoire en termes d'accès et de rétention dans le même système de santé là où les personnes résident.

Le contexte d'une métropole transfrontalière ajoute à cette réflexion la possibilité :

1/ d'externaliser des soins comme une stratégie établie (comment exploiter positivement les différentiels frontaliers à l'instar des conventions existantes et citées en pages 57),

2/ d'innover par la création de dispositifs de santé transfrontaliers.

LA RÉGULATION DES DIFFÉRENTIELS FRONTALIERS

Les groupes A et B, caractérisés par le fait que les personnes ont un accès théoriquement bon au système de santé là où elles résident, nous amènent à penser l'action en deux sens :

a) Tout d'abord, il pourrait s'agir de laisser-faire si la situation est profitable à l'entier de la population (cette hypothèse est inspirée par la typologie du groupe A).

b) En revanche, si les gains en santé des un-exs se traduisent en pertes de chances pour les autres (hypothèse inspirée de la typologie du groupe B), il peut alors se poser la question de la nécessité d'une régulation. Voici quelques exemples pour penser ce que pourrait recouvrir cette notion de régulation. Il pourrait s'agir notamment i) de la régulation de la mobilité transfrontalière des professionnels de santé de la France vers la Suisse comme réponse pour résoudre une crise de la démographie en santé, ii) de la régulation de l'exercice en secteur 2 en France avec des dépassements d'honoraires qui ajoutent de la rareté à la rareté en fournissant des prestations inégalement accessibles en raison de leur coût, iii) de la régulation des tarifs des prestations d'orthodontie en Haute-Savoie et dans l'Ain où le niveau des dépassements

d'honoraires semble corrélé avec le revenu médian de ces territoires¹⁷. En Suisse, il pourrait s'agir de i) réguler l'augmentation continue des primes d'assurance, et à l'inverse ii) de favoriser la prise en charge de la santé bucco-dentaire par son remboursement par les assurances santé de base.

Ces quelques exemples, inspirés de l'actualité ou des travaux qualitatifs précédents de l'Observatoire, nous montrent que la régulation relève de l'action des pouvoirs publics, même si celle-ci peut faire l'objet d'une concertation avec les différentes parties concernées.

DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES DE SANTÉ

Les groupes C et D nous invitent quant à eux à penser les actions à destination des personnes qui s'avèrent exclues des systèmes de base. L'enjeu est de proposer des actions compensatrices (les mesures d'équité en santé) à l'échelle, soit d'un des deux systèmes de santé, ou soit comme réponse commune à l'échelle transfrontalière pour le bassin de vie grand genevois. Il s'agit de penser alors des dispositifs spécifiques : par exemple un centre de santé de quartier ou de proximité, un centre de santé sexuelle pour les minorités de genre en situation de précarité, une salle de consommation à moindres risques pour les personnes consommatrices de produits, une coordination transfrontalière des parcours de santé complexes, etc.

Penser ces dispositifs, c'est aussi questionner les seuils d'accessibilité : l'inconditionnalité (par rapport au lieu de résidence de la personne sur le territoire du Grand Genève, ou encore en l'absence de statut légal sur le territoire), mais aussi la gratuité en cas d'absence d'assurance.

●
¹⁷ Voir le chapitre sur l'orthodontie du Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2017, pages 142-143.

INNOVER PAR LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

Que ce soit pour la régulation d'un phénomène ou la création d'un dispositif spécifique, se pose la question de quel côté devrait se situer la réponse ? En se posant cette question, on introduit de fait la possibilité que la réponse puisse être commune.

Il peut s'agir de réponses communes pour réguler un phénomène, en alignant le standard le plus bas du territoire sur le standard le plus haut. Prenons l'exemple connu, pour la prise en charge des soins dentaires, de mobilité des personnes résidant en Suisse vers les cabinets dentaires en France voisine (Roduit, 2024). Or, tout prélèvement de ressources se fait au détriment des ayants droit les plus vulnérables. Une prise en charge des soins dentaires à niveau égal ou proche sur l'ensemble du territoire aurait pour effet de supprimer un différentiel frontalier. Si le différentiel est supprimé, les personnes résidentes en Suisse n'ont dès lors plus d'avantages à recourir aux soins dentaires en France. Nous pouvons alors imaginer une meilleure fluidité des parcours de santé pour les ayants droit en France qui verraient leur accès facilité aux soins dentaires de proximité. Il faut toutefois être vigilant avec la suppression d'un tel différentiel car il pourrait avoir pour effet d'accroître la demande de soins dentaires en Suisse et à Genève, impliquant le développement des ressources de ce côté de la frontière, probablement par le recours au travail frontalier, comme c'est le cas pour d'autres professions de santé.

Il peut aussi s'agir de réponses communes en matière de dispositifs spécifiques. Est-ce qu'un dispositif qui n'existe que d'un côté de la frontière pourrait devenir un dispositif de santé du Grand Genève avec un mécanisme de financement transfrontalier ?

La réponse commune ou concertée est probablement le meilleur moyen de ne pas créer ou renforcer un différentiel frontalier qui impacte la cohésion sociale au sein d'un espace frontière métropolitain.

Régulation, dispositif spécifique et réponse commune seraient trois éléments clés pour organiser une politique transfrontalière de santé visant un objectif de cohésion sociale pour le territoire.

L'analyse de l'accès aux soins à l'échelle d'une métropole transfrontalière amène à penser les équilibres nécessaires pour réduire tant les inégalités que pour renforcer la cohésion sociale. Le défi si nous parlons d'équilibre est donc d'élaborer des réponses qui permettent des gains de chaque côté de la frontière.

CONCLUSION

L'enquête comporte toutefois des limites. Les données, bien que produites sur le territoire du Grand Genève, n'ont pas été recueillies auprès d'un échantillon représentatif de la population résidente. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population du territoire dans son ensemble. Par ailleurs, les champs d'activité des structures où l'enquête a été menée (services de santé sexuelle, ou en lien avec les addictions) déterminent de fait une partie des caractéristiques de la population étudiée. Ainsi, si nous avions réalisé l'enquête dans d'autres structures, nous aurions pu percevoir d'autres besoins.

Ce travail d'enquête a néanmoins montré la faisabilité d'enquêter sur les mobilités de santé à cette échelle de territoire et en particulier auprès de personnes vulnérables dans leur accès aux soins. Il apparaît nécessaire aujourd'hui de poursuivre ces travaux et de confronter ces résultats, d'une part à des données en population générale, et d'autre part de manière comparative avec d'autres bassins de vie transfrontaliers comme la région bâloise ou italo-tessinoise.

Les mobilités transfrontalières pour raisons de santé sont un symptôme du système d'opportunités et de contraintes que constitue l'espace frontière en matière de santé et un paramètre des systèmes de santé de l'espace frontière.

À partir de ces mobilités et en explorant les réalités vécues par les personnes les plus vulnérables dans leur accès aux soins, nous pouvons identifier certains déterminants spécifiques de la santé à l'échelle transfrontalière :

D'abord, l'objectivation du gradient social transfrontalier rend visible et statistique la réalité des personnes les plus démunies, alors que les réalités dominantes sur le territoire, par exemple la réalité des travailleur-eusexs frontalier-èrexs tendent à les occulter. Nous ne sommes pas tous égaux dans l'accès à la santé et encore moins à l'échelle de la métropole transfrontalière. Il convient donc de donner de la visibilité à ces situations de vie. Cela correspond à un enjeu de justice sociale.

Ensuite, les différentiels frontaliers, ces éléments de différenciation des systèmes de santé respectifs, nourrissent ce système d'opportunités et de contraintes essentiellement au profit des personnes qui ont le plus de ressources pour en profiter. Il y a un enjeu de cohésion sociale car les écarts de niveaux de vie, les inégalités territoriales ou sociales sur le Grand Genève impactent la qualité de vie de la population et ce que l'on appelle le vivre ensemble. Les médias s'en font régulièrement l'écho¹⁸.

Nous observons même un paradoxe pour lequel plus les personnes sont précarisées, moins elles ont accès aux soins là où elles résident et moins elles témoignent de ressources pour se déplacer dans l'espace frontière ; alors qu'elles font proportionnellement aux autres plus l'objet d'une orientation par un-ex professionnel-le de santé ou du social vers une prestation supposée leur être accessible de l'autre côté de la frontière.

La modélisation de ces éléments nous permet de penser une typologie des actions pour réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire. Ce qui nous amène à des réflexions de type recommandations.

●
¹⁸ Par exemple, voir l'émission *Temps Présent* « Tu seras frontalier, mon fils. » sur la RTS du 6 novembre 2025.

RECOMMANDATIONS

1/ Changer de focale pour penser la santé à l'échelle métropolitaine

Les présents résultats plaident pour un changement dans la manière de traiter les enjeux de santé sur le territoire métropolitain du Grand Genève. En sociologie, lorsque l'on parle de parcours de vie, on parle de l'idée de vies liées (Elder, Johnson et al, 2003). Cela souligne le niveau d'interdépendance entre des individus. Nous pouvons prolonger ce concept pour penser l'interdépendance entre les différentes parties du territoire et leurs populations en matière de santé.

2/ Produire de nouveaux indicateurs pour des politiques publiques transfrontalières

Un des instruments de pilotage en termes de politiques publiques sur le Grand Genève est ce que l'on appelle le « donut » que nous avons évoqué en introduction de ce présent rapport. Deux indicateurs de ce baromètre ont retenu l'attention de l'Observatoire. Il y a tout d'abord l'état de santé auto-évalué de la population qui nécessiterait, selon la *Charte Grand Genève en transition*, des actions en vue de son amélioration. Cela fait écho à la lutte contre les inégalités sociales de santé, au centre des préoccupations, dont nous nous sommes fait écho au travers de ce rapport. Le second est l'indice de précarité globale, qui est mentionné sans toutefois être quantifié. Sur ce second point, l'Observatoire apporte un élément de réponse avec la mesure de cet indicateur au sein de la population étudiée dans le cadre de la présente enquête. Cette mesure pourrait être appliquée à un échantillon représentatif de la population du Grand Genève.

3/ Valoriser les initiatives transfrontalières existantes

Il importe de valoriser l'existant à l'instar du Réseau transfrontalier en addictologie évoqué en introduction, qui est un réseau informel et qui pourtant a accumulé de l'expérience depuis douze années d'existence. Ce réseau a des effets concrets sur les prises en charge sans que cela ne soit ni documenté, ni évalué et donc reconnu. Cette absence de visibilité a pu empêcher qu'il soit source d'inspiration pour de nouvelles actions transfrontalières.

4/ Identifier les enjeux de régulation et promouvoir des dispositifs spécifiques transfrontaliers innovants

Les autorités du territoire, en concertation avec la société civile, devraient se saisir de la question de la régulation de certains différentiels frontaliers. Le système d'opportunité que constitue l'espace frontière ne profite pas à l'entier de la population résidente. L'absence de régulation profite en revanche à certains acteurs économiques des deux systèmes de santé (mobilité de travail des professionnels de santé, assurances, prestataires privés ou exercice libéral). Ces déséquilibres nécessiteraient d'être traités dans une politique publique transfrontalière de la santé. Se pose aussi la question d'identifier et promouvoir des dispositifs spécifiques pouvant réduire les inégalités par des mesures d'équité. En ce sens, l'Observatoire travaille à la création d'un dispositif d'accompagnement transfrontalier afin de trouver des solutions aux difficultés rencontrées dans la gestion de parcours de santé complexes qui prennent une dimension transfrontalière. Il s'agirait aussi au travers de ces accompagnements de penser les dispositifs qui pourraient être proposés à l'avenir.

5/ Développer les instruments financiers pour le développement de la coopération transfrontalière dans le champ de la santé

Mais il faudrait aller plus loin pour expérimenter de nouvelles modalités d'actions transfrontalières : il apparaît indispensable aujourd'hui de développer les ressources pour soutenir l'émergence de celles-ci par la création d'un fonds transfrontalier santé, sous

l'égide d'une instance comme le Groupement Local de Coopération Transfrontalière du Grand Genève. Cela favoriserait l'émergence et l'expérimentation de dispositifs innovants par les acteurs associatifs, hospitaliers en lien avec les collectivités. Il faudrait pour cela lancer un appel à projet santé Grand Genève sous la forme d'un fonds d'impulsion.

POSTFACE

Sandro Cattacin

*Professeur de sociologie à l'Université de Genève et
Directeur de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé*

L'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé présente ici un travail de recherche collectif qui ajoute une pièce au puzzle que nous sommes en train de construire. Il complète avec une perspective plus statistique les résultats de notre premier rapport (Roduit et al., 2024). Le nouveau rapport est particulièrement solide et novateur sur plusieurs plans. D'abord, il comble un vide documentaire significatif : pour la première fois, nous avons essayé de quantifier les mobilités transfrontalières pour raisons de santé sur le territoire du Grand Genève. Même si l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale du Grand Genève, car il provient exclusivement de structures spécialisées dans la santé sexuelle, les addictions et la précarité, il permet de voir que 40 % des répondant-exs aient eu recours à des services de santé de l'autre côté de la frontière, démontrant que ce phénomène n'est pas anecdotique mais bien structurant.

La co-construction du dispositif d'enquête avec les structures partenaires qui a amené à ces résultats reflète notre approche collaborative, où expertise académique et savoir-faire de terrain se nourrissent mutuellement. Cette démarche a garanti une pertinence accrue des résultats pour l'action. L'inclusion de populations habituellement invisibles dans les enquêtes de santé – personnes en situation de précarité, consommatrices de produits psychoactifs, sans-abri – constitue également, dès le début de notre travail comme Observatoire, notre volonté programmatique. Ces groupes représentent 62 % de l'échantillon, offrant ainsi une

fenêtre rare sur des réalités souvent occultées par les statistiques en population générale.

La conceptualisation du gradient social transfrontalier en matière d'accès aux soins s'avère particulièrement parlante. En croisant le niveau de précarité avec le capital de mobilité et l'accès aux soins, les auteur-exs de l'étude parviennent à construire un modèle théorique robuste empiriquement, validé statistiquement. Ce modèle distingue quatre situations-types (système d'opportunité complet, accès bon mais mobilité faible, mobilité forte mais accès faible, contraintes totales) qui offrent un cadre analytique et décisionnel précieux pour les politiques publiques.

L'identification du paradoxe central du rapport constitue également une contribution majeure : les personnes les plus précarisées, disposant des ressources les plus limitées pour se mouvoir dans l'espace frontière et ayant le moins accès aux soins là où elles résident, sont proportionnellement plus orientées vers l'autre côté de la frontière par les professionnel-leux de santé. Cette observation remet en question les stratégies d'externalisation des soins et ouvre des questionnements éthiques importants.

À partir de ce rapport, plusieurs directions de recherches futures s'imposent comme prioritaires. D'abord, une étude comparative avec d'autres espaces frontaliers européens (Bâle, région italo-tessinoise, frontière franco-belge) permettrait de tester la généralisation du modèle et d'identifier ce qui relève spécifiquement du contexte genevois versus ce qui est structurel à tout espace frontalier métropolitain.

Une enquête en population générale, même si moins riche en détails sur les populations vulnérables, fournirait un point de comparaison essentiel pour évaluer le poids relatif des phénomènes documentés. Combien de personnes non précaires franchissent la frontière pour des raisons de santé ? Selon quels motifs ? Cette comparaison éclairerait les dynamiques inégalitaires.

L'étude qualitative approfondie du groupe confronté à des contraintes totales (le groupe D) s'avère urgente. Comment ces

personnes naviguent-elles dans l'espace transfrontalier malgré l'absence de ressources ? Recourent-elles à des stratégies informelles ? Quels sont les réseaux de solidarité qui les soutiennent ou les abandonnent ? Quels sont les moments de rupture où l'accès aux soins devient complètement impossible ? Il conviendrait également d'investiguer plus finement les différentiels frontaliers. Le rapport les énumère (coût, disponibilité, délais, qualité), mais une analyse comparée détaillée des offres de santé de part et d'autre de la frontière – tarifs réels, délais d'attente mesurés, démographie médicale par spécialité, couverture d'assurance – permettrait d'identifier les vrais leviers d'action publique.

L'impact de l'externalisation des soins sur les systèmes de santé français et suisse mérite également investigation. La mobilité des professionnel·le·s de santé vers la Suisse approfondit-elle réellement la crise de la démographie médicale en France ? Quel est le coût réel, pour les systèmes de santé, de ces mobilités ? Existe-t-il des externalités positives ou négatives mal comptabilisées ?

Enfin, le rapport soulève la question de la régulation des différentiels frontaliers sans vraiment explorer les mécanismes politiques et institutionnels qui permettraient cette régulation. Qui devrait décider ? Selon quels processus ? Quels sont les intérêts en jeu ? Une analyse politique approfondie de la gouvernance transfrontalière en santé enrichirait considérablement les recommandations.

Ce rapport constitue une contribution primordiale à la compréhension des inégalités sociales de santé en contexte transfrontalier. Son principal apport réside dans la démonstration que l'accès aux soins sur le Grand Genève ne peut être pensé qu'à l'échelle métropolitaine transfrontalière, et que les mobilités de santé sont moins une question de choix individuels que le reflet de structures d'inégalité profondément ancrées. Le modèle proposé offre un cadre d'action prometteur. Cependant, pour transformer ces insights en politiques publiques efficaces, des investigations complémentaires sur les mécanismes concrets, les capacités d'agir réelles des individus, et les architectures institutionnelles de la

coopération transfrontalière s'imposent. Nous avons du travail devant nous.

BIBLIOGRAPHIE

Bodenmann Patrick, Wolff Hans, Bischoff Thomas, Herzig Lilli, Warin Philippe, Chatelard Sophia, Burnand Bernard, Vaucher Paul, Favrat Bernard et Panese Francesco (2014), Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ?, *Revue Médicale Suisse*, pp 2258-2263.

Bodenmann Patrick, Vu Francis, Morisod Kevin et Jackson Yves (2023), Équité en santé : un concept souvent galvaudé, *Revue Médicale Suisse*, 19(834), pp. 1294-1297.

Brenna Elenka et Spandonaro Federico (2015), Regional incentives and patient cross-border mobility: evidence from the Italian experience, *International Journal of Health Policy and Management*, 4(6), pp. 363-372.

Clément Garence, Gummy Alexis, Audikana Ander, Drevo Guillaume et Kaufmann Vincent (2023), *Sociétés frontalières. Une enquête sociologique au cœur de trois espaces frontaliers européens*, Lausanne: EPFL Press.

Demange Elise, Henry Emilie et Préau Marie (2012), *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Sciences sociales et sida, ANRS / Coalition Plus.

De Mestral Carlos, Petrovic Dusan, Marcus Kailing, Dubos Richard, Guessous Idris et Stringhini Silvia (2022), *Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique*. Berne : OFSP.

Dittmann Jörg, Dietrich Simone, Stroezel Holger, Drilling Matthias, Young Christopher et Roduit Sabrina (2022), *Ausmass, Profil und Erklärungen der Obdachlosigkeit in 8 der grössten Städte der Schweiz*, LIVES WORKING PAPER, [en ligne], <https://www.centre-lives.ch/fr/bibcite/reference/104>, (consulté le 5 janvier 2026), mimeo.

Elder, Glenn H., Johnson, Monica K., Crosnoe, Robert. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer, Jeylan T., Shanahan, Michael J. (eds) *Handbook of the Life Course*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, Boston, MA.

Glinos Irene A, Baeten Rita, Helble Matthias et Maarse Hans (2010), A typology of cross-border patient mobility, *Health & Place*, 16(6), pp. 1145-1155.

Hamman, Philippe (2013). *Sociologie des espaces-frontières : Les relations transfrontalières autour des frontières françaises de l'Est*. Strasbourg: Presses Universitaire de Strasbourg.

Lebrun Nicolas (2022), Proximité, *glossaire de Géoconfluences*, Lyon, [en ligne], <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/proximite>.

Marmot Michael G (2005), *The status syndrome: how your social standing affects our health and longevity*, New York, NY: Holt.

OCSTAT (2025), *Niveaux de vie et inégalités de revenus sur le Grand Genève*, Genève: Observatoire statistique transfrontalier, mimeo.

OCSTAT (2026), *Offre de soins dans le territoire franco-valdo-genevois*, Genève: Observatoire statistique transfrontalier, mimeo.

Raworth, Kate (2018), *La théorie du donut : l'économie de demain en 7 principes*, Paris: Plon

Roduit Sabrina (2020), Repousser pour soigner ? Logiques de tri de personnes non assurées en Suisse et pratiques d'externalisation des soins vers la France, *Tsantsa*, (25), pp. 168-174.

Roduit Sabrina (2024) *Accès aux soins et tri médical. Trajectoires de personnes sans assurance-maladie en Suisse*, Zurich, Genève : Seismo, pp. 233-234.

Roduit Sabrina, Charpentier Nicolas et Cattacin Sandro (2024), *Vulnérabilités face au VIH/sida et mobilités transfrontalières sur le Grand Genève*, Socio-graph - sociological research studies, Genève: Université de Genève, mimeo.

Schlenker, Oliver (2025), Three Essays on Contemporaneous Challenges in the Labor Market [Dissertation], Konstanz: Universität Konstanz, [en ligne], <https://kops.uni-konstanz.de/entities/publication/3f20da5f-0ff2-4e18-9eca-f212d42ed917>

Spini Dario, Bernardi Laura et Oris Michel (2017), Toward a Life Course Framework for Studying Vulnerability, *Research in Human Development*, 14(1), pp. 5-25.

Vaucher Paul, Bischoff Thomas, Diserens Esther Amélie, Herzig Lilli, Meystre-Agustoni Giovanna, Panese Francesco, Favrat Bernard, Sass Catherine, Bodenmann Patrick. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ Open*. 2012 Feb 3;2(1):e000692.

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

ANNEXES

ANNEXE 1. AFFICHE RECRUTEMENT PROJET ENQUÊTE

**Participez !
à l'enquête
(anonyme)**

Jusqu'au 27
octobre 2024

Les inégalités d'accès à la santé sur le Grand Genève

Depuis 2022, l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé est un projet de recherche mais aussi d'action. Il vise à mieux connaître et comprendre ce que vivent les personnes résidant sur le Grand Genève et pouvant être concernées par une mobilité transfrontalière dans leur parcours de vie et/ou de santé



Lutter contre les inégalités sociales de santé

Selon son origine, son statut légal, son orientation sexuelle, son identité de genre, son statut sérologique, le fait d'exercer le travail du sexe, de consommer des produits psycho-actifs, ou encore selon ses ressources économiques, chacun-e-x peut être confronté-e-x à des **difficultés dans son accès à la santé**, contraignant parfois à recourir de l'autre côté de la frontière



Faire des recommandations

Rendre visibles et compréhensibles ces expériences de vie doit permettre de **faire des recommandations pour les politiques publiques sur le Grand Genève** afin de réduire ces inégalités. Il s'agira aussi de contribuer à la conception d'actions pour **améliorer les parcours de santé** ou pour être mieux accompagné-e-x



Partager son expérience

Nous vous proposons de **partager votre expérience en répondant à un questionnaire**. Vous pouvez répondre par vous-même en scannant le QR code ci-dessous.

Il pourra aussi vous être proposé que les questions vous soient posées par une personne de l'Université de Genève ou de la structure qui vous accueille.

— Partenaires de l'enquête —



• Groupe • santé • Genève •



Une question ? Contactez-nous : observatoire-transfrontalier-iss@unige.ch

Faculté des sciences de la société
Observatoire transfrontalier des
inégalités sociales de santé



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

ANNEXE 2.

AFFICHE DE RESTITUTION DES RÉSULTATS AUPRÈS DES PERSONNES ENQUÊTÉES



ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE

Lieu où le questionnaire vous a été proposé :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Groupe santé Genève
- ☐ ARIES
- ☐ Dialogai/Checkpoint
- ☐ Dialogai/Le Refuge
- ☐ Centre hébergement Bartavelles
- ☐ Foyer du Léman
- ☐ CSAPA Saliba
- ☐ Unité santé sexuelle et planning familial HUG
- ☐ Service médical Champ-Dollon HUG
- ☐ Caap-Arve HUG
- ☐ Première Ligne/Quai 9
- ☐ Apreto
- ☐ Centre de santé sexuelle Profa Nyon
- ☐ Centre Hospitalier Annecy Genevois Saint-Julien
- ☐ Autre

Qui remplit le questionnaire ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je remplis seul-e-x le questionnaire
- ☐ Le questionnaire est administré en face à face par : (nom enquêteur-trice)

Recours aux soins au-delà de la frontière

1/ Avez-vous déjà sollicité un service de santé/des soins de l'autre côté de la frontière (France/Suisse) par rapport à l'endroit où vous résidez/dormez (consultation, hospitalisation, dépistage, traitement, vaccination, achat de médicament, etc.) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Par exemple, Monsieur Untel habite en Suisse et franchit la frontière pour consulter occasionnellement dans un service de dépistage en France. Madame Unetelle habite en France dans une ville périphérique de la frontière et a une fois pris rendez-vous pour une téléconsultation médicale auprès d'un médecin en Suisse.

1b / Préciser si ce(s) recours a eu lieu :

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles)

- ☐ En vous déplaçant sur le lieu de consultation
- ☐ A distance (téléconsultation, envoi de médicaments....)

2/ Est-ce qu'un-e professionnel-le-x de santé ou du social (médecin, infirmier-ère, assistant-e social-e, conseiller-ère en santé sexuelle, etc) vous a déjà proposé de passer la frontière pour obtenir une solution concernant votre santé ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Modalités des mobilités transfrontalières

3/ Où ce recours à un service de santé a-t-il eu lieu :

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Dans l'espace transfrontalier du Grand Genève (cantons de Genève/Vaud et départements de Haute-Savoie/Ain)
- ☐ Dans un autre canton en Suisse
- ☐ Dans un autre département ou région en France
- ☐ Au-delà, dans un autre pays que la France ou la Suisse
- ☐ Je ne sais pas

4/ Pour quelle(s) raison(s) de santé avez-vous été amené-e-x à franchir la frontière ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un besoin général de santé (consultation en médecine générale, premier recours, urgences médicales...)
- ☐ Un besoin en santé sexuelle (vaccination, dépistage, traitement IST, PreP, PEP, IVG, contraception....)
- ☐ Un besoin en infectiologie (traitement ou suivi VIH, hépatite...)
- ☐ Un besoin en lien avec la consommation de substance(s) (accès à la réduction des risques, à un traitement de substitution, une consultation en addictologie, etc...)
- ☐ Un besoin primaire : mise à l'abri, accès à l'hygiène, aide alimentaire
- ☐ Un besoin de pharmacie (médicament(s))
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

5/ A quelle fréquence êtes-vous amené-e-x à franchir la frontière pour votre santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Cela ne m'est arrivé qu'une seule fois dans ma vie
- ☐ Moins d'une fois par année
- ☐ Une ou deux fois par année
- ☐ Trois fois ou plus par année
- ☐ Je ne sais pas

6/ Quand avez-vous franchi la frontière pour des raisons de santé pour la dernière fois ? Il y a :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 12 mois
- ☐ Entre 1 à 2 ans
- ☐ Entre 2 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans
- ☐ Je ne sais pas

7/ Quelle(s) raison(s) vous ont amené-e-x à passer la frontière pour votre santé ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles)

- ☐ La qualité de l'accueil
- ☐ La disponibilité de l'information sur le service en question
- ☐ L'existence du service ou de l'offre de santé
- ☐ Le fait d'avoir été accompagné-e-x ou orienté-e-x par un-e professionnel-le-x
- ☐ Le fait d'avoir été accompagné-e-x ou orienté-e-x par une personne proche
- ☐ La gratuité ou le moindre coût du service, du soin ou de la prestation
- ☐ Le reste à charge lié à mon assurance
- ☐ La proximité géographique par rapport à mon lieu de vie
- ☐ La proximité géographique par rapport à mon lieu de travail
- ☐ Les délais d'accès au service ou à l'offre de santé

- ☐ La confidentialité
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

Non-recours aux soins

8/ Dans les deux dernières années, vous êtes-vous toujours rendu-e-x dans un service de santé lorsque vous en aviez besoin ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

Raisons du non-recours aux soins

9/ Si vous avez répondu “non”, pour quelle(s) raison(s) ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Je ne savais pas où aller
- ☐ Je ne connaissais pas de médecin / de service adéquat
- ☐ C'était trop cher ou pas couvert par l'assurance
- ☐ Les délais d'attente étaient trop longs
- ☐ Le lieu était trop éloigné/pas de moyen de transport
- ☐ Je n'ai pas trouvé de professionnel-le-x de santé accessible/disponible là où je résidais
- ☐ Je voulais un soin/traitement/prestation mais le/la médecin / le centre médical a refusé
- ☐ Par le passé, j'ai eu de mauvaises expériences avec les médecins/hôpitaux
- ☐ Le traitement était en rupture de stock
- ☐ Par peur de recevoir une facture à payer
- ☐ J'avais d'autres préoccupations prioritaires
- ☐ Je me suis débrouillé-e-x autrement
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

10/ Avez-vous le sentiment d'avoir déjà été traité-e-x différemment que d'autres personnes pour accéder à des soins ou lors de consultations de santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

11/ Si oui, pour quel(s) motif(s) pensez-vous avoir été traité-e-x différemment

Cochez la ou les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Mon âge
- ☐ Mon état de santé
- ☐ Mon origine
- ☐ Mon sexe
- ☐ Mon identité de genre
- ☐ Mon orientation sexuelle
- ☐ Mon handicap
- ☐ Mon lieu de résidence
- ☐ Mon statut de séjour
- ☐ Ma consommation de produits psychoactifs
- ☐ Mon activité liée au travail du sexe
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

Vos conditions de vie

Vous êtes invité-e-x à répondre aux questions suivantes qui vous interrogent sur votre situation matérielle, sociale, et votre état de santé (réponse par oui ou non selon ce qui correspond le mieux à votre situation).

12 / Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13/ Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de demander de l'argent à des proches pour des besoins quotidiens ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14/ Durant les 12 derniers mois, quelqu'un dans votre ménage a-t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent (dentiste, médecin, achat de médicaments) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15/ Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu peur d'être expulsé-e-x de votre logement ou de perdre votre habitation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

16/ Durant les 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17/ Durant les 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des meubles ou des appareils alors que vous ou un membre de votre ménage en aviez pourtant besoin ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18/ Durant les 12 derniers mois, êtes-vous parti-e-x en vacances ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19/ Durant les 3 derniers mois [depuis juillet], avez-vous partagé une soirée avec des proches ou des ami-e-s-x ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

20/ Durant les 3 derniers mois, êtes-vous allé-e-x au cinéma, au théâtre, à un concert ou à un événement sportif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

21/ Durant le dernier mois [depuis septembre], est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22/ Durant le dernier mois, avez-vous eu la possibilité d'accéder à Internet (maison, travail, bibliothèque, Internet café, etc.) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23/ En cas de difficulté, pourriez-vous faire appel à des personnes extérieures à votre ménage pour vous apporter une aide matérielle (argent, nourriture, logement) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24/ Actuellement, le remboursement d'argent (banque, famille, proche, etc.) vous pose-t-il un problème important ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

25/ Actuellement, souffrez-vous d'un handicap physique qui a des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

26/ Actuellement, souffrez-vous de difficultés ou problèmes psychiques qui ont des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

27/ Actuellement, avez-vous des difficultés liées à une consommation d'alcool, de substance psychoactive (drogue), de jeu, ou autres ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Rapport à la frontière

Concernant la frontière entre la France et la Suisse, dans quelle mesure ces affirmations sont-elles vraies pour vous ?

Choisissez parmi les 5 modalités de réponses : tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord.

28/ Pour moi, la frontière est facile à franchir

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

29/ L'espace frontalier m'ouvre des possibilités (opportunités)

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

30/ Je dois m'adapter pour contourner la frontière

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

31/ Pour moi, franchir la frontière est une source de stress

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

32/ Pour moi, franchir la frontière a un coût financier

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

33/ Pour moi, la frontière représente un risque de contrôle (de la police ou des douanes)

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

34/ Pour moi, c'est comme si la frontière n'existait pas

- ☐ tout à fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

Quelques questions complémentaires sur vous

Nous aurions besoin de recueillir encore quelques informations vous concernant pour obtenir un aperçu des profils des personnes interviewées.

35/ Quel est votre âge ?

Indiquer le nombre d'années

36/ Vous êtes né-e-x :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ En France, dans le département :
- ☐ En Suisse, dans le canton :
- ☐ Dans un autre pays (précisez) :

37/ Si vous êtes né-e-x dans un autre pays que là où vous résidez actuellement, avez-vous un titre ou permis de séjour ?

- ☐ Oui, en France
- ☐ Oui, en Suisse
- ☐ Non, ni en France ni en Suisse
- ☐ Je ne suis pas concerné-e-x par cette situation
- ☐ Je ne sais pas

38/ Avez-vous un logement stable en France ou en Suisse où vous pouvez dormir et rester quand vous le souhaitez ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent : Plusieurs réponses possibles

- ☐ Oui, en France
- ☐ Oui, en Suisse
- ☐ Non, ni en France ni en Suisse
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

39/ Où avez-vous dormi la nuit dernière ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ En France, dans l'Ain
- ☐ En France, en Haute-Savoie
- ☐ En Suisse, dans le canton de Genève
- ☐ En Suisse, dans le canton de Vaud
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre

40/ Quelle est votre situation de vie actuelle ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent : Plusieurs réponses possibles

- ☐ Je vis seul-e-x
- ☐ Je vis en couple
- ☐ Je vis avec des personnes qui sont à ma charge (enfants, proches)
- ☐ Je vis avec des personnes dont je dépends (parents, famille, etc.)
- ☐ Je vis avec d'autres personnes (pas à ma charge)
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

41/ Quel est votre niveau de diplôme le plus élevé ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Aucun diplôme
- ☐ Ecole obligatoire (Brevet des collèges, secondaire, cycle d'orientation) [environ jusqu'à 15/16 ans]
- ☐ Formation technique ou professionnelle (CFC, BEP, etc.)
- ☐ École de Maturité, Gymnase, maturité professionnelle / Baccalauréat
- ☐ Études supérieures entre 1 et 3 années après la maturité ou le baccalauréat (Hautes écoles spécialisées, Universités, études post-baccalauréat)
- ☐ Etudes supérieures 4 années et plus après la maturité ou le baccalauréat (Hautes écoles spécialisées, Universités, écoles polytechniques, études post-baccalauréat)
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

42/ Actuellement, quelle est votre situation vis-à-vis de l'emploi ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent : Plusieurs réponses possibles

- ☐ J'ai un emploi (activité déclarée)
- ☐ J'ai un emploi non déclaré
- ☐ Je suis au chômage
- ☐ Je suis étudiant-e-x, en formation, ou en stage
- ☐ Je suis à la retraite
- ☐ Je suis en invalidité
- ☐ J'ai des activités non rémunérées (éducation des enfants, bénévolat, etc.)
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

43/ Quelle est la catégorie socio-professionnelle qui vous correspond le mieux ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes : Uniquement si la personne a répondu être en emploi (déclaré ou non déclaré)

- ☐ Agriculteur-ices exploitant-es
- ☐ Artisan-es, commerçant-es et chef-fes d'entreprise
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employé-es
- ☐ Ouvrier-es

44/ Avez-vous une assurance santé ?

Cochez la ou les réponses qui conviennent : Plusieurs réponses possibles

- ☐ Oui, une assurance-maladie de base (LAMal) en Suisse avec une franchise entre 300 et 500 CH
- ☐ Oui, une assurance-maladie de base (LAMal) en Suisse avec une franchise entre 1000 et 2500 CHF
- ☐ Oui, une assurance santé privée
- ☐ Oui, la sécurité sociale en France (PUMA)
- ☐ Oui, une complémentaire santé (Complémentaire Santé Solidaire, complémentaire via mon emploi ou autre)

- ☐ Oui, à l'Aide médicale d'Etat en France
- ☐ Oui, une assurance dans un pays de l'Union européenne
- ☐ Oui, une assurance dans un pays hors de l'Union européenne
- ☐ Non, je n'ai aucune assurance santé ou couverture maladie
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

45/ Êtes-vous en possession de la carte européenne d'assurance maladie ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

46/ Quel sexe vous a été assigné à la naissance ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Variation du développement sexuel (Intersexe)
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

47/ Quelle est l'identité de genre qui pourrait le mieux vous définir actuellement ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Non-binaire
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre

48/ Quel terme utilisez-vous pour désigner votre orientation sexuelle ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Homosexuel-le-x, gay, lesbienne
- ☐ Hétérosexuel-le-x
- ☐ Bisexuel-le-x
- ☐ Pansexuel-le-x
- ☐ Asexuel-le-x (pas d'attirances sexuelles)
- ☐ Je ne me reconnais dans aucun de ces termes
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

49/ Vous reconnaissez-vous dans l'un ou plusieurs des groupes suivants :

Cocher la ou les réponses qui conviennent :

- ☐ Personne vivant avec le VIH
- ☐ Personne vivant avec une hépatite virale
- ☐ Consommateur-trice-x de produits psychoactifs
- ☐ Travailleur-euse-x du sexe
- ☐ Chemsexeur-euse-x
- ☐ Personne ayant vécu la détention en milieu carcéral
- ☐ Je ne m'identifie à aucune de ces catégories
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

Commentaires

50/ Vous pouvez, si vous le souhaitez, ajouter un commentaire que le questionnaire ne vous permettait pas de partager :

Dans la même collection

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi et Robert Wegener.

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi et Milena Chimienti.

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler.

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Sous la direction de Stefano Losa et Mélanie Battistini. Avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais et Manon Wettstein.

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti avec la collaboration de Laure Chiquet.

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet.

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet avec la collaboration de Jakob Eberhard.

Sociograph n°8, 2009, «*Nous, on soigne rien sauf des machines*». *Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler et Marc Venturin.

Sociograph n°9, 2011, *The legacy of the theory of high reliability organizations: an ethnographic endeavor*. Mathilde Bourrier (Sociograph – Working Paper 6).

Sociograph n°10, 2011, *Unitarism, pluralism, radicalism ... and the rest ?* Conor Cradden (Sociograph – Working Paper 7).

Sociograph n°11, 2011, *Evaluation du projet-pilote Detention, Enjeux, instruments et impacts de l'intervention de la Croix-Rouge Suisse dans les centres de détention administrative*. Nathalie Kakpo, Laure Kaeser et Sandro Cattacin.

Sociograph n°12, 2011, *A nouveau la ville ? Un débat sur le retour de l'urbain*. Sous la direction de Sandro Cattacin et Agi Földhàzi.

Sociograph n°13, 2011, *Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union*. Sous la direction de Eric Widmer et Nicolas Favez. Avec Gaëlle Aeby, Ivan De Carlo et Minh-Thuy Doan.

Sociograph n°14, 2012, *Les publics du Théâtre Forum Meyrin : Une étude à partir des données de billetterie*. Sami Coll, Luc Gauthier et André Ducret.

Sociograph n°15, 2013, *Migrations transnationales sénégalaises, intégration et développement. Le rôle des associations de la diaspora à Milan, Paris et Genève*. Jenny Maggi, Dame Sarr, Eva Green, Oriane Sarrasin et Anna Ferro.

Sociograph n°16, 2014, *Institutions, acteurs et enjeux de la protection de l'adulte dans le canton de Genève*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Alexandre Pillonel, Clara Barrelet, Eline De Gaspari, Maxime Felder, Nuné Nikoghosyan et Isabela Vieira Bertho.

Sociograph n°17, 2015, *Recensions 1983-2013*, André Ducret. Avant-propos de Jacques Coenen-Huther.

Sociograph n°18, 2015, *Un lieu pour penser l'addiction. Evaluation de l'Académie des Dépendances*, Anne Philibert et Sandro Cattacin.

Sociograph n°19, 2015, *Connivences et antagonismes. Enquête sociologique dans six rues de Genève*. Edité par Maxime Felder, Sandro Cattacin, Loïc

Pignolo, Patricia Naegeli et Alessandro Monsutti. Avec Guillaume Chillier, Monica Devouassoud, Lilla Hadji Guer, Sinisa Hadziabdic, Félix Luginbuhl, Angela Montano, Sonia Perego, Loïc Pignolo, Loïc Riom, Florise Vaubien et Regula Zimmermann.

Sociograph n°20, 2015, *La catastrophe de Mattmark dans la presse. Analyse de la presse écrite*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Lucie Cinardo, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°21, 2015, *La catastrophe de Mattmark. Aspects sociologiques*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°22 a, 2015, *Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen*. Domenig Dagmar und Sandro Cattacin.

Sociograph n°22 b, 2015, *Les drogues sont-elles dangereuses ? Estimations de la dangerosité des substances psychoactives*. Domenig Dagmar et Sandro Cattacin. Traduction de Erik Verkooyen.

Sociograph n°23, 2016, *Malleable Minds? Teasing Out the Causal Effect(s) of Union Membership on Job Attitudes and Political Outcomes*. Sinisa Hadziabdic.

Sociograph n°24, 2016, *Les familles de milieu populaire dans une commune genevoise. Intégration sociale et soutien à la parentalité*. Eric Widmer, Sabrina Roduit et Marie-Eve Zufferey.

Sociograph n°25, 2016, *Addictions et société : voyage au pays des ombres. Actes du colloque des 50 ans du GREA*. Edité par Anne Philibert, Géraldine Morel et Sandro Cattacin.

Sociograph n°26, 2017, *Complicity and Antagonism: Anthropological Views of Geneva*. Edited by Alessandro Monsutti, Françoise Grange Omokaro, Philippe Gazagne and Sandro Cattacin. With Savannah Dodd, Juliana Ghazi, Victoria Gronwald, Sarah Hayes, Aditya Kakati, Samira Marty, Linda Peterhans, Dagna Rams, Rosie Sims and drawings by Heather Suttor.

Sociograph n°27, 2016, *Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital. Ambivalenzen und Pragmatismus von Schnittstellen.* Anna Weber.

Sociograph 28, 2016, *"We're from Switzerland, that's a Chocolate Island in Sweden!" Comprendre l'indie rock du point de vue de six groupes suisses.* Loïc Riom.

Sociograph 29, 2016, *Le devenir professionnel des diplômés en sciences sociales entre 2005 et 2015.* Julien Ruey, Emilie Rosenstein, Rita Gouveia et Eric Widmer.

Sociograph n°30, 2017, *Viellissement et espaces urbains.* Edité par Cornelia Hummel, Claudine Burton-Jeangros et Loïc Riom. Avec Alizée Lenggenhager, Heber Gomez Malave, Martina von Arx, Michael Deml et Ndeye Ndao.

Sociograph n°31, 2017, *Voting for the Populist Radical Right in Switzerland: A Panel Data Analysis.* Dan Orsholits.

Sociograph n°32, 2017, *« C'est pas un boulot, c'est du business. » L'agir des dealers ouest-africains dans un quartier genevois.* Loïc Pignolo.

Sociograph n°33, 2017, *Le processus d'endettement dans le jeu excessif: d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un modèle.* Anne Philibert, Géraldine Morel, Loïc Pignolo et Sandro Cattacin.

Sociograph n°34, 2017, *L'éthique (en) pratique : la recherche en sciences sociales.* Edité par Claudine Burton-Jeangros. Avec Claudine Burton-Jeangros, Maryvonne Charmillot, Julien Debonneville, Karine Duplan, Solène Gouilhers Hertig, Cornelia Hummel, Mauranne Laurent, Barbara Lucas, Andrea Lutz, Michaël Meyer, Lorena Parini, Loïc Riom, Sabrina Roduit, Claudine Sauvain-Dugerdil, Mélinée Schindler et Daniel Stoecklin.

Sociograph n°35, 2018, *La musique sous le regard des sciences sociales.* Edité par Loïc Riom et Marc Perrenoud. Avec Pierre Bataille, Sandro Cattacin, Nuné Nikoghosyan, Irene Pellegrini, Luca Preite, Pierre Raboud et Christian Steulet.

Sociograph n°36, 2018, *La police en quête de transversalité. Chroniques de la réforme de la police genevoise de 2016*. Edité par Mathilde Bourrier et Leah Kimber. Avec Camila Andenmatten, Laurence Dufour, Marine Fontaine, Aurélie Friedli et César Humeroze.

Sociograph n°37, 2018, *Gérer les migrations face aux défis identitaires et sécuritaires*. Edité par Adèle Garnier, Loïc Pignolo et Geneviève Saint-Laurent. Avec Adèle Garnier, France Houle, Carla Mascia, Loïc Pignolo, Antoine Roblain, Geneviève Saint-Laurent, Djordje Sredanovic et Bob White.

Sociograph n°38, 2018, *Accès aux prestations socio-sanitaires des familles vulnérables à Genève. Le point de vue des acteurs de terrain*. Olga Ganjour, Myriam Girardin, Marie-Eve Zufferey, Claudine Burton-Jeangros et Eric Widmer.

Sociograph n°39, 2018, *Expériences de vieillissements en collectif agricole autogé-ré. Enjeux individuels et collectifs*, Elena Rocco.

Sociograph n°40, 2018, *Proches aidants et proches aidés : ressources et contraintes associées aux dynamiques familiales confrontées à la perte d'autonomie du parent âgé*. Myriam Girardin, Olga Ganjour, Marie-Eve Zufferey et Eric Widmer.

Sociograph n°41, 2019, *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Anne Philibert et Frank Zobel.

Sociograph n°42, 2019, *Dynamiques de formalisation et d'informalisation dans l'étude des migrations*. Edité par Nathalie Blais, Marisa Fois et Antoine Roblain. Avec Hélène Awet Woldeyohannes, Julien Debonneville, Nawal Bensaïd, Nathalie Blais, Marisa Fois, Fiorenza Gamba, Adèle Garnier, France Houle, Laurent Licata, Loïc Pignolo, Annaelle Piva, Toni Ricciardi, Antoine Roblain, Josette St-Amour Blais et Anissa Tahri.

Sociograph n°43, 2019, *Sommeil des adolescents et rythmes scolaires*. Claudine Burton-Jeangros et Maxime Felder. Avec la participation de Marion Aberle, Nicolas Charpentier, Alison Do Santos, Iuna Dones, Melissa Mapatano, Auxane Pidoux et Johanna Yakoubian.

Sociograph n°44, 2020, *Famille et vulnérabilités des enfants. État des lieux et responsabilités institutionnelles à Genève*. Jean-Michel Bonvin, Eric Widmer, Liala Consoli et Regula Zimmermann.

Sociograph n°45, 2020, *Enjeux éthiques dans l'enquête en sciences sociales*. Edité par Marta Roca i Escoda, Claudine Burton-Jeangros, Pablo Diaz et Ilario Rossi. Avec Sarah Bonnard, Margaux Bressan, Baptiste Brodard, Michael Cordey, Louise Déjeans, Eline De Gaspari, Valentine Duhant, Lucile Franz, Laurent Paccaud, Aude Parfaite, Léa Sallenave et Carla Vaucher.

Sociograph n°46, 2020, *Les drogues dans tous leurs états*. Edité par Sandro Cattacin, Anne Philibert, Loïc Pignolo, Barbara Broers et Guillaume Rey. Avec Audrey Arnoult, Marie Crittin, Dagmar Domenig, Bengt Kayser, Michel Kokoreff, Alexandre Marchant, Christian Schneider et Marc-Henry Soulet.

Sociograph n°47, 2020, *Les modes de garde après séparation : conditions et conséquences sur les relations familiales*. Marie-Eve Zufferey, Myriam Girardin, Olga Ganjour et Clémentine Rossier.

Sociograph 48, 2020, *Prishtina la paradoxale ou l'innovation dans un environnement adverse*. Edité par Sandro Cattacin et Loïc Pignolo. Avec Zachariah Aebi, Priscilla Bellesia Mbuinzama, Karim Jowary, Ariane Levrat, Estelle Lligona, Matteo Marano, Alys Martin, Malaïka Nagel, Ravi Ramsahye, Sophie Ratcliff, Estelle Röthlisberger, Giordano Rumasuglia et Annabella Zamora. Postface de Rifat Haxhijaj.

Sociograph 49, 2020, *Les colonialismes suisses. Entretiens (Vol. I)*. Edité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Alexey Chernikov, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 50, 2020, *Les colonialismes suisses. Études (Vol. II)*. Edité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 51, 2020, *La socioéconomie des politiques sociales au service des capacités. Études de cas dans le contexte genevois*. Édité par Jean-Michel Bonvin et Aris Martinelli. Avec Mathieu Amoos, Cora Beausoleil, Hamadoun Diallo, Caroline Dubath, Julien Fakhoury, Fabienne Fallegger, Romain Gauthier, Romain Guex, Rose Hirschi, Mélanie Hirt, Lionel Lambert, Krisana Messerli, Luca Perrig, Lucien Pfister, Jérémie Savoy et Hannah Wonta.

Sociograph 52, 2020, *Lieux et temps des rituels d'inclusion territoriale dans le Grand Genève*. Édité par Fiorenza Gamba, Sandro Cattacin et Bernard Debarbieux. Avec Elise Barras, Leika Barthe, Florent Bolomey, Benjamin Bouele, Cyrille Chatton, Bruno Primo Da Silva, Tiffany Da Silva, Sven Favarger, Audrey Gagnaux, Laetitia Maradan, Simon Paratte, Thomas Rotunno, Olivier Waeber et Christina Zholdokova.

Sociograph 53, 2022, *Italiano on the road. Per i quartieri e le strade di Zurigo, Basilea e Ginevra*. Irene Pellegrini, Verio Pini e Sandro Cattacin.

Sociograph 54, 2022, *(In)former les patient.es à la recherche biomédicale : sociologie des documents d'information et de consentement*. Solène Gouilhers, Loïc Riom, Claudine Burton-Jeangros, Ainhoa Saenz Morales et Mathieu Amoos.

Sociograph 55, 2022, *Inventer le quotidien au temps du Covid-19 : communiquer, soigner et organiser*. Édité par Mathilde Bourrier, Michael Deml et Leah Kimber. Avec Jimmy Clerc, Océane Corthay, Margaux Dubois, Alexandrine Dupras, Lucas Duquesnoy, Fantine Gicquel, Katharina Jungo, Leah Kimber, Kamyar Kompani, Claudine Kroepfli, Kate de Rivero et Annabella Zamora.

Sociograph 56, 2022, *Décrochage scolaire et dynamiques familiales : Etat des lieux*. Eric Widmer, Olga Ganjour, Myriam Girardin, Sandra Huri, Marie-Eve Zufferey, Ivaine Droz-Dit-Busset et Benoît Reverdin.

Sociograph 57 a, 2022, *Vivre et travailler sans statut légal à Genève : premiers constats de l'étude Parchemins*. Yves Jackson, Claudine Burton-Jeangros, Aline Duvoisin, Liala Consoli et Julien Fakhoury.

Sociograph 57 b, 2022, *Living and working without legal status in Geneva. first findings of the Parchemins study*. Yves Jackson, Claudine Burton-Jeangros, Aline Duvoisin, Liala Consoli et Julien Fakhoury.

Sociograph 58, 2022, *Cannabis in the Swiss economy. Economic effects of current and alternate regulation in Switzerland*. Oliver Hoff.

Sociograph 59, 2022, *Sufficiency and wellbeing: a study of degrowth practices in the Geneva and Vaud area*. Orlane Moynat.

Sociograph 60, 2023, *Le jardin collectif urbain, un lieu de synergie pour le bien-être humain : étude de deux cas dans un écoquartier genevois*. Auxane Pidoux.

Sociograph 61, 2023, *Les aléas de l'appartenance : exclusion, inclusion et vivre-ensemble*. Edité par Mathilde Gouin-Bonenfant, Bob W. White et Sam Victor. Avec Nathalie Blais, Moussa Dieng Kala, Loïc Pignolo, Antoine Roblain et Camille Thiry.

Sociograph 62, 2023, « *Il était une fois la bioconstruction à Buenos Aires* » ou *rendre visibles les utopies réelles comme alternatives au capitalisme*. Malaïka Nagel.

Sociograph 63, 2023, *Endométriose : une maladie chronique féminine jouant sur les frontières de la visibilité*. Margaux Dubois.

Sociograph 64, 2024, *Vieillir en ville : les liens sociaux à l'échelle des commerces de quartier*. Edité par Loïc Pignolo et Cornelia Hummel. Avec Laetitia Ammon-Chansel, Felipe Augusto Dos Santos Ferreira, Marie Bieler, Paloma Hoarau, Dougan Jordan, Dara Kalbermatter, Chloé de Morawitz et Marina Sucari.

Sociograph 65, 2024, *Une refamilialisation du social dans la crise sanitaire de COVID-19 ? Éléments d'interprétation issus d'une revue de presse de mars à juin 2020 dans plusieurs pays européens*. Myriam Girardin, Eric Widmer, Olga Ganjour, Marie-Eve Zufferey, Vera de Bel, Sandra Huri et Manuel Tettamanti.

Sociograph 66, 2024, *Les politiques familiales dans le canton de Genève : Analyse dans une perspective du parcours de vie*. Sven Carlström, Oscar Waltz et Clémentine Rossier.

Sociograph 67, 2024, *Vulnérabilités face au VIH/sida et mobilités transfrontalières sur le Grand Genève. Premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé*. Edité par Sabrina Roduit, Nicolas Charpentier et Sandro Cattacin. Avec Gregory Beltran, Walter

Ceron, Olivier Dufour, Ludovic Lacroix, Tina Latifi, Xavier Mabire, Loïc Michaud, Olivier Nawej Tshikung, Emilie Piet, Hélène Revil, Anne Saturno, Jennifer Socquet, Dario Spini et Vanessa Vaucher.

Sociograph 68, 2024, « *Ici, on fait comme à la maison* » : le soin apporté par le personnel non soignant dans les maisons de retraite. Valentine Donzelot.

Sociograph 69, 2024, “*Bisogna portare alla luce queste sofferenze!*”. I collocamenti coatti all’istituto von Mentlen di Bellinzona (1932-1962). Marco Nardone.

Sociograph 70, 2024, *Gouverner en réseau et par projet : l’action publique genevoise au prisme des « métiers flous »*. Océane Corthay.

Sociograph 71, 2025, *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les adolescents à Genève : stress social et changements de rôles*. Liala Consoli, Eric Widmer et Claudine Burton-Jeangros.

Sociograph 72, 2025, *Devenir autonome pour être adulte : ressources et enjeux*. Olga Ganjour, Myriam Girardin, Marie-Eve Zufferey, Camille Nemitz Piguet, Manuel Tettamanti, Sandra Huri et Eric Widmer.

Sociograph 73, 2026, *De la guerre contre la drogue à la Cannabinothèque. La ville de Vernier entre stratégies municipales et dynamiques globales (1950-2023)*. Sheila Magalhaes.

Sociograph 74, 2026, « *It’s the Society, Stupid!* » *Études de cas en sociologie économique*. Edité par Jean-Michel Bonvin et Murillo Salvador. Avec Karen Chappuis, Justine Delieutraz, Téa Emaldi, Nicolas Pasteur, Vukašin Rafailovic et Fatine Zmama.

Sociograph 75, 2026, *Mobilités de santé sur le Grand Genève et inégalités sociales dans l’accès aux soins, résultats de l’enquête transfrontalière*. Nicolas Charpentier et Sabrina Roduit.

Toutes les publications se trouvent en ligne sous :
www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

Ce second rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé présente les résultats d'une enquête coconstruite avec une quinzaine de structures de terrain en France et en Suisse.

Ce travail d'enquête a permis de collecter des données inédites notamment auprès de personnes vulnérables habituellement peu représentées dans les enquêtes sur la santé à l'échelle du Grand Genève. Il s'agit de la première enquête abordant la question de l'accès aux soins sur ce territoire transfrontalier et démontrant la prégnance des mobilités transfrontalières pour raisons de santé. La prégnance de ces mobilités rend compte des problématiques d'accès aux services de santé sur le Grand Genève notamment dans leur dimension inégalitaire.

À l'appui de ces résultats, nous saisissons l'échelle métropolitaine transfrontalière pour porter un regard analytique sur ces inégalités d'accès aux soins. La question de l'accès aux soins à l'échelle du Grand Genève est une problématique structurelle pour laquelle nous proposons une modélisation. Le modèle ainsi développé invite à faire évoluer la manière d'envisager les enjeux de santé sur le territoire et permet de proposer une typologie d'actions de réduction des inégalités sociales de santé au sein d'un tel espace frontière.

Nicolas Charpentier est collaborateur scientifique à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Sabrina Roduit est maître-assistante à l'Université de Fribourg et chargée d'enseignement à l'Université de Neuchâtel. Elle est également chercheuse au Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL) ainsi qu'à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

